

EL MALTRACTAMENT INFANTIL AL BAIX EMPORDA.

Les realitats conflictives i l'autoanàlisi de la intervenció

per

Raimon Bonal, Gemma Marcet i Joel Martí

de la

FUNDACIO JAUME BOFILL

abril, 1994

INDEX

Introducció	5
I. CONSTRUCCIÓ TEÒRICA DE L'OBJECTE D'ESTUDI	10
1. Aproximació al concepte del maltractament d'infants	10
1.1. L'estatus social de la infància	10
1.2. La relativitat del concepte	14
1.3. Vers una definició operativa	19
1.4. Maltractament i pobresa	23
1.5. Maltractament i risc social	25
2. Institucions i maltractament	28
2.1. L'objectiu de la intervenció social	28
2.2. La dimensió multidisciplinària de la intervenció	28
2.3. El maltractament institucional	30
2.4. El desgast del professional	31
3. A manera de síntesi	33
II. METODOLOGIA	35
1. L'anàlisi de les situacions	35
2. La intervenció sociològica	38
Annex: Guió del qüestionari-base	45
III. LES SITUACIONS DE MALTRACTAMENT AL BAIX EMPORDÀ	48
1. Vers un perfil del nen maltractat	38
Consideracions preliminars	48
1.1. El nucli familiar	50
1.1.1. L'origen dels membres	50
1.1.2. El temps de residència a Catalunya	50
1.1.3. El tipus de parella segons la procedència dels membres	51
1.2. La composició de la llar	51
1.2.1. El parentiu dels membres	51
1.2.2. La presència dels membres a la llar i la distribució de les tasques domèstiques	52

1.3. L'habitatge	53
1.3.1. El tipus d'habitatge i la seva superfície	53
1.3.2. La tinença	
1.3.3. Ubicació i problemes relatius a l'habitable	53
1.4. La formació i la situació laboral dels adults	54
1.4.1. La formació dels adults	54
1.4.2. La qualificació professional dels adults	55
1.4.3. La situació laboral dels adults	56
1.4.4. El sector ocupacional dels adults	57
1.5. La formació i la situació escolar dels menors	57
1.5.1. La formació dels menors	57
1.5.2. La situació escolar dels menors	57
1.6. L'avaluació de les actituds davant els problemes i la presumpció de desprotecció del menor	58
1.6.1. L'avaluació de les actituds davant els problemes	58
1.6.2. La presumpció de desprotecció del menor	59
1.7. Les problemàtiques prioritàries treballades	60
1.7.1. Els problemes relatius al context familiar dels fills	61
1.7.2. Els problemes relatius al fill	62
1.8. Perfil general i factors de risc. La intervenció	63
1.8.1. La dimensió objectiva: factors socio-econòmics i d'estructura familiar	64
1.8.2. La dimensió objectiva: actituds, psicologia individual; comportaments desprotectors del menor	65
1.8.3. El menor definit en situació de risc	66
1.8.4. Priorització de problemes i intervenció dels serveis socials	67
2. El balanç avaluatiu dels professionals de la comarca	71

IV. L'AUTOANÀLISI DELS PROFESSIONALS	78
1. La definició de risc social	78
1.1. La contextualització del risc: de la relativitat a l'objectivació	78
1.2. La relativització de la situació concreta de risc per part dels serveis socials	81
2. El tema central és la protecció del menor	84
2.1. La incomprensió del menor i la consciència familiar	84
2.2. Informació social i ajut puntual	87
2.3. El rerafons teòric: dues maneres de treballar en el camp social	90
3. Les dificultats de la intervenció	92
3.1. La funció de valoració i diagnòstic	93
3.1.1. El consens i la multidisciplinarietat	94
3.1.2. El director d'orquestra	95
3.1.2.1. Les seves funcions	95
3.1.2.2. A qui pertoca jugar aquest paper?	96
3.2. La metodologia de treball	100
3.2.1. La imprescindibilitat del diagnòstic	101
3.2.1.1. Què és el diagnòstic?	101
3.2.1.2. Quins problemes presenta el diagnòstic?	103
3.2.1.3. Com s'ha de fer el diagnòstic?	104
3.2.2. Els grans models d'intervenció	106
3.3. La derivació	107
3.3.1. Com cal fer la derivació?	108
3.3.2. Els problemes que planteja la derivació	111
3.3.2.1. La imposició de l'usuari	111
3.3.2.2. La manca d'execució	111
3.3.2.3. La manca de coordinació entre serveis	112
3.4. Una excessiva intervenció d'instàncies?	113
3.4.1. La discordança entre demanda i necessitat	114

3.2.2. La impossible avaluació	114
4. Les dificultats externes	115
4.1. Els recursos	115
4.2. Les institucions	118
4.3. La burocràcia	121
4.3.1. La burocràcia com a condicionant	121
4.3.2. La indefinició de funcions	122
5. El maltractament institucional	125
5.1. Per qui es treballa?	125
5.2. Els mecanismes de defensa dels professionals	127
5.3. El menor no és la víctima, sinó el símptoma La prepotència del professional	129
5.4. Els conflictes plantejats per la llei	130
5.5. L'actuació per via d'urgència	131
5.6. Intervenir només sobre la pobresa	132
6. Conclusions	135
Reflexions finals	139
Bibliografia	143
Abreviatures	146

Introducció

Per una carta del 19 d'abril del 1993 del senyor Carles Soler i Casals, Gerent del Consell Comarcal del Baix Empordà, es sol·licitava a la nostra Fundació Jaume Bofill realitzar una "recerca sobre el coneixement de la realitat dels infants en risc social dels municipis de la comarca". L'objectiu formulat explícitament en la carta esmentada era el de poder "disposar d'una informació dimensionada i fiable que permeti dissenyar una oferta de recursos i serveis adients a les necessitats detectades".

A la memòria-projecte que acompanyava el document esmentat i elaborada per la Coordinadora de Serveis Socials del mateix Consell Comarcal es posava en relleu la conveniència de la "prospecció de les situacions de risc social dels infants i llurs famílies" i "el disseny de programes d'intervenció innovadors en l'aplicació de mesures alternatives a l'internament". S'especificava, a més, que el col·lectiu d'atenció vindria constituït pels "menors en risc social atesos pels equips de serveis socials d'atenció primària municipals i pels qui exerceixen funcions de protecció i tutela de menors a la comarca (EAIA)".

Per altra banda, es deia que durant el 1992 eren 122 (corresponent a 54 famílies) els menors atesos pel servei amb mesures de tutela administrativa. L'atenció primària havia sol·licitat orientació i assessorament per 42 casos en seguiment des del medi i havien estat 25 els menors de la comarca acollits en centres residencials de la Generalitat de Catalunya ubicats en una altra comarca. Es constata que el Baix Empordà "no disposa de recursos en el medi per atendre aquest col·lectiu ni de programes de prevenció i de detecció".

S'esperava de la recerca present tres induccions clares: "la planificació dels recursos idonis a les necessitats reals, l'actitud participativa dels professionals a l'hora de potenciar un mètode d'acció-reflexió de la intervenció social i l'escolta de la valoració que fa el col·lectiu afectat de les seves pròpies necessitats i recursos".

La metodologia prevista era la d'"iniciar un procés de participació activa dels serveis de l'àmbit de l'atenció a la infància amb risc social, a través de reunions de treball, amb l'objectiu d'avaluar la tasca realitzada, acordar els criteris d'indicadors de necessitat social i, també, definir conjuntament protocols, mètodes d'intervenció i d'avaluació de serveis".

El dia 7 de juny del 1993 el Ple del Consell Comarcal de Baix Empordà va acordar per unanimitat "sol·licitar a la Fundació Jaume Bofill la direcció i redacció de l'esmentat projecte". El 18 de juny del mateix any es feu una reunió amb els professionals representatius dels diversos serveis fent una proposta de treball

completa amb el projecte de començar la tasca passades les vacances d'estiu.

Els dies 1 i 28 d'octubre, 26 de novembre i 14 de desembre del 1993, i el 25 de gener del 1994 es feren les llargues i feixugues sessions de treball amb els professionals dels diversos serveis de la comarca. Paral·lelament eren buidats els informes de les UBASP municipals de la comarca, per a ésser sistematitzats i analitzats en els seus continguts. Tot plegat culminava el 22 de març amb una trobada informativa i recapituladora de les grans línies que es desprenien dels materials aplegats.

El conjunt és el que fonamenta i explica la redacció d'aquest informe que té, almenys, dos singularitats ben específiques. La primera és que s'afegeix a la important documentació existent sobre el maltractament infantil a Catalunya. La segona és que, més enllà de tota quantificació, intenta un coneixement des de dintre, no solament de la comprensió de la problemàtica de les situacions reals o de risc de maltractament infantil, sinó de la dinàmica difícil i a vegades contradictòria de la mateixa intervenció social per part dels actors professionals dels serveis i de les mateixes instàncies legals i administratives encarregades d'ajudar a la superació d'aquestes situacions.

No podem deixar en silenci la nostra expectativa de què aquesta recerca arribi a aconseguir els resultats que tenim dret a esperar-ne. No es tracta tant de desitjar-ne una legítima divulgació publicitadora i erudita, com de veure satisfeta la nostra esperança d'haver confeccionat un instrument útil a la tasca diària dels professionals implicats i de les administracions responsables de la política social a casa nostra.

L'exposició que segueix l'hem compartimentada amb quatre grans capítols que es corresponen als respectius moments trascendentals de la nostra recerca.

El primer capítol, amb una base exclusivament documental, intenta fer un balanç de la construcció teòrica de l'objecte d'estudi. La justificació d'aquest apartat és la de voler saber exactament de què estem parlant, què és el que ens interessa analitzar i com està acotat el tema des del punt de vista legal, institucional i administratiu.

Com es pot observar, no solament el concepte de maltractament, sinó el de la mateixa infància han sofert una evolució històrica en funció de construccions socials que han dominat l'imaginari social en un temps i un lloc determinat. El que intentem conèixer és un

concepte plenament sociològic des del moment que ha sofert variacions en funció d'aquell imaginari social.

El segon capítol introdueix l'aspecte dels enfocaments metodològics que s'han fet indispensables a l'hora d'abordar aquesta realitat del maltractament infantil i les seves justificacions teòriques. Les tècniques emprades responen teòricament a la diversificació de les fonts informatives que, donada la seva diferent procedència obliguen, no solament a emprar un instrumental específic, sinó a esperar-ne unes induccions carregades de riqueses i limitacions respectives. La lectura d'aquest capítol es pot fer marginal al lector no interessat; però és indispensable a l'hora de voler entendre el discurs que legitima la nostra manera de procedir quan es vol intentar comprendre els capítols que segueixen.

El buidatge, elaboració i lectura inductiva dels expedients ens ha dut a quantificar dimensionalment l'embalum del fenomen que tractàvem a la comarca del Baix Empordà a partir de les informacions estadístiques que aquests expedients o informes proporcionaven, amb tots els matisos. Ens hem vist limitats considerablement per la naturalesa de la informació recollida tot i la gran aportació documental que aquests materials han arribat a proporcionar.

L'assaig "d'intervenció sociològica" realitzat per l'autoanàlisi dels professionals dels diversos serveis, ha partit de materials vius, verbalitzats pels mateixos actors i sistematitzats heurísticament donant-els-hi coherència expositiva. Es tracta de dues tècniques que requereixen una justificació teòrica de les metodologies efectivament emprades.

El tercer capítol és ja l'anàlisi de les situacions de maltractament a la comarca del Baix Empordà. Quines estructures familiars s'evidencien en els casos tractats? Qui compona aquests nuclis familiars? On viuen i en quines condicions? Quina és la formació i les condicions laborals de les famílies? I la formació i situació acadèmica dels menors implicats? En què es basa la percepció de desprotecció dels menors? Quines problemàtiques han estat prioritàriament treballades? Quin perfil general es descobreix en funció de les situacions de risc? Quin balanç avaluatiu de la pròpia intervenció en fan els professionals de la comarca? Estem de ple en l'embalum numèric i social global de la realitat i de la intervenció a la comarca del Baix Empordà.

El darrer capítol és el de l'autoanàlisi dels mateixos professionals implicats en temes de maltractament infantil. Com defineixen el risc social? Com s'impliquen en la protecció de la infància? Com realitzen el diagnòstic? Com deriven? Com assumeixen la necessària multidisciplinarietat? Amb quines dificultats externes s'enfronten? Com responen davant els possibles i hipotètics maltractaments institucionals? Hem arribat al fons de la

problemàtica i al gran repte que suposa una intervenció social d'aquesta índole.

La sociologia s'encara en aquesta recerca amb un dels molts aspectes desestructuradors existents en la nostra societat. El carisma de la definició de l'objecte del nostre estudi radica en el qüestionament que fan aquestes realitats analitzades al que podríem considerar "societat del consentiment". La sola existència del maltractament infantil fa trontollar les evidències socials adquirides en una concepció d'una societat integrada, normatitzada i presonera d'un discurs monolític i uniformitzat.

Aquella imatge d'una socialització primària a la família o a l'escola, que precedeix a una inserció secundària a través de la vida institucional, quan hom contempla aquestes realitats que aquí s'han analitzat, ens obliga a pensar si no ens trobem en una construcció social idíl·lica o idealitzada donades les excepcions que en confirmen els elements de dubte. Es tracta ara de contemplar una excepció? Es més aviat una socialització alternativa al model ideal?

Hem acabat pensant que la complexitat de les relacions socials, siguin integrades o conflictives, formen en el seu conjunt l'entramat real de la vida col·lectiva. Les estructures produeixen sovint disfuncions que no són marginals al sistema social, sinó que formen part integrant de la vida social. Tots som societat; tant els itineraris que s'atenen a una dinàmica predefinida en un circuit d'integració i de consens, com els que es mouen en el context de l'anomenada desviació social, sigui aquesta per causes sanitàries, per motius conductuals o per episodis més o menys traumàtics. Tots, integrats o desviats, estem construint la nostra història, tots som actors del gran i complex drama de la vida col·lectiva.

Per altra banda, és una normalitat esperada que, des de les instàncies públiques i privades, quan s'ha pres consciència d'aquestes realitats més conflictives considerades potser acríticament com a desviades, s'intenti donar suport o ajut amb la finalitat última que aquesta sigui una societat veritablement igualitària en la qual tothom trobi les seves oportunitats.

I aquí neix un segon interrogant que no és menor: fins a quin punt tenim dret a intervenir en un procés de socialització que segueix unes pautes que no són les esperades? No hi ha el risc imminent de caure en una coerció, una opressió inacceptable des del moment que aquesta intervenció social es fa des d'unes valoracions socials externes? Qui és capaç de definir els límits del que és normal o

anormal, legítim o il·legítim, correcte o incorrecte? Quin líder o quina autoritat ho ha decidit?

Aquesta recerca aporta considerables elements de reflexió i resposta a aquests interrogants que se'ns plantegen i, amb la convicció de no d'haver atès la darrera paraula entorn d'aquesta problemàtica, no són pas poques les consideracions i matisos que aquí s'hi troben entorn d'aquestes qüestions.

Els autors d'aquesta anàlisi, en part hem estat autors i, també, en part hem estat sistematitzadors d'un discurs que neix de la mateixa experiència del treball social. La nostra il·lusion parteix i es fonamenta, no solament del coneixement d'unes realitats existencials que només coneixíem superficialment, sinó de l'esperança que no ens cansaríem mai de proclamar que aquí hi ha uns materials vius, uns instruments d'anàlisi que han de produir els seus fruits.

Creiem que la nostra il·lusion és coincident amb les persones que han participat en l'elaboració d'aquests materials amb qui hem conviscut llargues hores dures, tenses i fecundes: Joan Agulló (Cap del Servei de Pediatria de l'Hospital de Palamós), Maria Badia (Educatora Especialitzada, UBASP), Consol Cano (Assistent Social, UBASP), Sílvia Casellas (STAI), Araceli Carretero (Delegada d'atenció al menor de Justícia Juvenil), Conxa Comas (EAP), Neus Gómez (EAIA), Núria Llorenç (SAP) i Montserrat Nebot (Coordinadora dels Serveis Socials al Consell Comarcal del Baix Empordà). A tots ells el nostre més sincer agraïment pel seu suport i la gran capacitat posada a prova d'autoanalitzar la seva pròpia identitat professional.

Raimon Bonal, Gemma Marcet i Joel Martí
de la Fundació Jaume Bofill
Barcelona, abril del 1994

I. CONSTRUCCIO TEORICA DE L'OBJECTE D'ESTUDI.

1. Aproximació al concepte del maltractament d'infants

1.1. L'estatus social de la infància.

Què és un infant ¹? Genèricament, podem definir l'infant com a persona en evolució. Però la infantesa és, abans de tot, una representació col·lectiva sobre la qual els adults projecten una sèrie d'associacions d'idees -moltes vegades estereotipades i irrealistes- formant un "conjunt d'implícits" que adopta i és realitat objectiva ².

Aquesta categorització -en definitiva, una construcció social- no implica que la infància sigui un col·lectiu homogeni i unívoc sinó que, ben al contrari, reproduïx un ventall de diferències i desigualtats que tenen lloc en el món dels adults: de gènere, de classe, d'edat, ..., les quals incideixen sobre les expectatives que es generen entorn de cada infant en concret.

De la mateixa manera, cal no oblidar que, com a construcció social, l'estatus de l'infant ve determinat per aquestes representacions col·lectives, les quals, immerses en contextos culturals més amplis, desenvolupen els seus propis "models d'infància" (conjunt de creences i valors sobre el què és i el què ha d'esdevenir un infant). I són aquestes representacions les que configuren el tractament que reben aquestes "persones en evolució" en els diferents contextos històrics i culturals. El ventall d'actituds de l'adult cap a l'infant ha estat divers al llarg de les diferents èpoques ³.

¹ Les nocions d'infant, nen/a, noi/a són quasi tan variables com escrits hi ha sobre el tema, encara que totes elles es solen contraposar a un -també variable i relatiu- estat adult. Generalment, segons Antoni Ma. Alcover ("Nen", a Diccionari Català-Valencià-Balear, Ed.Moll, Palma de Mallorca, 1979, vol.VII, pàgs. 736-737), el nen/a es considera de menys edat que el noi/a -igual que en castellà "niño/a" correspon a persones de menys edat que el "muchacho/a"- . No obstant això, a vegades es dóna al concepte de nen/a una extensió més gran. La noció de menor, en canvi, és més senzilla de delimitar, sempre i quan s'especifiqui respecte a què s'és menor. En el nostre cas, es referiria a una minoria d'edat civil -fins els disset anys- o penal -fins els quinze-.

Amb tot, davant la constatació de què, tant en la literatura entorn d'aquest tema com en el llenguatge dels professionals del camp social, s'utilitza indistintament qualsevol dels conceptes mencionats, nosaltres tampoc distingirem entre un i altre.

² Casas, F., "Las representaciones sociales de las necesidades de niños y niñas y su calidad de vida". Anuario de Psicología, Universitat de Barcelona, n.53, 1992(2), p.28.

³ Oviedo, E./Sánchez Marín, J.J., "Breve Historia de la Infancia", Ministerio de Asuntos Sociales, Exposición de los Derechos de los Niños y las Niñas, Madrid, desembre 1989.

Si bé l'infanticidi i l'abandonament eren pràctiques habituals en nombrosos pobles (celtes d'Irlanda, gals, escandinaus, egipcis, fenicis, ...), en d'altres, com a l'Índia, els fills no rebien coaccions dels seus pares -si més no en les famílies de classe alta-. L'abandó i venda de nens i nenes era una pràctica generalitzada en l'època babilònica, mentre que la societat romana tenia molt en compte l'educació i els aspectes sanitaris relacionats amb la pediatria. L'Atenes clàssica considera l'infant com a futur ciutadà i intenta proporcionar-li un enriquiment personal basat en la conjugació harmònica dels valors del pensament, l'ètica i l'estètica; mentre que a Esparta tots els nens amb defectes físics o psíquics que no acomplissin els ideals d'aquesta societat guerrera eren sacrificats.

Plató aconsellava els mestres que ensenyessin sense coaccionar, però Aristòtil, deixeble seu, afirmava que "un fill i un esclau són propietat dels pares i res del que es fa amb la propietat d'un és injust" ⁴.

La necessària contextualització d'aquestes representacions socials ens porta a creure en la impossibilitat de considerar evolutivament el tractament rebut per l'infant al llarg de la història.

No obstant això, alguns autors han intentat elaborar perioditzacions; així, mentre Lloyd de Mause, entre altres, considera que, a mesura que s'avança en el temps, hi ha hagut un progrés en l'eficàcia mostrada pels pares de cara a la satisfacció de les necessitats de desenvolupament del nen (incorporant, per tant, una idea evolutiva representada en un "continuum" d'aproximació entre pares i fills) ⁵, Philippe Ariés, en una línia molt més crítica amb el model d'infància imperant en l'actualitat, destaca la pèrdua de llibertat i la rigidesa del control al qual és

⁴ Martínez i Roig, A. Maltractament d'infants, Fundació Serveis de Cultura Popular, Barcelona, 1989, pàg.14.

⁵ Lloyd de Mause (cit.a Larrauri, Ma.J., "La atención a la infancia marginada. Núcleo de intervención: ¿la familia o el niño?", Revista de Treball Social, n.109, març 1988, pàg.102) exposa una sèrie de sis períodes històrics de diferent tracte a la infància:

- a) Infanticidi (fins el s.IV): els pares resolen les seves ansietats matant els fills.
- b) Abandó (s.IV-XIII): quan hom accepta que l'infant té ànima, es prefereix abandonar-lo o entregar-lo a altres persones en adopció.
- c) Ambivalència (s.XIV-XVII): es reflecteix en el moldejament del nen/a.
- d) Intrusió (s.XVIII): l'infant ja no està tan ple de projeccions perilloses i, consegüentment, els pares s'acosten més a ell, tractant de dominar la seva ment amb l'objectiu de controlar el seu interior. Es resa juntament amb ell.
- e) Socialització (s.XIX-mitjans XX): no es tracta tant de dominar la voluntat de l'infant sinó de guiar-la, formar-la i socialitzar-la. D'aquí se'n deriven els models psicològics del segle XX.
- f) Ajuda (a partir de mitjans s.XX): creença que l'infant sap millor que el pare el que necessita en cada etapa de la seva vida, cosa que implica un esforç dels pares per generar empatia amb el fill o filla i satisfer les seves necessitats.

sotmès l'infant dins de l'estructura social en comparació a èpoques anteriors ⁶.

Tot i així, podem afirmar que, malgrat l'escassetat d'informació disponible, en molt poques cultures l'infant ha adquirit plena autonomia i ha disfrutat d'un estatut específicament infantil. En la nostra, particularment, el reconeixement de l'infant com a categoria específica, amb els seus propis drets, no s'ha dut a terme fins ben entrat el segle XX. En aquest sentit, cal destacar com a punt de partida la Declaració dels Drets del Nen aprovada per l'Assemblea General de les Nacions Unides l'any 1959 i, més recentment, la Convenció sobre els Drets del Nen de 1989, on s'otorgaran a l'infant drets civils i polítics específicament per a ell, com a membre diferent de la família, sense que aquesta quedi exempta de les seves responsabilitats protectores i educatives.

El concepte d'infància moderna, però, s'introdueix ja amb l'arribada d'idees humanistes del Renaixement i posteriorment amb la Il·lustració, les quals marcaran l'inici d'un canvi progressiu cap a la consideració de l'infant. A partir del segle XVII es creen les primeres beneficències i escoles primàries (institucionalitzant-se l'ús del càstig corporal), i es generalitza també la preocupació per la infància desprotegida (abandonada, il·legítima, desemparada, ...) que donarà lloc a la progressiva creació d'hospicis i orfandats.

Paral·lelament, l'extensió de la societat industrial, que significarà la progressiva desaparició d'un mode de producció eminentment domèstic, suposarà la generalització del maltractament institucional cap a l'infant, en forma d'incorporació massiva i incontrolada de força laboral infantil a la indústria, en unes pèssimes condicions sobradament conegudes, denunciades tant des de l'observació de la pròpia realitat (Engels, Marx,...), com des de la literatura (Dickens, Hugo, Zola,...).

Així mateix, la conflictivitat social inherent a la relació capital/treball en el sistema capitalista, implicarà una creixent preocupació per assentar unes bases consolidadores de l'ordre social vigent que es configuraran a partir d'uns mecanismes de control i legitimació. En aquest sentit, l'escola, generalitzada a tota la població infantil, esdevindrà una institució en la qual es donaran lloc ambdós processos.

En primer lloc, es convertirà en una institució de control que permeti perpetuar l'ordre social burgès, atorgant a l'infant una

⁶ Per Philippe Ariés (cit.a Oviedo, E./Sánchez Marín, J.J., art.cit.):

"la sol·licitud de la família, de l'església, dels moralistes i dels administradors va privar el nen de la llibertat de la que gaudia entre els adults. Aquesta sol·licitud li va infligir el fuet, la presó, les correccions reservades als condemnats d'infima condició. No obstant això, aquest rigor reflectia un altre sentiment, diferent a l'antiga indiferència: un afecte obsessiu que dominà la societat a partir del segle XVIII".

mena de "llibertat vigilada" sotmesa a una disciplina i un aprenentatge requerits en la seva transició al món adult. Es tracta, fonamentalment, d'un procés socialitzador en el qual s'intenta evitar que l'infant pugui arribar a esdevenir socialment conflictiu en el futur ⁷.

En segon lloc, l'escola legitimarà, mitjançant l'establiment d'un sistema educatiu de caràcter universal i obligatori, el principi liberal-burgès d'igualtat d'oportunitats. En utilitzar l'educació com a perpetuadora del sistema socio-econòmic, s'incrementarà el nivell d'exigència sobre l'infant, al temps que se'l dota d'un "currículum" que serà palanca i element indispensable per a assolir una situació dintre del sistema.

L'establiment d'una categoria per la infància possibilitarà el sorgiment d'una sèrie de disciplines i discursos científics (pediatria, pedagogia, psicologia evolutiva, puericultura, ...) que reforçaran l'estatus de l'infant en l'ordre social, així com dels respectius professionals que regularan cada vegada més la seva vida, i que tallaran a la vegada amb molts dels hàbits de criança que havien perdurat fins aleshores ⁸.

Començaran a sorgir mots com "reeducació", "reforma", "reconducció", ... que denoten la preocupació de les capes dominants per integrar socialment tots aquells casos de desviació social que puguin fer trontollar, en un futur, l'ordre social vigent.

En aquest context, l'Estat assumirà progressivament competències que anteriorment havien correspost a la caritat individual i/o eclesiàstica, universalitzant l'educació i promocionant la investigació en les noves disciplines científiques, simultàniament amb la constant promulgació de declaracions de drets ⁹.

Actualment ningú dubta de que aquesta intervenció estatal ha contribuït a protegir l'infant de l'abús o abandonament per part dels seus pares; no obstant, en la línia d'Ariés (1987), aquesta

⁷ La idea no és nova. Ja a principis del segle XVI, l'humanista Lluís Vives escrivia, a propòsit de la generalització de l'escola a tota la població:

"Perquè els que només miren els rics, menyspreant els pobres, fan el mateix que si un metge jutgés que no cal socórrer molt amb la medicina les mans i els peus perquè disten molt del cor" (Vives, J.L. (s.a.), Tratado de socorro de los pobres. Valencia, Prometeo, p.97, cit.a Esteban, L., "El Europeísmo de Vives y la infancia", a Infancia y Sociedad, Ministerio de Asuntos Sociales, Maig-Juny 1992, n.15, p.214).

⁸ Oviedo, E./Sánchez Marin, J.J., art.cit.

⁹ Malgrat això, moltes vegades aquestes disposicions xoquen amb les realitats socials, econòmiques i culturals dels diferents països implicats. Recordem les acusacions contra l'administració xinesa pel seu suposat silenci davant la pràctica de l'infanticidi en zones rurals del país, perquè contribueix a atenuar l'explosió demogràfica, o les crítiques al govern indi per permetre, tot i estar legalment penalitzada, l'ocupació de menors en activitats productives que, sens dubte, contribueix a minimitzar els costos de producció fins a nivells insospitats.

intervenció és positiva només en certa mesura: prioritzant el dret dels fills es pot vulnerar el dels pares, i cal considerar també com a positiva la privacitat de la família i el dret a educar els propis fills com cadascú consideri adequat, de manera que els pares no puguin ser privats indiscriminadament d'aquests drets en defensa d'un equivocat progressisme defensor de l'infant. De la mateixa manera, cal no caure en l'extrem contrari, el de considerar l'"impuls" innat dels pares (i particularment de la mare) a criar els fills i filles amb amor i tendresa. L'evidència de què situacions contràries (abandonament, agressió, explotació, ...) tenen lloc freqüentment, obliga a reconèixer que aquests impulsos formen part també del repertori de conductes humanes ¹⁰.

1.2. La relativitat del concepte.

Individual o col·lectivament, els infants han estat sempre objecte de maltractaments o, si més no, d'un tipus de tractament poc adequat a les seves característiques d'éssers socials en procés d'evolució. La pàtria potestat ha conferit tradicionalment el dret dels pares a disposar de tots els àmbits de la vida dels seus fills, fins que s'ha incrementat la preocupació per la problemàtica, fruit d'una progressiva intervenció social, el que ha fet que el nombre de casos de maltractaments coneguts s'hagi anat multiplicant de forma alarmant.

Ara bé, el maltractament està molt lluny d'ésser una noció unívoca. Ben al contrari, el concepte presenta un conjunt de problemàtiques agregades a la seva definició. Anem a veure'n algunes d'elles.

Com mesurem fins a quin punt el tractament que rep l'infant és "adequat" o, contràriament, és "maltractament"? Ambdós conceptes són relatius en referència a unes representacions socials de la infància i a uns estàndards de qualitat de vida determinats. El mateix concepte de "qualitat de vida" o de "benestar" varia totalment depenent del marc de referència en el que hom situa aquests estàndards i de les medicions escalars utilitzades, les quals permeten determinar qui està millor o pitjor i respecte a què. Així, és evident que, en el context de creixement econòmic assolit pel nostre país en els darrers anys, el nivell de benestar o de qualitat de vida que hom considera acceptable ha variat a nivell quantitatiu i qualitatiu des de fa quinze o vint anys fins ara.

¹⁰ J.de Paül/C.San Juan, "La representación social de los malos tratos y el abandono infantiles", Anuario de Psicología. Universitat de Barcelona, Juny 1992, n.53, p.156.

De la mateixa manera, quins són els indicadors a partir dels quals mesurem aquest benestar? És evident que el punt de partida és un sistema de variables macrosocials -la dimensió objectiva- entre les quals hi tenen cabuda el nivell econòmic, el nivell educatiu/cultural, l'entorn físic i social, ..., però no podem oblidar la influència determinant de la percepció individual del propi benestar -és a dir, la dimensió subjectiva-, altrament anomenada "benestar psicològic", que cal no perdre de vista especialment en l'esfera de la intervenció social ¹¹. Aquesta dimensió subjectiva es perd freqüentment quan l'objecte d'intervenció és l'infant: en la consideració de que és una "persona en evolució", menor, immadura i irresponsable, no se li dóna el dret a opinar sobre la seva pròpia percepció de la realitat; generalment, com afirma Casas ¹²,

"les percepcions i avaluacions de felicitat o satisfacció entorn determinades experiències, en els estudis que es refereixen a la població infantil i, fins i tot, a les investigacions sobre necessitats, proporcionen dades quasi exclusivament sobre les atribucions que els adults fan entorn els nens, ja que els qüestionaris estan generalment dissenyats per ser contestats pels pares dels nens".

Per altra banda, cal no oblidar que la consideració del maltractament en la societat occidental actual respon a les seves pròpies expectatives i necessitats i a les seves formes de dominació i control social. Prevenir el maltractament és una forma d'evitar que l'infant creixi en un ambient que el pot portar, en la seva etapa d'adolescent i d'adult, a esdevenir socialment conflictiu. I cal tenir en compte que tot això entra dins la lògica interna d'un Estat protector que, a través d'un sistema de drets i deures, genera uns mecanismes de manteniment de l'ordre social vigent que, d'alguna manera, han substituït l'esfera de dominació dels pares sobre els fills per una altra de control directe sobre el desenvolupament de l'infant; una altra forma de dominació que, si bé ha anat incrementant al llarg del temps els supòsits de maltractament fins a comprendre'n un ventall immens, omet, paradoxalment, maltractaments institucionals, consumistes, televisius, ... i, tractant-lo com un problema reduït quasi exclusivament a l'àmbit familiar, s'oblida de desigualtats estructurals bàsiques, com les referides al gènere o a la classe social.

¹¹ Casas, F. "El concepto de calidad de vida en la intervención social en el ámbito de la infancia". III Jornadas de Psicología de la Intervención Social. Colegio Oficial de Psicólogos, Madrid, 27-29 novembre 1991, INSERSO-MAS, vol.2, pp.649-672.

¹² Casas, F. (1992), art.cit., p.41 (el subratllat és nostre).

Una altra problemàtica que presenta el concepte és que aquest no respon a una categoria dicotòmica ("bon" o "mal" tractament), sinó a un "continuum", amb la qual cosa es presenten greus problemes de delimitació. De bon principi, es parteix d'una falta de definicions clares i consensuades del concepte. Si bé en cas de maltractament flagrant (sadisme, abandonament total, ...) no hi ha desacord possible en la seva identificació, en altres casos més "dubtosos" apareix la discussió sobre on cal traçar la frontera entre criar inadecuadament els fills i les formes menors de maltractament (i per tant, sobre quins són els límits d'intervenció de l'administració). Això permet una interpretació àmplia i lliure (i, per tant, potencialment perillosa) en dos sentits ¹³:

- a) Per part de la Justícia, dels Serveis Socials o de la resta de professionals, de manera que, per exemple, la retirada o no de la tutela d'un infant pot dependre, en determinades situacions, de les limitacions existents de serveis i recursos, o dels criteris ideològics personals dels professionals implicats.
- b) Per part dels investigadors que, definint el maltractament en funció dels diversos projectes, generen confusió i inconsistència entre els resultats obtinguts, dificultant la comparabilitat entre diferents estudis.

Molt freqüentment, el terme fa referència a l'agressió física o psíquica cap a l'infant; altres vegades inclou també la falta d'assistència, l'abús sexual, l'abandó emocional, ... En altres casos s'afegeixen els aspectes relacionats amb la intencionalitat de l'adult, i en una concepció més àmplia trobaríem indicadors tals com la falta d'un desenvolupament apropiat o un tracte inadequat.

Es podria parlar, així, d'una progressió que aniria d'una definició de maltractament restringida a l'agressió física fins a una d'ampliada, a mesura que professionals de diferents disciplines s'han anat apropant al fenomen, que inclouria qualsevol tipus de desatenció cap a l'infant.

No obstant això, tampoc pretenem donar un sentit evolutiu a la definició del concepte, ja que, de fet, actualment s'estan utilitzant simultàniament, en diferents àmbits, totes aquestes definicions, en funció de si el fenomen s'aborda des d'àmbits

¹³ de Paül Ochotorena, J. i altres, Maltrato y abandono infantil. Identificación de factores de riesgo (1988). Comunidad Autónoma Basca, Vitoria-Gasteiz, pàgs.19-20.

mèdics, psicològics, legals, assistencials, etc., la qual cosa condiciona a la vegada una diversitat d'etiologies i tractaments.

El Parlament Europeu, a la sessió del 9 de desembre de 1985, defineix els maltractaments infligits als infants com

"tota violència no ocasional contra la integritat física i/o psíquica del nen, o la privació per part dels seus pares o aquelles persones que se'n encarreguen i que comporta perjudici a l'infant en ferir-lo, dificultant el seu desenvolupament o, en el cas extrem, conduint-lo a la mort" ¹⁴.

Aquesta definició, centrada en la responsabilitat familiar, ens porta a fer una primera distinció entre un maltractament físic i un altre de psíquic o emocional.

La definició de Gil de l'any 1970 posa l'accent en el vessant extrafamiliar del maltractament, que es defineix com a "qualsevol acte, efectuat o no, realitzat per individus, per institucions o per la societat en el seu conjunt i tots els estats derivats d'aquests actes o de la seva absència i que priven els nens de la seva llibertat o dels seus drets corresponents i/o en dificulten el desenvolupament òptim".

Una lectura "flexible" d'aquesta definició inclouria el que després definirem com el "vessant extern" o "social" del maltractament intrafamiliar, és a dir, totes aquelles circumstàncies indirectes que provoquen una situació de risc de maltractament. Una lectura més restringida inclouria, si més no, el maltractament institucional.

J.Garbarino i G.Guilliam, el 1980, consideraran maltractaments els

"actes d'omissió o comissió realitzats per un pare o guardador que són jutjats com a inapropiats o perjudicials pels valors de la comunitat i els experts professionals".

Aquesta definició, d'una banda, remarcaria la relativitat del concepte respecte al sistema de valors d'un determinat context cultural, de l'altra, la responsabilitat del professional envers la detecció del fenomen i, finalment, introduiria -a través de la distinció entre actes d'omissió i actes de comissió- tot un ventall de maltractaments produïts no ja per l'acció, sinó per la no realització d'aquesta, és a dir, per una indiferència, abandonament i carència dels recolzaments i estímuls bàsics que un infant necessita pel seu desenvolupament personal.

¹⁴ Martínez i Roig, A. (1989), op.cit., pàg.24. Les dues definicions que segueixen són de la mateixa font.

Finalment, una definició encara més ampliada de maltractament infantil inclouria qualsevol tipus d'impediment o limitació que no permetés a l'infant de maximitzar el seu desenvolupament (a casa, a l'escola o al món en general). Aquesta definició planteja, però, un gran problema: segons ella, la pràctica totalitat dels infants són maltractats, amb la qual cosa no es proporciona una base operativa per a la planificació de serveis per aquests infants, impeding-los el seguiment i el tractament adequat de l'elevat nombre de casos que sorgirien ¹⁵.

La conseqüència de tot això és que la definició de maltractament es veu restringida i/o relativitzada:

- a) per una realitat cultural construïda socialment, que projecta unes representacions col·lectives i unes expectatives entorn els conceptes d'infantesa, benestar i qualitat de vida.
- b) respecte a una bidimensionalitat del concepte de benestar, en tant que existeixen en primer terme unes condicions objectives donades i, en segon, la pròpia percepció subjectiva de les mateixes -les quals, molt freqüentment, en el cas de l'infant, no es consideren-.
- c) per les expectatives i necessitats d'un determinat ordre social, i les seves diferents formes de control,
- d) per la naturalesa de les diferents disciplines i àmbits professionals que treballen entorn del fenomen,
- e) per les pròpies limitacions de recursos dels serveis socials, i
- f) pels criteris ideològics personals i/o pel grau d'implicació dels professionals.

¹⁵ Jones, D. i altres (1982), El maltractament dels infants. Prevenció i atenció del problema, Barcelona, Pòrtic, 1987, pàgs. 40-46. A més, cal tenir en compte que l'existència de certa limitació és inherent a la pròpia socialització primària -que constitueix per ella mateixa una imposició-, i no per això es pot considerar un maltractament.

Perquè l'infant, i l'adult que ha estat infant, pugui esdevenir agent social, pugui construir realitat, cal que aquesta li hagi estat imbuïda prèviament, que l'interioritzi com a realitat objectiva que li ha estat imposada independentment de la seva pròpia volició. Així, per exemple, el llenguatge -el principal vehicle a través del qual hom interacciona amb els altres i efectua les preses de decisions que el converteixen en agent social-, ha de venir prèviament imposat en forma de llengua materna.

Se'ns faria totalment absurd que aquest fet social que s'imposa en la persona i que la restringeix a un determinat medi, pogués ésser considerat com a maltractament en el sentit de què podria suposar una "limitació".

1.3. Vers una definició operativa.

Finalment, hem optat per incloure dins l'àmbit del concepte tant els maltractaments físics i sexuals com els emocionals, per acció o per omisió, siguin interns o externs al nucli familiar. Per això hem adoptat, com així ho han fet altres estudis, la definició de l'Associació Catalana per la Infància Maltractada, aprovada també pel Dictamen de la Comissió d'Investigació del Parlament de Catalunya sobre els Maltractaments Infligits als Menors [15.09.87], segons la qual

"un infant és maltractat quan és objecte de violència física, psíquica i/o sexual. També si pateix de manca d'atencions per part de les persones o de les institucions de les quals depèn per al seu desenvolupament".

Aquesta definició ampliada, inclouria, així, nocions com desemparament, que segons la llei 21/1987 de l'11 de novembre, modificant l'art.172.1 del Codi Civil, considera com a

"situació (...) que es produeix de fet a causa de l'incompliment, o de l'impossible o inadequat exercici dels drets de protecció establerts per les lleis per la guarda i custòdia de menors, quan aquests queden privats de la necessària assistència moral o material",

i també la "situació d'alt risc social", que l'art.2 del Decret 338/1986, de 18 de novembre, publicat al D.O.G. el 19/12/86, entén com a

"situació per la qual un menor es troba en un ambient sòcio-familiar que incideix negativament sobre la seva personalitat i que, atesos els dèficits socials que hi concorren, fan preveure l'emergència i desenvolupament de conductes associals" ¹⁶.

Això ens permet, en base a la definició operativa adoptada, traçar una tipologia de maltractaments a partir de tres variables, dicotòmiques a nivell teòric, però interrelacionades en la vida quotidiana, que configuraran uns tipus ideals ¹⁷ de maltractaments:

¹⁶ Som conscients que encabir aquest concepte d'"alt risc social" dins la definició de "maltractament" pot sobtar a primer cop d'ull. Però si analitzem detingudament, el que hom entén per risc social, justificarem plenament la nostra afirmació. Tornarem al tema més endavant.

¹⁷ El tipus ideal és un concepte teòric elaborat per Max Weber que pretén descriure una realitat social complexa emfatitzant aquelles característiques que se'n consideren fonamentals. Es tracta, doncs, de configurar un model pur que faciliti l'anàlisi d'aquesta realitat, sense que necessàriament es correspongui a ella en tots els seus matisos i complexitats.

- Maltractaments intrafamiliars / Maltractaments extrafamiliars:

Segons si la situació opressora es produeix dins l'hàbitat familiar o prové d'agents externs, siguin persones, institucions, o institucions en forma de persones (independentment de què aquestes siguin conegudes o no per l'infant).

En aquest sentit, un maltractament podria ser exclusivament extrafamiliar, en el cas que aquest tingués lloc sense que la unitat familiar hi tingués res a veure directament o indirecta; però mai exclusivament intrafamiliar, ja que la dinàmica interna del maltractament s'entén, en major o menor mesura, dins una globalitat estructural, on prenen molta importància els condicionaments de l'entorn proper i llunyà. Així, podria ser útil distingir entre dos vessants del maltractament intrafamiliar (malgrat que en la vida quotidiana es troben íntimament relacionades i formen part d'un mateix fenomen): l'intern i l'extern.

Si, d'una banda, el maltractament succeeix entre pares i fills en el si de la família i resulta dels conflictes entre els elements que constitueixen la relació afectiva que els uneix¹⁸, de l'altra intervenen manifestacions externes que entren en interacció amb els factors interns, configurant-se com el que podríem anomenar un "substrat predisponent al maltractament"¹⁹.

- Maltractament actiu (per acció) / Maltractament passiu (per omissió):

Segons sigui, respectivament, per una agressió (de qualsevol índole) sobre l'infant, o per una mancança en les atencions bàsiques necessàries pel seu desenvolupament. En el primer cas, el maltractament seria produït per actes; en el segon, per abandonament.

Tot i que la representació social del maltractament infantil (reforçada notablement per la imatge donada des dels mitjans de comunicació) tendeix a associar-lo únicament al maltractament actiu, cal tenir en compte que la gran majoria

¹⁸ Crivillé, A., "El maltrato infantil en la sociedad actual: de la negación al reconocimiento", a Congreso estatal sobre la Infancia Maltratada, Associació Catalana per la Infància Maltractada, Barcelona, 1989, pàgs.10-11.

De fet, estudis epidemiològics i tipològics han demostrat que, en idèntics nivells educatius, situacions econòmiques i dificultats comparables i trets de la personalitat semblants, uns pares maltracten els seus fills i altres mantenen una relació afectiva ben natural.

¹⁹ Querol, X., "Maltractaments intrafamiliars", a Ibid., pàg.57.

de casos corresponen a maltractaments passius produïts, moltes vegades, de forma involuntària o inconscient.

- Maltractament físic / Maltractament sexual / maltractament emocional (o psíquic):

El primer es referiria a una agressió violenta, a una explotació laboral o a un abandó físic sobre l'infant; el segon -a cavall entre el maltractament físic i l'emocional, per tenir conseqüències en els dos àmbits- s'integra per l'explotació i l'abús sexual en una situació de dominació de l'adult sobre l'infant; mentre que el tercer ve configurat per agressions psicològiques o mancances afectives que incideixen sobre l'estat emocional de la persona, i que poden arribar a afectar greument la seva salut mental.

El maltracte emocional presenta, consegüentment, una gran dificultat en la seva detecció. Això es podria explicar també pel fet de què sembla que els maltractaments emocionals es donen més freqüentment en nivells socio-econòmics més alts, mentre que els maltractaments físics són més sovint presents en nivells més baixos.

L'esquema següent ens mostraria alguns dels maltractaments més freqüents en cada cas. Som conscients que se'ns pot titllar d'haver fet una interpretació massa àmplia del concepte i de restar operativitat a la definició. D'altra banda, però, creiem que hem estat prou cauts en escollir la mateixa definició que l'adoptada per la Comissió d'Investigació sobre els Maltractaments Infligits als Menors (amb encàrrec del Parlament de Catalunya), i que una interpretació més restringida de la mateixa negaria la seva pròpia essència.

Fig. 1

MALTRACTAMENTS			
INTRAFAMILIARS	EXTRAFAMILIARS		
PER ACCIO	PER OMISSIO		
PER ACCIO	PER ACCIO		
PER OMISSIO	PER OMISSIO		
<p>FISICS</p> <p>Agressions físiques. Explotació laboral i inducció a la mendicitat. Maltracte prenatal. Inducció al consum de substàncies tòxiques.</p>	<p>Abandonament de les necessitats físiques (alimentació, higiene, insalubritat i amuntegament vivenda).</p>	<p>Mètodes repressius a l'escola o altres àmbits. Promoció de substàncies tòxiques. Explotació laboral.</p>	<p>Conseqüències del context socio-econòmic (vivenda, ingressos, alimentació...)</p>
<p>SEXUALS</p> <p>Abús sexual. Explotació sexual.</p>		<p>Explotació sexual.</p>	<p>Conseqüències del context de dominació home-> dona.</p>
<p>EMOCIONALS</p> <p>Hostilitats verbals i tortures psicològiques que rebalxin l'autodestima de l'infant.</p>	<p>Abandonament per mancances d'interacció i afecte. Mancances emocionals pròpies de llars desestructurades.</p>	<p>Marc legal repressiu. Discriminació en qualsevol àmbit. Efectes mass media. Intervenció inadequada dels serveis socials. Urbanisme i medi social agressiu, amb degradació i/o delinqüència.</p>	<p>Manca d'atencions per part dels professionals (mestres, metges, assistents socials, ...). Falta d'infraestructures i serveis al barri.</p>

Dins els maltractaments extrafamiliars, tant a nivell físic com emocional, per acció o per omissió, trobaríem un cas important i específic que, per la naturalesa del present estudi, creiem que serà útil de tractar detingudament més endavant: el maltractament institucional.

En el cas dels maltractaments intrafamiliars -els tractats més freqüentment en la bibliografia consultada-, creiem interessant d'introduir una distinció entorn dels diferents casos de risc de maltractament utilitzada per la Comissió Municipal d'Infància Maltractada ²⁰:

"...es consideren "situacions de risc" aquelles contingències desfavorables, circumstàncies psico-socials, familiars i/o individuals que fan que determinats nens tinguin un perill de rebre maltractaments superior al de la resta de la població. S'anomena "infants en risc" a aquells que, per tenir unes característiques psico-físiques especials i viure en el si d'una família amb dificultats de contenció dels problemes, tenen possibilitats de ser maltractats superiors a la resta de la població. Finalment, parlem de "famílies en risc" al referir-nos a aquelles que tenen unes característiques personals i/o socials d'instabilitat, desestructuració i falta de seguretat que afavoreixen que els menors al seu càrrec no rebin les atencions físiques i psíquiques adequades. Són famílies sotmeses a tensions internes i externes que, per la personalitat dels seus components, no tenen capacitat d'afrontar, transformant-los en agressions contra els infants; estan desestructurades com a nucli estimulador i educador".

1.4. Maltractament i pobresa

La definició aportada anteriorment de "substrat predisponent al maltractament" ens pot portar a pensar en què una situació de pobresa és pràcticament sinònim d'una situació de maltractament.

Afirmar això seria un error. En primer lloc, degut a l'extrema dificultat per objectivar i per mesurar el concepte de pobresa i, en segon lloc, perquè, tot i que si bé pot ser cert que aquesta ocupa un lloc destacat com a factor de risc en actuar com a incrementadora de la tensió familiar, la correlació entre ambdues variables pot ser deguda tan sols a què els grups econòmicament

²⁰ Requena, Ma. Concepción, "Infancia Maltratada. Detección y prevención de casos de riesgo desde un servicio social de atención primaria". *Revista de Treball Social*, n.109, Barcelona, març 1988, pàg.126.

modestos, que representen una major proporció en els casos denunciats, són habitualment controlats pels poders públics ²¹.

Ens podríem preguntar, a partir d'aquí, si el que realment es detecta és el maltractament o, abans de tot, la pobresa:

"Creiem que, la majoria de vegades, la detecció i coneixement del cas s'ha basat en primer terme en raons de tipus social i econòmic i, en segon terme, i una vegada coneguda la situació anterior, en l'evidència del maltractament" ²².

Així, es pot constatar com el maltractament no és només present en les classes socials mitjanes/baixes i baixes, sinó també en les altes:

"cal incloure com a factors de vulnerabilitat infantil els estructurals per defecte (...), però també els estructurals per excés, com poden ser la possessió d'abundants béns materials difícils d'administrar, l'excés de treball que repercuteix en la qualitat de vida, l'excés de vida social que oblida el nucli familiar o el consumisme i la competitivitat mal aplicada" ²³.

Per altra banda, però, cal no caure en la representació social contrària ("els maltractaments afecten a tothom, indistintament de la seva procedència o classe social").

Aquesta concepció sol estar associada a una necessitat de distribuir "democràticament" els fenòmens a tots els estrats socials, cosa que, inserint el maltractament en una problemàtica individual pròpia de persones "perverses", "malaltes" o "moralment criticables", el descontextualitza d'aquest "substrat predisponent" ²⁴.

²¹ Requena, M.C., "Niños maltratados", a Fer ciutat, núm.15, 1987, pàgs.8-11

²² de Paül Ochotorena, J. i altres (1988), op.cit., pàg.148

²³ Martínez Roig, A. "Factores de vulnerabilidad infantil para el maltrato y abandono", document policopiat cit.a Inglès, A. i altres, op.cit., pàg.20.

²⁴ de Paül, J., San Juan, C., "La representación social de los malos tratos y el abandono infantiles". Anuario de Psicología, Universitat de Barcelona, n.53, 1992(2), pp.154-55.

1.5. Maltractament i risc social.

Dèiem abans que encabir el concepte de "risc social" dins la nostra definició de "maltractament" podia sobtar a primera vista. La intenció d'aquest apartat seria la de justificar de forma fonamentada aquesta decisió i de veure, a la vegada, quines són les diferències que veiem entre ambedós conceptes.

Entès el risc social tal i com el defineix l'art.2 del Decret 338/1986, de 18 de novembre, ("situació per la qual un menor es troba en un ambient sòcio-familiar que incideix negativament sobre la seva personalitat i que, atesos els dèficits socials que hi concorren, fan preveure l'emergència i desenvolupament de conductes associals"), és un concepte que queda encabít plenament dins de la nostra definició operativa de maltractament configurant-se, segons els casos, com a possibles causes d'una situació de maltractament, com a conseqüències d'aquesta, o essent elles mateixes un maltractament.

Les situacions de maltractament impliquen maltractament de fet; les situacions de risc indiquen una relació de probabilitat. Ho podem constatar observant els indicadors a partir dels quals els Equips d'Atenció a la Infància i Adolescència consideren que pot haver-hi risc social:

1. Situacions personals del noi.

- a) Amb maltractaments físics, psíquics o sexuals.
- b) Desatesos o semiabandonats pels seus progenitors.
- c) Amb problemàtiques emocionals o caracterials importants.
- d) Bloqueig d'aprenentatge no derivat de les seves limitacions intel·lectuals congènites o traumàtiques.
- e) Problemes de desnutrició o manca d'higiene importants.
- f) Consumidors de substàncies que generen drogodependències.
- g) Reincidència en activitats de caràcter dissocial.
- h) Haver estat sota mesures judicials, siguin protectores o reformadores.

2. Situacions familiars.

- a) Famílies amb algun fill institucionalitzat en algun equipament residencial de serveis socials.
- b) Famílies amb algun progenitor que presenta alguna malaltia mental greu.
- c) Famílies amb algun progenitor que presenta alguna drogodependència, especialment alcoholisme.
- d) Famílies amb algun progenitor empresonat.
- e) Famílies amb un sol adult quan, a més, existeixen dificultats econòmiques i/o laborals importants.
- f) Famílies nombroses, quan també existeixen dificultats personals de diferents membres.
- g) Famílies amb acumulació de diverses dificultats econòmiques.
- h) Famílies formades per adults amb conflictes interns violents.
- i) Famílies sota responsabilitat d'adults incapaços de mantenir una relació educativa adequada per l'infant.
- j) Famílies formades exclusivament per adults d'edat avançada, quan també existeixen dificultats econòmiques importants.
- k) Famílies residents en habitatges insalubres o deficientes.
- l) Famílies amb algun fill sota mesures judicials.
- m) Famílies prematures.

3. Situacions del medi social

- a) Entorn social que ofereix abundància d'imatges identificatòries no desitjables.

- b) Manca de serveis per al temps lliure.
- c) Presència de grups d'adolescents incontrolats pel carrer en hores lectives, o fora d'aquestes hores si són grups dedicats regularment a activitats marginals.
- d) Medi tancat de serveis escolars insuficients o deficitaris, inclosa la manca de possibilitats de realitzar estudis de formació professional.
- e) Entorn social predisposat a rebutjar el noi/a per les seves característiques (prejudicis ètnics, intolerància, actituds agressives o repressives,...).
- f) Alt índex de delinqüència o de victimització.

Maltractament i risc social no són, però, sinònims. Mentre que el maltractament es refereix a una situació que incideix sobre l'estat de l'infant -com a "víctima" d'un entorn simptomàtic (familiar, social,...)-, el risc social es refereix, com diu la definició, a situacions que fan "preveure l'emergència i desenvolupament de conductes associals" -infant com a "infractor" de l'ordre social vigent-.

Els dos conceptes representen dues cares de la mateixa moneda. El primer evoca la facultat protectora d'un Estat interventor actuant, a la vegada, com a mecanisme de legitimació i preservació d'aquest ordre; es pretén, en tant que s'evita la situació de maltractament, possibilitar la integració de la persona en el sistema social, allunyant la possibilitat de que es produeixin conductes associals (que, òbviament, van associades al maltractament).

El segon concepte evoca uns sistemes de control que garanteixen el manteniment d'aquest ordre; per això posa l'accent no ja sobre la protecció de l'infant, sinó sobre les conductes associals (en aquest sentit, més que de "risc social", seria més correcte parlar de "risc d'associalitat"). Ens referim, aleshores, no ja a la "protecció del menor", sinó a la protecció de la societat davant les possibles agressions d'uns determinats menors ²⁵. Però això no implica, que els mètodes d'intervenció utilitzats hagin d'ésser necessàriament repressius, ja que es pot actuar intentant subsanar les possibles causes del maltractament.

²⁵ Casas, F., "Internaments de nois i noies per raons socio-familiars"; III Jornades sobre el Quart Món a Catalunya, 7/8 de novembre de 1986, document fotocopiats.

3. Institucions i maltractament.

2.1. L'objectiu de la intervenció social.

Quin ha d'ésser, aleshores, l'objectiu de la intervenció social? Segons l'art.3 de la llei 26/85 de serveis socials, del 27 de desembre,

"els serveis socials s'han d'orientar sistemàticament vers la superació de les causes dels problemes socials i han d'actuar coordinadament en llur resolució".

És evident, però, que el professional que intervé "in situ" no pot, en molts casos, actuar directament sobre les causes que comporten la situació de maltractament, perquè aquestes responen a la pròpia coherència interna del nostre sistema social, són estructurals. Cal aleshores, limitar-se a realitzar una tasca de capacitació de la persona per tal que aquesta es pugui enfrontar a la vida, perquè sigui capaç de sortir-se'n sense la intervenció de cap professional, tot i els condicionaments que li han estat imposats pel seu medi familiar, social i cultural ²⁶.

Si això no és possible, l'alternativa és inapelable: separació del menor de la seva família i internament en un centre. Amb aquest model d'intervenció, però, el professional es veu obligat a restringir el maltractament a un pur símptoma d'una disfunció entre persona i societat, oblidant els condicionaments estructurals en els quals la persona es veu immersa i caient en una perspectiva simplista.

2.2. La dimensió multidisciplinària de la intervenció social.

Hi ha un acord unànime entre tots els professionals implicats de què la multifactorialitat inherent a la problemàtica dels maltractaments fa que la tasca educativa no pugui dur-se a terme

²⁶ I, tot i així, aquí entrariem en el tema de saber en quin punt el professional ha assolit aquest objectiu. En aquest sentit, el tancament del cas vindria condicionat per:

- a) la dificultat per part dels professionals de valorar el canvi en la conducta de les persones implicades.
- b) la incertesa contínua respecte a la capacitat dels pares de sortir-se'n sols.
- c) les restriccions d'informació per part dels professionals implicats degut a l'elevat nombre de professionals i institucions que, en algun moment o altre i en major o menor mesura, han entrat en contacte amb el cas.

per una sola persona, requerint una complementarietat de rols fruit d'una intervenció multidisciplinària ²⁷.

Aquesta multidisciplinarietat té dues vessants: d'una banda, una pluralitat de serveis especialitzats i, de l'altra, una pluralitat de professionals dins el mateix servei. Això, acceptat plenament tant a nivell teòric com a nivell aplicat, presenta grans avantatges: l'assoliment dels objectius abans mencionats, la maximització de l'eficàcia assistencial i la prevenció d'intervencions arbitràries. Però produeix, també, greus efectes perversos, derivats de la dificultat de portar a la pràctica aquesta multidisciplinarietat.

Així, l'excessiva presència de serveis pot desembocar fàcilment en una creixent burocratització. Si, d'una banda, tots els procediments legals i burocràtics requerits representen una garantia pel ciutadà enfront de les possibles arbitriarietats de l'administració, també és ben cert que aquests mateixos procediments vénen acompanyats d'una lentitud en les accions--moltes vegades urgents-- que, consegüentment, comporten una disminució de l'eficàcia assistencial. De la mateixa manera, es pot produir el procés invers: intervencions al marge d'aquests procediments burocràtics que, guiades per la incomoditat o l'esforç que suposen les trabes legals, tendeixen a agravar la situació de l'infant.

D'altres vegades, són els conflictes competencials entre els diferents serveis els que poden repercutir en una intervenció inadequada dels serveis socials. Aquests conflictes poden venir tan per falta com per excés de directrius competencials. Així, la indefinició de competències comporta un constant solapament entre els serveis, provocant una duplicació de tasques i l'entorpiment de la intervenció; una estreta delimitació competencial, en canvi, comporta una rigidesa en l'actuació del professional, el qual es veu privat de la flexibilitat que seria desitjable per a tractar l'especificitat de cada cas. A més, suposarà una incomunicació entre els serveis que és totalment negativa (particularment, i segons la bibliografia consultada, sembla que és entre serveis socials i serveis sanitaris on aquesta falta de coordinació es fa més evident ²⁸).

En general, doncs, sembla que, si bé és necessària l'existència d'una certa estructura organitzativa formal en els serveis socials per tal de garantir la no arbitriarietat en les accions de l'administració i, al mateix temps, una eficàcia globalitzadora, és

²⁷ Crivillé, A., Parents maltraités, enfants meurtris. L'intervenant social face à la famille de l'enfant maltraité, Paris, ESF, 1987, pàgs. 90-92.

²⁸ Jones, D. i altres, op.cit., pàg. 46.

també recomanable certa flexibilitat i descentralització que possibilitin accions ràpides i decidides en determinades situacions que requereixen una intervenció urgent.

Amb aquesta afirmació, doncs, no pretenem fer un crit contra l'existència d'una pluralitat de serveis ni contra l'existència d'un sistema de control que actuï com a coordinador de tota la intervenció, però sí contra l'excessiva burocratització que es pot originar a partir d'aquest fet i que pot ser una de les causes d'un sub-tipus de maltractament que, per les característiques de la present investigació, hem cregut oportú de tractar específicament: el maltractament institucional.

2.3. El maltractament institucional.

No només la família té responsabilitat sobre l'infant. L'actual Estat de Benestar, mitjançant diverses institucions públiques, ha assumit també una sèrie d'intervencions protectores que garanteixen el cobriment d'uns drets i unes necessitats bàsiques. Això implica que l'Estat adquireix competències en determinats àmbits amb els quals té relació l'infant, realitzant una sèrie de tasques que tradicionalment havien estat encomanades a la família: educació, assistència sanitària, ... i autoatorgant-se, a més, la facultat per intervenir en el cobriment de determinades atencions primàries físiques i/o emocionals quan es consideri que l'entorn familiar, per acció o per omissió, no les cobreix.

Com hem dit abans, aquesta assumpció de responsabilitats per part de l'Estat no respon tal sols a la intenció de garantir determinats drets a l'infant, sinó també a la de possibilitar un control social sobre tot aquella persona o grup social que, en determinats moments, pugui fer trontollar l'ordre social vigent.

Però aquesta facultat pot, en determinades circumstàncies, no tan sols no millorar la situació de l'infant sinó, ben al contrari, empitjorar-la. És en aquests casos en els quals considerem que es produeix un maltractament institucional.

El maltractament institucional, que anteriorment hem tractat tangencialment com a un sub-tipus específic del maltractament extrafamiliar, es defineix com a

"qualsevol legislació, programa, procediment, acció o omissió procedent dels poders públics o bé derivada de l'actuació professional del tècnic o funcionari dels mateixos que comporti abús, negligència, detriment de la salut, la seguretat, l'estat emocional, el benestar físic i la correcta maduració, o que violi els drets bàsics del nen i/o de la infància" ²⁹.

²⁹ Monge, L., Requena, C., "Los Servicios Sociales de Atención Primaria en el Problema del Maltrato Infantil", Revista de Treball Social, n.128, desembre 1992, pág.83.

Es pot produir en qualsevol dels diferents àmbits que tenen relació amb l'infant: Sanitat, Ensenyament, Justícia i Serveis Socials. En aquest sentit, la delimitació del concepte es centra en considerar la institució en qüestió o qualsevol persona que la representi com a agent maltractador.

Així, i d'acord amb la definició genèrica donada anteriorment, es pot maltractar institucionalment tant per acció com per omissió, i tant físicament com emocionalment. A més d'aquestes distincions, però, caldria incloure'n d'altres. D'una banda, es pot maltractar l'infant individualment (en relació directa amb l'infant concret) o col·lectivament (maltractament dirigit a la infància com a grup demogràfic i social).

Paral·lelament, podem distingir entre maltractaments que poden considerar-se "lícits" (és a dir, realitzats dins l'àmbit de la legalitat vigent) i altres d'"il·lícits" (al marge de la legalitat)³⁰. Així, per exemple, l'aplicació de polítiques de benestar social inadequades als infants o la planificació confusa i canviant de les àrees d'atenció a l'infant serien exemples de maltractament institucional lícit. D'altres, com l'actuació incorrecta per part dels diferents professionals a l'hora d'aplicar determinades lleis o l'internament indiscriminat en famílies substituïdes (amb les conseqüències que això comporta pel correcte desenvolupament emocional de la persona), correspondrien a formes il·lícites de maltractament.

Finalment, caldria constatar que, tot i que la definició de maltractament institucional és prou clara, el fet que moltes vegades els professionals implicats visquin la intervenció social - i el maltractament institucional - com a fet quotidià produeix l'establiment d'una falsa consciència que dificulta enormement la seva detecció.

2.4. El desgast del professional.

L'estrés i l'esgotament professional són, en la societat contemporània, una tònica dominant en àmbits molt diversos del món laboral. Si bé el concepte s'ha posat de moda a partir de la seva incidència en el camp empresarial (gerents, yuppies, ...), és prou coneguda la seva importància i les seves conseqüències en l'àmbit del treball social i pedagògic, particularment entre aquells que treballen en contacte directe amb els problemes de la gent.

El "Burn-out stress syndrome", designat als EUA per les sigles B.O.S.S., es defineix com l'exhauriment físic i emocional resultant

³⁰ Martínez i Roig, A. "Malos tratos institucionales", *Revista de Treball Social*, n.110, juny 1988, pàgs.202-3.

d'una feina amb una exigència excessiva d'energia o de recursos personals ³¹.

La seva incidència és alta entre els professionals de la sanitat i dels serveis socials, on produeix efectes d'absentisme, canvis freqüents de personal i desànim en l'ambient de treball.

Moltes vegades ve causat per l'excessiu entusiasme del professional que, estant en la predisposició personal de modificar determinades situacions, es troba amb la impossibilitat de fer-ho per motius externs a ell. Fent un paral·lelisme amb l'equació psico-matemàtica de la frustració [frustració=desig/obtenció], es podria afirmar que, a majors expectatives en els objectius de la intervenció, menor assoliment dels mateixos i, per tant, major grau de frustració; i, com a possible conseqüència d'aquesta, l'esgotament, apatia i desgast del professional.

Això, però, no deixaria d'ésser una visió simplificada del fenomen. Si bé moltes vegades aquest és degut a causes personals derivades del diferent grau d'implicació i dels objectius marcats pel professional en cada cas, en moltes altres situacions no és res més que el producte d'un context situacional (disponibilitat de recursos, marc institucional, ...) en el qual s'està treballant.

Tot i que existeix un consens gairebé unànim a considerar el B.O.S.S. com a fenomen personal, és evident que comporta conseqüències directes sobre la intervenció, podent desembocar freqüentment en maltracte institucional il·lícit.

En aquest sentit, la sortida més desitjable és que el professional sàpiga situar-se, una vegada conegudes les restriccions contextuais del medi, en un punt intermig entre l'excessiva implicació i entusiasme per una banda, i l'apatia i distanciació excessiva (com a autodefensa personal per controlar les pròpies emocions) per l'altra, tot i tenint sempre present que l'esperit d'atenció al menor maltractat és l'essència vital del professional.

D'aquí se'n deriva, també, la necessitat de supervisió en treball social, la necessitat de reciclatge continuat i la necessitat d'una constant reavaluació, per part del professional, de la seva implicació personal, i la revisió i reelaboració, quan sigui necessari, de nous diagnòstics ³²

³¹ Rubiol, G., "L'esgotament (burn out) en les professions d'ajuda". Revista de Treball Social, n.94, juny 1984, pàgs.30-40.

³² Crivillé, A. (1987), op.cit., pàgs.88-90.

3. A manera de síntesi.

El nostre objecte d'estudi es centra, doncs, en uns conceptes plenament sociològics des del moment que es troben condicionats a l'espai i al temps. I això és així tant pel que es refereix a la relativitat de la consideració de la infància com pel que diu relació al concepte de maltractament; la variable històrica dóna forma concreta a aquestes nocions i la variable cultural ens avisa del risc de precipitar interpretacions que no tinguin suficientment en compte els diversos estils de la vida col·lectiva i de les seves formes.

Sabem ara que el maltractament infantil ha estat sotmès a onades cícliques en la història de la humanitat. Ens interessa analitzar el problema al Baix Empordà i a l'època actual que és, des del 1923 fins ara, l'era dels drets del nen com a subjecte social a qui es deu afecte, creixement harmònic i seguretat.

Per altra banda, no ens podem atedir a les definicions tòpiques i a les generalitzacions donades tant pels interventors socials com pels investigadors. El que està clar és que el maltractament infantil és una realitat construïda socialment. El lloc on es troba, és una acció violenta o és també una omisió dels deures d'alimentació, d'educació i de desenvolupament? És interior a la família o cal tenir compte d'una estructura social desigual, estratificada jeràrquicament i segregadora? És la mateixa intervenció social que està produint el maltractament? És...?

Del que podem estar ara convençuts és que, si descontextualitzem l'episodi del maltractament infantil, podem caure en el risc de culpabilitzar a qui només n'és la víctima. Precisament la contextualització del maltractament (situació de risc, família en risc, infant en risc) és el que ens autoritza a posar crits d'atenció davant la necessària prevenció; tot ens porta a pensar que, seguint les coses constants, la problematització de l'episodi conflictiu està assegurat.

La llei juga un transcendental paper: el de donar garanties a les persones. Però pateix de problemes de molta ambigüitat, a vegades pel seu caràcter antic i per tant inadequat, i sempre perquè l'atenta lectura de les realitats conflictives tal com es presenten són difícilment compresos en els paràmetres que la llei marca.

La realitat és fins a tal punt dinàmica que exigeix una atenció multidisciplinària; des de l'estimulació precoç fins a la salut mental i els centres de recuperació i tractament de l'alcoholisme i altres toxicomanies, des dels centres sanitaris i les maternitats fins els racons més insospitats de l'escola, des de...

Els perills burocràtics i de conflictes de competències institucionals s'hauran de resoldre, no solament amb la mirada

posada en el tema central de referència (l'infant maltractat), sinó també amb un progressiu acostament descentralitzat de cara a trobar possibles accions ràpides i coherents davant la situació problematitzada. És el difícil equilibri entre intervenció puntual i globalització de la temàtica tractada.

El professional que treballa en aquest àmbit, que sempre és una realitat crua i dramàtica, pateix un notable esgotament emocional; aquest fet pot anul·lar la seva mateixa capacitat tècnica i la més gran voluntat vocacional.

Caldrà preveure, també, que pugui prendre distància respecte a l'objecte del seu treball quotidià amb un doble objectiu: com a mesura de salut mental i com a condició d'eficàcia en la seva mateixa intervenció. El reciclatge i el sosteniment anímic i emocional, amb equip o amb l'ajuda d'una tercera persona, serà sempre indispensable. Com hi al·ludirem en el capítol següent, aquest és també un dels objectius de la nostra recerca.

II Metodologia

Cada mètode d'aproximació a una realitat concreta es correspon a un mode d'anàlisi d'aquesta realitat. L'objecte d'estudi que se'ns proposa d'analitzar i que hem intentat definir en la nostra primera part, el nen maltractat a la comarca del Baix Empordà, l'hem estudiat des de dues perspectives metodològiques diametralment oposades.

1. L'anàlisi de les situacions

D'una banda, hi ha l'aproximació a la dimensió del fenomen des del seu punt de vista quantitatiu: és l'anàlisi que ens ocupa en un primer moment i que hem fet constar a l'apartat primer del nostre treball de camp a partir de les informacions recollides a les Unitats Bàsiques d'Assistència Social Primària.

En aquests materials s'accepta el pressupòsit indiscutit i evident d'unes situacions reals definides en les seves dimensions de risc pels professionals que intervenen. Es la realitat viscuda i experimentada des de la perspectiva situacional dels qui professionalment n'han assumit la responsabilitat de la intervenció. Es tracta d'aquella informació que tan interessa els periodistes, els polítics, els qui es miren la realitat social del maltractament des de la lectura de la ressonància social, de la reacció social i de la lògica de la contenció.

Aquesta informació bàsica té un extraordinari interès des del moment que posa en evidència una imatge fotogràfica i impressionista de la realitat del risc que pateixen determinades persones per causa d'unes eventualitats socials o d'uns episodis que fan que es doni una existència social problemàtica en el seu present i, sobretot, en les seves perspectives de futur. L'interès no radica tant en la dada bruta d'un embalum o d'una dimensió més o menys generalitzada, sinó de la força de l'anàlisi sociològica que permet, a través de les interrelacions entre fets estructurals, endevinar uns perfils sociològics o tipològics d'aquestes situacions de risc social.

Aquesta primera aproximació juga amb un ampli ventall de variables objectivables pels paràmetres predefinites pels mateixos interventors socials sota l'epígraf de "les situacions de risc social dels infants i llurs famílies".

Aquestes variables són: la data, derivació i motiu de la demanda, concreció sobre qui recau aquesta demanda, si hi ha una presència o no a la llar de la persona afectada i el concret parentiu amb l'implicat de la persona que s'ha mogut en demanda d'ajuda; l'edat i els components del nucli familiar amb l'especificació de la qualificació professional, el sector de producció que ocupa l'exercici de l'activitat familiar i la seva situació en relació al

mercat de treball amb especificació dels antecedents laborals; els tipus i condicions d'accés a l'habitatge residencial amb la determinació de la seva superfície i dels problemes carencials més visibles de l'immoble habitat a més de la distribució de tasques bàsiques i de relació dintre la llar; la comarca o el país de procedència amb especificació de la ubicació concentrada o dispersa del nucli familiar i el temps de residència a Catalunya amb la situació legal actual en el cas de tractar-se de nuclis familiars desplaçats i identificats com minories estrangeres; els nivells d'instrucció assolits pels diversos membres de la institució familiar amb les possibilitats de comunicació en funció del coneixement de la llengua catalana; l'actitud fonamental i bàsica dels components de la llar en les seves relacions quotidianes; i, finalment, la pressumpció de desprotecció del cas objecte de la informació precedent amb l'especificació de sobre quin membre de la família recau aquesta pressumpció.

Com a complement d'aquestes informacions quantificades i descriptives, hi ha un quadre recopilador com a síntesi de la situació-problema que es planteja prioritàriament com a objecte de la intervenció.

En contraportada del guió d'aquesta informació bàsica que permet fer un pronòstic, hi ha unes dades valoratives sobre la capacitat de resposta (distingint entre recursos propis o de l'entorn i quin membre de la llar els disposa) i la contrastació entre els plantejaments dels interessats i els recursos amb els que efectivament es compta; això permet elaborar efectivament un diagnòstic social. A més, hi ha un esquema pràctic del pla d'intervenció social amb consignació dels professionals implicats, de la freqüència de la intervenció, dels objectius proposats i dels mitjans efectivament emprats i, finalment, una valoració o prospectiva del procés d'intervenció segons el grau d'èxit o fracàs en una escala de temps que va dels tres mesos a l'any.

Aquesta abundant informació provinent de totes les Unitats Bàsiques d'Assistència Social Primària de la comarca del Baix Empordà no és gens desestimable. La seva riquesa és absolutament indiscutible.

Però, en realitat, es tracta d'una aproximació que pateix d'una doble servitud que val la pena de posar en evidència, precisament perquè només amb aquesta primera elaboració ens quedaria tanmateix ben limitada la comprensió de la realitat que pretenem conèixer.

a) La primera servitud parteix de la perspectiva de la sociologia del coneixement. Es senzillament la formulació de la simple pregunta que ens porta a interrogar-nos sobre les dimensions conceptuals mateixes del fenomen que volem estudiar i comprendre: el maltractament infantil.

Qui ha definit que una determinada circumstància situacional ha d'ésser considerada de risc social? Quins indicadors socials fan

que una concreta existència social pugui ésser identificada de maltractament infantil? No serà més aviat la reacció social o la representació de la realitat que es fa des de la societat del consentiment? Amb quins criteris socials es pot discriminar un maltracte del que no ho és?

La pertinència d'aquests interrogants donen elements per a fragmentar en mil troços allò que es podria considerar com una evidència social. I les raons de la fragmentació esmentada es legitimen per nous interrogants tan obvis com els que segueixen.

Qui ha cridat l'atenció sobre una determinada situació com identificable amb un maltractament? D'on provenen les situacions pretesament conflictives fins que arriben a una Unitat Bàsica d'Assistència Social Primària? Per què l'estudi d'uns determinats ítems i no uns altres com a descriptors d'una identitat social concreta i específica? Quina lectura en fan del problema tant els professionals que intervenen com les suposades víctimes? En darrer terme, què justifica una intervenció dels serveis socials en l'assumpció d'una problemàtica específica definida així com a maltractament?

Aquesta primera servitud sembla en nosaltres un dubte categòric que afecta a la mateixa naturalesa de la definició del maltractament. Per què aquests casos i no uns altres? El nostre esforç ens conduirà certament al coneixement del maltracte infantil a la comarca del Baix Empordà? Es veritablement real aquesta realitat estudiada? No es tracta més d'una construcció social producte d'un sistema d'objectivacions i d'interioritzacions condicionades per la mateixa vida col·lectiva?

Tots aquests interrogants no són de fàcil resposta i la veritat és que correm el risc d'analitzar més el que és considerat socialment com maltracte que no pas el maltracte en la seva mateixa entitat. Podria ésser molt bé que el resultat de la nostra investigació sobre el maltracte acabés essent un element més que alimenta i dona raons a la construcció social del problema tal com es dona en la nostra vida col·lectiva.

I precisament, des de la nostra perspectiva sociològica, volem diferenciar clarament el maltractament com a problema social del maltractament com a problema sociològic; és a dir, volem conèixer en profunditat les estructures socials, culturals, ideològiques, mentals que fan que el problema que volem analitzar sigui veritablement definit d'una determinada manera: tota altra perspectiva ens faria caure en el parany d'ésser únicament una caixa de ressonància del que acríticament es defineix socialment com a maltractament.

b) La segona servitud a la que es veu abocada aquesta nostra primera part de l'anàlisi, tot i el seu evident interès, és que es

manté a un nivell purament estructural. I la societat no és només una estructura sinó que, abans d'ésser-ho, la societat és un drama.

Si ens circunscribim deliberadament a l'anàlisi estructuralista, estem limitant d'una manera considerable la nostra amplitud de mires. El tema que estem tractant, el maltracte infantil, més enllà d'un conjunt d'estructures explicatives de la situació, s'inscriu en una dinàmica viva que es deixa difícilment encasillar per fets estructurals definitoris de la situació.

Hem d'escapar a tot tipus de determinisme perquè ni tota mare soltera produirà una situació de risc social, ni qualsevol episodi de drogoaddicció o d'alcoholisme degenerarà en maltractament infantil, ni qualsevol procés migratori té greus conseqüències de desarrelament social. La vida col·lectiva es compon d'actors que modulen, encaminen, modifiquen i lluiten per la seva supervivència; tot i ésser i viure condicionats amb més o menys força per la situació social que els ha tocat viure, no hi ha ningú que no disposi d'una mínima llibertat d'elecció per condicionada que sigui aquesta.

I és precisament per això que l'anàlisi estructural ens permet dibuixar un perfil de causes o factors causals que es repeteixen amb una inusitada freqüència i que ens autoritzen a concretar i definir uns determinats crims d'atenció sobre fets estructurals demogràfics, socials, culturals, ètnics, econòmics, històrics, laborals, etc. que permeten pensar en la pertinència de determinats episodis com a constitutius d'un perfil de risc social, sense de cap manera poder afirmar que, donades unes concretes situacions, es produirà indefectiblement una conflictivitat social concreta.

Amb aquestes observacions volem simplement dir que les limitacions metodològiques de la nostra primera part ens han d'impel·lir a bandejar afirmacions categòriques, no solament per manca de possibilitat provinent de la mateixa informació treballada, sinó per manca de consistència apodíctica del que s'ha analitzat. No es pot fer dir a les xifres i a les correlacions allò que no poden dir.

La informació estructural és útil en tant que crida d'atenció sobre aquelles constants, aquells fenòmens que es repeteixen, aquelles lleis sociològiques que s'hi posen en evidència i que poden encaminar, amb uns nivells de probabilitat determinada, la intervenció futura sobre les situacions que s'han definit com marcades per un notable risc social. Més enllà d'aquests límits probabilístics, no es pot dir res més. Les limitacions que hem exposat ens impedeixen fer-ho.

2. La intervenció sociològica

La nostra segona part centra la seva teorització metodològica en la intervenció sociològica imaginada i posada en pràctica per Alain

Touraine en l'estudi dels moviments socials estudiantils, ecològics, sindicalistes i occitans. El que hem pretés fer és una adaptació imaginativa del mètode; és per això que volem fer una justificació metodològica d'aquesta important funció de la nostra recerca.

Dèiem més amunt que la societat, abans que una estructura, és un drama en el que hi ha uns actors que juguen un paper encomanat socialment -fruit d'una estructura social determinada-; però assumit i interioritzat en el context d'una interacció social constructora de quotidianitat. El nostre punt de partida, doncs, d'aquesta perspectiva metodològica és que, malgrat les pressions socials, l'home construeix la seva quotidianitat.

Aquesta concepció de la societat com a drama, ens porta a donar una consideració al maltractament infantil molt singular entre les moltes possibles.

En efecte, si el maltractament infantil és un atemptat a la comunitat i l'objectiu de l'anàlisi és la defensa d'aquesta, un bona via d'aproximació és la història oral que intentarà refer el circuit de la contradicció per tal de veure el punt en el qual la ferida social és més sagnant amb l'objectiu de refer el que ha estat destruït o posat en perill per causa del risc social que comporta.

Per altra banda, si el maltractament infantil fa l'objecte d'una lectura individualitzada del problema, la millor aproximació serà l'exhaustiu estudi monogràfic de casos que permet fer una certa tipologia darrera la qual s'hi configura una concreta realitat problemàtica.

Però si el maltractament infantil és vist des de la perspectiva d'unes relacions socials degradades amb la consegüent carència de recursos, el millor serà analitzar el component de classe social implicat en la contradicció explícita que emana d'una dinàmica social fonamentada en la desigualtat i la diferència.

I, encara, si la presència d'un determinat maltracte és vist únicament des de la reacció social provocada i, per tant, el rol polític jugat pel treballador social, caldrà analitzar la identitat professional de l'interventor social en tant que immers en una perspectiva de canvi social condicionada per la seva inserció en una determinada empresa que defineix el problema i dicta les orientacions entorn de les quals s'ha de moure la seva activitat professional.

La nostra lectura de la realitat del maltractament, sense desprestigiar els altres models d'abordatge de la realitat concreta, es situa en un marc tanmateix ben diferent. Nosaltres volem estudiar les conductes que, no solament responen a una situació de predefinició -ja certament problemàtica- sinó que, a

més, i potser per aquesta mateixa problematització, obren la porta a un cert contrast de parers.

La nostra perspectiva metodològica és la d'assumir el maltractament com un pretext amb la finalitat de conduir els interventors socials a fer una autoanàlisi de la seva pròpia conducta i del discurs social que la sustenta.

La intervenció sociològica vol oferir un marc de reflexió que permeti aflorar la llibertat d'anàlisi i de proposta contrastades. El que ens interessa és captar la significació de les conductes dels actors lligada estretament a les seves legitimacions o evidències i a les seves racionalitzacions o discursos.

Es tracta d'una reflexió sobre comportaments; per tant no s'interessa ni per les ideologies subjacents ni per les opinions més o menys explícites que puguin fonamentar o fer de coixí de les respostes dels treballadors socials a la realitat suposadament conflictiva per causa d'un maltractament o d'un risc social determinat.

El mètode permet interpretar sociològicament la lògica que orienta la intervenció social, així com els límits i possibilitats dels canvis en aquesta lògica de producció de pràctiques socials. Com que la intervenció es porta a terme en un context social (Baix Empordà) i institucional (l'administració pública) determinats, es tracta de fer la reconciliació entre el sistema socio-institucional i l'acció dels serveis socials, amb les seves possibilitats i límits.

El nostre mètode intenta captar els models a través dels quals els homes fan la seva història; és a dir, la historicitat dels actors socials. En efecte, les societats no estan dintre la història, sinó que la història està en les societats. Amb aquesta convicció ens interessa veure com els homes i les dones construeixen la seva pròpia història i com intenten apoderar-se dels elements que els poden fer protagonistes del propi destí, adés interioritzant la pressió social i institucional sostinguda i permanent, adés transformant i canviant aquells models imposats. En definitiva, com produeixen la societat.

Volem veure com els homes i les dones intenten apropiarse de la historicitat; és a dir, fer-se amos del control dels instruments de producció de la societat: el sistema de coneixement, el principi d'acumulació i el model cultural.

Es tracta, en definitiva, de descobrir els contrastos concrets que es donen al moment de la intervenció social sobre el maltracte infantil; més enllà dels avantatges gratuïts (gratificacions personals o professionals) trets de l'acció o dels interessos aliens (imposicions institucionals de la contenció o de la protecció social) a l'espai concret d'aquesta acció social.

La metodologia sociològica d'aquesta segona part vol posar en evidència el lligam indissoluble i estret -potser més aviat la reconciliació- entre la teoria i la pràctica sociològiques. Concretament, partir de la pràctica quotidiana per a arribar amb els mateixos actors a la consciència de la pròpia pràctica i, per tant, a l'autoanàlisi.

Per a entendre la nostra perspectiva metodològica, cal sistematitzar el que hi ha darrera la nostra voluntat d'intervenció. Primerament, volem produir el propi coneixement amb els mateixos actors per a restituir-los-hi el coneixement reflexiu del que estan fent. Els analistes no són els investigadors sinó els actors. Segonament, acceptar el sentit que donen a la seva conducta o pràctica posant-la en relació amb la professionalització, la dependència institucional i la difícil coordinació entre instàncies diverses intervinents. En tercer lloc, intentar arribar a la comprensió de com els actors produeixen la situació. Finalment, partir d'una hipòtesi favorable a la intervenció social sobre el maltracte infantil tal com es porta a terme amb la ferma convicció que està carregada d'historicitat i que, per tant, és capaç de produir relacions socials noves en determinades condicions.

L'objectiu primordial d'aquest nostre esforç metodològic és el de fer aparèixer unes determinades relacions socials amb la finalitat de fer-ne l'objecte principal de l'anàlisi. I per això cal partir de la constitució d'un grup de treballadors socials que intervenen en els casos del maltracte infantil -i que en aquesta nostra recerca no ha estat escollit pels investigadors- fent situar el grup davant les seves accions o pràctiques quotidianes amb l'objectiu de revisar la seva realitat i pràctiques concretes d'intervenció i de descobrir la producció possible de pràctiques alternatives.

La composició efectiva del grup analista comporta la presència de les instàncies dels serveis socials de base i especialitzats, les d'ensenyament, les de sanitat, les de justícia i les de gerència dels serveis socials. La característica comuna a totes elles és que, d'una manera o altra i dintre del seu àmbit específic, totes són receptives i intervenen professionalment i per mandat de l'administració pública en els casos de maltractament infantil.

El treball grupal posa en evidència les diverses significacions alternatives de l'acció i, per tant, la trobada grupal és un moment capital des del moment que separa les diverses interpretacions alternatives de la intervenció social, que necessàriament es donen, en el cas de la presència d'un maltractament infantil.

La intervenció sociològica gaudeix d'un doble moment clarament diferenciat.

a) D'una banda l'autoanàlisi que suposa que indefectiblement l'acció social comporta consciència d'aquesta acció i que parteix

de la constatació empírica que no hi ha cap actor que sigui un analista objectiu de la seva pròpia acció. L'acció sempre és revisable des del moment que pot ésser degudament contrastada.

No es tracta d'un problema de bona voluntat (de fet, es suposa que tots són professionals), ni tampoc és un tema de militància (de fet, tots tenen un mandat institucional per a intervenir en el tema i la configuració burocràtica de l'administració exclou la personal implicació directa en el que estan tractant).

Els tres grans avantatges d'aquesta primer moment, són: 1. Una oportunitat de reflexió desmarcant-se del treball quotidià; per tant, una ocasió de reciclatge; 2. Un estudi de les relacions socials en el moment de la intervenció; i 3. Una reflexió col·lectiva sobre la realitat en el context d'un discurs autoarticulat i que serà l'objecte d'anàlisi.

En aquest primer moment, els investigadors arriben a formular unes hipòtesis que neixen de la contrastació de parers i de pràctiques i revelen la significació, una vegada reflexionada, la més elevada possible de l'acció en tant que capaç de produir un canvi.

b) Precisament aquestes hipòtesis donen pas al segon moment que Alain Touraine n'anomena, potser d'una manera no prou feliç, la conversió. I és que, elaborades les hipòtesis, aquestes són analitzades pel grup en tant que impliquen la mateixa intervenció social.

Les hipòtesis per a ésser vàlides i pertinents han de reunir almenys quatre condicions bàsiques: 1. Han de permetre fer llum sobre la realitat de la pràctica exposada i contrastada. 2. Han de fer intel·ligibles les posicions diferenciades i la distància que les separa. 3. Han de permetre fer sortir els conflictes que s'hi expressen o s'han posat en evidència. i 4. Han d'acabar incrementant la capacitat d'acció dels actors.

El moment de l'"autoanàlisi" es diferencia del de la "conversió" perquè el primer suposa una sensibilització sobre la pràctica a partir de l'observació grupal i el segon és essencialment una observació reflexiva i analítica sobre la mateixa pràctica.

El paper de l'investigador varia considerablement segons es tracti del moment de l'autoanàlisi o del de la conversió. D'entrada s'ha de dir que l'investigador no és un ideòleg privilegiat, ni tampoc un observador fred i distant; el seu paper és el de controlar i provocar l'autoanàlisi i un agent de coneixement al moment de la conversió.

L'investigador en cap moment s'identifica amb el grup. El seu paper és el de, no solament fer visibles les contradiccions de l'acció, sinó també de fer visible la superació de les mateixes.

L'investigador és un animador del debat i no un productor de coneixement.

Tota la seva labor consisteix a aconseguir que la resposta donada a una situació determinada en el primer moment de l'autoanàlisi, sigui precisament la pregunta que es formula al moment de la conversió. Es per aquesta raó que és extraordinàriament interessant de què siguin almenys dos els investigadors presents als treballs del grup amb una relativa distribució de les funcions: a l'ensem de provocació i dinamització del grup de treball, i de controlador de la temàtica coherent del discurs posat a prova. No es pot oblidar que la intervenció sociològica és una recerca intensiva i no una enquesta extensiva.

El resultat final és que, no solament es genera una consciència de la pròpia praxi (autoanàlisi) en tant que condicionada per un sistema social i cultural que imposa uns conceptes i unes actuacions determinades (i que, per tant, opera una apropiació concreta del món estretament lligat al maltractament infantil), sinó que, feta aquesta sensibilització, s'arriba a produir pràctiques alternatives en la mesura que la consciència reflexiva les vagi descobrint en el moment de la conversió.

Les sessions són llargues, pesades i ben sovint carregades de tensions. Precisament és el conflicte que fa néixer i posa a prova el contrast de parers a través de models professionals diversos condicionats per la funció encomanada pel mandat institucional.

No ens interessa l'anècdota d'una determinada capacitat d'un professional apte per generar una empatia i un lideratge singular; el que ens interessa és la categoria de l'acció centrada exclusivament en la intervenció social en el cas d'una situació de maltractament infantil o considerat com a tal per la situació de risc social que comporta.

Les trobades grupals no són moltes, sinó les suficients fins arribar a aquell moment de la saturació; moment que no és predictable ni previsible perquè cada temàtica concreta que es tracti té les seves exigències implícites. Potser podem parlar de saturació quan ens sembla que es fa evident que els discursos sobre la pràctica es van repetint fins el punt d'haver cobert efectivament tot el camp d'anàlisi que ens proposàvem.

En principi, volíem fer tantes sessions grupals que permetessin cobrir totes les eventualitats: des del punt de sortida de la instància receptora del problema (serveis socials de base i especialitzats, ensenyament, sanitat o justícia) i les que es concreten en un punt d'arribada (acolliment familiar, internament, estimulació precoç, suport escolar, etc.); ens semblava sobre el paper que amb deu o dotze sessions de sensibilització n'hi hauria prou per a procedir al segon moment de la recerca. Però la realitat ens ha demostrat que la riquesa dels materials aplegats feia

innecessàries tantes sessions; de fet, hem optat per l'alternança entre les sessions de sensibilització i les directament enfocades al canvi alternatiu de les pràctiques d'intervenció social.

L'objectiu final d'aquesta anàlisi, tractant-se d'una recerca intensiva, no és tant la generalització probabilística que en aquesta mena de recerques no és el que hom es proposava, com la rellevància social del procés d'intervenció analitzat. Aquesta anàlisi ens pot i ens ha de permetre elaborar pautes de protocol, de coordinació i d'intervenció en situacions futures en les que es doni un episodi de maltractament infantil.

LES SITUACIONS DE RISC SOCIAL DELS INFANTS I LLURS FAMÍLIES
NIVELL D'INTERVENCIÓ SERVEIS SOCIALS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

NIVELL DESCRIPTIU DE LES FAMÍLIES

Procedència	P	M	A	F
Municipal				
Comarca				
R.C. Girons				
Com. Barcelona				
Com. Lleida				
Com. Tarragona				
R. Estat Esp.				
Euroda CEE				
Euroda Altres				
Caixa Vera				
Gàndia				
Senegal				
Marrac				
Àfrica Altres				
Amèrica				
Sud-Amèrica				
Àsia				
Oceania				
Àustràlies				

DEMANDA	DATA
Motiu:	
Interessat:	
Derivat: Qui	

ANTECEDENTS LABORALS

NUCLI FAMILIAR	P	M	A	F
Tot a Catalunya				
Tot al país d'origen				
Part a Catalunya				
Part al país d'origen				
En procés de reat.				
Família mixta				

EDAT	P	M	A	F
< 5				
6-15				
16-18				
19-24				
25-44				
45-54				
> 55				

Sector on treballa	
Primari (agric.)	
Secundari (industr.)	
Terciari (serv.)	

Temps a Catalunya	MUNICIPI			
	P	M	A	F
Menys d'un any				
> 1 a 3 anys				
De 4 a 10 anys				
Més de 10 anys				
AUTOCTON				

Members nucli familiar a l'habitat	P	M	A	F
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
+7				

Habitatge	
Pis	
Casa	
Mas	
Altres	

SITUACIÓ LEGAL	P	M	A	F
Normalitzat				
Refugiats				
Residència legal				
Residència en tramit				
Expedient d'expulsió				
Irregular				

Qualificació	P	M	A	F
professional				
No ha treballat mai				
Obrers qualificats				
Obrers no qualificats				
Serv. domèstic, porters, Sim.				
Venedors autònoms				
Empleats				
Tècnics i quadres				
Autònoms agrícoles				
Autònoms no agrícoles				
Feines de la llar				

Finança	
Propietaris	
Llogaters	
Hab. Gratuít	
Alberg temporal	
Pensió	
Residència	
Desnonament	
Accés propietat	
Relloguer	
No consta	

Hab. Comunicativa	P	M	A	F
Coneix. del català				
Coneix. de castella				
Bona comprensió				
Comprensió difícil				
Parla català				
Parla castella				

Situació en relació amb el treball	P	M	A	F
Feines de la llar				
Inestabilitat laboral				
Treball submergit				
Treball eventual				
Cerca primera feina				
Aturats inscrits INEM				
Aturats no inscrits INEM				
Dif. Horari treball				
Prostitució Professional				
Altres				

Superfície	
Fins a 20m ²	
De 21m ² a 50m ²	
De 51m ² a 80m ²	
Mes de 80m ²	

Formació	P	M	A	F
Analfabetisme				
Neolectors				
Primària				
Graduat				
E.G.U.				
Formació Ocupacional				
Formació Professional				
Emp. o equivalent				
Univ. Grau Mitjà				
Univ. Superior				
Normal edat				
Repetidor				
Pèncas escolars				

Problemes d'habitatge	
Llum	
Aigua	
Aigua calenta	
Barreres arquitect.	
WC	
Bany o dutxa	
Calefacció	
Ascensor	
Telefon	
Gas	
Butà	
Humitat	
Esquerdes	
Avaries	
Falta ventilació	
Risc	
Molt brut	
Altres	
Nucli rural	
Nucli urbà	
Dif. Mobil/Transport	
Salubre	
Insalubre	

SINTESI DE LA SITUACIO-PROBLEMA
QUE ES PLANTEJA
COM PRIORITARI A TREBALLAR

PARENTIU RESPECTE ALS MENORS	P	M	A
Ambdós progenitors			
Pare			
Mare			
Tutor o tutors legals			
Padrastra			
Madrastra			
Avis, o un d'ells			
Altres o altres parents naturals			
Sense parentiu natural			
PRESENCIA A LA LLAR	P	M	A
Estable			
Irregular			
Absència temporal, conegut, i retorn			
Absència indefinida, conegut, retorn improbable			
Separació de fet, lloc conegut, definitiu			
Lloc desconegut			
Es desconegut			
Mort			
DISTRIBUCIO TASQUES BASIQUES I DE RELACIO	P	M	A
Alimentació			
Vestir			
Higiene personal			
Salut			
Escola			
Relació, joc			
Llevar-se			
Anar a dormir			
ACTITUD davant ELS PROBLEMES	P	M	A
Nerviositat, descontrol			
Confusió, neguit			
Cansament tristesa			
Inhibició			
Sobreacumulació de tasques			
Actitud favorable			
Sentiment d'incapacitat personal			
Sentiment de culpa			
Ressentiment, rebuig			
Sentiment d'incapacitat educativa			
PRESSUMPCIO DE DESPROTECCIO	P	M	A
Maltractament físic			
Maltractament psíquic			
Abandonament			
Explotació			
Abus sexual			
Altres sospites			
OBSERVACIONS			

	P	M	A	F
Manca d'habitatge				
Manca serveis /subministraments				
Habitatge deficient				
Desnonament				
Amuntegament				
Barraquisme				
Sense ingressos				
Ingressos insuficients				
Deutes				
Administració deficient				
Atur amb subsidi				
Atur sense subsidi				
Cerca primera ocupació				
Activitats marginals				
Treball esporàdic				
Treball submergit				
Inadaptació laboral				
Manca form./orientació laboral				
Malaltia física crònica				
Malaltia física transitòria				
Malaltia psíquica				
Disminució física				
Disminució psíquica				
Disminució sensorial				
Malaltia mental				
Hospitalització				
Tractament ambulatori				
Internament				
Alcoholisme				
Altres toxicomanies				
Ludopatia				
Esc. obligatòria inacabada				
Dificultats apren. escolars				
Absentisme escolar				
Inadaptació escolar				
Dificultats en relacions familiars				
Maltractament físic				
Negligència/abandonament				
Maltractament psíquic				
Altres maltractaments				
Ind. Trans. mentals/psicològic				
Manca d'autonomia personal				
Inadaptació social				
Dificultats integració social				
Problemes judicials				
Aïllament físic				
Altres tipus d'aïllament				
Desatenció institucional				
Victimització				
Estranger il.legal				
Transeünt				
mendicitat				
Rebuig social				

PROCES DE VALORACIO: DIAGNOSTIC / INTERVENCO SOCIAL / RECURSOS / AVALUACIO

CAPACITAT DE RESPOSTA DAVANT SITUACIONS DE DIFICULTAT	P	M	A	(0 1 2 3)
Recursos propis				
Recursos de l'entorn				

PROJECTES QUE ES VOLEN ASSOLIR EXPRESSATS PER L'INTERESSAT

.....

.....

Com ho vol fer

ES CORRESPONEN ELS PLANTEJAMENTS AMB LA CAPACITAT DE RESPOSTA

Factors personals que permeten avançar

Factors personals que impossibiliten avançar

DIAGNOSTIC SOCIAL / PRONOSTIC:

PLA D'INTERVENCO SOCIAL

PROF ESSI ONAL	SUBJECTE I FREQUENCIA INTERVENCO	OBJECTIUS	MITJANS

VALORACIO DEL PROCES D'INTERVENCO

	3M.	6M.	12M.	+12M.
No ha variat				
Regressió del cas				
Evolució progressiva				
S'han assolit els objectius				
Cas suspès, motiu:				
Extingits, motiu:				
Tramitació EAIA: Assessorament Derivació: urgència... Motiu Equip EAIA				

VALORACIO PROFESSIONAL DELS RECURSOS IDONIS PER LA RESSOLUCIO DE LA SITUACIO-
PROBLEMA

III. LES SITUACIONS DE MALTRACTAMENT AL BAIX EMPORDA

1. Vers un perfil del nen maltractat.

Consideracions preliminars

Abans de passar a la redacció del que hem pogut induir de les dades hauríem de fer algunes precisions. Cal dir que l'anàlisi que podem fer es veu molt limitada pel tipus d'informacions amb les que treballam; provenen dels informes de seixanta casos, elaborats pels diversos treballadors socials. És aquesta una qüestió bàsica pel que es refereix a la perspectiva global del nostre estudi.

Des de la sociologia del coneixement hem de tenir molt present l'origen dels informes amb els que treballam. Aquests han estat recollits pels treballadors socials, i per tant, des del seu punt de vista (i no pas des d'una visió sociològica) amb tot el que això pot comportar. Les dades estaran condicionades per una varietat de punts de vista des del moment que es tracta d'un conjunt molt divers de professionals. Tots ells estan influïts per les seves nocions prèvies, i pel tipus de situacions amb les que es troben (la definició d'un cas es farà, ben segur, comparativament a la resta dels casos en els que es treballa, encara que no es pretengui). Aquestes dificultats s'afegeixen a un dels problemes característics de la sociologia i altres ciències socials, que és l'ambigüitat i la indefinició intrínseques dels conceptes i categories emprats.

En aquesta mateixa línia, cal aclarir que situacions molt diverses queden simplificades i englobades dins d'una mateixa categoria. Tot i que, novament, aquest és un problema extensiu a molts estudis, en el nostre cas, és especialment perillós, ja que el col·lectiu en què es basa l'estudi és molt heterogeni; cada cas és únic, i cal anar amb cura amb les generalitzacions. De tota manera, tractarem de dibuixar un perfil de les situacions, i procurarem donar les indicacions i advertències necessàries en cada moment.

El fet que les dades hagin estat configurades pel consell comarcal a partir dels informes de les diferents UBASP, ens porta a una nova consideració. No ens trobarem, així, davant un recull exhaustiu dels maltractaments que hi ha a la comarca, sinó que només consten els casos que s'han dirigit a les UBASP amb alguna demanda concreta (quedant segurament exclosos els nuclis familiars que no entren, voluntàriament o involuntària, dins el circuit dels serveis socials). Això no és positiu ni negatiu en si mateix, però ho haurem de tenir en compte a l'hora d'interpretar les xifres. És per tot això que no buscarem cap mena de representativitat; no podem fer dir a les dades allò que no diuen.

Cal afegir també que no sempre disposarem de tota la informació referent a un nucli familiar o a una persona. Sovint el nostre coneixement serà parcial; en alguns casos aquest desconeixement es fa explícit en la pròpia recollida de les dades per part dels serveis socials; en altres ens manquen les informacions i les persones en queden excloses; senzillament no estan contemplades. Aquesta darrera situació fa que comptem amb més persones o nuclis per uns aspectes que per altres.

Malgrat aquestes observacions, ens sembla interessant elaborar un perfil de les situacions. No volem generalitzar ni obtenir una imatge fictícia, però ens interessa veure els trets més destacats, les tendències generals. Ara bé, cal recordar que ens referim als seixanta casos atesos pels serveis socials. És a dir, no obtindrem un perfil de les famílies de la comarca en les que es produeixen maltractaments, sinó de les 60 famílies ateses per les UBASP.

Per simplificar l'explicació i per ser fidels a la realitat, prescindirem dels percentatges mancats de significació. En molts casos, treballarem amb xifres petites, i una sola família ens pot fer variar l'anàlisi (això ens passa sobretot i especialment en constatar les diferències segons les zones).

Per acabar és necessari indicar que, sempre que siguin significatives, tindrem en compte les diferències entre les diverses zones del Baix Empordà. Per això ens basem en les divisions sectorials de la comarca fetes per part dels serveis socials. Si bé la comarca compta amb cinc sectors, corresponents a les cinc UBASP, distingirem fins a set zones, doncs dos d'aquests sectors estan subdividits en dos punts d'atenció i en aquests la informació ha estat recollida de forma independent.

Els cinc sectors amb els seus punts d'atenció, i els municipis inclosos dintre dels seus límits són:

SECTOR 1. LA BISBAL:

- La Bisbal d'Empordà; Corçà; Cruïlles, Monells, St. Sadurní; Foixà; Forallac; Palau-Sator; Parlavà; La Pera; Rupià; Ullastret; i Ultramort.

SECTOR 2. SANT FELIU DE GUIXOLS:

Punt d'atenció de Sant Feliu:

- Sant Feliu de Guíxols.

Punt d'atenció de Castell-Platja d'Aro:

- Castell-Platja d'Aro; i Santa Cristina d'Aro.

SECTOR 3. PALAMOS:

Punt d'atenció de Palamós:

- Palamós; i Vall-Llobrega.

Punt d'atenció de Calonge:

- Calonge.

SECTOR 4. PALAFRUGELL:

- Begur; Mont-Ras; Palafrugell; Regencós; i Torrent d'Empordà.

SECTOR 5. TORROELLA DE MONTGRI:

- Albons; Bellcaire d'Empordà; Colomers; Fontanilles; Garrigoles; Gualta; Jafre; Pals; Serra de Daró; La Tallada d'Empordà; Torroella de Montgrí; Ullà; Verges; i Vilopriu.

(Vegeu en annex el mapa de la comarca amb els cinc sectors).

1.1. El nucli familiar.

1.1.1. L'origen dels membres

Aquest se situa al municipi o comarca aproximadament en la meitat dels casos. Un 15 % aproximadament procedeix de la resta de Catalunya i, quasi un 30 %, de la resta de l'estat espanyol. Només en un petit nombre (menys del 5 %) provenen de fora de l'estat espanyol: Marroc i altres països.

Cal dir que la diferència entre els adults i els menors és significativa pel que es refereix a aquesta variable. Els menors nascuts al municipi o comarca augmenten fins a un 65 % i un 19 % més és nascut a la resta de Catalunya. En canvi, la meitat dels adults de les famílies estudiades, provenen de la resta de l'estat espanyol; els altres són nascuts a Catalunya (descomptant aproximadament el 8 % que són de fora de l'estat espanyol) i només un 31 % són del municipi o comarca.

A títol de resum, direm que un 64 % del total de persones és nascut ja a Catalunya (amb petites variacions segons els municipis) i quasi un 30 % prové de la resta de l'estat espanyol. Respecte als procedents de fora de l'estat espanyol, quasi tots originaris del Marroc, es concentren, per aquest ordre, a La Bisbal, Sant Feliu, Calonge i Torroella.

La majoria de nuclis familiars es troben en la seva totalitat residint a Catalunya; només en dos dels seixanta nuclis estudiats hi ha un o més membres residint al país d'origen.

1.1.2. El temps de residència a Catalunya

Partint de prop del 65 % de persones que són autòctones, direm que quasi un 24 % fa més de 10 anys que viuen a Catalunya, i només l'11 % restant fa 10 o menys anys. D'aquestes, les que fa fins a 3 anys que hi resideixen, representen un 3 % del total i el 8 % restant fa entre 4 i 10 anys.

Com es pot suposar, el nombre de menors autòctons és més elevat que si ens referim al total; augmenta fins un 85 % aproximadament,

disminuint en la mateixa diferència els menors que fa més de 10 anys que resideixen a Catalunya. Es a dir, el percentatge de menors que fa menys de 10 anys, no té una variació sensible respecte al total. Pel que fa als adults, el grup que fa menys de 10 anys no es diferencia massa de la tendència global (correspon a un 12 % dels adults). La diferència és més important (amb un 44 % cadascun) en el grup autòcton i el que fa més de 10 anys que viu a Catalunya.

Les diferències entre les famílies ateses en les diverses zones no són grans, però és interessant constatar que, en general, tots els habitants són autòctons o bé fa més de 4 anys que resideixen a Catalunya. Només en les àrees de Palafrugell, Torroella i Castell-Platja d'Aro trobem persones que fa menys de 4 anys (són en conjunt 14 sobre les 236 persones de la població considerada).

1.1.3. El tipus de parella segons la procedència dels membres

En aquest punt observem moltes diferències per zones, perquè comptem amb un total de 58 parelles repartides entre les set zones. Les més freqüents són: la parella amb els dos components procedents de l'estat espanyol (22 parelles) i la formada per un membre català i l'altre espanyol (17). A continuació es troben les catalanes (13) i són molt menys freqüents les parelles amb els dos membres de fora de l'estat espanyol (4) i les composades per un membre català i l'altre de fora de l'estat espanyol (2).

1.2. La composició de la llar

1.2.1. El parentiu dels membres

Si observem la composició de la llar, es constata una gran diversitat de situacions. Només en la meitat dels 60 nuclis familiars, els fills conviuen amb ambdós progenitors (en alguns d'aquests casos també hi ha algun altre parent a la llar i fins i tot algun membre sense cap parentiu).

Altres nuclis però, compten amb un dels progenitors i una persona que juga el paper de l'altre: en 6 dels casos els fills conviuen amb la mare i un padrastre; en 1 cas més, amb el pare i una madrastra (som conscients que aquest fet pot indicar que els fills comptin realment amb un nou pare o mare que té cura d'ells, o bé senzillament es pot limitar a ser un company del pare/mare).

En la majoria dels casos restants conviuen només amb un dels progenitors, acompanyat o no d'altres parents. Així, en 16 nuclis trobem la mare, acompanyada només en 4 casos dels dos avis. En 4 nuclis més, els fills conviuen amb el pare, sempre acompanyat d'algú altre, tingui algun parentiu o no. En tres nuclis no hi ha pare ni mare, i conviuen amb un avi i algú altre amb o sense parentiu.

1.2.2. La presència dels membres a la llar i la distribució de les tasques domèstiques.

Aquest apartat està estretament lligat a l'anterior. Si vèiem la composició teòrica de la llar, ara contemplarem la presència real dels membres de la família, la composició pràctica de la llar. Obviament, les diferències no poden ser molt àmplies, però hi són. Potser el tret més destacat és que en 4 dels nuclis no hi ha cap membre amb una presència estable a la llar. En 24 dels 30 nuclis que compten com a mínim amb els dos progenitors, són estables tots els membres de la família.

En 18 dels nuclis té lloc una presència estable de la mare (en 4 d'aquests, també hi ha alguna altra persona estable). En 2 casos més el pare és l'únic membre estable. I trobem fins a 12 situacions en què només alguna/es persona/es diferent dels pares és estable (en 9 d'aquestes, tot i ésser-hi present algun dels progenitors, la seva presència no és estable).

Es dona una gran diversitat de situacions, amb les diferents implicacions que tenen aquestes, que afecten la inestabilitat dels progenitors. Agrupant, i per tant simplificant, podem distingir dues grans categories:

- a) la primera és l'absència temporal amb el coneixement del progenitor i grans probabilitats de retorn, o bé una presència irregular a la llar;
- b) la segona es podria qualificar d'absència per un període indefinit, amb un retorn improbable o la seguretat de que no hi haurà retorn (el progenitor pot ser conegut o desconegut, i es pot conèixer o no la seva localització).

Una tercera situació que queda recollida, és la mort d'algun dels progenitors (el pare en cinc dels nuclis, i la mare en dos).

A partir d'això, constatem que les absències temporals són molt més freqüents en les mares (73 % dels casos), i les absències indefinides o definitives ho són més en els pares (prop d'un 65 %).

Relacionant la presència a la llar amb la distribució de les tasques domèstiques entre els diversos membres de la família, es veu que, quan parlem de compartir les tasques o de col.laborar en elles, no en sabem res del grau real de col.laboració i quin dels membres de la llar és el que encapçala la seva realització.

Encara que la presència de la mare a la llar sigui irregular, cal destacar que en cinc situacions les activitats quotidianes de la casa les porta a terme la mare: en una d'aquestes, trobem una mare que dona suport a un "altre" que és estable; les altres quatre són

llars sense cap adult estable, i és la mare qui les assumeix en exclusiva.

Això fa veure la tendència general que és que la mare s'encarrega de les tasques domèstiques en molts dels casos; en 34 llars en exclusiva, i en 10 més en col.laboració amb el pare i/o un altre membre.

Les feines de la llar es fan sense la intervenció de la mare en 16 casos; en dos d'ells les fa el pare, i en la resta les fa un tercer.

1.3. L'habitatge

En aquest capítol tenim una informació parcial per a alguns habitatges, i no en tenim cap en tres casos. Però malgrat tot en podem elaborar un perfil, prescindint de la informació desconeguda, tot i que una exhaustivitat informativa ens podria introduir hipotèticament alguna desviació.

1.3.1. El tipus d'habitable i la seva superfície

La morfologia dels habitacles ens revela que més de la meitat són pisos (30 de les 55 informacions conegudes), distribuïnt-se la resta en 21 cases, i 6 habitatges no qualificats com a pisos ni cases. La majoria de les zones segueixen la tendència general. Els que no entren dins la categoria de pis ni de casa es concentren a Palafrugell (3), i un respectivament a Castell-Platja d'Aro, Torroella, i Calonge.

Les dimensions de les d'aquestes residències familiars en funció de l'espai és la següent: entre 51 i 80m² (28 de les 55); de més de 80m² (un total de 22); entre 21 i 50m² (5 dels casos). Les zones on trobem més proporció d'habitacles grans són: Torroella, La Bisbal, i Palafrugell. En les altres zones la superfície dominant és entre 51 i 80m². I cal destacar que els habitatges menors (entre 21 i 50m²) se situen principalment a les àrees de Palafrugell i Castell-Platja d'Aro.

1.3.2. La tinença

La gran majoria dels habitatges són o de propietat o de lloguer (al voltant d'un 39 % cada eventualitat). Els altres es reparteixen a parts iguals entre els gratuïts, els d'ocupació il.legal, i els que es troben en situació de desnonament (4 en cada situació). Les diferències entre les diverses zones no són gaire importants, en general segueixen la tendència global. Cal destacar que els edificis gratuïts es troben a Palafrugell i Calonge, dos dels ocupats il.legalment es troben a Palamós, i els quatre en situació de desnonament es distribueixen entre quatre zones.

1.3.3. La ubicació i els problemes relatius a l'habitatge

En l'anàlisi dels problemes relatius a l'habitatge, hem de dir que ens hem centrat en els dos més comuns (així ens han vingut donades les dades per part dels serveis socials); entenem que els problemes poden ser molts, però ens interessa una anàlisi global.

La ubicació dels habitatges és principalment urbana (amb més d'un 83 %); els que es troben en l'àmbit rural són escassos (no arriben al 7 %), i en desconeixem la situació en el 10 % dels casos. Els habitatges rurals han estat registrats en les àrees de Calonge, Palafrugell, i Torroella.

Això anirà estretament lligat a una de les principals dificultats, la de transport: quatre dels cinc casos en què hi ha dificultat de transport, es corresponen a les quatre situacions en zones rurals. Els 49 restants no presenten problemes d'aquest tipus.

En quant als problemes d'insalubritat, cal dir que apareixen en més d'un 13 % dels habitatges, essent menys del 80 % els que són salubres (en el 10 % dels casos en desconeixem les condicions). Els que tenen problemes d'insalubritat se situen a Palafrugell (4), Palamós (3), i Torroella.

El nombre mig de membres per espai habitat és menor que 5, però varia des de 2 a 10 membres, i no sempre les famílies més nombroses es troben en els de major dimensió; així, no és una hipòtesi descartable que hi hagi casos d'amuntegament.

1.4. La formació i la situació laboral dels adults

En la consideració d'aquesta variable distingirem les informacions que es refereixen al pare, a la mare, als fills adults i als altres membres de la família. Això ens pot fer més densa l'explicació, però ens sembla necessari, perquè les situacions són molt diferents.

Considerem prèviament la composició del grup d'"altres persones de la llar" per tal d'evitar repeticions. Aquest presenta una gran heterogeneïtat de persones: a) cinc avis o àvies, jubilats i potser col.laborant a la llar, en la seva majoria analfabets; b) dos obrers sense qualificació, i només un de qualificat, amb treballs inestables o eventuais; c) tres persones que es dediquen a les feines de la llar i en algun cas fan feines domèstiques retribuïdes; d) i només un empleat i un tècnic amb condicions de treball precàries. A banda dels analfabets, els tipus de formació més freqüents per aquestes persones són la primària i el graduat.

També s'ha d'advertir que no sempre disposem de les dades referents a totes les altres persones convivint a la llar, fet que ens pot dificultar l'elaboració d'un perfil.

1.4.1. La formació dels adults

Dins el grup dels pares (44 homes) quasi la meitat ha assolit el nivell d'educació primària, una quarta part són neoelectors, i la resta es reparteix entre els que tenen només el graduat (un 9 %) i els que han finalitzat la Formació Professional (un altre 9 %). Hi ha tres pares dels quals en desconeixem la formació, i només un analfabet.

En quant a les mares (52 dones), la proporció que ha assolit la primària és només una mica menor que la dels pares (un 44 % del total de les mares); segueixen el grup que té el graduat (un 19 %) i el grup d'analfabetes (un 13 %). El nivell de neoelectores també és prou alt (un 12 %), i després segueix el grup que ha acabat l'E.G.B. Només dues mares han assolit nivells superiors a aquests.

Un terç dels fills adults (7 dels 21) té el nivell d'E.G.B.; a continuació trobem els de graduat, els de primària, i els que tenen alguna formació ocupacional. Només un dels fills adults té la Formació Professional, i el que resta ha rebut un ensenyament no reglat (degut a alguna disminució).

Així, el tipus de formació més freqüent dels components de la llar és el nivell de primària per als grups de pares, mares i altres, mentre que en el grup dels fills adults ocupa un tercer lloc, després de l'E.G.B. i el graduat. En aquest darrer grup, a diferència dels altres tres, no hi ha analfabets ni neoelectors. Entre el grup d'altres els nivells de formació són inferiors, trobant més analfabetisme.

Són força interessants les diferències entre els pares i les mares. Efectivament, si la proporció de pares que té una formació menor que la primària (un 27%) és similar a la de les mares en la mateixa situació (un 25%), els primers es concentren en la categoria més alta, neoelectors, mentre que les mares es reparteixen entre dues categories, analfabetes i neoelectores. Pel que es refereix a les categories superiors a la primària, s'esdevé quelcom similar: és un 18 % dels homes i un 28% de les dones els qui es troba en aquesta situació; però, mentre que els homes es concentren en els graus més alts (formació professional i el graduat), les dones es concentren en el nivell de graduat.

1.4.2. La qualificació professional dels adults

Prèviament a l'anàlisi hauríem d'indicar que trobem alguna categoria poc precisa. Aquest és el cas del grup "no ha treballat mai", que no és sempre destriable del grup "feines llar", doncs probablement mentre no treballen faran les feines de la llar; però s'hauria de distingir si estan cercant feina o no. Per tant, hi pot haver un cert marge d'interpretació del treballador social. En aquesta variable, les diverses zones tenen una distribució molt

similar a la tendència global, raó per la qual no especificarem la distinció per zones.

Prop de la meitat dels pares són obrers no qualificats (43 %), i menys d'un quart del total són qualificats (19 %). A continuació trobem els empleats i els autònoms no agrícoles amb percentatges molt similars (al voltant d'un 10 % per cada categoria); i amb percentatges molt menors, els que no han treballat mai, i el servei domèstic (incloent porters, i similars).

Les mares presenten, novament, grans diferències respecte als pares. Es concentren en dos grups: les que no han treballat mai, i les que realitzen un treball domèstic retribuït (ambdós grups amb un 23 %). Segueixen les obreres no qualificades (al voltant d'un 19 %), i les empleades (un 17 %); i en una proporció molt menor trobem les que es dediquen a les feines de la llar (quasi un 10%) i finalment les obreres qualificades.

Els fills adults i el grup d'altres presenten situacions molt variades, però confirmen la tendència general de manca de qualificació professional.

1.4.3. La situació laboral dels adults

En aquest aspecte, cal precisar que les persones han estat classificades en categories no sempre excloents, pel que una podria figurar, de fet, en més d'un grup sense poder determinar la categoria més descriptiva de la situació professional de cada persona. És a dir, algunes de les categories emprades no són incompatibles i la necessitat de triar-ne una fa que les situacions quedin simplificades. Cal tenir-ho en compte, encara que, malgrat tot, les xifres ens permetran fer-nos una idea aproximada de les diverses situacions en què es troben les persones, en general molt precàries.

Els pares amb feina estable només representen un 20 % del total i en una proporció similar trobem els inestables i els que realitzen algun treball eventual (un 18 % per cada situació); els que tenen un treball temporal, submergit, o bé treballen de forma autònoma (amb 4 individus més en cada eventualitat) quasi completen el grup. Només manquen els aturats inscrits a l'INEM i situacions individuals diverses.

Entre les mares, el grup clarament dominant és el de les feines de la llar, a les que es dedica prop d'un 33 % del total. Els tres tipus d'ocupació que segueixen en importància són els treballs submergits (21 % aproximadament), la prostitució (més d'un 15 %, que correspon a 8 de les 52 mares) i les feines eventuais (7 dones). Amb freqüències molt menors apareixen altres situacions: treball estable (3 dones), inestabilitat laboral, i situacions particulars.

Entre els fills adults i els altres membres de la família, l'estabilitat laboral és quasi inexistent. Els fills adults estan sobre tot, en situacions de precarietat i d'instabilitat laboral o bé sense feina (alguns d'ells encara busquen la primera feina).

1.4.4. El sector ocupacional dels adults

Tractarem ara la distribució dels adults en sectors ocupacionals, tot deixant de banda els que no han treballat mai o ja no treballen, a més d'alguns casos en què no ens consta l'ocupació.

La gran majoria es concentra en el sector terciari, i cal tenir en compte la varietat d'ocupacions que hi tenen cabuda (incloent la prostitució i el servei domèstic).

No hi ha grans diferències per grups, però les mares estan ocupades quasi en exclusiva en el sector terciari, mentre que entre els pares i els fills adults les proporcions d'activitat en el sector secundari hi són majors, encara que predomini també el terciari (fins i tot trobem alguns pares en el sector primari). Els "altres" que treballen es reparteixen entre els tres sectors d'activitat.

1.5. La formació i la situació escolar dels menors

1.5.1. La formació dels menors

Aquí ens referim al nivell assolit, al nivell en curs, o al nivell en què s'han abandonat els estudis.

Els menors es concentren en dos nivells: E.G.B. (75 %) i educació primària (21 %). Els que tenen altres tipus de formació són poc significatius (tres amb nivell de BUP, i un amb F.P. i amb el graduat). Les diferents zones segueixen aquesta tendència, amb les excepcions de Palamós, amb quasi tots els menors a primària, i La Bisbal i Calonge, amb tots a EGB. Els que han arribat al nivell de BUP es concentren a Castell-Platja d'Aro.

1.5.2. La situació escolar dels menors

Es tracta de saber el grau en què les seqüències i ritmes d'aprenentatge dels menors s'ajusten amb les establertes pel sistema escolar (caldría veure en quina mesura la manca d'ajust ve condicionada pels factors socials). Però, per bé que l'èxit i el fracàs escolar siguin definicions socials, funcionen com a realitat i tenen unes conseqüències. També s'inclouen categories com "parvulari" i altres en les que no s'avalua segons els criteris generals del sistema escolar i, per tant, cal que s'analitzin a part.

Desconeixem la situació d'un 16 % dels fills menors d'edat, quasi tots de Palafrugell. Un 47 % de la resta no estan al nivell que els correspon per la seva edat: un 34 % ha estat diagnosticat com a

fracàs escolar i el 13 % són repetidors. Només el 46 % (dels que coneixem) està al nivell que el pertoca segons l'edat. Els nivells de repetició i fracàs escolar, són molt més alts en l'EGB que en l'ensenyament primari.

De la resta, 6 nens estan a parvulari, un a una escola especial, i un no està escolaritzat.

Efectivament, segons les dades, la majoria dels fills menors d'edat ha arribat al nivell d'EGB i un nombre molt inferior se situa al nivell de primària (són escassos els que arriben a l'educació secundària). Quasi la meitat no estan al nivell que els correspon per l'edat, i la majoria d'aquests són casos de fracàs escolar .

1.6. La percepció de les actituds davant els problemes i la presumpció de desprotecció del menor

Abans d'entrar en les dades, hem de dir que ni les diferents actituds, ni les diverses situacions de desprotecció no són excloents tal com ha estat recollida la informació per part dels serveis socials; poden efectivament coexistir en una mateixa cas.

Les categories usades per la classificació són només etiquetes, i la realitat no s'hi pot encabir fàcilment perquè no queda prou explicada ni descrita per mitjà d'uns encapçalaments. Aquestes etiquetes són necessàries, però limitades; de tota manera són prou variades com per aproximar-nos a una àmplia gamma de situacions.

1.6.1. La percepció de les actituds davant els problemes

En aquesta variable, com també pot passar en la que segueix sobre la pressumpció de desprotecció del menor per part dels professionals, les actituds predominants que resultaran són les percebudes pels treballadors socials, les més aparents i exterioritzades independentment del coneixement sobre en quina mesura s'ajusten a les actituds reals de les persones. El marge d'interpretació és molt gran i hi intervenen les valoracions subjectives dels treballadors socials. Les actituds poc perceptibles difícilment quedaran recollides.

A més, no es pot copsar la percepció subjectiva de la persona implicada; l'actitud d'aquesta s'etiqueta des de les nostres categories i valors; però pot tenir un significat molt diferent pel propi subjecte. El que a nosaltres ens podria semblar nerviosisme o descontrol, potser és per a ell el màxim nivell de control que ha assolit mai.

Algunes d'aquestes dificultats són quasi insalvables. Calia assenyalar-les, per mostrar les limitacions de les dades i les conclusions que en puguem extraure. Segurament els treballadors socials no en són conscients i, de tota manera, pensem que la seva

informació ens proporciona una imatge força fiable de les actituds més comunes.

Només ens manca dir que les actituds posades de manifest en els informes són molt diverses, que involucren estats físics i psíquics i que poden tenir un origen diferent. Tot i que semblen tenir una arrel psicològica, són actituds determinades per la interacció del context i de la psicologia individual. Potser casos especials són els de la "sobreactumulació de tasques" i el cansament, que vindrien condicionats principalment pel context, tot i que també es poden llegir com un sentiment de no donar l'abast, d'impotència.

Distingirem també les actituds dels pares, les mares i els "altres", perquè les diferències són molt importants tenint en compte que en alguns casos no ens consta la informació.

Quasi en la meitat dels pares trobem actituds d'inhibició (en 24 dels 38 pares); la segona més freqüent és el nerviosisme i/o descontrol (apareix en 16 persones); a continuació trobem la confusió i/o el neguit (en 8 dels casos); i només la quarta actitud més freqüent és la favorable (en 7 casos), que sovint apareix en combinació amb alguna o algunes de les altres. Amb freqüències molt menors apareixen altres actituds com el sentiment d'incapacitat personal, ressentiment i/o rebuig, i sentiment d'incapacitat educativa.

Per les mares dominen les mateixes actituds que pels pares; però s'inverteix l'ordre i la varietat és molt major. Trobem en primer lloc, el nerviosisme i/o el descontrol (en 24 de les 52 mares), i en segon, la inhibició (en 20 casos). Altres actituds apareixen amb freqüències molt altes: sentiment d'incapacitat personal (19 casos), sentiment d'incapacitat educativa (18), confusió i/o neguit (16), sentiment de culpa (15). Altres menys freqüents en les mares són la sobreactumulació de tasques (12 casos), ressentiment i/o rebuig (11) i cansament i/o tristesa (8). Només en darrer lloc apareixen les actituds favorables, en 6 de les 52 mares.

En quant al grup dels "altres", quasi la meitat presenten actituds favorables (6 dels 13). Segueixen en freqüència situacions com la sobreactumulació de tasques (en 5 casos), i confusió i/o neguit (en 4 persones), nerviosisme i/o descontrol, i cansament i/o tristesa. Altres actituds apareixen amb una freqüència menor.

1.6.2. La presumpció de desprotecció del menor

Analitzarem ara les situacions de desprotecció del menor que es presumeixen, doncs es tracta de comportaments difícils de conèixer. El tipus de desprotecció més freqüent és l'abandonament del menor, situació diagnosticada en prop del 90 % tant dels pares com de les mares (i també amb gran freqüència per part dels "altres"). Els maltractaments psíquics es donen en un 25% dels pares, i en prop del 20 % de les mares; els maltractaments físics tenen quasi la

mateixa freqüència per part dels pares i no arriben a un 8 % entre les mares. Altres com l'explotació del menor, els abusos sexuals i altres, es donen en un nombre molt menor dels casos per a tots els grups.

Un fet significatiu és que en alguns dels menors coexisteixen varis tipus de pressumpció de desprotecció.

1.7. Les problemàtiques prioritàries treballades

En aquest punt, els serveis socials han contemplat fins a un total de 54 problemes diferents. Això ens proporciona una informació molt interessant, perquè permet un retrat molt fidel de les situacions i ens autoritza a precisar sense simplificacions. És molt útil des del moment que cada situació és única. Ara bé, per no perdre'ns en el detall, englobarem les problemàtiques en 7 grans grups segons l'àmbit a què es refereixen.

Tot i que també comptem amb la informació desagregada pels pares, mares, altres, i fills, ens sembla interessant agrupar els tres primers i així veure els problemes relatius al context familiar en què viu el nen i veure, per l'altra banda, el tipus de problemes que afecten directament el menor. És evident que sovint es dona el plantejament de treballar amb la mare més que amb el pare els problemes diagnosticats en la família (potser perquè la mare és més estable a la llar).

Cal dir que en aquest capítol no ens limitem a recollir els problemes que presenten les famílies o les persones; es tracta més aviat de recollir el que els treballadors socials han jutjat com a prioritari per treballar (un cop considerada la situació global de la família). Per tant cal tenir en compte fins a quin punt intervenen els judicis dels treballadors socials i la selecció i prioritització que realitzen (en les que intervenen molts elements subjectius).

Agrupem les principals problemàtiques a treballar en les set àrees següents:

-a) problemes d'habitatge i subministrament:

Manca d'habitatge; manca de serveis i/o subministres; espai familiar deficient; desnonament; amuntegament.

- b) problemes econòmics:

Manca d'ingressos; ingressos insuficients; administració deficient.

- c) manca de treball, treball precari i altres problemes laborals:

Atur amb subsidi; atur sense subsidi; recerca de primera ocupació; activitats marginals; treball esporàdic; treball submergit; inadaptació laboral; manca de formació i/o orientació laboral.

- d) àrea de salut:

d.1. Disminucions i malalties psíquiques; malaltia mental.

d.2. Disminucions i malalties físiques (cròniques i transitòries)

d.3. Situacions de tractament: hospitalització; tractament ambulatori; internament.

d.4. Dependències: alcoholisme; altres toxicomanies.

- e) problemes escolars:

Escolaritat obligatòria inacabada; dificultats d'aprenentatge escolar; absentisme escolar; inadaptació escolar.

- f) problemes de relació familiar.

f.1. Dificultats en les relacions.

f.2. Maltractaments o negligències: maltractament físic; negligència o abandonament; maltractament psíquic.

- g) problemes de relació social i problemes institucionals.

g.1. Problemes relatius a la persona: trastorns mentals/psicològics; manca d'autonomia personal; inadaptació social; dificultats d'integració social.

g.2. Rebuig social i aïllament (físic i d'altres tipus).

g.3. Problemes legals i de justícia: problemes judicials; manca de documentació; estrangers il.legals.

g.4. Desatenció institucional; victimització.

1.7.1. Els problemes relatius al context familiar dels fills

El tipus de problema dominant o més prioritari és el que hem qualificat de problema familiar, en el que s'inclou un total de 94 persones, repartides a parts iguals entre les dificultats de relació i el maltractament o negligència. En aquest darrer cas, es tracta sobre tot d'abandonament i/o negligència (29 casos), però també ens consta el maltractament físic (10), i el psíquic (8).

En el mateix grau requereixen intervenció els problemes de l'àmbit de relacions socials i institucionals. Una gran part de les persones (38 exactament) mostren dificultats de relació i integració determinades per condicionants psicològics o individuals. Entre aquestes es compten les dificultats d'integració social (15 casos), una manca d'autonomia personal (14), indicis de trastorns mentals o psicològics (11), i mostres d'inadaptació social. Entre la resta de problemes a treballar trobem les situacions d'aïllament i de rebuig social, que sumen fins a 7 casos; els problemes judicials (4) i de documentació o estrangeria il.legal (3); i les situacions de victimització (4) i de desatenció institucional (2).

L'àmbit del treball és el que segueix en prioritat de la intervenció, requerint una actuació per a 56 persones, destacant amb gran diferència la manca de formació i/o orientació laboral (en 20 casos). Altres problemes a treballar són la realització d'activitats marginals, de treballs esporàdics o submergits, situacions en les que es troben 21 persones. També comptem amb dificultats d'adaptació laboral (5 casos), i la resta recull persones sense feina (alguns buscant encara la primera feina).

L'àrea de la salut és la següent. Trobem aquest tipus de problemes en 53 dels casos. Els problemes dominants són les dependències: 11 persones són alcohòliques, i 5 pateixen alguna altra toxicomania. 15 més estan en situació de tractament o internament. Les disminucions o malalties físiques i psíquiques apareixen en 11 persones cadascuna, i en més de la meitat es tracta d'una disminució o malaltia crònica.

Les dificultats econòmiques han de ser treballades en un menor nombre de persones (44 en total). En la seva major part es tracta d'ingressos insuficients (20 persones), o d'una administració deficient (18). En la resta el problema és una manca d'ingressos.

Cal treballar els problemes d'habitatge en 30 persones. En 14 dels casos es tracta d'una manca d'habitatge, en 8 casos més les condicions són deficientes i els altres problemes menys freqüents són desnonament, amuntegament i manca de serveis o subministrament.

Els problemes que o apareixen amb menor freqüència, o són jutjats com a menys prioritaris en relació als altres, són els relatius a l'escola, com ja era previsible pels adults. Només comptem amb tres mares que presenten absentisme escolar o bé inadaptació escolar.

1.7.2. Els problemes relatius al fill.

Els àmbits més problemàtics per als fills o amb més necessitat d'ésser treballats són l'escolar i el de la relació social (amb 44 casos per a cadascun). Les dificultats relatives al sistema escolar són principalment dificultats d'aprenentatge (15), i absentisme escolar i inadaptació escolar (amb 12 per a cadascun). En darrer

terme trobem 5 fills que no han finalitzat l'escolaritat obligatòria.

Les dificultats a treballar en les relacions socials i institucionals són principalment dificultats de relació i integració social. Aquests sumen 27 casos entre els quals trobem dificultats d'integració (10 fills), indicis de trastorns mentals i psicològics (9), inadaptació social i manca d'autonomia personal. Altres problemes prioritaris a treballar en els fills, dins d'aquest àmbit, són: judicials i d'estrangeria il.legal (6 i 1 respectivament); desatenció institucional (6); i rebuig social (4).

La següent àrea prioritzada és la de les relacions familiars, que és problemàtica per a 39 dels fills, els quals presenten quasi tantes dificultats de relació, com maltractaments i negligències. Les dificultats en les relacions familiars apareixen en 18 casos. Els altres 21 es distribueixen entre 12 casos de negligència i/o abandonament, i 9 de maltractaments.

A continuació es prioritzen els problemes de salut (els trobem en 29 situacions). En primer lloc cal notar el tractament ambulatori (9), els internaments (5) i l'hospitalització (1). En segon lloc se situen les disminucions o malalties psíquiques (amb 8 casos); i en darrer terme trobem les físiques, i les dependències.

Els problemes menys freqüents en els fills són els econòmics i els d'habitatge (amb 2 i 4 casos respectivament). Això no vol dir que no es trobin en el si de famílies implicades en aquests tipus de problemes; i que els repercuteixin en ells però; pel fet de tractar-se dels fills, no s'els imputa directament aquest tipus de problemes i, per tant, no són plantejats per a treballar-los amb ells.

Pel que fa al treball, la situació és similar. Només 10 casos presenten problemes d'aquest tipus; es tracta sobretot de manca de formació i/o orientació laboral (5), i de situacions de recerca de la primera ocupació (3).

1.8 Perfil general i factors de risc. La intervenció

Fins aquí ens hem pogut formar una imatge de les característiques socio-econòmiques dels nuclis familiars i dels trets individuals de les persones que han adreçat alguna demanda als serveis socials de la comarca, o han estat ateses per aquests. Cal veure, doncs, quin és el perfil de les situacions, quines són les grans línies en els aspectes més objectius i els més subjectius, i veure com aquests factors i indicadors interactuen constituint quadres de risc. En estreta relació amb aquests factors, apareixen una sèrie de repercussions sobre els menors, que també cal analitzar.

Els factors que detallarem no seran determinants de situacions de maltractament (no s'han d'entendre com a causes), però sí que

introdueixen elements de risc pel menor, i es reforcen entre ells portant a quadres d'abandonament i negligència. Més que treure conclusions, ens mourem sobre hipòtesis o establim constatacions extretes d'altres estudis; per una banda no hi ha factors determinants sinó afavoridors; per l'altra perquè hi ha una multifactorialitat (i no hi ha acord sobre els factors que pesen més), cal contextualitzar cada cas. El fet de no guiar-nos en darrer terme per la representativitat sinó per la rellevància del factor humà, ens permet considerar també les situacions minoritàries, sense estar condicionats pel seu pes percentual.

Finalment, cal dir que en l'anàlisi de les dades, només queda palès el maltractament familiar detectat o les situacions de risc degudes a factors familiars o de l'entorn immediat definides pels serveis socials. Els maltractaments institucionals, els factors macrosocials que provoquen altres maltractaments, queden implícits, no són denunciats (de fet queden fora de l'àmbit i les possibilitats d'actuació dels serveis socials) si bé es poden intuir en alguns casos.

1.8.1. La dimensió objectiva: factors socio-econòmics i d'estructura familiar

Els factors afavoridors, de caire més estructural, són de dos grans tipus:

- a) d'estructura familiar: origen i desestructuració familiar
- b) socio-econòmics: formació i treball, habitatge.

Com ja hem vist, moltes de les persones ateses pels serveis socials, són originàries de l'estat espanyol i algunes són immigrants de països com el Marroc, tot i que en molts dels casos, fa més de 10 anys que resideixen a Catalunya. Això pot tenir efectes molt diversos com manca d'integració, inadaptació, i pot provocar actituds d'inhibició, entre altres.

Molt més destacables i directes són els efectes de la desestructuració familiar sobre la desprotecció del menor. En prop de la meitat dels nuclis familiars manca un o els dos progenitors, i d'entre els adults residents a la llar, molts d'ells no hi tenen una presència continuada o estable (en alguns casos, sobretot en el pare, l'absència és definitiva), arribant al punt que en algunes de les llars no hi figura cap adult estable. Així, les tasques domèstiques i la cura dels menors, no sempre estan cobertes. I d'altra banda, les repercussions econòmiques de la manca del pare seran importants, doncs ja hem vist que tot i la precarietat laboral general, aquesta és més accentuada en les dones. Aquests factors incidiran en les actituds, portant a situacions de sobreacumulació de tasques, a sentiments d'incapacitat i nerviosisme; i, també, contribueixen a comportaments d'abandonament del menor.

Els factors socio-econòmics són molt variats i s'influeixen entre ells. Hem constatat uns nivells formatius molt baixos en general, especialment en les dones, entre les quals encara hi ha una alta proporció d'analfabetisme (si mesuréssim l'analfabetisme funcional, segur que seria major, i també en trobaríem entre els homes).

Això contribueix a una poca qualificació laboral i l'accés a feines en condicions precàries i amb gran inestabilitat; també accentuada en les dones, una part significativa de les quals es dedica a la prostitució. Aquestes situacions són més greus si tenim en compte que en algunes llars el cap de família és una dona.

Tot i que no comptem amb indicadors d'ingressos, sembla clar que seran reduïts i poc estables. La inestabilitat i els problemes econòmics afectaran les actituds i reaccions; ens trobem amb un nou exemple de la interacció i reforçament mutu dels àmbits contextual i individual.

Les condicions d'habitatge també poden tenir efectes significatius. Els habitatges són urbans en la seva major part, i intuïm que alguns no compten amb unes condicions mínimes (doncs hi ha un nombre d'espais habitats no qualificats com casa ni pis). Ens consta que les dimensions són reduïdes (predomina la de 51 a 80m²), i en alguns casos estan ocupades per famílies nombroses, amb la possibilitat d'amuntegament. També ens consta la insalubritat d'algunes d'elles. Algunes famílies es troben en situació de desnonament i altres ocupen un habitatge de forma il·legal. Sens dubte, aquestes situacions propicien la tensió i constitueixen una desprotecció efectiva dels menors.

Hem d'advertir que algunes de les situacions analitzades no són majoritàries, però no per minoritàries són menyspreables.

1.8.2. La dimensió subjectiva: actituds, psicologia individual; comportaments desprotectors del menor

Aquesta dimensió ja l'hem anada avançant en exposar la dimensió objectiva; de fet, és poc destriable d'ella. Aquí entren en joc factors més psicològics, de constitució de la personalitat i comportaments i actuacions més individuals; però és una dimensió, si no sempre causada, sí potenciada o matisada pel context. I alhora, també pot tenir un pes determinant sobre aquest, tancant-se així un cercle (una espiral més aviat) del qual és difícil sortir-ne.

Acabem de mostrar algunes pinzellades dels efectes del context objectiu sobre les actituds: el nerviosisme, el descontrol, la inhibició, la confusió i el neguit, els sentiments d'incapacitat personal i educativa i la percepció de la sobreacumulació de tasques, que poden estar molt bé afavorits o fins i tot causats per la inestabilitat laboral, econòmica, la desestructuració familiar...

Alhora, aquests sentiments, aquesta percepció de la situació, el cansament, poden ésser una dificultat per sortir de les situacions problemàtiques, poden portar a una impotència i el conformisme. De fet, constatarem que les actituds favorables apareixien en molt poques persones i sovint atenuades per algunes de les altres actituds més negatives. Amb això no estem traient importància a uns factors objectius agreujats pels condicionants macroeconòmics que s'imposen a les persones; però les actituds individuals suposen una o altra manera de moure's dins aquests condicionants i poden afavorir o tancar del tot les possibilitats de millora dins la precarietat.

La mateixa argumentació és vàlida pels comportaments i actituds de desprotecció del menor. Hi ha condicionants individuals, doncs sota unes mateixes situacions objectives, materials, es poden trobar comportaments diversos; però reben una forta influència del context i s'invalida la hipòtesi que el maltractament sigui el mateix en totes les classes socials. Tot i que existeix en totes les capes socials, la manca de recursos origina altres maltractaments, altres dèficits pels menors.

Això queda palès en els tipus de maltractament, doncs encara que els maltractaments actius (psíquics i físics) són importants, la majoria d'adults maltracten per abandonament o negligència. En els casos més greus, veïem que coexistien maltractaments de diversos tipus.

Els efectes que tindran aquestes actituds i accions sobre els menors, els veurem seguidament.

1.8.3. El menor definit en situació de risc

Els factors objectius i subjectius que hem exposat provoquen repercussions importants sobre el menor. De fet, no ens trobem en posició de detectar un risc objectiu, sinó només de mesurar-lo segons la representació social del risc.

Les dades dels serveis socials ens informen, per una banda, dels maltractaments. Ja hem vist que la majoria dels pares i les mares són responsables de d'abandonament o negligència; en moltes menys ocasions ho són de maltractament psíquic o físic i excepcionalment de l'explotació o els abusos sexuals. Aquest lligam amb el context ens permet desculpabilitzar en part els pares i les mares, doncs predominen els maltractaments per omissió i sovint aquests no són deguts exclusivament a persones aïllades, sinó que només de forma indirecta són ocasionats per persones que lluiten per a sobreviure en un context difícil.

Però cal assenyalar que alguns estudis mostren que té uns efectes més greus l'abandonament que els maltractaments actius.

Un indicador clar de les carències dels menors és la seva situació escolar. Tot i que l'escolarització és general (només hi ha un nen no escolaritzat), les xifres de repetició i de fracàs escolar són molt altes i són rars els que estan cursant l'educació secundària (el fet que desconeguem les edats dels nens ens dificulta treure conclusions). Aquest alt fracàs escolar pot tenir múltiples causes i no podem oblidar els efectes del sistema escolar i les capacitats individuals; però segur que tenen algun pes l'abandonament dels fills, la desestructuració familiar, els baixos nivells de formació i la manca de capital cultural dels pares, així com la carència de recursos. Al cap i a la fi tot és una qüestió de trobar els estímuls suficients.

1.8.4. La prioritització de problemes i la intervenció dels serveis socials

La multiplicitat de factors que condicionen les situacions de risc, fa difícil determinar les actuacions a seguir.

Els serveis socials fan una lectura de les situacions sempre buscant protegir el menor i, des d'aquest punt de vista, determinaran els problemes prioritaris a treballar en les famílies i en els menors. Entenem que aquesta prioritització estarà determinada per les possibilitats d'aquests professionals; tant materials (recursos, marge d'actuació que permet la situació), com més subjectives (disponibilitat del treballador social, facilitat de la intervenció...).

De fet, no sabem si es tracta dels problemes més prioritaris, o més aviat dels que més poden ser treballats pels serveis socials; suposem que hi ha una mica de tot, perquè aquells professionals disposen d'uns recursos limitats.

No són gens menyspreables els efectes deterioradors de la situació que pot introduir la mateixa intervenció dels propis serveis socials; ells mateixos són els primers a reconèixer-ho. Es tracta de pocs casos (6 persones); però s'assenyala com a problemes prioritaris a treballar la victimització i la desatenció institucional.

Així, les dificultats que necessiten i alhora permeten més intervenció dels serveis socials, si ens referim al context familiar, són els problemes familiars, les dificultats de relació social i les dificultats laborals. Veiem que els serveis socials prioritzen les intervencions que afavoreixen més el menor, volen actuar sobre els maltractaments, abandonaments, i altres dificultats de relació familiar.

En segon lloc se situen les dificultats d'integració social i la manca d'autonomia; l'àmbit del treball també requereix intervenció, principalment per pal·liar condicions de treball precàries i per resoldre la manca de formació i/o orientació laboral.

Altres àrees que requereixen recolzament són: l'àrea de la salut (situacions de dependència, tractaments hospitalaris i disminucions i malalties diverses) i les dificultats econòmiques (casos d'ingressos insuficients, o mala administració d'aquests).

Els problemes d'altres tipus són tant o més prioritaris que aquests (problemes d'habitatge i educatius); però són menys freqüents o menys resolubles.

Quan considerem directament els fills menors, les principals situacions que cal treballar, són els problemes educatius i els de relació social.

En quant als educatius, cal resoldre les dificultats d'aprenentatge, l'absentisme i la inadaptació escolar. Respecte a les relacions socials, destaquen les dificultats d'integració social, i els indicis de trastorns psicològics.

Segueixen les relacions familiars, principalment menors que tenen dificultats en la relació, els que pateixen abandonament o negligència i els que són objecte de maltractaments.

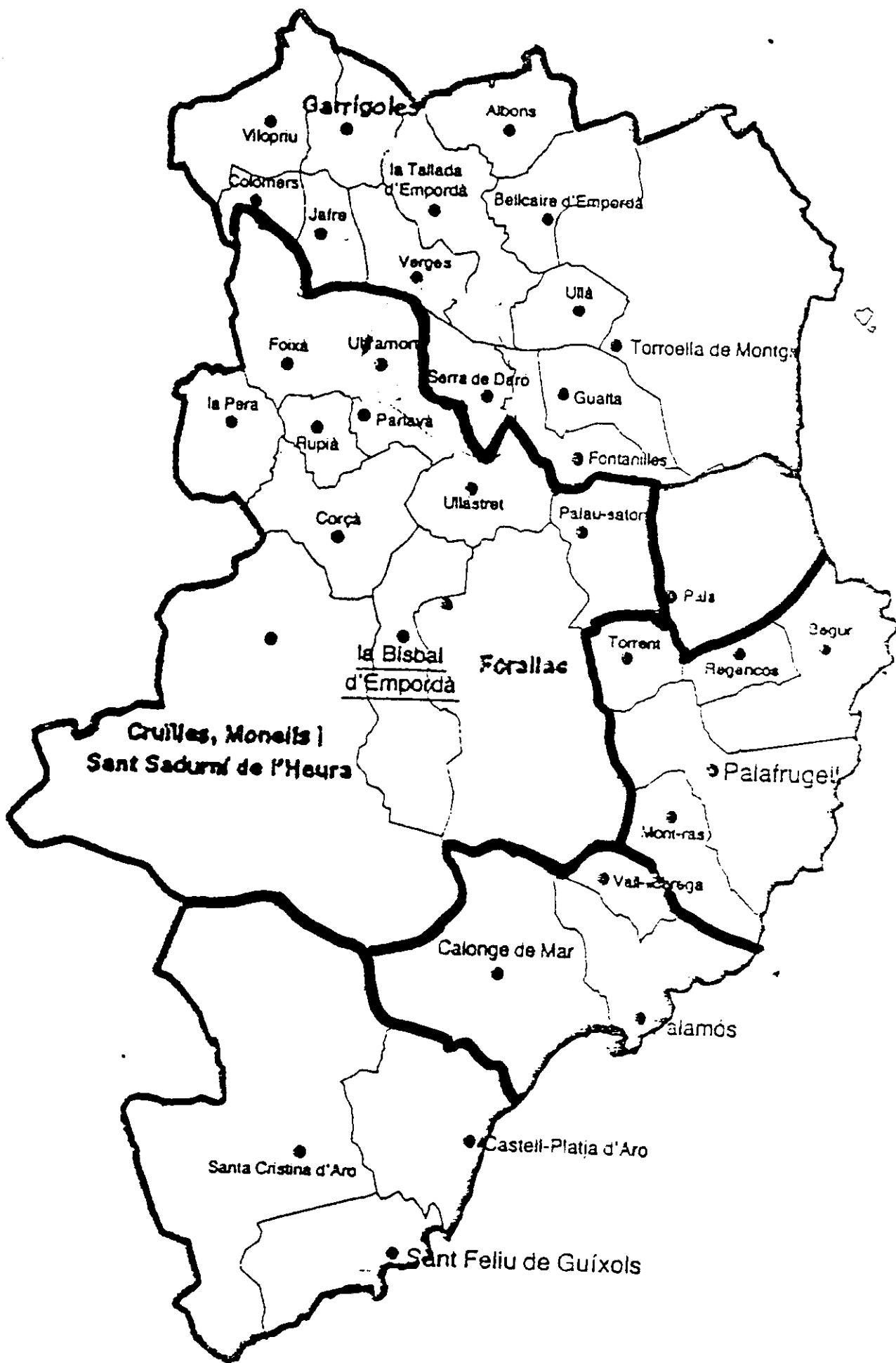
També cal donar una assistència als menors amb problemes de salut. Els altres àmbits demanen menys intervenció, tot i que alguns ja presenten dificultats laborals, i en altres cal treballar els problemes econòmics i d'habitatge.

Així, la prioritització de les intervencions no sempre serà sinònim d'importància del problema, sinó que també dependrà dels recursos i possibilitats dels serveis socials. Aquests tracten de millorar la situació dels fills menors d'edat fent front a una multiplicitat de factors de natura molt diversa, que interactuen reforçant els seus efectes.

Sovint s'hi troben factors macrosocials i de política econòmica, respecte als quals poden fer ben poc els serveis socials; però també cal prendre consciència dels efectes deterioradors que els serveis socials poden introduir en la seva tasca diària, situació que es veu afavorida per la manca de recursos i les dificultats de la tasca que porten a terme.

LES VARIABLES MÉS INDICATIVES DE LES SITUACIONS DE MALTRACTAMENT INFANTIL A LA COMARCA DEL BAIX EMPORDÀ

ORIGEN	ADULTS		MENORS	
		estat espanyol	50%	Catalunya
TEMPS DE RESIDÈNCIA	autòctons	44%	autòctons	85%
	+ de 10 anys	44%	+ de 10 anys	6%
TIPUS DE PARELLA	tots dos estat espanyol 37%		catalana 22%	
	mixta 29%			
CONVIVÈNCIA AMB ...	pare i mare	50%	pare sol	6%
	mare sola	26%	ni pare ni mare	5%
ESTABILITAT MEMBRES LLAR	pare i mare	41%	només un tercer	20%
	mare estable	31%	cap membre	6%
	pare estable	3%	absències mares: 73% temporals absències pares: 65% indefinid.	
HABITACLE : TIPUS I SUPERF.	pisos	52%	altres	10%
	cases	38%	51-80 m ²	47%
			21-50m ²	5%
			+ de 80 m ²	37%
PROP. / LLOGUER	propietat	39%	gratuit	7%
	lloguer	39%	ocup. il.legal	7%
			desnonament	7%
UBICACIÓ	urbà	83%	rural	7%
CONDICIONS	insalubritat 13%			
DENSITAT	densitat mitjana: 5 membres			
ADULTS : - FORMACIÓ	PARES		MARES	
	primària	50%	primària	44%
	nectors	25%	graduat	19%
			analf.	13%
			FILLS ADULTS	ALTRES
			EGB. 33%	primària
				analfabetisme
- QUALIFICACIÓ PROFESSIONAL	no qualif.	43%	no treballa	23%
	qualif.	19%	servei dom.	23%
			manca de qualificació	
- SITUACIÓ LABORAL	estable	20%	feines llar	33%
	inestable	18%	submergit	21%
	eventual	18%	prostitució	15%
			precarietat, inestabilitat, manca de feina	
- SECTOR OCUP.	terciari i sec.		terciari	
MENORS. SITUACIÓ ESCOL.	no estan al nivell corresponent		fracàs esc.	34%
			repetició	13%
			parulari (6 menors) escola especial (1) no escolaritzats (1)	
ACTITUDS EN ELS ...	inhibició nervosisme / descontrol favorable		PARES	MARES
			63%	38%
			42%	44%
			18%	11%
			ALTRES 46%	
DESPROTECCIÓ MENORS PER PART DE ...	abandonament maltractament		PARES	MARES
			90%	90%
			25%	20%
			25%	8%
PRIORITATS A TREBALLAR (en ne absolut de persones)	EN FAMÍLIA		EN EL MENOR	
	rel. familiar i maltr.	(94)	dific. escolars	(44)
	treball	(56)	rel. familiar i maltr.	(39)
	salut	(53)	salut	(29)
	rel. social	(38)	rel. social	(27)



2. El balanç avaluatiu dels professionals de la comarca

Aquest segon apartat correspon als relats qualitatius dels diversos casos que han fet l'objecte d'una intervenció de les diferents instàncies de la comarca del Baix Empordà tal com consten a la darrera plana del guió del qüestionari que es va passar a les famílies ("Les situacions de risc social dels infants i llurs famílies. Nivell d'intervenció dels Serveis Socials d'Atenció Primària"). L'objecte d'aquesta síntesi és, doncs, l'apartat "Procés de valoració: diagnòstic / intervenció social / recursos / avaluació".

S'intenta, doncs, respondre a la pregunta de saber com veuen i avaluen els professionals la seva intervenció en funció de la descripció de la realitat en la que es trobaven tot mesurant-ne els seus resultats amb la consideració dels elements favorables i desfavorables que s'hi implicaven.

No volem entrar en les singularitats dels diversos expedients; però aquesta rica i complicada informació escrita ens autoritza a fer les reflexions següents.

- 1a. Tot i que sigui insistir-hi sobre el tema, la primera impressió que es posa en relleu és l'altíssim grau de desestructuració familiar, social i educativa de les situacions que, d'una manera o altra, compareixen en demanda d'ajuda, o són objecte d'un crit d'atenció, o d'una denúncia davant dels diversos treballadors socials. Hi ha una alta freqüència d'estructures familiars anòmales i el recompte és llarg i diversificat.

(Separacions amb presència o absència efectiva d'un dels consorts; convivències en amistançaments singulars i diversos; persones solteres i vídues que carreguen exclusivament les responsabilitats educatives a un dels consorts, es tracti del pare o de la mare; interferències generacionals d'avis o familiars pròxims donant suport a situacions de conflictivitat relacional o d'apropiació indeguda de les funcions de la pàtria potestat; saturació de membres a la llar amb presència de persones alienes que provoquen també notables equívocs; acumulació de fills propis o tinguts en aparellaments anteriors o simultanis; parelles formades prematurament o amb una tal diferència d'edat que es troben incapacitades d'assumir la responsabilitat educativa entre les seves funcions bàsiques...).

La llista és tan variada que dóna peu a una heterogeneïtat d'estructures familiars extraordinàriament diversa.

Tenim la impressió que ja aquesta múltiple estructura familiar posant en evidència unes estabilitats fràgils o inexistents,

suposa una primera contextualització necessària a tenir en compte a l'hora d'intentar respondre al risc de maltractament infantil o a la situació de risc per un menor. El panorama acaba essent absolutament impressionant i esgota totes les possibilitats imaginatives des del moment que contradiu els models "normalitzats" o "esperables" de la institució familiar.

2. Encara que hi hagi factors que en totes i cadascuna d'aquestes situacions permeten generar una certa esperança de capacitat de resposta per part de les persones implicades,

(Fem-ne el recull d'aquests factors:

a) des del punt de vista personal:

Bona disposició, preocupació, coratge, consciència i actitud receptiva; capacitat d'elaboració dels problemes; capacitat de decisió; actitud col.laboradora manifestada en un realisme i una recerca personal en l'autoassumpció de la problemàtica específica; disponibilitat davant els elements suggerits per un canvi; receptivitat de les propostes indicades pels professionals i voluntat de superació; defensa aferrissada del propis drets...

b) des del punt de vista existencial:

Expectatives de treball i laboriositat; disponibilitat d'un cert nombre de recursos personals i socials; capacitat de moure's en un determinat entorn; suport i disponibilitat d'aquest entorn familiar des del punt de vista social...).

el que crida indefectiblement l'atenció és l'alta freqüència en molts casos d'episodis traumàtics i interferidors que es vénen a afegir a la problemàtica estructural familiar que acabem de veure.

(Sense voler ésser exhaustius, en citem els que sembla que es presentin amb més pertinència:

a) de caràcter conductual:

Alcoholisme (real o sospitat) a vegades crònic o freqüentació de drogues en règim de consum o de tràfic, àdhuc arribant fins a contemplar la presència de malalties irreversibles (SIDA); irresponsabilitat o manca d'hàbits laborals; estades a la presó o conflictes sovintejats amb la justícia; inhibicions de les responsabilitats que comporta la pàtria potestat en el context d'una forta immaduresa; rigideses educatives extemporànies; sobreproteccions absolutament fora de

lloc; esquizofrènies, trastorns psicològics greus, deficiències mentals de tota mena, desequilibris emocionals o introversions que es tradueixen en absències d'implicació; ambivalències en les relacions habituals de parella marcades per una forta conflictivitat; freqüència de conductes prostitutives no sempre per necessitats de subsistència; manteniment de codis morals molt estrictes en persones d'origen de classe mitjana; fugides de la llar amb o sense els fills com a camí que permet escapar d'una situació que es considera opressiva...

b) de caràcter existencial:

Inestabilitats o eventualitats laborals amb incapacitat de garantir les més insignificants necessitats bàsiques, àdhuc practicant la mendicitat; subsistència basada únicament en pensions d'invalidesa; pertinença a minories culturals específiques (magrebins i gitanos) amb problemes d'il·legalitat; antecedents familiars marcats pel món marginal, la institucionalització en internats i el conflicte; problemes seriosos d'habitatge en males condicions, desnonaments o sense habitatge; discussions fortes i continuades per la possessió en custòdia efectiva d'un determinat fill o filla arribant fins a manipulacions dels menors; fantasies entorn de negocis irrealitzables o manteniment de negocis més que dubtosos...).

No és estrany aleshores que els indicadors de risc en els menors en situacions d'aquesta índole siguin també diversos i complexes. Un breu recompte ens en pot donar una idea.

(D'ordre personal:

Impotència; victimisme; problemes d'identitat somatitzant els conflictes anímics viscuts a casa; sentiment de confusió i d'ésser desatès en no saber exactament a qui es pertany per causa del desemparament contextual; sensació d'ésser rebutjat, maltractat o abandonat àdhuc en un context de lideratge respecte als iguals; trastorns psicològics de tota mena com a reacció de defensa i d'autoprotecció personal; acceptació resignada de l'internament com a camí "normal" de sortida, tot i que s'hi fan fugides esporàdiques amb o sense consentiment de les instàncies judicials; patiment de greus retards maduratius i d'inestabilitats emocionals per causa del context; incapacitat sistemàtica de control sobre els seus propis gestos...

D'ordre contextual:

Esser objecte d'agressions; sentiment de pèrdua de la cultura original ètnicament diferenciada; dificultat d'assumir una volguda autonomia quan s'ha atès una certa edat realitzant fugides insistents i continuades de la llar; cronificació o regressió de situacions reals invalidants com una hemiplegia o una deficiència mental; adopció sistemàtica de pautes marginals; dificultat d'aprenentatges a l'escola o freqüència de l'absentisme escolar donant proves manifestes d'inadaptació; conflictes no excepcionals amb la justícia; ésser objecte de donacions en adopció per pura inhibició o abandonament dels pares o responsables; denúncies força freqüents dels seus propis pares; saber-se en mans d'avis o familiars per desídia dels pares; veure's separats els germans per causa de la situació...).

3. Les sol·licituds verbalitzades pels demandants d'ajuts, es tracti de persones adultes o dels mateixos menors o joves afectats, consagren una mena de ventall que configura en certa manera la problemàtica que fa patir i donen el punt de sortida de la posta en marxa dels qui han d'intervenir professionalment en la situació. Un simple recull permet fer-s'en una idea global.

(Els adults no sempre saben el que volen; però quan ho manifesten, demanen:

Un internament d'un o varis menors per eliminar problemes o com a possibilitat d'aclariment d'una tensa relació de parella; recerca d'una família substituïda, d'una adopció simple, d'una tutela, d'una guarda; desig d'una autonomia personal a través d'un lloc de treball, d'una estabilitat laboral, d'una separació legal, d'un domicili estable i en condicions; expectativa de procurar una bona i adequada educació pels fills en la decisió d'escola; legalització residencial i reagrupament familiar; procurar-se un mínim equilibri emocional o estabilització de la parella per a donar als propis fills l'atenció que necessiten; desintoxicació d'una determinada apetència; un ajut econòmic efectiu; necessitat d'una intervenció neutral per a aclarir de qui és la responsabilitat d'un fill o filla; aclariment o separació d'un determinat familiar com a causant de la conflictiva situació; recuperació d'un fill o filla en un moment determinat...

Els menors, per la seva banda:

Feina pels més grans per a tenir uns ingressos mínims; suport per a poder assolir els adolescents una independència de casa; protecció davant d'uns pares agressius o clarament irresponsables...).

4. La gran multiplicitat de factors causants de la problemàtica específica ocasionen que la intervenció efectiva sigui realitzada per una bona quantitat diversa de professionals i de serveis. No hem sabut trobar ni un sol cas que sigui tractat exclusivament per un sol professional o una sola instància.

El recompte dels professionals i dels serveis intervinents respon a unes especialitats predefinides i, per tant, el seu grau d'implicació és d'una freqüència diversa.

No és dir res d'extraordinari que el que més sovinteja és la intervenció de les UBASP; al cap i a la fi la recopilació realitzada provenia dels diversos serveis de base de la comarca del Baix Empordà. De totes maneres, sorprèn la notable diversitat de funcions que estan cridats a dur a terme: els conflictes relacionals entre cònjuges amb l'acceptació dels rols de les parelles; la motivació i l'estabilitat sòcio-laboral; l'estímul a l'assumpció de les pròpies responsabilitats; els bloqueigs emocionals de les persones; l'orientació i la responsabilitat educatives; el suport psicològic; la informació i documentació elemental per la concessió d'una PIRMI; l'orientació legal i econòmica (pagament de lloguers, o de situacions límit de la família, o prestacions per disminuïts, o beques per a colònies i casals); les relacions conflictives o de tensió entre persones; l'ajudar a la presa de decisions; suport per la tutela en el medi; canvi de pautes culturals; control de les conductes de maltractament; suport als avis o als familiars que es poden fer càrrec d'un menor; preocupació de les necessitats bàsiques tant de la família com dels menors,...

Pels problemes que afecten l'escola (integració escolar, canvis d'escola, suport, estabilitat emocional, problemes de relació, absentisme), l'EAP o la mateixa escola juguen un paper rellevant.

Pels casos de desintoxicació d'alcohol o drogues, el SERGI o el CAP en salut mental.

Per les situacions en les que hi ha un plantejament de guarda o tutela en un centre o en el medi i per centres d'acollida o trobar famílies acollidores o adoptives o, també, legalitzar determinades situacions, l'EAIA; aquest intervé a vegades per causa de la denúncia de les mateixes persones implicades.

Pel tractament dels desequilibris infantils o juvenils, el CAPIP i pels que afecten les persones adultes, la psiquiatria privada o el CAP en salut mental.

Pel suport familiar i l'estabilitat emocional dels fills, la treballadora familiar de la UBASP. Si és pels canvis en l'estructura familiar o per teràpies, un terapeuta especialitzat.

Pel control sanitari, els serveis clínics de l'hospital de Palamós.

Per prestacions puntuals, l'ICASS.

Per tràmits de documentació, els estaments oficials i policials.

Pel suport a mares i infants fins a sis anys, el SAP.

Altres instàncies esporàdicament esmentades són CARITAS, l'INEM, la presó de Girona, els patronats municipals o autonòmics d'habitatge, les llars d'infants, els serveis municipals d'orientació o formació ocupacionals, les escoles d'adults, la Creu Roja, plans municipals d'integració laboral, policies locals, centre Joan Riu per a deficients mentals, els serveis judicials, centres oberts diversos.

Ni cal comentar la complexitat d'enfocaments, professionals i serveis que concorren simultàniament a l'hora de fer una intervenció concreta. Això deixa evident que cal fugir de tot simplisme quan, efectivament, es fa necessària una intervenció; tota potencialitat imaginativa és indispensable.

5. Malgrat els notables esforços emprats en el procés d'una intervenció quan hi ha implicat el risc de maltractament d'un menor, no sempre i indefectiblement s'aconsegueixen els objectius esperats. Els informes reflexen que, després de l'avaluació realitzada al cap d'entre sis o dotze mesos, per una tercera part dels casos la problemàtica objecte de la intervenció no havia millorat gens ni mica i, el que és més descoratjador, per una quinta part s'observava una certa regressió. Escassament la meitat dels casos considerats donava signes clars d'haver aconseguit un cert progrés.

6. Finalment, al moment de considerar els recursos idonis que farien falta per a poder dur a bon terme una intervenció ideal en tots i cadascun dels casos considerats, hi ha una gradació en la insistència en determinats aspectes que no podem de cap manera deixar en silenci. Sobretot, tenint compte que aquestes insistències han estat posades en relleu a partir de la detecció, valoració i orientació dels casos que efectivament han estat tractats a les diferents UBASP de la comarca del Baix Empordà.

En pràcticament la tercera part dels expedients efectivament buidats, apareix amb una considerable rellevància generalitzada dos recursos considerats idonis i que es troben a faltar. El primer és la provisió de programes específics pel treball amb les famílies, sigui com recurs terapèutic, sigui únicament per intervenir en una dinàmica familiar concreta. El segon és l'extraordinària lentitud de la DGAI en la presa de decisions; lentitud que provoca tenir que prendre a corre-cuita opcions d'internament o de separacions de la família que només fan que agreujar el malestar de les persones i que acaben provocant els efectes contraris del que es pretenia. La

queixa, ni cal dir-ho, remet a la consideració crítica del comportament burocràtic de l'administració que impedeix intervenir amb un mínim de prevenció.

Aquesta és la panoràmica general entorn de la consideració que fan els professionals sobre el que creuen necessari; però hi ha alguns matisos específics en aquests desitjos segons el centre de treball, expressats pels professionals.

I és així com a La Bisbal d'Empordà es troben amb una pobra col.laboració o un recolzament insuficient per part de l'escola; sembla que ni fan cas del que es diu des de la UBASP, ni tampoc es manifesta un comportament obert i apropiat entorn de la problemàtica tractada.

Per altra banda, a Castell-Platja d'Aro i a Palafrugell se senten particularment perjudicats per la lentitud burocràtica; acompanyada en el primer per una necessitat d'orientació i supervisió en el treball realitzat per la UBASP i, en el segon, per una dificultat de coordinació amb altres serveis i professionals.

També hi ha consideracions entorn d'un ampli ventall de recursos puntuals que han estat citats en els expedients: concretes dificultats d'accés a serveis de salut o a centres de tractament de l'alcoholisme, la necessitat de suport psicològic de les persones en centres d'assistència primària en salut mental, la disponibilitat de famílies acollidores o aptes per l'adopció, el poder comptar amb centres educatius en el medi, el tenir a mà un interlocutor o intèrpret per la comunicació amb la població magrebina, la proximitat d'un servei d'orientació laboral o formació ocupacional, la provisió d'habitatges de protecció oficial, l'existència d'un jutjat de família a Girona, el suport per joves de més de 18 anys o per afectats de la SIDA i el poder comptar amb un centre d'acollida per les dones.

Aquest recompte nominal no pretén posar un relleu determinat a les apetències dels professionals; només vol donar compte dels recursos considerats idonis pels professionals en la seva tasca quotidiana.

IV. L'autoanàlisi dels professionals

1. La definició del risc social

1.1 La contextualització del risc: de la relativitat l'objectivació

Què és el risc social? És, realment, una categoria objectivable o, contràriament, porta associada una relativitat depenent del context en el qual es trobi immers cada cas, del nombre de recursos disponibles per treballar-lo, o del grau d'implicació del professional que intervé?

Si alguna cosa sembla clara, de bon principi, és que l'àmbit social, objecte de la intervenció social, està format per persones, i que les persones no són robots ni computadores:

"Partim de l'àmbit social, partim de famílies multiproblemàtiques i partim de que cada cas és diferent".

"No és matemàtic: estem parlant de persones, de circumstàncies i de diferents professionals. Si fos matemàtic seria supersenzill i ja estaria fet".

"Estem sempre sobre uns termes tan generals, tan efímers, tan poc comptabilitzables, que és molt difícil posar límits clars".

Els ítems sobre els quals els Equips d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (EAIÀ) garanteixen la protecció del menor³³, són uns indicadors bastant oberts (i, a la vegada, ambigus) d'alt risc social que cal contextualitzar en cada cas:

"Si el risc és alt, baix o mitjà, ja es veurà a mesura que es vagi estudiant i es vagi intervenint; [els indicadors] ens serveixen com a punt d'alarma de que aquí passa alguna cosa. A partir d'aquí intervindrem cap a l'esquerra, cap a la dreta o cap al mig".

³³ [veure capítol II, punt 1.5]. Cal destacar, en aquest sentit, que

"la Llei d'Infància no marca cap indicador concret, només parla de desemparament i punt. I els llibrets que posteriorment va publicar la Generalitat, en marca tants que tots podríem estar dintre d'una situació de risc, perquè un o altre el tenim".

Per altra banda, l'EAP, tenint en compte dues eventualitats, distingeix entre dos tipus de situacions: risc social i manca social greu.

Constitueixen, així, un marc normatiu per objectivar situacions, per assegurar que el menor està rebent les atencions necessàries d'acord amb la legalitat vigent. I és a partir d'aquí quan intervé el fet professional, la tasca d'esbrinar

"què és el que hi ha realment i el per què apareix aquest risc".

Cal, aleshores, anar molt més enllà dels indicadors perquè, essent els mateixos (nens desescolaritzats, dèficits econòmics, etc.), els casos poden ser completament diferents:

"En un context donaran A i en un altre donaran B. Perquè un infant sense escolaritzar a la Bisbal pot ésser un indicador d'alt risc i, en canvi, un menor no escolaritzat d'una població d'alta muntanya, pot ésser un indicador de què les carreteres, l'arquitectura i l'habitatge s'han de posar allà, perquè quan neva no pot anar a l'escola".

"No sempre que hi ha febre i granets hi ha xarampió. Es pot tenir febre i granets i ser una altra cosa. Malgrat que hi hagin uns indicadors, no sempre reflecteixen el mateix. Si aquests adults, el pare i la mare, presenten una patologia greu, o tenen una problemàtica que no es pot dir que hi hagi una patologia greu, el pronòstic pot ser un o pot ser un altre, malgrat que hi hagi els mateixos indicadors".

Així, l'escola, per exemple, com a context en el qual es troba immers l'infant, pot jugar un paper important en el sentit que, en tant que agent socialitzador, contribueix a pal·liar determinades situacions d'altres entorns propers que, en contextos diferents, podrien ésser qualificades de risc social:

"I jo hi vull creure, en la funció educativa de l'escola. Perquè hi ha menors que estan generant una capacitat de fer front a conflictes familiars gràcies a l'escola. L'infant es va fent gran a partir de tot el que li va arribant; no només és el pare i la mare i els problemes d'aquest entorn, sinó que el menor respira.

I és que tant l'escola, com els companys del barri, com el poble, com la ciutat, és context del menor i, com a tal, és superimportant; ell pot tenir uns pares perfectes i ideals en tot el que han de fer i, per problemes d'escola o de barri, ser una persona amb tota una problemàtica a sobre impressionant, sense precisament haver de venir dels pares."

A més, aquesta contextualització del risc no respon tan sols a circumstàncies socials externes a l'individu, sinó també a la pròpia capacitat d'equilibri de la persona enfront un entorn que l'està pressionant:

"Jo he nascut en la pobresa, i què carai m'han de dir, que el meu fill està en risc?"; això depèn de la situació. "Jo he anat aguantant, jo he anat vivint, i són vostès que arriben aquí i em treuen el nen". Potser, emocionalment, aquesta mare l'està cuidant molt més bé que altra gent; però és que els seus mitjans no van més enllà".

Així, podríem distingir entre els ítems de risc i la situació concreta de risc; els primers són relatius en el sentit que constitueixen tan sols un marc en el qual situar-se i que cal contextualitzar en cada cas; la segona, la situació concreta de risc, un cop ha estat emmarcada dins el propi context cultural, socio-econòmic i psicològic de l'individu, sí que és objectivable i, fins i tot, quantificable:

"Vivim en una societat plena de normes establertes que són una ajuda per a tots aquells elements que fan que tots siguem considerats iguals, amb igualtat d'oportunitats per a tots aquells que estan fora d'aquesta igualtat. Això és quantificable de dalt a baix. Quan nosaltres valorem els índexs de risc, això és altament objectivable".

Com es porta a terme -o com caldria dur a terme-, aquesta contextualització de la situació concreta de risc? Bàsicament, a través del consens multidisciplinar ³⁴. No es pot intervenir sense tenir prèviament un perfil global de les carències que presenta el cas i un diagnòstic totalitzador que integri els diferents elements de la vida de la persona i de l'entorn que l'envolta.

Caldria, doncs, a nivell teòric, distingir entre una "relativitat genèrica" del concepte amb els ítems del risc i una "objectivitat específica" prèvia contextualització de la situació de risc

³⁴ Aquest consens és bàsic a l'hora d'evitar una arbitrarietat en, per exemple, determinar si un menor és subjecte de guarda o de tutela:

"Cal consensuar quan i en quin moment podem considerar que un nivell de risc comporta una tutela o, senzillament, es tracta d'una situació momentània i circumstancial de risc pel nano. Aleshores només parlem de guarda. Quan un nano és subjecte de guarda i quan i per què ho és de tutela? Potser els factors són els mateixos a priori; però a lo millor estàs treballant amb una família que té un tripijoc i un ajut extern que fa que allò que està causant un risc en el nano, amb un tractament pot solucionar-se i aleshores només parlem de guarda. Perquè amb les mateixes circumstàncies suggerirem una tutela? Què és el que ens ho fa dir? La guarda és confiar la funció educadora a l'administració, mentre que la tutela posa en dubte la pàtria potestat dels pares. La cosa és seriosa".

concreta (en tant que és la contextualització específica d'aquesta la que dotarà d'operativitat a aquells ítems). Aleshores, com els mateixos professionals afirmen,

"és necessari fer uns barems amb una puntuació pel risc",

per tal de garantir la no arbitrarietat de les intervencions.

1.2 La relativització de la situació de risc concreta per part dels serveis socials

A llarg de la recerca s'ha constatat com, en la pràctica quotidiana de la intervenció social, aquesta objectivitat de la situació de risc queda condicionada al "context administratiu". Dit d'una altra manera: el risc s'acaba definint, no segons la situació de risc en si mateixa, sinó segons la disponibilitat d'intervenció dels serveis socials, en funció de tres filtres que condicionen la seva consideració. Els dos primers, relacionats amb les possibilitats d'intervenció dels serveis implicats; l'últim, en relació al grau d'implicació del professional en concret, condicionat a la vegada per la manca dels esmentats barems de puntuació.

El primer filtre pel qual es decideix si un cas és de risc o no, és la disponibilitat de recursos al medi:

"Per mi, el risc social l'estableix el mateix professional d'acord amb les mancances o amb les possibilitats que té de treballar el cas en el propi medi. Per mi el risc no és tant el què ha fet el menor (si ha tirat una pedra a una senyora, si ha robat, ...) -això és el motiu-, sinó quin és el risc que té aquest menor com per tornar a reincidir, que és com a la meva feina mesurem l'eficàcia: amb la reincidència (si un menor torna a robar o no). Si ells ho valoren així, aleshores jo puc valorar el risc social que per a mi representa treballar aquest cas en funció dels recursos que jo pugui tenir en el medi per tal de poder canviar determinades situacions".

El que varia, aleshores, són els recursos per a superar la situació de risc, i no pas el risc en si mateix. Unes determinades situacions de risc, amb els mateixos indicadors de partida; però en medis on els recursos per combatre'ls siguin diferents, incidiran en l'elaboració de diagnòstics distints:

"Si un menor pot aguantar més temps al medi perquè hi ha més recursos, en una comarca que hi ha menys recursos segurament que haurà de marxar del medi abans. Dos equips iguals, ja no farem els mateixos diagnòstics".

No obstant això, però, el

"Factor risc hi és de la mateixa manera a l'Alt Empordà, al Baix, a la Vall d'Aran o allà on sigui",

ja que, malgrat que aquest s'estigui considerant des del risc de reincidència -i, per tant, des de la possibilitat dels serveis de modificar determinades situacions per tal de pal·liar determinades conductes-

"El punt de partida segueix essent el mateix".

El segon filtre, en part, conseqüència de l'anterior, és el fet que el desfasament entre el nombre de casos reals i el nombre de casos als que els serveis poden fer front fa que es posi un "l·listó" a partir del qual una situació es considera de risc:

"Tot és la consideració en el context de la quantitat de casos. Els que es troben desbordats, com pot ésser al barri vell i que tenen un gran nombre de casos, d'alguna manera el l·listó d'intervenció el van posant en les situacions més greus. No vol dir que els altres no estiguin dintre d'aquests indicadors, el que passa és que l'allau de problemàtica fa que agafin, no els que tenen 38 de febre, sinó els que en tenen de 39 en amunt. És un criteri de prioritització. És un desbordament de problemàtica social o de mitjans per a atendre-ho tot".

El tercer i últim filtre no depèn -tot i que hi està relacionat indirectament- de la disponibilitat de recursos, sinó del grau d'implicació del professional, entès aquest com a agent individual amb capacitat per modificar, a través de la totalitat de la intervenció, determinades situacions socials. De vegades, aquest grau d'implicació depèn de la voluntat del treballador social per espavilar-se i administrar bé els recursos limitats amb els que compta; d'altres, dependrà de la seva angoixa i esgotament emocional; d'altres, estarà lligat a la pròpia visió de la situació.

"La llei s'agafa de moltes maneres i s'interpreta de moltes maneres, i el que pots fer passar segons la llei com 'x' també pots fer passar segons la llei com 'y'. Per exemple, l'EAIA necessita unes condicions per intervenir i aquí ja entrem en el criteri del professional. Jo crec que si la situació d'aquest menor ja des del naixement és de risc pel tipus de pares que té, és igual el que es faci. Aquest nen no tindrà mai pares, per tant és un desemparament, des de que neix, fins després".

En definitiva, doncs, podríem afirmar que, l'objectivitat de la situació concreta de risc que es reconeix a nivell teòric, es veu desplaçada en la pràctica social per una relativitat imposada pels

serveis intervinents, que condicionen la consideració de la situació concreta de risc a les seves pròpies necessitats: la disponibilitat o manca de recursos -o, més aviat, com veurem més endavant, de la seva mala distribució- derivada, segurament, d'una

"Manca clara de política social (que vol dir mitjans) que fa impossible que es doni una igualtat entre la gent. I com que no tenim aquests recursos, ens anem basant en allò que existeix. En aquest país, per exemple, no tens el recurs establert per a una família que li manqui un habitatge".

No hem d'oblidar, finalment, que malgrat que la mesura de la situació concreta de risc social no sigui objectivada en la pràctica actual dels serveis socials, sí que pot ésser-ho mitjançant un treball multidisciplinar que contempli l'entorn individual i familiar de cada situació, l'establiment d'uns barems amb una puntuació pel risc i, evidentment, una tasca de supervisió per tal de garantir la no arbitrarietat en la detecció i diagnòstic dels casos.

2. El tema central és la protecció del menor

El repte fonamental a l'hora d'afrontar una situació de risc social o de maltractament infantil, és l'atenció explícita i decidida al menor implicat en un context desfavorable i desestructurador, sigui el que sigui. Més enllà de les intervencions que es puguin dur a terme i que es considerin indispensables en un moment donat, no es pot perdre de vista que el referent fonamental és el menor objecte d'un maltractament actiu o passiu, contextual o institucional. Res serà mai una excusa suficient per a abandonar o arraconar aquest referent a la seva sort.

"A l'hora de protegir aquest menor, ja ningú es pot escaquejar dient que els adults ja estan tractats per un equip especialitzat en salut mental. Mentrestant, s'ha de garantir la protecció del menor".

2.1 La incomprensió del menor i la consciència familiar

La complexitat del tema neix des del moment que hi ha la pàtria potestat dels pares que està protegida i tutelada per la mateixa llei i... en l'ús de la pàtria potestat, que és un dret inalienable dels pares, arriba la situació en la que els pares deixen de jugar el seu paper educador respecte dels seus fills.

A aquest pare i a aquesta mare se'ls hi estan fent tota una sèrie de prèdiques per part dels serveis socials entorn de la seva responsabilitat en l'ús de la pàtria potestat de les que no en fan cap cas, no les accepten i van per la vida sense que ningú els hi reclami res; en tot moment poden dir: "jo sóc el pare o la mare" i ningú els hi pot dir res.

"Hi ha una cosa en la nostra feina que no he acabat mai d'entendre i és la que es concreta en la pregunta: com aquesta societat permet que un pare o una mare deixi d'exercir el seu paper educador abandonant el seu fill i ningú li diu res? La pàtria potestat fins a on? Fins a quan?".

Només en situacions veritablement límit els treballadors socials es sentiran capaços d'intentar reconduir o articular una determinada situació; per exemple, en casos de toxicomanies.

I aquesta qüestió de la consciència dels pares porta els treballadors socials a la reflexió entorn de la manera de fer la intervenció, de les eines que s'utilitzen, de la consciència que tot el seu esforç pot acabar només en prèdiques, etc.

S'ha d'obligar els pares a assumir el seu paper? Hi ha pares l'estructura de personalitat dels quals planteja fonamentats dubtes

que siguin capaços de fer-se càrrec del seu fill i, malgrat tot, continuen tenint tots els drets paternals i en qualsevol moment diran: "jo sóc el pare".

I, quan un cas arriba a nivell judicial, sempre s'acaba defensant els pares. De fet, per a què un pare sigui considerat dolent i se li arribi a treure la pàtria potestat, ha d'ésser un fora de sèrie, ha d'ésser un maltractador, una persona per a qui justificadament la intervenció judicial és necessària.

"Ja hi ha jutges que van entrant en una altra ona; però costa moltíssim que es defensin realment els drets del menors que queden com molt perduts per aquí al mig".

El treballador social no és la llei, sinó un tècnic encarregat de millorar una situació considerada de maltractament i aquesta funció és un límit molt clar des del moment que les famílies separen molt el que diu la llei del que diu el professional; la primera es concreta en un recurs legal com a mesura presa per ajudar el nano i en el que les famílies poden no estar-hi d'acord; al segon, al professional li confien la realitat del context que es compon de molts elements que la llei no té en compte davant la impossibilitat de contemplar l'especificitat de cada cas.

I el professional es troba entre l'espasa i la paret i ho ha de valorar tot intentant descobrir què es pot fer; perquè del que es tracta és que la família reconegui que no està capacitada per analitzar la situació real i, amb tot, cal consentir que els pares segueixin tenint la responsabilitat del menor com a pares.

Hi ha una actitud per part dels pares, certament inconscient, d'amagar la problemàtica; van dient que no passa res i està passant molt.

Hom té la impressió que l'únic camí possible és la intervenció amb el menor i que tot el que es faci és en funció del menor que, ja quan va néixer, tenia un pronòstic molt dolent. Cal respondre constantment a la pregunta: quin és el motiu de la intervenció actual i en aquest cas? Si l'únic referent que es té és que hi ha un menor maltractat, tota la resta, és a dir, la intervenció en el context, és l'acció d'un moment.

"Hi ha coses que hem de tenir molt clares: a qui dirigim la nostra feina? Abans del model d'intervenció, cal fixar bé l'objectiu. Tot i que no es pot descontextualitzar, l'objectiu és el nen a qui ajudes d'una manera directa o indirecta a través del context".

Malgrat tot, qualsevol intervenció no serà mai efectiva si no hi ha un mínim de conscienciació i de voluntat de canvi de la família

respecte a un aspecte del problema que el treballador social ha descobert. En la hipòtesi que aquesta consciència mínima no hi sigui com, per exemple, quan la parella té problemes, es pot intervenir amb el menor per tal millorar-li la situació i ja arribarà el moment de fer una acció més globalitzadora; la parella té una dinàmica pròpia que l'hi és funcional, malgrat que al professional no agradi la situació generada.

El professional necessita un referent per treballar. Si el referent és el menor en situació de risc, tots els altres problemes són coetanis que sempre es podran treballar si no es perd el punt de referència del menor; quan faci falta hom es podrà tornar a activar sense saber-se desprevingut i coneixent per què hom s'activa.

Si el tema central és el menor que està en risc i que és a ell a qui cal oferir ajuda, hi ha el perill que en realitat aquest menor sempre vagi a remolc dels pares de qui depèn tot i que no veuen perquè el seu fill està en risc i, també, d'una llei que defensa obstinadament aquests pares salvaguardant el dret que tenen a la pàtria potestat.

Sovint s'oblida que es tracta d'una persona, que en el que l'afecta no té opinió, sense drets ni deures perquè és un infant, sense res. Si el punt de mira de l'ajuda es centra en els pares (que tenen opinió, que fan, que manen...), estem oblidant que qui centralment està en risc i per qui hom s'ha mogut és el menor, no l'adult.

"Està allà perquè tots el defensem; però, a l'hora de la veritat, queda com el més indefens de tots".

La demanda d'ajuda a serveis socials pot arribar per molts cantons; no necessàriament de l'usuari, sinó d'un veí, de l'escola, de l'hospital, de la policia, o d'allà on sigui. S'ha de fer indefectiblement el pas inicial de contactar amb la família i d'intentar fer una valoració del funcionament del grup familiar. Si no cal fer cap pla d'intervenció amb la família, cal intentar fer-ne un seguiment indirecte.

Els professionals tenen molt en compte que l'objectiu del seu treball és la persona que demana ésser escoltada i el paper que juga aquesta en tot el tema plantejat. En ésser escoltada, es genera una empatia, es van marcant les pautes, es va encaminant com fer les coses. A vegades es demana massa o se li ha dit que no es pot fer res més del que s'ha fet, que les coses són així.

Aleshores es pot donar el cas que una determinada persona es resisteix i es resisteix, fins que al final troba un altre professional amb qui entra amb molta empatia i li pot explicar el procés que ha passat. Això pot ésser molt vàlid i no és una discussió entre professionals, perquè tots han tingut molt en compte la persona. El que passa en aquesta situació és que es pot arribar a resoldre el problema puntual; però el risc segueix.

Als serveis socials toca vetllar pel benestar i, quan no hi ha consciència per part de les persones de les seves pròpies deficiències, cal inventar mètodes de sensibilització, de motivació per tal que aquella persona s'adoni, a nivell individual o col·lectiu, de què hi ha uns elements que van deteriorant el funcionament i el benestar d'una família. Cal, en definitiva, que aquella persona es reconegui en aquella situació. Si, malgrat tot, s'hi nega i no ho assumeix, hem de reconèixer que hi ha casos irreversibles; però així i tot s'han d'assumir. El que de cap manera es pot justificar és la inhibició professional.

"Si no hi ha consciència per part de l'interessat de què està malalt, no se l'ha de deixar emmalaltir. I pateixes perquè hi ha gent que se't mor i no pots fer res. Quan hi ha un element de risc, i de risc mortal, el paper dels serveis socials és el de vetllar per la salut dels ciutadans".

És el que sol passar moltes vegades a l'escola amb una actuació molt lleugera: com que aquesta família no ha pagat les colònies, l'alumne no hi va. En serveis socials i amb el treball amb persones, intervenint en casos de risc, el normal és que les persones no acudeixen a les hores fixades, no s'interessin per res. Quan passen aquestes coses, cal estar alerta perquè potser la família no té els mateixos interessos que el professional i tot és degut a una actuació excessivament precipitada. Qualsevol nivell d'intervenció amb una família exigeix que es vagi molt en compte per tal que aquesta assumeixi la pròpia realitat, se'n adoni.

"S'ha d'ésser molt tolerant i respectar totes les situacions".

2.2 Informació social i ajut puntual

La problemàtica d'intervenció que planteja aquesta voluntat de referència tot mirant centralment el menor en risc és extraordinàriament complicada.

Efectivament i primer de tot, quan arriba un menor maltractat, quin límit s'ha de posar als drets dels pares per tal d'atendre adequadament el menor?

També cal plantejar-se, què s'ha de fer quan les famílies recorren només per un ajut puntual? És impossible abordar altres problemes com, per exemple, els de la parella, perquè es limiten al motiu de la seva demanda explícita i desapareixen. Recorren a serveis socials com si es tractés d'una entitat benèfica i res més i, el que és més greu, sovint derivats per altres instàncies: "m'han dit que vostè em donarà una beca", o "que doneu res aquesta setmana?". Venien amb una expectativa molt concreta i no tornen: "vinc per

beques, vinc per llibres", donant una imatge completament assistencial.

"Encara que donis una via d'entrada, si les expectatives ja han estat cobertes amb una cobertura econòmica, malgrat que hi ha hagut altres aspectes problemàtics familiars, se'n van".

Molts usuaris vénen amb un implícit: "dóna'm això a canvi de res", com una qüestió de contraprestacions. Si es cedeix fàcilment i es dóna a canvi de res, vol dir que hi ha poca professionalització perquè, sense valoració i diagnòstic, es cedeix. Aquella demanda implícita i puntual acaba essent sobretot un símptoma de la vida familiar; al cap de poc temps el professional ja descobreix si realment és un engany o una manifestació externa d'alguna altra cosa. Per a discriminar entre l'engany i el símptoma, cal assegurar's a reflexionar-ho; no es pot improvisar intuïtivament.

Sense reflexió entre professionals, hom s'exposa a demanar massa en un context de persones que es mouen entre la immaduresa i la manca de consciència de la dificultat real. Precisament en aquests moments s'observa una tendència progressiva dels demandants a expressar més desitjos que realitats en tant que la gent aspira a arribar a uns nivells de benestar que porten a formular peticions molt diferents de les de fa només deu anys; hi ha més informació i la demanda s'ha disparat, sobretot la de préstecs econòmics.

"Ens estem convertint també en recollida de desitjos".

Sol ésser veritat que moltes de les famílies que freqüenten els serveis socials hi són assidus, en tenen una llarga experiència; sovint, més que els mateixos professionals. Coneixen molt més els recursos i en aquest sentit donen deu voltes als mateixos professionals.

"Vull dir que la història dels serveis socials l'he estudiada i les persones que freqüento l'han viscuda, aquesta història".

Hi ha encara uns problemes no menors que condicionen la lectura mateixa de la realitat del risc. El primer fa referència a les situacions culturals diferenciades que configuren una manera de viure pròpia, un hàbit, un estil que invalida absolutament la lectura del risc feta des de pressupòsits culturals forans encara que siguin socialment dominants -és el que abans hem denominat com la relativitat contextual del risc. El que pot constituir risc en una determinada cultura, no ho serà explícitament en aquella família.

El treballador social es veu impel·lit a articular la demanda que acaba d'arribar amb la realitat concreta i a l'interior del sistema de funcionament d'aquella família. Les pautes que té la societat per a la determinació del risc i que constitueixen un important esquema de referència, no són aplicables al peu de la lletra perquè hi ha maneres d'ésser i d'estar diferenciades.

"El que passa és que et deriven un cas dient: "és d'un risc altíssim, perquè aquest pare no hi és mai, perquè hi ha absentisme escolar, perquè no sé què... Estigues al cas". Tu hi vas, detectes el cas, t'acostes i et diuen: "això no és de risc, senyoreta, estigui tranquil·la; els païos això no ho fan; però pels gitanos és la mar de normal". I acabes en la convicció que, tot i haver-hi un risc real que ho seria en una determinada situació, en aquesta circumstància no ho és; pel sistema de funcionament d'aquella família és vàlid".

Aquesta problemàtica cultural, no solament ajuda a desmitificar moltes coses, sinó que planteja grans contradiccions d'intervenció en tant que té conseqüències en la valoració del risc. És, per exemple, el cas dels programes de compensatòria pensant en la població gitana que no assisteix al col·legi que, pel seu caràcter marginal, acaben marginant els païos (i no els gitanos) que en tenen la mateixa necessitat.

L'altre problema del qual ja n'hem fet esment és el risc que els professionals detectin i atenguin unes necessitats que porten a configurar de forma especial una intervenció determinada; però la família no té aquest sentiment de necessitat. Què passa aleshores?

"No hi ha demanda? Evidentment, la família no demana res i no passa res. No es pot dir: "vostè té aquest problema, hi ha aquesta dificultat". I la família pot reaccionar dient: "això no és problema". Sembla que s'haurien d'assentar les bases sobre els motius que els professionals tenim per intervenir".

Un matís d'aquesta inconsciència és el que es tradueix en la reacció de la família que desapareix, no es presenta i que força el professional a dir: "com que no es presenten...". I no vénen precisament per uns imponderables que, si no es coneixen, no es poden valorar: la mare es trobava malament, té una altra nena de dos mesos, no té automòbil...

Un darrer problema és que l'administració ha estat mal considerada per la gent. Arriben, no fan cap demanda, la veuen com una enemiga i deixen molt clar que vénen a trobar l'administració. El que també manifesten molt clar és que tenen una preocupació pel nano.

"Vénen perquè volen, com una consulta, per a trobar una ajuda. Et miren com et miren i són l'administració. Com administració aplicaré una determinada mesura; però, com a tècnic, com a persona, hi estic per a ajudar a sortir de la situació: la manera de conscienciar és la de fer-los veure que tenen uns problemes i jo represento l'administració amb tot el que això significa".

Del que es tracta és que entenguin que l'objectiu de l'administració és el mateix que el seu intentant fer comprendre que hi ha problemes que ells no són capaços de veure. Si no es reconduïxen els problemes i segueixen no essent-ne conscients, la tasca és impossible i aquí hi juguen coses que pertanyen als sentiments i al més íntim de la persona.

2.3 El rerafons teòric: dues maneres de treballar en el camp social

Hi ha dues maneres possibles d'intervenir. La primera és la que procedeix quan la demanda no està clarificada i es pensa que, tal com es troba la situació, hi ha un risc social per un menor. La segona respon o intenta respondre a una demanda explícita. Ambdues han configurat dues maneres de treballar en el camp social depenent de si l'usuari vol o no vol, accepta o no accepta aquesta intervenció. El debat està servit.

La resposta sembla ésser que, hi hagi o no consciència per part dels pares, no es pot abandonar una situació de risc o de maltracte a la seva sort. Seria l'actitud que, després d'una citació, si la família no ha comparegut, ja no es fa res. La responsabilitat professional i el model sembla que és un altre.

"Bàsicament, el model aniria amb l'espera de la intervenció quan es pugui, aprofitant, per exemple, el dia que la mestra et digui no sé què d'aquell nen i aleshores tornes a entrar-hi. Si l'haguessis deixat, la mestra no hagués dit mai més res. Es la mateixa relació que una mare té respecte del seu fill: no li està a sobre, sinó que es manté a l'aguait. Hi ha un risc i tu el vas acompanyant".

Hom s'està interrogant constantment què és el que s'ha de fer en aquell cas; es tracta d'una espera activa sense deixar el cas a la seva sort. No es pot donar el cas per tancat, perquè el professional necessita un referent per treballar, tenint clar on està i per què hi és. Tota la problemàtica contextual és coetània que s'anirà treballant en la mesura que es pugui, en la mesura que el professional tingui de referència el menor en risc de maltracte.

Si es manté el referent del nen, sempre es podrà mantenir una intervenció entorn del cas per mínima que sigui; quan farà falta,

tot es torna a activar i, si és així, hom sap molt bé per què s'activa. Cal no sentir-se desprevingut.

La complexitat del treball social es troba precisament en el fet que no es pot imposar o obligar a fer res; cal estar atent al que està dient aquest cas i, si l'equilibri de la situació d'un moment donat es trenca, cal saber immediatament per on tornar-lo a agafar. Es més un problema d'estar atent que no pas d'anar fent intervencions sense to ni so.

En darrer terme, esperar o imposar depèn molt de les qualitats del professional; si s'és impositiu o s'és respectuós, si se sap escoltar, etc. El principi és de aconseguir que la família torni i que ho faci perquè vol; la qualitat del professional hi està en joc i pot provocar que tornin o no tornin. En el cas que no tornin, hi ha les vies indirectes de vigilar, de seguir per a veure per on es podrà tornar a incidir. I cal comptar amb la xarxa comunitària per tal d'aprofitar tota aquesta gent que està al voltant i que pot fer de pont en el moment més inesperat.

3. Les dificultats de la intervenció

La intervenció dels serveis socials en una situació de risc de maltractament d'un menor està directament condicionada a la detecció del cas i a la seva contextualització; tant l'una com l'altra poden determinar una concreta urgència.

La detecció, si és precoç, és bàsica. Es per això que s'intenta sensibilitzar els pediatres donant-los pautes d'observació i es comença a contemplar una resposta extraordinàriament positiva. No pot ser que es presenti a l'hospital una tipologia de persones que, freqüentment, se'n desconeix completament els antecedents. Hi ha massa gestacions no controlades que ja són un factor de risc. I, per altra banda, no sempre és fàcil de controlar les situacions, perquè "Pot ser que el control s'hagi fet a Palamós i el nen estigui a la residència de Barcelona".

Sembla que uns mínims antecedents es poden recollir a través de l'acompanyant mentre la mare està parint; però el problema és que, si la mare és alcohòlica, potser l'acompanyant no gosarà dir-ho.

Per tant, sembla que aquest recull d'informacions elementals és tasca de l'assistent social perquè el metge fa l'exploració física i l'assistent social té la tasca del diagnòstic social, com es tractarà posteriorment.

Els problemes contextuais s'escapen als pediatres que van fent el seguiment exploratori clínic d'aquell infant sense adonar-se que és un nen de risc social. La multidisciplinarietat permet anar molt més enllà, perquè no solament detectarà la problemàtica social que ja es descobreixi dintre l'hospital, sinó que posarà en alerta el pediatre sobre aquest infant, el servei d'estimulació precoç, el servei adequat per atendre una mare desestructurada, o a qui sigui; altrament n'hi ha que es perden part de la pel·lícula. Aquesta pràctica comença a ser habitual en els temes de detecció precoç.

"Abans l'assistent social enviava molts més casos al centre d'estimulació precoç; però ara ja es fan deteccions a la llar d'infants, al pediatre, etc. Si se n'envien menys, és perquè ja es detecten per una altra via i al centre d'estimulació precoç cada vegada arriben infants més petits. Què vol dir? Que els casos es detecten abans".

Un infant pot tenir les necessitats bàsiques cobertes; però, si no hi ha prou elements per a garantir un pronòstic (per exemple, problemes de comunicació, d'atenció o de relació a l'escola), ens trobem davant d'un cas d'alt risc de desemparament.

On són els paràmetres que aconsellin iniciar una intervenció? D'una banda, la llei ho intenta, tant d'una manera forta proporcionant un marc pel treball social com amb una suficient flexibilitat per no

marcar cap límit. Així doncs la prevenció acaba sent una funció de tothom, encara que tothom entén aquesta prevenció a la seva manera.

"La Generalitat fa campanyes, l'EAP en fa de prevenció en infants de quatre anys, l'EAIA participa en xerrades sobre el tema, la UBASP dirà que intervé en una concreta circumstància... tots l'estem fent i no dóna resultats o, potser, n'està donant sense saber exactament on".

Quan hom es troba amb infants que no han anat mai a l'escola o que, anant-hi, presenten uns dèficits gravíssims, hom té dret a preguntar-se, com es fa la detecció de l'alt risc precoç? Per quines vies? Tot i que la consciència professional entre els que tracten els més petits comença a aparèixer, hom s'adona que hi ha molts infants que escapen els controls normalitzats perquè han anat per urgències i ningú ha pogut detectar el problema de fons.

3.1 La funció de valoració i diagnòstic

No és massa problemàtic adoptar una definició de risc social i àdhuc es pot arribar a compartir, amb un acord entre els professionals, el conjunt d'indicadors que permeten fer-ne una lectura més o menys homogènia; però el problema no és la detecció del risc de maltractament, sinó el diagnòstic, la derivació i l'orientació d'aquests casos; és en aquests moments del procés on es solen donar insuficiències i disparitats.

Quan des de qualsevol àmbit es detecta una situació de carència social o d'alt risc social, d'entrada la majoria dels diversos professionals sembla estar d'acord que qui ha de fer la valoració i el diagnòstic social és la Unitat Bàsica d'Assistència Social Primària (U.B.A.S.P.).

Aquesta valoració sobre el paper sembla relativament fàcil: si es tracta d'una problemàtica social, la competència és del pla d'intervenció dels serveis socials; si hi ha alguna altra incidència (la salut mental, per exemple), aquesta competència s'ha de derivar al servei especialitzat que pertoqui.

Però, qui es capaç de dir què és la causa de què? La situació de risc ambiental i de carències personals ha produït un trastorn mental, o és aquest que està provocant la mancança social? A qui li pertoca fer aquesta valoració? Heus aquí una gran qüestió que repercutirà posteriorment en el fet d'un model o altre d'intervenció.

La pregunta és especialment pertinent quan els serveis socials han intervingut des del moment que hi havia unes necessitats bàsiques dels fills no cobertes; però es troben, per exemple, amb una personalitat del pare de família molt paranoica, que no demana mai ajuda i que sembla que tampoc mereixi ser ajudada. Si es tanca la porta als serveis socials ("què s'han cregut aquests?, per què han

de venir a casa?"), les situacions es van allargant sense resoldre després de donar-hi voltes i més voltes.

3.1.1 El consens i la multidisciplinarietat

Independentment de la consciència real que les mateixes famílies tinguin del problema, hom es troba que cal fer una trobada dels professionals als qui pertoqui una determinada problemàtica per intentar veure on és el problema central. L'experiència demostra que, quan s'ha fet aquesta posta en comú, s'ha aconseguit acotar i definir objectivament la situació.

"És molta la feina de coordinació que hem de fer entre els professionals. Es tracta d'agafar un carrer comú i consensuar-lo".

L'esforç hauria d'anar en la línia que els professionals s'asseguin a pensar que estan tractant una família i que ho facin amb el coneixement i saber que tots tenen de la seva pròpia especialitat.

"Es tracta de consensuar la intervenció i treballar multidisciplinàriament, repartint les funcions sense cap mena de competència entre els diversos serveis".

La pregunta és de saber si hi ha una unanimitat o una uniformitat quan es detecta un indicador de risc social. Hi ha un consens de fer el mateix per a arribar a explorar una determinada situació?

"En serveis socials els resultats dels indicadors no són matemàtics; es valora sobre una explicació, sobre un parlar. En una mateixa entrevista, pot arribar que un professional consideri que un cas concret es pot treballar i per l'altre no".

Com ja hem vist, en serveis socials, no hi ha un rigor matemàtic en la intervenció, tot i que hi hagi uns marcs teòrics; el problema és com aplicar-los, com fer uns diagnòstics homologables. De fet, com ja hem vist, la problemàtica d'un determinat context fa variar considerablement la dimensió del risc. Es treballa sobre uns idèntics indicadors de risc; però els models d'intervenció poden variar considerablement.

Tot es centra en l'esforç personal o col·lectiu de valoració i diagnòstic, de saber sobre quin peu descansa la problemàtica real, encara que no sigui el problema principal, sinó el problema entorn del qual s'ha decidit que s'ha d'intervenir que, a vegades, serà l'únic sobre el que es pot intervenir i potser és el menys visible o el que té menys relleu.

"Potser la part més feble és la d'un diagnòstic consensuat per a poder assumir tots plegats quin paper jugarem en el futur; és a dir, el descobrir aquest espai

elaborat entre els diferents serveis que ens permeti saber quin paper hem de jugar".

No és un tema de manca de recursos, sinó de saber què està passant amb el pronòstic i la previsió. Hom té la impressió que els casos es passen amb poca elaboració; hi ha una temporalitat que justifica la derivació a un servei que no serà cridat únicament pel tractament del menor, sinó que a través de la intervenció sobre el menor, es va controlant tota la situació. I el temps pot ser apressant a l'hora de prendre decisions.

Malament es poden consensuar diagnòstics si, en realitat, es fan a mitges. De fet, un cop definit el diagnòstic, cal preguntar-se què es pretén i els mitjans de què es disposa per a poder assolir aquests objectius amb aquesta família. Un pla de treball no és eficaç si no es consensua.

"Estem d'acord que cal consensuar diagnòstics; però realment, treballem amb diagnòstics?".

Es veu clar que s'ha de consensuar la intervenció i l'experiència demostra que, en els casos que s'ha actuat així i ha funcionat, els mateixos professionals han trobat unes compensacions satisfactòries; però el problema és saber, com consensuar la intervenció. Com decidir des de quin àmbit es fa la intervenció en aquell moment determinat i per què? I un altre interrogant no menor que es formulen els professionals és: permeten les nostres institucions de les quals depenem aquests espais de consens?

Intentarem respondre a aquests interrogants a mesura que anem avançant en la nostra anàlisi.

3.1.2 El director d'orquestra

El director d'orquestra, el professional o el servei sobre el qual recau la responsabilitat d'un cas, el que coordina la intervenció, qui revisa el cas periòdicament per a veure si ha canviat el diagnòstic, com es troba el tractament en la intervenció d'un servei especialitzat, etc., és un paper difícil. En una expressió extraordinàriament gràfica, s'ha dit que

"és el senyor que 'aguanta' la palangana".

Identificar qui ha de jugar aquest paper no és fàcil des del moment que les diverses instàncies depenen d'entitats diferents: Justícia, Benestar, Ensenyament, Sanitat, Ajuntaments diversos, Consells Comarcals, etc.

"Quan tot es basa en la bona entesa entre persones...".

3.1.2.1 Les seves funcions

El director d'orquestra és qui ha de coordinar aquella intervenció globalitzadora de la qual parlàvem més amunt.

"Esser l'emprenyador de torn i saber què es fa aquí i què es fa allà".

Una altra funció d'aquest director d'orquestra és la d'induir una metodologia de treball: com estudiar els casos? Com fer les derivacions? Concretament, haurà d'establir criteris i protocols de derivació per a poder treballar amb un mateix model documental i que, a l'hora de demanar una valoració del paper d'un servei, ja s'hagués pactat el protocol, tant de demanda de l'afectat com de retorn a un servei que ha intervingut abans.

La definició del director d'orquestra no s'identifica amb la de que fa referència al tractament, encara que diu relació amb aquest. És qui palpa els resultats de la intervenció, tot i que en treball social no saps mai quan colliràs perquè no es poden comptar les conversions.

Quin servei pot aglutinar tota aquesta realitat del menor en risc, la seva família i el context? Tractant-se de famílies multiproblemàtiques, d'una banda, tots els serveis han de ser capaços de jugar el seu paper i, de l'altra, la figura del coordinador ha de tenir una gran capacitat: esdevé un personatge que juga un rol aglutinador que pot acabar amb la resistència d'una persona.

"Aguanta els altres i ningú l'aguanta a ell, ningú el ve a ajudar".

Hi ha dues raons que justifiquen la seva presència: la manca de recursos i la indefinició normativa de les funcions de cada professional.

Si hi haguessin recursos professionals al medi, ni seria necessària la derivació a altres serveis, es resoldrien més problemes que no pas ara (tot i que en els casos d'alt risc es trobaria a faltar encara el recurs necessari), no caldrien tractaments tan específics i no serien els problemes tan angoixants.

Si les funcions dels professionals fossin més definides, cadascú es mouria en un àmbit de competències suficientment delimitat i amb una especificació de la funció de cadascú.

3.1.2.2 A qui pertoca jugar aquest paper?

No hi ha pas unanimitat a l'hora d'identificar qui ha de fer el paper de director d'orquestra; els professionals intenten trobar-lo des de l'experiència concreta de la seva tasca quotidiana.

Per a uns, el director d'orquestra és aquell a qui la família té més confiança. En alguns casos pot ser l'Equip d'Assessorament

Psicopedagògic (EAP), en d'altres seran els serveis socials de base, en d'altres... Que el que jugui aquest paper sigui un o l'altre, no és cap dificultat amb la condició que s'hagi consensuat i sigui efectivament acceptat per tots; s'ha de posar sobre la taula per tal de no entrar en competències entre serveis i entre persones. Aquesta figura de confiança serà el referent de la família.

"Tothom capta a qui té més confiança la família, sobretot entre els mateixos professionals que s'asseuen a consensuar. No pot ser que algú digui: asseiem-nos i parlem del cas, i li responguin: qui ets tu per a convocar-me? Convocar no vol dir manar, sinó que vol dir treure l'entrellaçat quan un diu blanc, l'altre negre i l'altre gris. No dissenya les peces del puzzle, sinó que mira com construir-lo partint de la lectura diversa dels professionals perquè, al cap i a la fi, cadascú té les seves sortides o solucions".

Aquesta persona de referència absolutament necessària pot recaure en aquell que té més qualitats carismàtiques; de fet, tothom té una manera de ser. I això pot constituir un vertader perill des del moment que el metge tal o el mestre qual, es troba que tothom li ha delegat tota la responsabilitat; aleshores, s'encobreix professionalment en el que està fent i en com ho està fent, i aquest treball és impossible d'avaluar.

Per a d'altres, es dóna massa per suposat que és l'assistent social de l'atenció primària qui ha d'assumir la globalitat de la intervenció; perquè això no sempre és cert. Són els professionals que s'ho miren des de fora els qui ho veuen d'aquesta manera.

"Hi ha molta fantasia en la prevenció primària per part d'altres professionals. Diuen: l'assistent social ho coneix i ho globalitza tot. I t'obliguen a assumir aquest paper".

En teoria, és cert que des de serveis socials s'intenta representar aquesta figura i, de fet, moltes intervencions estan dipositades als serveis socials de base que van coordinant i derivant; passi el que passi amb el menor, la seva família continua al municipi i els serveis socials de base són els que hi estan més propers i els que tenen més informació.

Però hi ha molts problemes de coordinació: el psiquiatre no té temps perquè està ocupat, el mestre no hi veu cap problema quan la mare confessa que el seu fill no s'entén amb la mestra... És difícil per no dir impossible assumir aquest rol per part dels serveis socials de base.

Sobre el paper és necessari un servei que fos el coordinador; però en la pràctica això no sol funcionar. Què passa realment en la

pràctica? Que la família es mou per confiabilitat i per relació personal i aquesta relació continuada entre família i professional no necessàriament passa pels serveis de base, sinó per un servei que en aquell moment està acumulant molta informació. Això pot produir situacions de descoordinació, d'anar-se passant les situacions socials sense que ningú intervingui. "La constatació és que es tracta d'una simfonia sense director".

El cert és que hi ha un primer nivell en el que, si una determinada situació pot ser treballada des de la situació de risc, els serveis de base es fan càrrec de la problemàtica i en fan la valoració i el diagnòstic i estan a l'aguait (altra cosa és si tenen els mitjans suficients i estan ben coordinats); però, quan es creu que la situació de risc i de dinàmica familiar es troba en un alt risc, ja es decideix que s'ha de treballar des d'un nivell més especialitzat perquè, sense treure's la feina de sobre, la UBASP difícilment està capacitada per a donar pautes a un centre o al jutge. En cas d'alt risc l'equip multidisciplinari amb psicòleg, pedagog i assistent social està capacitat per a dissenyar un pla d'intervenció global. En el primer nivell, és la UBASP el director d'orquestra; en el segon nivell, és l'equip especialitzat que juga aquest paper: quan un cas passa als serveis especialitzats perquè és d'alt risc, són aquests els qui se'n fan càrrec.

I aquí hi ha un altre debat que toca fonamentalment el tema de la intervenció. L'expressió del problema és prou clara:

"L'especialista ha fet un diagnòstic; però el tractament del context el fa la base. Quan es recorre a l'especialista, queda el problema de seguir tractant uns pares, la família".

Com que es tracta de famílies multiproblemàtiques, els serveis especialitzats intervindran quan hi ha un risc en un menor; però si aquest no està deseparat, el problema queda, no està resolt; s'ha d'imaginar la via per a generar atenció allà on sigui necessària, precisament perquè la problemàtica del menor acaba sent un símptoma d'una degradació més general. Els serveis especialitzats no actuen perquè no hi ha un símptoma de risc de cara al menor i no tenen la possibilitat d'atendre correctament la família; es dona un buit entorn d'una necessitat real.

Les coses van canviant, certament; però sense la presència del menor. Tindrem l'ocasió de tornar sobre el tema.

Per a d'altres, ha de ser aquell a qui se li acordi l'estatut d'un cert reconeixement col·lectiu, "el más viejo del lugar", el que en sàpiga més.

També s'ha observat que hauria de ser aquell sobre el qual descansa el problema principal, prèvia la valoració i el diagnòstic. El que passa és que hi ha sempre una persona de referència i del que es

tracta és que cap servei es pugui escaquejar perquè tots són susceptibles d'ocupar-se'n. S'espera massa que sigui l'altre que convoqui i la veritat és que acaba sent un problema d'iniciativa.

La gran dificultat i el gran buit és el de saber, quin equip treballa? Qui porta el pla de treball? Hi ha una vertadera dificultat de saber qui se n'hauria de fer càrrec. I aleshores no queda mai clar on està dipositat el cas; tothom hi corre i costa de saber quin és el servei de referència per a una família determinada.

Un exemple paradigmàtic d'intervenció coordinada i per tant de lideratge pel que fa a la valoració, el diagnòstic i la derivació és la de l'assistent social de l'hospital.

Sovint, aquesta figura s'ha de muntar la vida en solitari: intenta respondre als pacients que fan una demanda o una gestió de papers o se li envia a aquelles persones que no tenen família, fent una mica de "germaneta de la caritat". Està en un despatx amb aquestes funcions, fent un treball de gestió que podria fer un altre professional: buscant un llit per una persona que s'ha trobat al carrer, fent gestions a geriàtrics, etc.

La funció de l'assistent social de l'hospital ha canviat moltíssim: ha passat a formar part de l'equip interdisciplinari i té l'encàrrec de cuidar-se de la part social entorn de la problemàtica que afecta als qui han fet l'objecte d'una intervenció clínica i d'una estada hospitalària; es troba vinculada a la tasca concreta de l'hospital.

L'assistent social de l'hospital és un bon punt de contacte i d'enllaç de la problemàtica perquè disposa de tots els historials socials dels casos que es presenten. Si el pediatre o el ginecòleg detecten una situació de risc, es comença a derivar a l'assistent social en alguns hospitals; tot és un problema de la consciència dels professionals, de què els metges corresponents tinguin una conscienciació d'aquest risc, facin un toc d'alerta sobre la part social de la persona i el seu entorn: la mare és alcohòlica, hi ha determinats antecedents en aquesta família, etc.

Tot el problema consisteix en què això arribi a l'assistent social. I el que li arriba no és la problemàtica familiar sinó que, en el procés de la intervenció clínica en el que no és la família la que demana hora a l'assistent social (és el servei sanitari que s'ha de moure, no la família), aquest explora conjuntament; no solament el creixement del nadó, sinó completant la història amb les dades socials. El diagnòstic acabarà sent global i, si hi ha indicadors de risc a la família o a l'entorn, es derivarà al servei que correspongui; cal, doncs, un altre plantejament.

"Quan neix a l'hospital un nadó en situació de risc, si el nen és de Calonge, trucarà als serveis socials de

Calonge: "A l'hospital ens ha nascut un nen amb aquests problemes, teniu referència d'aquesta família?". Si diuen que coneixen el cas, ja s'ha arribat a terme".

Aleshores, aquest treballador social de l'hospital juga un paper de multidisciplinarietat, perquè explora la persona en el vessant social i de l'entorn i acaba completant el diagnòstic que defineix el nivell de risc d'aquella persona o família. En tot cas, si només és problema sanitari es prendrà una opció; però si hi ha elements de risc social, és aleshores que es fa la derivació del cas als serveis corresponents. L'assistent social de l'hospital hi és per ajudar la interdisciplinarietat sanitària i no pas per a començar a treballar en l'àmbit dels serveis socials; no es pot confondre l'assistent social de l'hospital amb el paper de les UBASP.

En el cas de l'assistent social de l'hospital, doncs, no cal estar-se preguntant encara qui coordina. Si està efectivament integrada a l'hospital, és la institució hospitalària la que coordina.

3.2 La metodologia de treball

"No sé si es tracta tant de passar informació com de treballar amb metodologia. Si es fa el diagnòstic d'un cas i es veu que per tal d'assolir uns objectius cal una coordinació amb altres serveis i es defineix un pla d'intervenció, aquest constituirà la planificació a seguir".

Aquesta afirmació posa sobre la taula el tema de la intervenció de cada servei i el de la temporalitat. No es tracta de parlar d'impossibles, sinó que és una labor de posar mans a l'obra: marcar-se el dia que hom s'ha de tornar a veure i, si no hi ha grans accidents, la data està fixada per a tornar a avaluar.

I avaluar no vol dir simplement passar informació, sinó veure si s'han assolit els objectius que hom es proposava: on s'ha encallat?, en què s'ha progressat? Es pot arribar a reformular el diagnòstic i la mateixa hipòtesi en què es basava la intervenció. Tot és un problema de metodologia. El que és veritat és que

"No es pot fer el diagnòstic i la intervenció alhora, sinó que cal anar definint amb l'ajuda de tots els serveis el model d'intervenció".

La família es perd perquè té una temporalitat diferent de la del professional: no manté els acords o els pactes clarament elaborats amb la intenció de revisar-los cada tres mesos. I desapareix. Es pot fer un diagnòstic i, al cap de tres mesos, a l'hora de la valoració, s'ha de fer un altre diagnòstic perquè alguna cosa ha variat. El temps ha fet variar les coses.

Els pactes amb les persones implicades, tot allò que es demana, no necessàriament es refereixen a la possibilitat de fer desaparèixer la situació de risc i són difícils de plasmar en un paper. De fet, una cosa és fer un gest material i una altra reflexar el nivell emocional i relacional del menor implicat.

"Arriba un moment que dius: "finalment se n'ha anat a fer la cartilla de l'atur". I això va lligat amb el tema de les angoixes i de les satisfaccions del mateix professional".

La valoració de la intervenció cal fer-la sense implicació personal. Estan fora de lloc tant l'angoixa pel que no s'aconsegueix com la satisfacció del que s'ha aconseguit. Un diagnòstic cal fer-lo sense cap mena d'implicació personal.

3.2.1 La imprescindibilitat del diagnòstic

Fer un diagnòstic és una vertadera exigència d'un professional que intervé en un episodi conflictiu en el que hi ha implicat un menor en risc de ser maltractat. Per altra banda, el diagnòstic ajuda el professional en tant que l'obliga a mirar cara a cara la realitat que té al davant. Ha estat expressat molt gràficament.

"El diagnòstic t'invita a dir: deixem-nos de fantasies i veiem amb qui hem de treballar".

Fer un diagnòstic és senzillament intentar definir la problemàtica i aprofundir-la. Fugir de les ambigüitats, buscar la manera d'arribar a les famílies afectades i fer que aquestes utilitzin els seus propis recursos. No n'hi ha prou de fer una descripció superficial dels símptomes: "aquell alumne no va a l'escola", "aquell nen no dina"...

"Amb un bon diagnòstic social, tot es lliga perquè se sap d'on es parteix i cap a on es vol anar".

3.2.1.1 Què és el diagnòstic?

Cal que les famílies assumeixin qui són, què els hi passa, per què els hi passa i que amb ajuda o sense se'n poden sortir.

"Un diagnòstic és situar la família en les capacitats i els potencials que té; segons les seves manifestacions, cal veure com es pot treballar".

El diagnòstic estableix un pla de treball amb uns objectius, una temporalitat, un pronòstic i una avaluació final. Perquè l'objectiu final de la intervenció és sempre la rehabilitació o la reinserció social; és a dir, que la persona acabi sent la protagonista de la seva pròpia història amb el projecte de saber cap a on vol anar.

"Tots estem d'acord que cal fer el diagnòstic i que hem d'aprendre a fer un més bon diagnòstic social, més objectivable, més clar. El que es critica és no disposar d'un espai de trobada, un "foro" per a contrastar-lo. I el que no pot ser és intervenir sense un diagnòstic".

El diagnòstic suposa que cal definir el paper que ha de tenir l'usuari, formant part d'aquest diagnòstic i condicionant la intervenció perquè té alguna cosa a dir sobre el tema quan té capacitats i possibilitats perquè, si es tracta de dement, ja és una altra qüestió; el que es pretén és mobilitzar la capacitat de la persona. Si la persona no ha participat o no n'és part, no es pot definir amb claredat el diagnòstic, ni es pot mobilitzar aquesta persona perquè tampoc entendrà que és ella que ha de canviar.

Les famílies que freqüenten els serveis socials pel motiu d'un infant en risc són multiproblemàtiques. L'objectiu és únic per a tots els serveis implicats que no és altre que el benestar d'aquesta família, malgrat que es treballa sobre símptomes o elements que ajuden a valorar les coses: alcoholisme, dissensions, depressió, desescolarització o el que sigui. Hi ha literatura escrita sobre com confeir un diagnòstic en el camp dels serveis socials; però cal experimentar-la per tal de veure en què serveix i en què ajuda. Es agafar la teoria i veure què passa exactament.

El treballador social de la UBASP que, en la seva pràctica quotidiana fa una aliança amb la família sobre el que aquesta vol, es troba que està intervenint amb uns objectius. I resulta que, quan ve la família un dia que no se l'espera o un servei que ha intervingut per derivació en un moment determinat i que no coneix prou aquesta família, les coses trontollen. La família ve per una altra cosa o el servei intermediari vol imposar determinades actuacions. Aleshores s'ha perdut aquell objectiu inicial i hom es veu com obligat a replantejar algunes coses que semblaven clares. En aquest moment hi ha una anada i tornada. Ha fallat el diagnòstic o no hi havia un bon diagnòstic i es plantegen serioses inseguretats per part del professional.

En aquest tema no es treballa amb quadres plàstics perquè la dinàmica social i familiar és un continu reajustament; cal estar pensant constantment quin paper cal tenir en cada moment determinat.

Cal buscar l'equilibri des de fora de la tensió d'un instant concret, o cal anar vetllant per a què aquest equilibri es vagi produint en cada moment? Un equilibri aconseguit dintre d'un sistema familiar en un instant, demà passat es pot trencar. Cal aprofitar els reajustaments que la mateixa dinàmica anirà portant imposant a aquella família la seva capacitat d'equilibrar-se, o

derivar el tema per la via judicial garantint el que calgui donant el cas per tancat?

La intervenció que segueix al diagnòstic presenta gravíssims problemes existencials a l'interventor en el camp social.

3.2.1.2 Quins problemes presenta el diagnòstic?

Una gran dificultat per a fer un bon diagnòstic, és el punt de partida del qual es pren l'embranchada.

Aquí hi ha un doble problema. D'una banda, perquè hi ha el risc de partir etnocèntricament del que per la societat és normal i aleshores resulta que la família no ho entén perquè es mou en categories massa diferents. Cal situar-se al seu nivell per tal de modificar conductes i models amb la finalitat que el menor en risc tingui unes millors pautes referencials que les que ha tingut fins ara. Per altra banda, si es parteix dels llibres o del que diu exclusivament la llei, hi ha el risc de passar per alt que cada persona és un món i cada família un petit univers.

Amb aquests errors en el punt de partida, tot i haver-hi un pla de treball, no s'aconsegueix que aquell menor surti del risc i hom veu com no s'avança perquè els problemes es van repetint de generació en generació; hi ha alguna cosa que falla. Per altra banda, per a fer un bon diagnòstic no n'hi ha prou amb la bona fe perquè porta a repetir intervencions; sense un bon diagnòstic no es pot fer un tractament.

Un altre tipus de problema no menor a l'hora de fer un diagnòstic és que no s'escriu i aleshores es queda a l'aire i no es pot avaluar; és fa difícilment objectivable.

Una altra qüestió és la necessària coordinació entre serveis; no és tant un tema d'encobriment entre els serveis com, quan un determinat servei deixa d'intervenir, ha de pensar molt el perquè d'una devolució, quina intervenció es requereix aleshores i si és indispensable reobrir el cas. El que passa moltes vegades és que es marca un objectiu i, com que es veuen massa coses per causa de l'esmentada multiproblematitat de les famílies, es vol solucionar tot de cop; per la precipitació, no es té clar què és el que s'està fent.

"Cal ser pacients perquè estem treballant en problemes de marginalitat; cal saber què estàs treballant, per què, com ho faràs i com ho valoraràs".

No es poden esperar solucions immediates; es tracta d'una situació de risc i, per tant, d'anar controlant per tal que no s'accedeixi a uns determinats recursos abans que siguin efectivament necessaris. No es poden cremar els recursos dels quals es disposa.

"És el cas d'aquell adolescent que havia passat per no sé quants professionals i que diu: "sé que em vols ajudar, però jo no ho vull acceptar". Cal respectar la situació i seria contraproduent insistir en què ha d'acceptar un determinat recurs; qui sap si d'aquí a un parell d'anys ho podrà acceptar".

Aquest temps d'espera obeeix a la necessària consideració entorn del temps que un determinat procés dels afectats necessita. Una altra perspectiva d'intervenció fa que la identificació del professional amb el problema quan la persona o la família no està preparada, el vagi perpetuant, perquè hom té més pressa que la família i llavors no se soluciona res.

Es molt important saber quan s'ha d'intervenir, a partir de quina demanda i com s'ha de reconvertir aquesta demanda. La família ha de ser conscient de la necessitat i que ella mateixa toqui fons.

3.2.1.3 Com s'ha de fer el diagnòstic?

Es pensa que és un bon sistema fer com amb una història clínica com en el cas dels metges intentant que es recollís el consens dels professionals; però el problema és que en aquests casos socials es treballa una informació difícil d'objectivar i carregada de matisos; si es pogués fer, seria una bona idea.

El que sembla absolutament indispensable és escriure i protocolitzar el diagnòstic. El tenir-ho per escrit és una eina bàsica per a passar-se la informació.

"Això estalvia reunions i reunions. Si es fa constar en un paper, ja no és necessari reunir-me amb tanta gent. A les reunions, després de parlar molt, moltes vegades no sabem res de com actua el nen amb els companys, com actua dins de l'aula, si arriba puntual a la classe... Són dades que interessin i que, si estan protocolitzades, se sap exactament cap a on cal anar".

Perquè moltes vegades el problema és posar-se d'acord, no en les paraules, sinó en el contingut que hi ha darrera les paraules. De fet, la complexitat d'una intervenció és que s'actua amb diferents serveis, amb models diversos i amb estils heterogenis. I amb els mateixos indicadors, com dèiem més amunt, el model d'intervenció pot ser divers.

I el diagnòstic permet establir les prioritats d'intervenció. Respon a la pregunta de, què és el que s'ha de prioritzar? No es pot fer una intervenció en una família si no hi ha unes prioritats establertes: en quina realitat és en la que es troba immersa aquesta família?

I les prioritats no les estableix la família dient, per exemple, "no tinc treball". Potser hi ha uns elements que són prioritaris a resoldre perquè, si no es resolen, mai a la seva vida trobarà un treball. De fet, qualsevol professional del treball social està capacitat per a fer aquest diagnòstic del que és prioritari, tant per formació com per competències.

En el diagnòstic cal incloure una fase de clarificació de quins són els problemes que s'estan tractant i si són de l'àmbit social o no. Davant d'una família que té tants components i tants elements distorsionadors, quins problemes són del vessant social i quins no? Quin és el problema prioritari a resoldre?

"No és allò de dir si és primer l'ou o la gallina; ens encallariem fàcilment. Sinó que s'ha de ser capaç de dir que, ja que la panoràmica és aquesta, en aquest moment el pes fort dels problemes passa per aquí. Ni tot es pot solucionar al mateix temps ni pel mateix professional".

És discernir què és primer en un moment donat per tal de fer un primer pas i poder-te posar en un segon i, després, en un tercer; es tracta d'una planificació a mig termini. Les temporalitats són a tenir en compte i, quan en una família tot està cruixint, no et pots establir uns terminis d'una manera predeterminada si no es vol fer una intervenció inviable.

"No pots dir: amb tres mesos ha de trobar feina o amb sis ha de deixar de ser alcohòlic. Es tracta de famílies tan negatives que t'exposes a agafar el cas pensant que no s'hi podrà fer res. En comptes d'intentar veure el poc que hi ha de positiu, tendim a denunciar els molts aspectes desestructuradors que presenta".

Un diagnòstic, des de la seva mateixa definició, ha de partir del punt que tothom transmet alguna cosa positiva, fora que no tingui alguna lesió al cervell. Ningú pot atrevir-se a condemnar uns pares amb el pretext que han desgraciat el seu fill, sinó que s'ha de partir del principi que, malgrat tot, han transmès unes coses que en un altre lloc no tindrà o, si les té, seran d'una altra manera. Aquests petits valors constitueixen el punt de referència a partir del qual es pot fer un diagnòstic; no es tracta de fer una intervenció des de fora, precisament perquè tot el que és aprofitable és el que ajuda a funcionar. Altrament és quan s'acaba amb la sensació que no s'hi pot fer res.

Les conseqüències de no fer un bon diagnòstic o de fer una intervenció sense diagnòstic són clarament identificables.

La primera és que es repeteixen les intervencions. Cal usar totes les eines imaginables per a intervenir, altrament hi ha el risc de què la saturació d'alguns serveis en un únic cas es doni en un context amb una implicació molt diversa, produint una sensació de

manca de recursos quan el tema principal és la reorientació d'alguns serveis. Aquesta pluralitat de serveis implicats de manera tan diferenciada dificulta poder arribar a un diagnòstic totalitzador, produint, també, un efecte-puzzle, fent que qualsevol retorn sigui estar senzillament al començament.

"Quan la segona instància retorna el cas, els serveis diuen: nosaltres ja ho hem fet. És rebut amb la sensació que s'està bloquejant el cas".

Mentre que a les escoles de treball social s'insistia en l'aspecte comunitari de la professió, es té la temptació de tornar a l'atenció individualitzada; això afecta la lectura del que són en realitat els nivells de necessitat de les famílies.

"El treball individual es limita a fer el que pots i és manipulable; des del treball comunitari s'arriba fàcilment a l'heterodòxia, a la crítica social, a la presa d'autoconsciència de la població. Abans tots ho vèiem i érem en el treball comunitari i ara la frenada ja prové de les mateixes instàncies del poder democràtic perquè no agrada gens aquella autocrítica".

Tots els serveis socials professionalitzats que intervenen en el camp de la infància en risc, volen anar i tendeixen a aconseguir una intervenció professionalitzada que vol dir un reconeixement mutu de tots els implicats en tant que per formació i competències tenen una singular i específica funció de dictaminar sobre un concret àmbit de la realitat. La professionalització implica els diversos serveis, no solament en el reconeixement de les respectives competències, sinó en saber atènyer-se a la capacitat de fer un diagnòstic conjunt.

3.2.2 Els grans models d'intervenció

Tot i els matisos que comporta la consideració d'uns determinats indicadors socials de risc de maltracte, el que varia de fet és el model d'intervenció. Aquest pot ser doble: un que se'n pot dir model assistencial en el que s'actua sobre les conseqüències, l'altre és el model educatiu amb un intent d'intervenció sobre les causes.

"Sobre quin model treballem? S'ha de tenir definit molt bé què pretén el model; aleshores, vas adoptant unes tècniques o altres d'intervenció, utilitzes uns recursos d'una manera o altra. És com funciona el nivell mèdic: o vas receptant pastilletes o, com que una mare està donant malament el biberó, li expliques com es fa un biberó".

Precisament és difícil posar-se d'acord entre diferents serveis amb diversos models i amb múltiples estils d'intervenció; potser es pot aconseguir un acord amb les paraules, però no tant en els

continguts d'aquestes paraules. Malgrat s'estigui en una mateixa taula, la coordinació és necessària des del moment que els professionals fan funcions diferents. Aquesta especificació de les funcions respectives, acaben delimitant els nivells d'intervenció.

Si la patologia no és massa greu, des de l'atenció primària es pot anar assajant tècniques d'intervenció diferents per tal de potenciar la capacitat de les persones; però quan l'atenció primària, la UBASP, ha verificat que la persona per si mateixa no se'n pot sortir perquè el risc social és molt elevat, és quan cal pensar en un altre nivell d'intervenció. El que no poden fer els diversos serveis és anar provant si la persona és capaç o no; aleshores no es diferencien els límits entre uns serveis i els altres.

El que cal fer en cada cas és veure quins professionals poden intervenir, què és el que cada un d'ells pot aportar; és d'aquesta manera que la intervenció esdevindrà única i integradora per la família partint de l'especificitat de cada cas, es tracta de dur a terme més d'una intervenció amb una única finalitat. I d'aquesta manera les intervencions no es solaparan mai. Una altra manera d'enfocar les coses és caure en l'omnipotència i l'omnipresència d'un servei; seria dir que "tot ha de passar per nosaltres" sense distingir nivells i nivells.

En síntesi, els dos models esmentats, expressats d'una altra manera, es redueixen al dilema que volta entorn de creure o no en la persona. Si es creu que aquesta és capaç de conèixer i afrontar els seus propis problemes, que és capaç de superar-los i resoldre'ls, demanarà un determinat model i estil de treball més educatiu; si, per altra banda, no es creu en la persona com a capaç de solucionar els seus propis problemes ni de resoldre'ls, el model d'intervenció serà més assistencial comptant que siguin els serveis socials que els resolguin i vagin generant dependència.

No hi ha un model superior a l'altre; però el que passa en realitat és que s'hauria d'incidir més en el model educatiu que està força descuidat des del moment que és més exigent i no tant simplista.

3.3 La derivació

"Hi ha casos que ens deixen als serveis socials atrapats al mig sense poder ser efectius. Per exemple, et truquen de l'escola: "hauries de veure aquest alumne". I diem: "com a escola que ha detectat el problema, convoca'ls. Si hi ha un problema social, ja intervindrem". El nostre paper és coix perquè, si la mare et diu que el que s'està dient no és cert i si et poses a favor de la mestra, estàs dient a aquella mare que et creus més al mestre que a ella. Es una posició incòmoda. Tot és un problema de veure com es fa la derivació".

Una intervenció en la situació específica en la que hi ha un menor en risc sempre és múltiple i afecta molts i diversos serveis. Una intervenció en provoca una altra; quan acaba la intervenció de la UBASP, és l'hora d'un servei especialitzat.

Hi ha un constant va i ve entre serveis, perquè el cas pot retornar encara que aleshores hi ha hagut uns components que han variat de tal manera les coses que fan que allò torni; estàs treballant amb persones i aquestes evolucionen i canvien i el menor s'ha fet més gran.

On s'estableix el límit d'un servei per considerar acabada una determinada intervenció? Aquest límit ve imposat per la família i les seves circumstàncies des del moment que s'ha provocat un canvi. És aleshores que es fa necessària una derivació i el canvi provocat en la situació actual de la mateixa manera que un ressò: provoca un canvi en l'altre professional.

Aquestes intervencions sincròniques no són mai lineals tot i que hi hagi uns conceptes legals (guarda, tutela, etc.) que delimiten la intervenció dels professionals. Aquests conceptes, tot i que proporcionin al menor un sostre familiar, moltes vegades deixen de banda aquells pares perquè es troben sense la pàtria potestat, provocant que el menor estigui desemparat, ja que el paper dels pares naturals és insubstituïble. Queda la necessitat que algú s'ocupi d'aquesta família i el tema de les derivacions.

3.3.1 Com cal fer la derivació?

En primer lloc i el més bàsic és que, a l'hora de la derivació, els serveis s'impliquin. Moltes vegades això vol dir que caldrà reconduir la demanda. Cal que tots els àmbits de la possible intervenció siguin suficientment sensibles al moment d'escoltar i d'intentar entendre la persona.

Això implica que es doni una certa flexibilitat entre els serveis.

"No perquè jo tingui el nen a l'aula m'he de cuidar que aquest infant tingui resolts els seus problemes; ni tampoc l'assistent social pot passar sense que vingui algú que li suggereixi el que s'ha de fer amb aquest menor. Cal una certa tolerància per pensar que hi ha algú més especialitzat que en pot saber més que tu".

Vol dir que s'ha de creure en la funció de cada servei. Ningú té la veritat absoluta, sinó que cada servei és una petita parcel·la d'un puzzle i en un moment donat algú pot qüestionar una determinada intervenció; no es tracta tant d'un qüestionament sinó de les preguntes que s'interessen pel com, pel perquè i pel quan d'una determinada intervenció.

La tasca que es fa a serveis socials, ha de comptar amb un alt grau de responsabilitat i d'autoanàlisi, perquè cal acceptar les

devolucions que es facin, tot i que com a persona tot treballador social té sentiments i és susceptible de sentir-se frustrat quan es diu que una acció determinada no està prou bé; tothom ha d'aprendre de tothom.

Un paper certament difícil és el de la UBASP que, es vulgui o no, acaba sent el referent en qualsevol procés d'intervenció per tal d'objectivar la situació.

Sobretot en els casos d'alt risc, els professionals de les UBASP es troben al mig perquè, d'una banda, hi ha la família i, de l'altra, la normativa i els equips especialitzats. En els casos d'alt risc, les situacions entren en les mesures que els serveis especialitzats dicten i aquests són els directament implicats per a què la mesura es compleixi. La UBASP acaba sent un esglaó més de la intervenció; però el menor està en la mesura presa per l'equip especialitzat i la UBASP hi entraria per treballar juntament amb l'equip especialitzat tot aclarint quin hauria de ser el paper de cadascú. En aquests casos la funció de la UBASP acaba sent subordinada.

Precisament les UBASP estan definides per uns professionals etiquetats de socials; la seva funció és la de valorar el risc o la necessitat social, no des de la pedagogia. I els serveis especialitzats (justícia, EAIA...), que només intervenen quan se'ls requereix, són l'objecte de les mirades de tothom en espera de resposta i, en realitat, no hi ha competències; el màxim que poden és trobar col.laboracions. Acaba sent una intervenció més del que pugui estar fent la base i, una vegada acabat el seu paper, la base continua la seva tasca.

I les UBASP han derivat perquè diuen: "senyors, jo arribo fins aquí", i la intervenció de l'especialitzada és nova tenint compte el que ja s'havia fet. Els nivells d'intervenció es realitzen a partir de les competències que té cada servei.

"Quan el cas s'ha derivat, es tracta d'una situació nova que no vol dir partir de zero, sinó que hi ha tota una actuació darrera. El que no pot ser és que, davant d'una decisió dels serveis especialitzats, la UBASP digui que ja ha tancat la porta. El retorn no vol dir "volver a hacer más de lo mismo".

La qüestió és ajuntar forces per a fer el que calgui; no es poden buscar excuses de què no es pot assumir. Aleshores, a què s'està jugant? Què s'està dissenyant? Es pot generar una cadena que fa que cada vegada que intervé un professional és com si es partís de zero. Es treballa amb una xarxa de relació tenint compte del que s'ha fet des d'un servei i del que està fent l'altre servei; no pot ser que tothom faci la seva valoració. Cal fer pinya sense disputes entre els professionals i menys encara amenaçant amb la derivació a un determinat servei com si es tractés d'un càstig; això dificulta qualsevol apropament a una determinada família obligant

a fer uns considerables esforços per tan sols iniciar una relació en un procés d'intervenció.

La condició per a fer una derivació bona i adequada és tenir compte que no hi ha cap fórmula màgica per a treballar el desenvolupament del menor; de fet, aquest constitueix la preocupació col·lectiva de tots. Des del moment que es presenta una nova problemàtica, cal derivar a un altre tipus de servei. Per exemple, la prematuritat d'un nadó no demana necessàriament una intervenció del servei d'estimulació precoç; però en un context de recursos escassos o de què la mare hagi d'anar a treballar immediatament, pot ser que aquesta primarietat esdevingui en un context de risc i generi la conveniència, no solament de l'estimulació precoç, sinó potser també de l'ajuda domiciliària. Cal que aquest nadó tingui una alimentació correcte, que mengi a les hores que corresponen i que la mare sàpiga organitzar-se per a dur-ho a terme, altrament hi ha un risc de creixement defectuós pel que es refereix a aquest aspecte de l'alimentació.

És a partir d'aquí que la situació deriva vers una prevenció del risc del menor perquè, com més precoçment s'assumeixi el risc, més probabilitats d'èxit té.

"Tot el camp de l'atenció materno-infantil dóna àmplies possibilitats d'intervenció precoç: és el cas de la mare adolescent, de la mare alcohòlica, de la mare deficient... amb tot el perfil de carències que es puguin donar".

La casuística és plural; el que vol dir que es pot mirar des de tantes òptiques professionals com calgui i no se'n pot excloure cap ni una. Com més multis, més tècniques d'intervenció i més riquesa perquè hi ha més alternatives i, si un vessant professional no cal que intervingui, doncs no ho fa. S'hauria de treballar de manera que tothom posi la part que li toca assumint les responsabilitats que pertoca; però sense excloure'n cap altra. El risc és d'especialitzar o generalitzar massa i aleshores s'acaba treballant massa per parcel·les.

No és tant un tema d'influència directa que es pugui donar en un determinat moment, sinó de saber traspasar tota la informació a qui la demana en un moment concret. I una qüestió no menor és la manca d'espais que facilitin aquest traspàs d'informació d'uns serveis als altres. Tothom ha de ser present a les coordinacions? S'ha de dipositar aquesta informació en un lloc determinat? Quan les trobades es preveuen, l'experiència demostra que es fa una bona coordinació. El que passa és que regularment tothom s'assabenta de les coses només quan hi ha una urgència.

Un determinat risc no és avaluable matemàticament. Una cosa és quan s'està parlant d'una família el risc de la qual prové de toxicomanies, de disminucions psíquiques que incapaciten per

assumir un paper educatiu de persona adulta, de presència d'altres persones grans o deteriorades a la llar, etc.; és a dir, del risc avaluable i valorable nascut d'una família que no pot oferir un benestar al menor, i una altra és el risc d'aquella situació en la que hi ha un problema d'alcoholisme degut a una situació laboral degradada en el que pots arribar a pensar que, superada la situació laboral, aquella persona no necessitarà l'alcohol. Caldrà distingir-ho sempre perquè el pronòstic és radicalment diferent en el primer o en el segon cas.

Hi ha casos que fan pensar en la conveniència d'una llei que protegeixi el menor, mentre que en d'altres poden ser atesos per l'assistència primària. Són opcions que demanen que els professionals es posin d'acord en si han d'assumir una determinada situació des de les UBASP o s'han de derivar a un servei més especialitzat. Caldrà saber situar els elements del diagnòstic de tal manera que permetin pensar si es tracta d'una família recuperable o no per a veure què és el que convé.

3.3.2 Els problemes que planteja la derivació

3.3.2.1 La imposició de l'usuari

L'usuari no és buscat pels serveis especialitzats sinó que ve imposat i hom no se'n pot desfer.

"El risc que comporta aquesta situació, a l'hora de la intervenció la valoro en solitari i, com que això em produeix angoixa, dono la conya als altres professionals (serveis socials, EAP, escola...) que l'han tingut des del principi. L'únic que faig és dirigir la meva angoixa que comporta el treball vers els altres".

És el temor de pensar que les coses poden acabar malament i tots els serveis que hi han intervingut, estan expressant una angoixa semblant; tothom acaba pensant que és algú altre qui se n'hauria de fer càrrec. Tothom té la impressió que tot segueix igual i que no es produeixen canvis ostensibles. Aquesta angoixa és una constant: amb qui treballar?, què treballar?, qui hauria de fer-ho?

L'angoixa del professional s'ha canalitzat a través de la derivació i aparentment el cas tractat ha tornat a la normalitat, però en realitat el risc del menor no ha desaparegut; tot continua igual. És el problema que ha nascut amb la imposició de l'usuari.

3.3.2.2 La manca d'execució

La UBASP fa la seva feina de valoració i porta a terme les seves intervencions. Quan es veu que hi ha implicada infància en risc, es parla amb l'EAIA i es veu, després de valorar-ho, que cal fer encara alguna cosa al medi i que, per a poder treballar la problemàtica, cal que el menor surti de la família. S'elaboren les

estratègies d'intervenció i la proposta la fa l'EAIA després de valorar-la.

Però la realitat moltes vegades no té res a veure amb aquest esquema: la valoració que ha fet la base amb la seva intervenció i l'avaluació que ha fet l'EAIA que desemboca en un informe-proposta entorn les diferents mesures que contempla la llei, pot tardar extraordinàriament a trobar una resposta. En realitat es provoca que es dupliquin les feines i que els processos es retardin fora mida. Tot és massa lent.

"L'EAIA agafa l'informe i ho fa arribar a la Generalitat. Aquesta s'ho ha de tornar a mirar i dirà si hi està o no d'acord. Això no acaba de sortir mai! Per què dues persones d'una mateixa institució han de fer la mateixa feina?".

Això s'esdevé quan tothom hi està d'acord, perquè quan hi ha un desacord, s'ha de tornar a començar tot el procés. Ja es poden fer coordinacions efectives per un cas determinat; però hi ha una ostensible amplitud de temps per a donar una resposta i, per una d'aquelles raons burocràtiques, fins que no hi ha una resposta escrita, no s'executa. I aleshores, "Coordines, decideixes, valors; però no executes".

En definitiva, es fa difícil saber quina part del problema toca directament a un servei determinat; sempre es pensa que ja ho farà l'altre i es pot donar el perill que no ho faci ningú. Tothom es veu en cor de treballar amb la família i, a vegades, l'únic que manca és decidir i saber exactament què s'hi ha d'anar a treballar. Mentre el cas està "congelat", es va deteriorant perquè es descarrega fàcilment la responsabilitat a l'altre servei. Com que passen tants mesos i ningú sap què ha passat, es produeix un buit i aquella problemàtica de risc acaba esdevenint "terra de ningú". Des que s'envia l'informe fins que hi ha una primera entrevista passa un temps molt llarg.

La conseqüència és que la família es troba desconcertada des del moment que el risc hi era des que va néixer l'infant. Aleshores, caldria preguntar-se si el motiu d'una derivació és com a conseqüència de la situació de risc del menor, o conseqüència de la intervenció que s'ha fet fins aquell moment, o s'ha posat per damunt de tot la necessitat del professional sense tenir res a veure amb la necessitat de la família. El problema és extraordinàriament important degut a la manca d'execució immediata.

3.3.2.3 La manca de coordinació entre serveis

Si les intervencions i les derivacions no estan prou coordinades, es pot donar un solapament entre els serveis. Quan un servei deixa d'intervenir, hauria de deixar molt clar els motius d'una derivació, d'una devolució i, en el cas d'un tancament del cas, en

funció de què es fa. Ha de quedar molt clar, a més, qui té la competència d'aquest menor, que aquest tingui un adult de referència i quina resposta pot donar la llei en un moment determinat. El problema més greu que impedeix qualsevol derivació és la comunicació entre els serveis.

Quan es deriva és perquè se suposa que el treball que s'ha fet ja no pot anar més enllà. Si es tracta d'una devolució, sempre és una derivació mal rebuda des del moment que s'espera que l'altra instància farà una cosa diferent. Per altra banda, si es retorna, s'esperen indicacions molt concretes de si s'ha de continuar treballant en aspectes socials als quals la UBASP no s'hi pot negar perquè és el seu camp. Però, si el retorn d'aquella família és perquè necessita un suport psicològic o un tractament de psicomania, la UBASP només farà de pont per a què la família vagi a un altre servei especialitzat. El que passa és que el retorn es realitza sense una indicació clara, el que vol dir que aquella situació no ha estat assumida plenament.

Les expectatives que es creen quan es deriva un cas, a vegades no es corresponen amb la realitat; al cap i a la fi tothom acaba veient el mateix en molts aspectes. D'una banda, l'EAIA disposa de personal per a fer un tractament; però no té l'encàrrec de fer-lo i en els documents no hi consta. Intervé amb persones d'edat compresa fins els 18 anys; com que es tracta d'un servei d'Infància, no farà mai una intervenció en la família. Envia a fer un tractament allà on sigui, tot seguint portant el fil conductor del cas i tot fent-ne un seguiment. D'altra banda, hi ha una dialèctica entre les UBASP i els serveis especialitzats: s'ha de fer un tractament? Es dona per suposat que això ho fa la base perquè en el cas d'un internament, el tractament amb la família per a modificar conductes es diu que ho ha de fer la base.

La contradicció es troba, sovint, entre el que es valora des de la base o des del servei especialitzat. Aquest és un tema espinós que genera greus dificultats a tota voluntat de coordinació perquè hi ha una dificultat real de classificar, objectivar i catalogar.

Tots els serveis actuen més en el camp de la valoració i diagnòstic que en el del tractament i costa trobar des del propi camp concret de treball qui podrà assumir els aspectes de tractament. Les UBASP no tenen psicòlegs que facin teràpia familiar, l'EAP es veu obligat a derivar-lo a un altre lloc, l'EAIA diu que, malgrat estigui sobre el paper, no el poden fer un tractament... On s'ha d'anar a fer un tractament?

3.4 Una excessiva intervenció d'instàncies?

No és excepcional que la intervenció de moltes i diverses instàncies produeixi un descontentament generalitzat. Sempre es pensa que les coses podien haver anat millor de com han anat. Ha

estat oportuna la derivació efectivament realitzada? Com encarar el futur després de tanta intervenció multidisciplinar?

"Més que un problema de manca de recursos que en algunes situacions es dona, una saturació de serveis intervinents planteja potser la conveniència d'una reorientació dels serveis que intervenen".

El que posa de manifest una situació d'aquesta mena és que la coordinació s'ha de fer molt ben feta i que els serveis que hi prenguin part s'hi impliquin efectivament. Tant la coordinació com la implicació són indispensables, altrament aquell descontentament en serà només una conseqüència.

3.4.1 La discordança entre demanda i necessitat

Un error gravíssim que es pot cometre és que, al cap i a la fi, es vagi seguint el joc familiar. Seria, per exemple, el cas d'intentar respondre i anar seguint l'exposició d'una persona de la família, en el context d'un pare absent i d'una mare molt deteriorada, sense interpel·lar-se sobre l'atenció necessària als altres membres de la família. Aquí s'ha oblidat el tenir una complicitat amb el projecte d'aquella família a través de la comunicació i del diàleg. Sense aquest joc de complicitat entre professional i usuari, tampoc no hi ha implicació i la persona afectada és incapaç de sentir-se ajudada. Aquesta situació fa que es pugui anar donant voltes sobre el món de la marginació sense donar la possibilitat a la persona de sortir-se'n.

3.4.2 La impossible avaluació

Hi ha el perill que ni els resultats de les altes i baixes de menors que es troben sota tutela administrativa i que es produeixen constantment es puguin mesurar: per què amb això s'ha obtingut un resultat?, per què amb això no hi ha cap canvi? El resultat hi ha de ser, però no se sap per què s'ha obtingut això quan hem fet tal cosa o, per què s'ha obtingut allò amb aquella altra intervenció. En definitiva, no es pot avaluar. És el que dèiem abans que no se sap on veritablement la intervenció ha donat uns resultats. Els professionals han de tenir una capacitat d'elaborar propostes i no enterrar-se amb la tasca quotidiana que estan fent.

L'avaluació ha de permetre dir què caldria per a una bona intervenció amb la família i els seus fills en risc. Fer prospectiva orientativa, en funció de l'avaluació realitzada, sobre el model ideal d'intervenció en un moment donat: quines mancances (recursos, formes de treballar) hi ha en els temes socials arrel d'haver avaluat i analitzat les famílies amb les que s'està treballant?. Els professionals no poden perdre la dimensió de denúncia de la qual en parlarem més endavant.

4. Les dificultats externes

No tots els problemes i dificultats que presenta la intervenció social tenen el seu origen en els mateixos professionals o en els serveis que representen. Moltes vegades, l'arrel del problema ve de l'exterior: de la limitació de recursos, de la incompetència o irresponsabilitat d'alts càrrecs de l'administració, de la insensibilitat del polític de torn, de la rigidesa d'uns procediments burocràtics anacrònics a una realitat dinàmica, d'un sistema judicial lent i ineficient, d'una delimitació legal de competències ambigua...

Significa això que els professionals són les víctimes innocents d'una situació "adversa" que els hi ha estat imposada, la qual cosa els "exculparia" de qualsevol responsabilitat sobre les possibles conseqüències negatives que es puguin derivar d'una intervenció social, convertint-se així en mers executors d'unes funcions predeterminades? Evidentment, no és així, donada la capacitat activa i creativa del professional social per modificar determinades situacions. La tendència -per part d'aquests professionals- a atribuir a "causes externes" la manca puntual de resultats, respon aleshores a una "cultura de la queixa" que tendeix a culpabilitzar "els de dalt" de tots els mals presents, passats i futurs? La resposta és altra vegada negativa. De fet, la totalitat de professionals que han participat en l'estudi, han construït en tot moment una autocrítica de les seves maneres de treballar i del seu compromís personal amb els objectius de la intervenció, prenent consciència de la seva posició i de les seves capacitats per modificar determinades situacions socials. No obstant això, l'existència d'uns condicionaments externs que restringeixen i limiten la intervenció social, ha estat posada sobre la taula en tot moment.

4.1 Els recursos

La problemàtica dels recursos no incideix ja en el moment de la valoració i el diagnòstic, sinó en el moment del tractament. La manca del recurs adient en un moment determinat desemboca en l'aplicació d'un recurs inadequat ("de lo peor, lo menos malo") que acaba convertint-se sovint en un maltractament institucional o, en el millor dels casos, en el manteniment de la situació de risc, ja que no s'ha protegit correctament l'infant, que era a qui calia protegir. El professional es veu, davant la impossibilitat d'intervenir, lligat de mans i peus.

"Aleshores s'empra repetidament aquell discurs que la creativitat i la imaginació en treball social ho ha de suplir tot. Però hi ha habitatges socials o no n'hi ha? Ja m'explicareu on són els habitatges socials".

Aquesta manca de recursos acaba provocant situacions dantesques; els professionals, davant l'angoixa que els hi produeix el fet de

no poder realitzar una intervenció adequada, treballen en la seva parcel·leta, deriven sistemàticament, es cremen i marxen, deixant el cas a mig treballar. Aquesta situació és especialment greu en el treball dedicat a salut mental: de psiquiatria clínica, per exemple, tan sols hi ha l'antena de la Diputació, absolutament insuficient, i el Centre d'Atenció de Psiquiatria Infantil (depenent de Sanitat) per a tota la província de Girona. Perquè no existeixen recursos? A vegades, el problema és que se'n creen en funció del moment polític; altres vegades, és perquè el recurs només es crea quan hi ha una necessitat tan urgent que ja no es pot negar més. La qüestió seria esbrinar si aquesta escassetat respon a una lògica de reducció de la despesa pública en el camp social:

"El problema és quines prioritats es donen a aquests diners i, qui no plora no mama, això està claríssim, i si hom pot argumentar, basar, insistir en unes necessitats, acaba aconseguint-los. Si nosaltres pensem que és més urgent resoldre la situació d'un menor en risc que un altre problema, ens pertoca a nosaltres reclamar per aquest cantó. Es tracta de veure on posem aquestes prioritats i com les forcem. El que no es pot fer és tancar un servei perquè costava molt car, ja que el cost social també és molt car: si no dones cobertura a un menor amb un servei d'esplai o una aula-taller o el que sigui, has de dir: "vostès tenen tanta mainada d'aquestes edats que estan al carrer, que també és un cost social important". Llavors, què? augmentaran Justícia, perquè són menors que estan delinquent? I són peles que s'estan evitant d'un altre Departament".

No sembla, però, que hi hagi una preocupació considerable de què la quantitat d'aquests recursos es vegi reduïda. Més aviat, es diu, l'arrel del problema està en la mala distribució dels recursos existents. En aquest sentit, cal, abans d'incrementar els recursos, veure amb quins es compta i com es poden reorganitzar i rendabilitzar. Per exemple, en el cas dels "vales":

"La gent que vam començar a treballar a Serveis Socials la primera època dels ajuntaments democràtics, quan hi havia la gran partida del Negociat de Beneficiència, amb els diners dels vales, els primers anys, en vam gaudir. L'únic que vas fer era plantejar-te quina feina volies fer, quins objectius volies cobrir i, amb aquells diners, investigar donant-els-hi els vales. Segur que encara, els diners dels ajuntaments, dels Consells Comarcals, per partides baixes que siguin, els podem reconvertir, perquè de vales encara se'n donen: Creu Roja dona vales, Càrites dona vales".

Un àmbit en el que s'observa clarament la manca de recursos, en canvi, és en el tractament a la família. L'EAIA, que depèn de la Direcció General d'Atenció a la Infància, centra el seu tractament

en l'infant; els recursos de què disposa no donen l'abast per al tractament de tota la unitat familiar,

"Ja que les famílies que tenim són molt pobres i presenten molts problemes. A vegades tens la sensació que només fas que posar pedaços. Estàs pal·liant d'alguna manera el risc, però allà on s'hauria d'incidir, no s'està incidint. No hi ha un servei que treballi la família. Fins al punt de què el menor és la víctima. I el que passa és que estem maltractant encara més".

La família queda així sota responsabilitat de la UBASP, però aquí tampoc hi ha mitjans per fer un tractament familiar que abordi la globalitat de la situació i la multiplicitat de problemes als quals s'enfronta la família:

"Hi ha uns serveis socials de base que sempre carrega amb tot i disposa d'un ventall de serveis per tractar els casos que tenen. I en què es troben? Que totes les famílies tenen uns ítems, i que comencen a derivar a SERGI, a Infància, a qui sigui, però s'estan adonant de què no només necessitaria aquella atenció puntual, sinó un servei de benestar en general.

Perquè els professionals estem posant pedaços, quan veiem moltes més coses, però estem intervenint i fent valoracions limitats per una sèrie de circumstàncies".

A quin servei pertocaria, aleshores, dur a terme aquest tractament familiar que pugui aportar una millora de la situació del menor?. Aparentment, seria únicament un problema competencial i de coordinació entre diferents serveis; a la pràctica, però, el problema real és un altre: la manca del recurs terapèutic per a treballar la unitat familiar. En aquest sentit, s'ha plantejat la possibilitat de què es creés, des de la Conselleria de Benestar Social, un servei que treballi específicament la família:

"No existeix un recurs de Benestar Social que digui: "les famílies tenen problemes, i no únicament el nen que viu amb aquestes famílies". Per què? Perquè la política de Benestar Social és de protegir el menor, però no hi ha la política de protegir les famílies perquè canviïn i puguin assolir el benestar i resoldre realment la seva problemàtica.

Si hi hagués un servei de Benestar Social que tractés la família, s'estaria fent prevenció, perquè deixarien d'existir els ítems de risc d'aquell menor que està en risc".

No obstant això, una altra possibilitat apunta, no ja a crear nous recursos, sinó a replantejar els ja existents, consolidant que aquest tractament familiar es pogués fer des dels serveis socials de base:

"Si un assistent social tingués un recurs de prevenció i tractament de tota la família i, realment, d'actuacions directes, s'estalviarien molts recursos i no anirien tan col.lapsats com van. Els recursos que hi ha són molt específics, i justament aquesta especificitat impedeix de tractar el camp d'actuació globalment; potser caldria una intervenció global en comptes d'aquesta tan específica per, realment, fer tasca de prevenció. I actuar d'una manera adequada amb les famílies".

La problemàtica de manca de recursos adequats giraria, doncs, entorn a dos eixos: (a) la reorganització i redistribució dels recursos actuals; (b) la necessitat de creació, si s'escau, de nous serveis. En qualsevol cas, el que no es pot demanar al treballador social, és que solucioni tota la complexitat que envolta una problemàtica social sense tenir els recursos adients en cada cas.

4.2 Les institucions

Els problemes de coordinació que s'han tractat abans responen, principalment, a un flux de comunicació horitzontal entre diferents cossos tècnics. Partint de la tradicional distinció entre cossos tècnics i cossos polítics, caldria afegir ara dos nous fluxos de comunicació. D'una banda, un flux horitzontal que es produeix entre els cossos polítics o, el que és el mateix, la coordinació entre les institucions -i entre les persones que les representen-, de les quals depenen els serveis implicats. De l'altra, un flux vertical que es dona en les comunicacions "de dalt a baix" i "de baix a dalt", això és, la interacció entre serveis i institucions, entre tècnics i polítics.

Respecte al primer flux, la coordinació entre institucions, cal dir que és el que moltes vegades provoca entrebancs en la intervenció. No és un problema generalitzat, sinó que es dona en punts molt localitzats. Un dels més "cantats", i que més freqüentment ha anat sortint al llarg de les sessions realitzades, és el dels solapaments i de les indeterminacions competencials entre els ajuntaments i la Conselleria de Benestar Social que provoca, en alguns casos, la duplicació de tasques i, en altres, l'existència de "buits" que fan que la intervenció quedi "congelada" en un moment determinat:

"I només cal llegir el diari. Clar, llavors aquí manem tots, i sort que n'hi ha de què som capaços els que treballem de dir: "va, posem-nos d'acord una miqueta", i és conseqüència d'aquesta manca d'entesa entre ajuntaments i Conselleria de Benestar Social. Tenim ganes d'entendre'ns, però és que l'EAIÀ fa nosa a la primària, la trobes al mig, i quan la primària diu "jo ja no puc més" i ho passes a l'EAIÀ, l'EAIÀ en molts moments torna a fer de primària."

La principal problemàtica sembla ésser la comentada en l'apartat anterior: els EAIA depenen de la Direcció General d'Atenció a la Infància i aquesta, com a tal, s'ocupa exclusivament del menor, sense tenir recursos per tractar el medi familiar (cosa, d'altra banda, difícil d'entendre ja que, com s'ha dit anteriorment, el propi context de l'infant és el que acaba definint el risc). Per exemple, en determinats casos, l'EAIA, enlloc d'internar el menor en un centre, podria fer un tractament en el medi,

"Els nens es queden amb els pares i Infància els dóna una ajuda perquè puguin anar a una pensió. Li surt més barat a la institució i no separen els fills dels pares. Però és que això seria qüestió de Benestar Social i no d'Infància, i el problema està aquí. I és que en el Departament de Benestar Social només existeix Infància com estructura muntada, i és on van a petar tots els casos. Però Infància pot fer una tutela en el medi -és una de les cinc mesures- i té l'obligació de donar una ajuda a aquells pares o a la gent que tingui la guarda d'aquells infants, igual que si estessin en un centre".

Altres vegades, els problemes provenen, no ja de les institucions en si mateixes, sinó de les persones que les representen, la descoordinació entre les quals provoca la total desorientació dels professionals dels serveis:

"Ens trobem amb que no només donem resposta o demanem a les famílies, sinó que a més demanem als polítics. Així com les famílies arriben de molts àmbits, els caps que tenim són de molts àmbits; que el senyor de Benestar Social mai s'ha pogut entendre amb el senyor de Justícia, que mai s'ha pogut entendre amb el senyor d'Ensenyament, i que mai s'ha pogut entendre amb el senyor de Sanitat..., llavors resulta que ells, que són quatre, no s'entenen, i pretenen, ens demanen i ens obliguen a que els cinquanta-dos mil que som a baix ens entenguem".

El que s'està posant sobre la taula, en realitat, és el grau de coneixement de la problemàtica social i el grau d'implicació per part del polític. Per una banda, qui està en contacte amb aquesta problemàtica, qui té la capacitat per resoldre-la i qui ha d'informar-ne al polític és el tècnic, però, per l'altra, és al polític a qui li correspon responsabilitzar-se de la globalitat d'aquesta intervenció i dels objectius globals de la mateixa davant la resta d'institucions i davant de la societat. Malgrat això, sembla que el polític no sap distingir entre la part de responsabilitat que li pertoca a ell i la part que li pertoca al tècnic. D'alguna manera, el professional se sent sovint abandonat a la seva sort, aclaparat per uns problemes la solució dels quals no està al seu abast:

"Que es guanyin les garrofes! Són representants d'un poble, i si són escollits és perquè els problemes d'aquell poble es resolguin. Clar, si hi ha tota una colla de professionals, la tecnocràcia agafa papers d'altres i és molt fàcil i molt còmode ser polític!. Hi ha vegades que vas a plens municipals i dius: "però sembla que en aquest poble no hi hagi res a discutir!". Si traspasséssim tots els temes socials, potser sí que tindrien temes a discutir! Jo em resisteixo a admetre que la responsabilitat (almenys la que pertoca a nivell de comarques o ajuntaments) dels temes de risc social, hagin de quedar només en mans d'una colla de professionals. M'han contractat perquè doni eines per vostès, com a polítics, saber-ho fer bé al seu municipi. Per què m'he d'anar a barallar jo amb el cap de serveis de no sé on? Que s'hi baralli a qui li toca".

Quines conseqüències té això en el professional i en els serveis? És evident que si el flux de comunicació horitzontal entre institucions és fallit, això produirà distorsions en el flux de comunicació vertical entre institucions i serveis i, per tant, conseqüències negatives en els resultats de la intervenció.

El professional, en el sentit que es troba al mig entre la família i les institucions de les quals depèn, és el primer a rebre la bufetada; l'infant i el seu entorn immediat, la família, objecte de la intervenció, en són els perjudicats en última instància, perquè l'energia que el professional havia de dedicar al cas concret, l'ha gastada en l'àmbit administratiu:

"Ens afecta moltíssim el fet de que tots depenguem d'ens diferents. I això afecta des del moment en què, per exemple, aniria molt bé que ens poguéssim asseure UBASP, EAIA i no sé qui més en una taula i dibuixar un pla de treball. I resulta que a la UBASP en concret, el seu cap no la deixa traslladar-se, i som dos de Girona i un de la Jonquera, i resulta que els dos de Girona perdem tot el matí perquè ens en anem a la Jonquera perquè el seu cap no la deixa traslladar. Això afecta directament el cas, perquè aquella reunió que hauríem fet el dimarts s'esperarà al dimarts de l'altra setmana que és quan tots tenim tres hores".

Aquesta pluridependència d'institucions és especialment dramàtica en el cas dels professionals d'EAIA que depenen laboralment del Consell Comarcal i tècnicament de la Secció Territorial.

"I s'arriben a crear unes confusions bestials. Aquests em diuen que a les nou vagi a una reunió, i els altres em diuen que cada dia haig de ser aquí a les vuit a fitxar. Al final ja no saps si ets de l'ajuntament, del Consell, de la Generalitat, faig de cavall... Ajuden a crear la

sensació d'omnipotència a l'hora que ajuden a què com a professional perdis el nord: A qui haig de donar comptes? A qui haig de demanar? A qui m'haig de queixar? Primer haig d'asseure'm i dir "això és laboral o és tècnic; l'hi haig de dir a la Secció Territorial o al Consell?", perquè això és una altra història, quan entre els teus caps tampoc s'entenen".

4.3 La burocràcia

La burocràcia és, abans de tot, un conjunt de normes estandaritzades que garanteix l'eficàcia i la no arbitrarietat dels poders públics envers els ciutadans. Però molt freqüentment la burocràcia es converteix també en una institució inaccessible dotada de la seva pròpia autonomia, amb una rigidesa i uniformitat que dificulten la flexibilitat i l'heterogeneïtat que serien desitjables en el camp del treball social.

4.3.1 La burocràcia com a condicionant

És aquí quan la burocràcia es converteix també en un agent extern que restringeix i limita la intervenció fins al punt que a vegades és més important la burocràcia que no pas el cas en si.

"No donem l'abast, li traspasses un cas amb tota la informació de base, valorada, amb tota la tasca feta, i dius: "no puc intervenir, sou tècnics, sapiguen que aquest equip està col.lapsat i no intervé en aquest cas". La resposta que rebem és: "tenim tota la informació, obrim diligències prèvies, però sapiguen que fins que vosaltres no feu l'informe-proposta nosaltres no intervindrem". Quina resposta és aquesta? A mi em deixa com dient: "bueno, espavila't com puguis i de la manera que puguis, que aquí la mama -que és la Generalitat- a l'hora d'exigir-te una proposta te l'exigeix, però a l'hora de donar-te una resposta perquè no dones l'abast no sap què dir-te, que ho has de fer com puguis". Saben el cas, coneixen el que s'està fent, o sigui, estan informats; ara, no està escrit, i ho necessiten per escrit. Treballes amb un menor que necessita una resposta, i tens feina i saps que ho saben, però que si no tenen aquell paper allà al damunt a primera hora del matí, allò no ho duran a terme. Són contradiccions que es troben diàriament a nivell de feina".

Però això no significa, tampoc, que el paper de la burocràcia sigui tan sols obstructor. Evidentment, una de les seves principals funcions és la de salvaguardar els drets de les persones i el de deixar constància de qualsevol tipus d'actuació.

"Sempre van amb aquesta exigència del paper perquè, si la família no hi està d'acord, pot demandar, en aquest cas a la DGAI, per haver dictat unes mesures. Llavors, o tot això està escrit en papers, o la DGAI no té elements per defensar-se

davant del jutjat. Clar, perquè segons quina determinació o mesura es prengui, hi ha vegades que estàs atemptant el dret d'aquella persona a la guarda i custòdia. I clar, la persona es defensa, i cada vegada més".

Altres vegades, no són més que purs tràmits per mantenir l'economia del servei. Així, per exemple, els menors que han de rebre assistència del Servei d'Atenció Precoç necessiten el reconeixement de disminució física, psíquica, o social (transitòria) -o, en menors de tres anys, un vist-i-plau conforme podrà anar al SAP- per tal que el servei tingui garantit el seu finançament.

I altres, és la lentitud dels tràmits judicials que, davant casos en els quals és necessària una intervenció decidida i urgent, retarden els casos indefinidament, deixant que el risc es mantingui o fins i tot es cronifiqui.

"Si el jutge arriba a saber les discrepàncies entre la parella, la via que toca és no moure ni un dit perquè vagi més de pressa, passant per alt les altres circumstàncies".

Com reacciona el professional davant aquestes situacions? L'única sortida que té, si vol que el cas vagi endavant, és saltar-se tots aquests tràmits, "i lo altre, que no és important, que és transcriure, ja ho farem".

4.3.2 La indefinició de funcions

Un punt especialment conflictiu no fa referència ja als tràmits que cal acomplir per formalitzar qualsevol procediment, sinó que es centra en la indefinició de les funcions que cada servei ha de cobrir, provocada per un marc legal excessivament ambigu que deixa lloc a una interpretació massa flexible. Particularment, on això es fa patent és en el paper de l'EAIÀ.

L'origen del problema sembla estar en la primera època de la Generalitat, durant la qual es va seguir el model italià de serveis socials, en el qual hi ha una clara xarxa de serveis socials d'atenció primària i, després, els especialitzats. Aleshores es cometé l'error legislatiu, es diu, de què el servei d'atenció primària el definiren de competència municipal, i l'especialitzat, de competència de la Generalitat. La conseqüència de tot això ha estat la interferència entre serveis i la creació de xarxes paral·leles.

"Si l'EAIÀ tingués ben definit que el seu nivell és secundari, no es trobaria mai treballant tan interrelacionat ni fent entrevistes alhora sobre la mateixa família, perquè quan la primària fes la seva feina, o comencés a pensar que hi ha un risc de sospita molt més profund, ja el passaria a l'especialitzat, però

com que això no està gens definit, queda tan confós que no veus clara la separació entre el què és la primària i el què és l'especialitzat d'atenció a la infància, perquè primària també ha de fer atenció a la infància".

Aquesta indefinició de funcions, de fet, sorgeix d'una paradoxa de la mateixa llei. Una llei que

"Ens està marcant contínuament bona part de la nostra feina. I això ho sabem tots".

EAIA té encomanada la tasca de valoració, diagnòstic i orientació del cas, però no la d'intervenció amb la família; la UBASP no està dotada ni preparada per fer aquesta intervenció, perquè no hi ha els professionals adequats: psicòlegs, pedagogs, ... Amb tot, arriba un moment en el que ningú sap quins són els límits precisos del seu àmbit d'intervenció ni sap què cal esperar de l'altre servei:

"Quan es passa a l'especialitzat, la base té unes expectatives creades i pensa que s'aconseguiran una sèrie de coses, i l'especialitzat potser no està preparat, o no li toca, o no ho té ben estructurat com per, realment, respondre a les expectatives de la base. [Quan] la primària ja no arriba a més i ho deriva a un equip especialitzat, l'especialitzat diu: "bueno, però què proposeu, vosaltres?"; i la primària diu: "com vols que proposi jo?; això és cosa teva".

Des de primària es deixa entreveure la interpretació de que, mentre que a ella li correspon jugar un paper més educatiu, a l'especialitzada se li encomanaria la tasca d'"amputar":

"Si cal amputar, ha d'amputar, mentre que la primària ha de fer tot el possible per evitar l'amputació. Però quan des de primària es veu clar que no es pot fer res més, l'especialitzat no pot tornar a provar de contenir, sinó que ja ha d'amputar".

Des de l'especialitzada, però, la distinció entre ambdós serveis es veu més com diferents nivells de complexitat del cas; en aquest sentit, a l'EAIA li correspon també una tasca d'ajuda, de formació i d'educació:

"El que passa és que la primària, amb els recursos de la família, tal com estan allà, no pot avançar més. L'especialitzada és un altre nivell; disposa de recursos alternatius i d'altres tipus d'intervencions".

En cap moment, en definitiva, no queda clar perquè EAIA decideix tancar un cas en un moment determinat, enlloc de retornar-lo a serveis socials de base.

Fins aquí s'ha plantejat a quin nivell han d'actuar els serveis especialitzats. D'altra banda, però, caldria preguntar-se fins a quin punt els professionals que treballen en els serveis especialitzats són realment "especialitzats".

"La Generalitat inventa serveis, però llavors no dibuixa bé el perfil dels professionals i els requisits per accedir a aquests serveis. Llavors, l'únic que es fa és contractar personal, sense dedicar gens de temps a especialitzar-lo i a dotar-lo de les eines necessàries perquè puguin jugar aquest paper. Llavors et trobes amb la casuística que, gent que està a serveis especialitzats, la pràctica i els fets demostren que moltes vegades són molt menys especialitzats que la gent que està fent atenció de primera línia. Llavors, aquí es barreja tot l'element de relació personal. Els professionals acaben carreres i accedeixen a aquest lloc, i s'han d'inventar entre ells, com poden, l'especialització".

Altres vegades, la causa d'una indefinició de funcions no és ja l'ambigüitat en la delimitació de les funcions, sinó la de les diferents interpretacions que se'n deriven d'una mateixa funció. Veiem, per exemple, el cas de la prevenció:

"En les definicions dels EAPs, quan van aparèixer fa deu anys, una de les tasques que havíem de treballar és la de fer una feina preventiva a l'escola. I això no us imagineu el que ha suposat, perquè la interpretació i el model professional que es derivava d'aquesta interpretació ha estat absolutament múltiple i, encara ara, és motiu de discussions greus. Perquè, què vol dir la prevenció? Per a uns vol dir intervenir en els nens de quatre anys que arribin a l'escola, per altres vol dir fer exploracions col·lectives de les aules per prevenir que no se'n coli cap que ..., eh?, per altres vol dir entrar a dur a terme un treball a l'aula fent que no es generi més problemàtica educativa,... Això ha comportat una quantitat d'EAPs tant diversificada amb uns models d'intervenció tan diferents que encara ara hi ha baralles dins el col·lectiu. I això és un sol col·lectiu que, objectivament, es dedica al mateix."

I qui finalment rep les conseqüències de tota aquesta indefinició de funcions és, com sempre, la família.

"La confusió neix de dir a la família: "escolti, ara jo no li puc dir si li poden donar permisos o no; és un altre servei que se'n ocupa". I la família fa el recorregut i diu als serveis de base: "l'únic que m'ho pot dir és vostè". I et preguntes, què passa aquí? Aquest cas el porta la base o el porta l'especialitzat?. Ens confonem nosaltres i confonem la família".

5. EL MALTRACTAMENT INSTITUCIONAL

Una forma inadequada d'intervenir quan hi ha implicat un menor en risc tot el que aconseguix és incrementar el risc; s'han modificat coses que no es podien tocar o que potser s'havien d'haver fet d'una altra manera.

I el més greu és que el risc s'ha incrementat en les situacions en les que s'hauria d'haver intervingut molt abans quan hi havia una determinada mancança o impossibilitat i, en no haver-lo pal·liat al seu moment, el menor té ara ja no sis anys sinó deu aconsellant sortides que eren per una altra persona i no per aquesta.

I, encara, s'actua en funció d'allò es té a mà, la recepta (un centre de dia, un pre-taller, una ajuda econòmica...) quan no és clar que es necessiti. S'aplica massa allò del qual es disposa.

5.1 Per qui es treballa?

Els serveis socials es reuneixen i decideixen una intervenció entorn d'una situació en la que hi ha implicat un risc de maltractament d'un menor. Sovint no es veu massa el moment en el que la família és la protagonista, el centre de tota aquesta intervenció; aquesta no pot manifestar-se i no s'estableix un feedback entre la família i els serveis socials perquè no hi ha un espai de pronunciament clar d'aquesta; qui de fet es pronuncia és el professional.

"En aquestes situacions d'alt risc social ens hem de preguntar per qui treballlem. Per la família o per nosaltres? Constantment estem dient què ha de fer o no fer la família".

El menor se sent culpabilitzat i responsabilitzat de la situació de la seva pròpia família; acaba essent la víctima i el pitjor que pot passar no és tant que el contradiguin com que l'ignorin. Al cap i a la fi el menor té les seves fidelitats creades a les quals s'agafa perquè és l'únic que té. "Si el meu pare em pega, almenys és clar que me'n fa cas". La intervenció pot empitjorar la situació si no ho té en compte.

"Pot ésser que acabem maltractant encara més".

Si es pren una mesura extrema com el cas d'una tutela, a l'hora de formular la proposta, cal que la família sigui plenament conscient de què la societat -i en nom d'aquesta l'administració- li està dient que no és capaç de tenir la pàtria potestat del seu fill i que aquesta se la reserva l'administració.

"En són conscients els pares? Si és que no, cal preguntar-se, per qui treballem? Per la família o per nosaltres?".

Ningú dubte que el que es fa és el que es considera millor a l'hora de fer una intervenció i de donar l'orientació subseqüent; però en el millor dels casos a la família no se li ha parlat de l'altre servei que convé que intervingui i, en el pitjor, se li ha parlat en forma d'amenaça, o s'han donat unes falses expectatives d'actuació. No se li diu el perquè, ni se la té informada del que s'està valorant. Les decisions acaben essent una discussió entre professionals, mentre la família és a casa independentment del que passi.

En serveis socials es donen situacions dramàtiques envoltades sovint de problemes quasi insolubles amb els que no hi valen unes determinades tècniques. Malgrat tot, la gent necessita atencions encara que sigui com si es tractés d'un malalt terminal.

Adhuc aquells petits valors que tenen les persones -i que per a elles són uns grans valors- s'han de saber reconèixer. Si se'ls hi reconeix, se'ls potencia a treure tot allò de què són capaços apuntant cap a una actitud positiva. Precisament el plantejament s'esquerra quan només es passa llista d'allò que no fan, d'allò que no funciona.

Com es vol reforçar i motivar l'autoestima si no s'entra a un nivell íntim de la persona? Hi ha una excessiva tendència a rebutjar, a generalitzar respecte a d'altres intervencions que es fan a les famílies, sense tenir compte de la dinàmica singular de cadascuna d'elles. Hi ha una excessiva tendència a veure massa el dolent i no pas el que tenen de bo. Això és posar-s'hi en contra. Es tracta que es conscienciïn i assumeixin que ells són els responsables com a pares, sense acusacions.

D'entrada la consciència no hi és i les situacions les expressen amb un cert ressentiment; estirant la corda del seu discurs, no s'arriba enlloc.

"A vegades els pares se senten acusats pels professionals; tot i que no siguin uns bons pares, s'estimen els seus fills encara que potser no ho demostrin; estimar és una cosa i demostrar-ho n'és una altra. De fet, no som ningú per a dir si són bons o dolents. No es pot actuar com a jutge, desqualificant. És més senzill fer de jutge que ajudar".

És necessari que les famílies entenguin que l'interès és el mateix per part dels serveis socials i per part d'elles i que es tracta d'analitzar conjuntament el que està passant i com això repercuteix en el menor. El que de cap manera es pot fer és partir de què aquells pares no volen, sinó positivitzar el potencial gran o petit

que tenen aquells pares que, encara que sigui poc, alguna cosa tenen.

Això vol dir que s'ha d'anar amb molt de tacte perquè es tracta d'una família que ja és atacada: ho ha rodat tot, ha passat per moltes instàncies i s'ha perdut pels diversos canals. Si pel treballador social es fa difícil saber on és, la família s'hi perd. O es clarifiquen les coses de manera que ho puguin entendre i acceptar, o tot es perd en l'impossible i la dificultat. No es pot actuar directament sense intentar el diàleg.

5.2 Els mecanismes de defensa dels professionals

Es tracta que tothom assumeixi les seves responsabilitats: des de la llei als serveis socials, passant per la família. Tothom és responsable dintre d'uns límits i, quan la llei penalitza, s'està irresponsabilitzant a les parts en conflicte. Per a què hi hagi un canvi, han de canviar les dues parts; si els treballadors socials ho veuen, per què no canvien ells mateixos?

"Es molt senzill dir que el pare ha de canviar; però, què es fa com a professionals per a què el pare canviï?"

Sovint, no és tant la dificultat que pot tenir una determinada situació, com la que pot experimentar el professional. Això exigeix i demana molta responsabilitat des del moment que es treballa amb uns esquemes normatius que no són necessàriament els de persones que estan al límit de la norma; això dificulta la comunicació directa perquè l'emissor i el receptor no estan en la mateixa ona. Hi ha el risc de fer un plantejament que no permeti la família dir com es veu i què voldria.

Les mateixes paraules sovint ja són significatives. Del que es tracta és que la gent ho entengui perquè, massa vegades, després d'un gran discurs a una persona que està en el seu problema, ni se n'ha assabentat.

El llenguatge per a la comunicació s'ha de revisar, perquè la gent que es tracta des de serveis socials n'està molt lluny, es troba en una altra òrbita. Un exemple gràfic és en la manera de convocar: es fa per escrit quan es tracta de persones que no llegeixen. Ni que sigui per correu certificat amb acusament de recepció, no té cap significació per un neolector que no donarà importància a una cosa que el professional n'hi dóna molta. Tot acaba essent un problema de llenguatge i de la manera de comunicar-se. Aquesta família no ha vingut? Potser és que ni s'ha sentit convocada.

"Quins mètodes utilitzem per convocar, per ajudar a prendre consciència? Diran: "no he vingut a buscar la carta perquè em pensava que era una multa". Ni trucant per telèfon n'hi ha prou. S'ha de sortir al carrer per a

tenir una comunicació. El que s'ha d'aconseguir és aquesta possibilitat d'entesa i de confiança".

En la pràctica el treballador social és molt cerebral i per tal de no quedar despistat s'ha de defensar de molts problemes. L'expressió d'això seria: "a vostè li passa això, per tant, li toca fer això, allò i el de més enllà. Ja el citaré i anirem veient què". Aleshores es genera una barrera impenetrable entre l'usuari i el professional com a defensa d'aquest, i mentrestant l'altre no troba una manera d'arribar, d'ésser comprès, d'ésser ajudat.

"Els professionals diem que, com que un cas determinat emprenya, es farà complir uns acords "que no se los va a saltar ni un gitano con zapatillas blancas". I aleshores es fa trampa plantejant uns objectius que poden acabar amargant l'existència. Es la manera de cronificar situacions amb la mateixa intervenció".

La cronificació esmentada, que es fa de manera no conscient, és un resultat no desitjat que produeix molta angoixa als professionals i per això en protesten, no des de la defensa, sinó des de la realitat del que passa; és la crítica exacerbada de la pròpia actuació i s'està, per tant, en una bona ruta perquè és un replantejament del que s'està duent a terme.

La cronificació és molt negativa i per evitar-la, si es vol modificar alguna cosa, hom s'ha de deixar atrapar per la persona que està davant a fi de què pugui començar a dipositar una confiança, a sentir la necessitat del que se li planteja i de tenir una pauta referencial -potser l'única- per a poder anar sola.

Si es demana una sinceritat com a persona ("com es troba?, com se sent?, què li passa?, què busca?, com us puc ajudar?..."), la resposta també ha d'ésser sincera com a persona i no com a treballador social a la que li toquen aquestes funcions. I és una posició molt dura i perillosa de tot àmbit tant social, com terapèutic, com pedagògic, com de tothom que treballa amb persones.

Hom sent la necessitat de fer de professional

"no, miri, aquí sóc l'assistent social que té el poder de dir que, com que no hi ha això, el seu nen se'n va a fora"

des del moment que s'està posant en dubte a un mateix com a persona; és un mecanisme de defensa davant d'una situació que fa trontollar i s'actua com a professional rígid de taula i cadira que diu que la persona ha de complir a, b i c.

No és l'assistent social que ha d'anar a dir a una associació de pares d'escola com s'ha d'evitar l'absentisme escolar. Val la pena

sortir al carrer i interpel·lar i que la gent digui què creu del tema i com voldria implicar-s'hi.

5.3 El menor no és la víctima, sinó el símptoma. La prepotència del professional

La prioritat de la intervenció es basa en el treball sobre el menor com a víctima (el pobre nen és un nen, convé una beca de menjador perquè hi ha mesos que no menja...) i no com a símptoma d'una lectura total de la situació. S'intervé massa sobre el símptoma acabant tractant-lo com a víctima; aleshores es pot cronificar aquest símptoma amb l'ànim de mitigar-lo, sense tenir compte del que l'ha produït.

Molts problemes són deguts a què es deixa de projectar ara una coseta o dues i anar-les revisant; es sol anar massa ràpid en la recerca d'una solució sense massa elaboració amb una actitud clarament prepotent. S'imposa massa, no es deixa créixer i es cau en aquell sentiment d'omnipotència que fa creure que s'arriba a tot i que tot es pot solucionar i, si no s'arregla res, la culpa sempre és dels altres. En definitiva, hom s'oblida que el protagonista no és el professional sinó la família.

Un aspecte gens desestimable i que cal tenir en compte és la dimensió de denúncia que ja estava a l'origen dels serveis socials. Hi ha el risc d'instal·lació professional dels que hi treballen sense necessitat de denunciar res. En el procés dels diagnòstics socials des del punt de vista individual, familiar i comunitari s'evidencien unes circumstàncies que fan inviable intentar que uns menors o uns adults gaudeixin d'uns mínims nivells de vida. Aleshores no s'avança gaire perquè es treballa amb els recursos que són a la mà.

"Això s'ha de dir, s'ha de passar el paquet a qui li toqui i que digui com ho hem de fer. Hem de convèncer a qui sigui perquè ens proporcionï no sé què. Cal treure la ràbia i dir prou a aquest funcionament que ens està encorsetant i encarcerant; s'han de plantejar coses que donin una altra perspectiva".

És un crit a ésser agosarats, plantejar coses, trencar llances; sovint és perquè hom no s'atreveix, o potser s'està cansat, o potser manca confiança, o s'és massa educat. No es pot dir que les lleis són així, que el sistema funciona d'aquesta manera, que el moment polític és el que hi ha, sinó que s'han d'expressar les mancances si no es vol que el que es va fent es mantingui; és una manera de tenir una actitud crítica positiva.

Hi ha situacions que fan trontollar i intervencions que poden acabar en maltractament i és per això que es demanen les supervisions.

"Sí, volem la supervisió; però qui ens supervisarà? Ho entendrà vertaderament? Si em diu que m'he comportat agressivament, potser m'he sentit interpel·lat o posat en dubte com a persona".

5.4 Els conflictes plantejats per la llei

A nivell de drets, per llei, la custòdia i la pàtria potestat està en mans dels pares i sempre poden dir que s'enduen el menor. La via normativa és aquesta i la llei és la que mana. Cal saltar-se la llei per a poder dur a terme una intervenció adequada?

"Continuo pensant que és molt greu que hi hagi una llei que et vingui a dir quin pare és responsable. La llei ha d'ésser una eina de treball; però, independentment de la llei i de la mesura que s'ha aplicat, la situació no s'ha superat. Es una feina nostre la de donar a la llei la importància que té".

De fet, la llei de protecció de menors justifica unes determinades intervencions perquè treu responsabilitat a la funció dels pares. Protegeix el menor i, mirant-ho d'una manera integral, protegeix també els pares amb uns professionals que estan sobre el cas, donant-els-hi una oportunitat per a sortir d'aquell entrebanc i tornar a funcionar. El que fa la llei és salvaguardar el menor.

Però hom acaba preguntant-se: ha de servir per penalitzar o per ajudar? La paradoxa es troba en què la llei, tot i volent ajudar per a protegir un menor, acaba penalitzant aquells pares amb el poder que té de treure-els-hi la pàtria potestat. I són els mateixos professionals que utilitzen la llei com a castigadora: "com que vostè no en fa cas, li traiem el nen" o, dit d'una altra manera: "si passem el cas a l'EAIA hi guanyarem perquè almenys els amenaça".

Per altra banda, al nostre país la llei no castiga els pares perquè no considera delicte cert tipus d'actuació, com ho fa a Itàlia. Sembla que aquí, sense voler-ho la mateixa llei, a qui es castiga és al menor distanciant-lo del nucli familiar, tot exigint els pares a prendre unes determinades opcions. No és penalitzar, també, la família? En què quedem, hi ha o no hi ha delicte? De dret no es tracta d'un delicte; però sí de fet.

Per altra banda, per disposició de la llei el SAP només atén fins els sis anys, l'EAP en període d'escolarització obligatòria, l'EAIA fins els 18 anys... i als 18 anys, que els joves són considerats majors d'edat, per desemparats que estiguin s'han de buscar la vida.

"T'hem donat tot aquest benestar durant aquests anys perquè eres menor; ara, que ets ja major d'edat, espavila't". El jove de divuit anys es queda en un forat".

Hi ha un marc legal i el que es decideix des de la llei està ben decidit. Aquest marc normatiu és suficientment ampli per a què les lleis siguin interpretades i en els vint i escaig de jutjats que hi ha entre l'Alt Empordà, el Baix Empordà i el Gironès cada jutge interpreta la llei a la seva manera. Els treballadors socials adopten una determinada estratègia en funció del jutge de referència.

La llei condiciona molt perquè, a l'hora de fer propostes, la resposta és que "la llei diu". I en fer la proposta, es resol si hi ha mitjans i recursos; però, quan manquen perquè els centres estan plens o perquè falta un paper, la proposta no s'aplica.

5.5 L'actuació per via d'urgència

La poca previsió o la detecció del risc massa tard perquè el problema, per exemple, es plantejava a l'escola ja des de feia dos anys i ningú se'l mirava, fa que els casos arribin quan la intervenció és urgent.

I quan ja es fa una intervenció perquè, per exemple, desnonaven una família sense haver-hi símptomes de maltracte, s'ha d'intervenir a corre-cuita amb el menor separant-lo de l'ambient afectiu i emocional que hi ha entre els pares i els fills, quan semblava més adient que un determinat ajuntament disposi d'un habitatge on aquesta família hi podria romandre dos mesos; només des del punt de vista econòmic, és més barat per l'administració que no pas tenir-los en un centre.

La manca de recursos, en aquest cas econòmics, impedeix tractar les coses com caldria. El menor no era maltractat, només hi havia una seriosa dificultat econòmica; però s'acaba fent el contrari del que diu la llei quan prescriu que s'ha de protegir el menor. La urgència de la situació ha generat un conflicte que s'ha fet insoluble.

"Els professionals que treballem en el camp social ens hauríem de plantejar, què ens passa que ens deixem atrapar tant per les urgències?".

En efecte, aquí el problema no és el desnonament, sinó la manca de previsió dels pares que no han previst que això passaria. Es fa una bola que provoca que sempre s'hagi d'anar per urgències i la prevenció s'ha escapat per aquest tema econòmic. I, aleshores, s'aplica una mesura que no és la correcta, que va en contra de la pròpia llei que es preocupa de la protecció del menor i que diu que la separació de la família és un recurs extrem.

Una altra dificultat que fa que s'acabi intervenint per via d'urgència és el fet de la presència de molts i diversos serveis

que tenen unes característiques que divergeixen com el dia i la nit, treballant amb bases i en àmbits diversos. Al costat de l'assistent social que fa una dedicació de permanència a deu pobles, hi ha dues educadores per tots els pobles de l'Empordà i els educadors de carrer tampoc hi són arreu; al costat de serveis que tenen una multiplicitat de dedicacions amb una sola persona, n'hi ha que disposen de personal per infància, vellesa i coordinació. La valoració dels casos per part d'uns o altres, serà també diferent. Com que les demandes que arriben excedeixen les possibilitats de resposta, tots els serveis acaben essent responsables de deixar fills sense tibar.

Si no es fa un seguiment en el medi (veure aquell pare, tornar-lo a citar, veure el menor, tornar-lo a veure...), els casos més greus són els que no tornen i es considera que ja se'n té prou de feina. S'acaba esperant massa i es va dient que ja es farà. La saturació fa que tot es retardi i l'alt risc social no es pot esperar perquè hi ha casos que són desesperats i que demanen a crits una solució d'emergència. I qualsevol eventualitat (per exemple, un canvi d'actituds dels pares) pot fer variar considerablement el risc. No es treballa amb quadres plàstics i la dinàmica social i familiar és un continu reajustament; l'equilibri d'un moment demà passat es pot trencar.

Quan un cas determinat es tanca, es diu que el menor ja no està en risc de maltractament. I no és veritat. Tot i que tingui les seves necessitats bàsiques cobertes, segueix tenint un risc perquè no ha variat una determinada problemàtica de l'entorn. Una certa estabilitat actual del menor, quan aquest sigui adolescent, pot variar i, per tant, repetir el patró de moltes famílies en les quals els pares han fet un itinerari marginal que no es trenca.

"Un menor, segons els pares que tingui, quan arriba als quinze anys, no serà mai responsable dels seus actes. En aquest sentit està desemparat. Si el menor repeteix aquest patró dels pares en l'esdevenidor, ja hi tornem a ésser."

5.6 Intervenir només sobre la pobresa

Hi ha una constant que és el de l'estrat social que acudeix als serveis socials perquè, quan es parla dels usuaris, s'està al·ludint a la pobresa. Són famílies que provenen dels estadis més marginals de la societat: no han anat a l'escola, ja han estat institucionalitzats, hi havia la convivència amb un alcohòlic crònic, es donava una afecció de malaltia mental... s'està parlant de la marginació del país.

"Es la pobresa del país que és subjecte de tutela administrativa? Què estem fent en realitat? Estem contenint la pobresa del país, del Baix Empordà?"

Com que no hi ha una altra solució per una altra via, s'envia el menor a l'administració per a què el protegeixi. Això no seria res més que un maltracte institucional a unes famílies que el problema que tenen és la carència de recursos personals i econòmics.

"La llei de serveis socials penalitza la pobresa; aleshores no és estrany que es reproduïxin els patrons de conducta. La població sap que sobreviurà, perquè sempre hi haurà una institució que es farà càrrec del menor fins que tingui 18 anys".

Ni cal planificació familiar perquè la institució es farà càrrec dels fills i ja els portarà a l'escola. Hi ha en aquest comportament de l'administració un gran estalvi en la política social que permet a la família gaudir d'un mínim per a poder viure. La imatge social subseqüent és la de què el país avança des del moment que ja protegeix el menor. Però, i la igualtat social de les famílies? I els drets de les persones?

Tothom creu en la rehabilitació i la inserció de les persones; no cal una llei que ho expliciti i ho normatitzi. S'ha de creure en la capacitat de la persona per a situar-se en la vida i, si cal aplicar una mesura, que sigui igual per a tots de tal manera que tothom tingui les mateixes oportunitats.

Gran paradoxa i contradicció del moment que vivim: al costat d'unes lleis ben plantejades, si no es va més enllà de la llei...

Els ambients alts o mig alts no recorren als serveis socials perquè tenen altres recursos o arriben abans a Justícia. Aquí hi arriben cada vegada més problemes d'ordre emocional o caracterials, que és una altra mena de risc social; són més agressors, han anat durant la nit a fer determinades coses, és el menor que es desmarca.

"Des de Justícia es veu que moltes vegades el suposat delictes que ha comès el menor no justifica la intervenció; però aleshores surt la famosa paraula de les necessitats".

Es diu que es tracta d'un menor que té necessitats i, malgrat no veure-hi delictes, es posa una mesura. Què s'està penalitzant? Les necessitats personals o socials, o l'acció suposadament delictiva? El responsable del malestar social és la persona o el context social? Van ésser efectivament escolaritzats els pares? Van tenir accés al mercat de treball? Van...?

Pot donar-se que el professional de la base es construeixi unes expectatives que es troben fora de les possibilitats reals dels serveis. Era tot allò un plantejament utòpic?

"A vegades diem: "l'objectiu a assolir és el treball. Amb tres mesos l'ha d'aconseguir". I es tracta d'una persona sense formació de cap mena, sense hàbits laborals, no ha tingut mai una feina continuada, etc."

Cal un grau de realisme tan important com per no obligar a aquella família, que ha anat de fracàs en fracàs, a una situació altra vegada fracassada. S'ha de tenir compte de tots els indicadors que ajudin a entendre la realitat socio-cultural en la que es mou aquella família que, bàsicament, és la de la pobresa. Amb quina globalitat es treballa? Com s'aplica? Què es pretén?

Els professionals dels serveis socials no tenen per funció resoldre el problema de la pobresa. En no discernir qui és qui, s'assumeix una responsabilitat impossible; hom s'adona que l'únic que es pot fer és donar una ajuda per a què es trobi un equilibri dins del medi que a cadascú li ha tocat viure. No està en mans del professional proporcionar un habitatge digne, una formació adequada, un treball que ningú els hi dona, que no tinguin més fills quan no els volen, etc.

Arribar fins aquí voldria dir que es fa un treball comunitari amb incidència molt directa en aspectes preventius i, per això fer, es requereixen molts recursos; políticament és anar més enllà del que es pot perquè es desenterren moltes contradiccions socials.

Es per això que els polítics són immediatistes volent resoldre els problemes ràpidament. Com que en treball social s'actua molt individualment, s'està força lluny d'això.

CONCLUSIONS

1. Treballar socialment amb infants o menors en risc o efectivament maltractats no és de cap manera una funció de computadora; és evident que el risc varia en funció del context, de la capacitat d'equilibri de la persona i dels criteris de detecció i diagnòstic en el camp del treball social (disponibilitat de recursos, col.lapse real d'atenció dels diversos serveis, grau d'implicació del professional). Ens movem en un camp de relativitat en el que la multidisciplinarietat és bàsica i essencial a l'hora d'objectivar situacions concretes prèviament contextualitzades.
2. Tot i que els risc de maltractament d'un menor sigui evident, quan es dona en un context de no reconeixement o d'inconsciència de la situació per part dels pares o responsables, la intervenció és necessària.

De fet, aquesta intervenció es legitima sempre que hi hagi implicat un menor en risc de maltractament; tota la resta -l'atribució per part de la llei de la pàtria potestat a uns pares que no ofereixen garanties, l'encobriment per part d'aquests de la problemàtica, la falsa expectativa d'aquests pares en la recerca única d'un ajut puntual...- passa a un segon terme. El seguiment directe o indirecte, segons les possibilitats, es fa indispensable des del moment que un menor es troba bloquejat.

La professionalitat en serveis socials consisteix precisament en incidir allà on faci falta intentant generar, en la mesura del possible, consciència real de la situació. Cal estar atent al que està dient cada situació.

3. Feta la detecció de la manera més precoç possible, la intervenció s'ha d'articular amb posterioritat a la realització d'una valoració i d'un diagnòstic. Això vol dir que s'haurà de veure on és el problema central o sobre el que és possible i convenient intervenir; lectura que és impossible de dur a terme sense recórrer a la multidisciplinarietat per elaborar un cert consens que reclama una coordinació.

Hi ha d'haver algú que la garanteixi aquesta coordinació: que estableixi la metodologia, que encamini les derivacions necessàries donant criteris i protocols, que aglutini les capacitats individuals i col.lectives dels professionals per a dur a terme una fase concreta de la intervenció, etc. El que concretament se'n ha dit de forma significativa "el director d'orquestra". Donada la insuficiència de recursos i la

indefinició de les funcions dels professionals, aquesta persona que construeix el puzzle és absolutament necessària.

Sobre qui recau la funció de coordinació ja són figures d'un altre paner. Tant pot ésser la persona a qui la família té més confiança, com qui posseeix unes qualitats carismàtiques, com aquell a qui s'atribueix un cert reconeixement col·lectiu... l'única condició és que sigui consensuat; per tant, ningú és susceptible d'escapar-se'n.

El que és vertaderament important és definir col·lectivament un pla d'intervenció i atènyer-s'hi. I això no vol dir res més que elaborar un diagnòstic, exigència imprescindible per a poder treballar des del moment que defineix el punt de partida i l'objectiu al qual es vol anar.

El punt de partida és l'assumpció per part de la família de la seva pròpia realitat conflictiva, amb els seus condicionants i les seves aspiracions; el punt d'arribada és el pronòstic i l'avaluació que faran els professionals amb la mirada posada en la rehabilitació i la reinserció social. Tant l'un com l'altre s'hauran d'anar replantejant a mesura que la dinàmica social vagi canviant; no es treballa amb quadres plàstics i cada persona és un món i cada família un petit univers.

Per tant, a l'hora de decidir el diagnòstic, ni es pot prescindir de les persones implicades creient en les moltes o poques possibilitats que tenen, ni justificar-ho tot per la bona voluntat, ni esperar solucions immediates, ni establir arbitràriament temporalitats.

S'ha d'escriure i consignar els passos que es van donant, coordinar-se sense precipitacions donant temps al temps, reconvertir la demanda quan calgui, veure les prioritats de cada moment, posar-se d'acord en els continguts de les paraules; de fet, s'intervé des de diferents serveis, des de diversos models i des d'estils heterogenis. No es pot caure en l'error de repetir innecessàriament intervencions ni deixar-se endur pel treball individualitzat sense implicació dels diversos serveis en presència.

És una falsa discussió sobre si ha d'ésser el model assistencial o el model educatiu; no hi ha un model superior a l'altre: cada un té les seves exigències i, de cap manera, s'ha d'anar per una via fàcil.

4. El constant va-i-ve entre serveis i professionals aconsellen que tota derivació o tot retorn es facin correctament; que les intervencions sincròniques siguin adequades, és a dir, mai lineals ni vàlides permanentment. Com que sempre hi haurà la necessitat que algú se'n faci càrrec, les derivacions i els retorns són imprescindibles.

Això vol dir flexibilitat dels serveis amb una forta implicació; la responsabilitat i l'autoanàlisi són indispensables i els nivells d'intervenció es realitzen a partir de les competències de cada servei. La qüestió és ajuntar forces de tal manera que mai es parteixi de zero, sinó de lligar-ho en una xarxa de relació. La casuística és plural i s'ha de fer recurs a totes les òptiques professionals que convinguin, perquè, ja se sap, el risc d'un menor no és avaluable matemàticament.

S'ha d'ésser amatent a les grans dificultats a les que s'enfronta una bona derivació. En primer lloc, que les derivacions desemboquin en una resposta que es fa esperar massa. En segon lloc, que l'execució mai acabi d'ésser efectiva per conflicte de competències. En tercer lloc, que els serveis estiguin insuficientment coordinats per manca de comunicació o per la falta d'un servei adient per a dur a terme un tractament determinat.

Per a una bona coordinació s'ha d'evitar anar seguint el joc familiar, el que vol dir que cal implicar-se en la situació real a través d'una mena de complicitat amb les famílies fonamentada en la comunicació i el diàleg. I, a més, anar avaluant cada moment i cada instant per a poder tenir una perspectiva orientativa entorn del model ideal d'intervenció en un moment donat.

5. Les grans dificultats externes a l'hora de posar en pràctica una intervenció, són: 1. La insuficiència de recursos o, també, la no disposició d'uns recursos adients en un àmbit determinat o, encara, la no reorganització o redistribució dels recursos existents. 2. La descoordinació entre institucions provocant dependències diverses dels serveis i dels professionals als quals desorienta i descol·loca pels problemes d'entesa entre polítics i tècnics. 3. El condicionament de la burocràcia que, tot i les raons d'eficàcia i de control que la justifiquen, acaba jugant un paper d'obstructora per massa lenta o per legitimadora de la utilitat del manteniment econòmic d'un determinat servei. Per altra banda, la burocràcia provoca aquella indefinició de funcions dels professionals o dels serveis per una excessiva ambigüitat legislativa que no delimita les funcions encomanades per la qual cosa s'acaben generant algunes vegades xarxes paral·leles i en d'altres absències inexplicables.
6. El maltractament institucional es donarà com a fruit d'una intervenció mal feta o duta a terme fora de temps. En primer lloc, pot donar-se perquè no s'ha escoltat o informat adequadament la família, posant-s'hi en contra o subratllant-ne només els trets negatius.

En segon lloc, pot provenir perquè es prenen actituds impositives tot instal·lant-se en la professionalitat com refugi o mecanisme de defensa, acabant per cronificar determinades situacions d'una manera no volguda.

En tercer lloc, es dóna maltractament institucional quan es victimitza el menor sense adonar-se que la seva situació de risc és un símptoma d'una deterioració que mereix una lectura total. Aleshores és quan s'oblida la dimensió de denúncia o de plantejament de canvis necessaris que s'han d'exigir per tal d'arribar a aconseguir uns mínims nivells de vida de la població afectada.

En quart lloc, es pot produir maltractament institucional esclavitzant-se sota els imperatius de la llei que, d'una banda, contempla la intervenció a uns limitats estrats d'edat demogràfics i, de l'altra, oblida la dinàmica social que pot fer canviar les coses.

En cinquè lloc, el maltractament institucional pot néixer per tot un seguit de disfuncions en la intervenció: o detectant i preveient tardanament, o mantenint una indefinició de tasques, o problematitzant la coordinació, o col·lapsant els serveis implicats, o oblidant la dinàmica de la realitat tractada... que obliguen a la necessitat d'una acció per via d'urgència que, a poc a poc, va fent que les situacions conflictives siguin pràcticament insolubles.

En darrer lloc, hi ha maltractament institucional quan no es té en compte que el problema bàsic de les situacions en les quals hi ha implicat un menor en risc és, sobretot, de carència de recursos personals i econòmics; que es tracta del món immers en la marginació i la pobresa del país. Potser la pregunta a formular-se és de si no s'està penalitzant la pobresa.

Aquest panorama dels possibles maltractaments institucionals de les situacions de risc ens porta, finalment, a pensar si no s'està fent una lectura massa individualitzada de la realitat tractada, si no hi manca en tot aquest conjunt una visió d'aquesta realitat més comunitària i col·lectiva.

Visió comunitària que implica no solament els professionals que intervenen en el camp social arribant fins allà on s'hagi d'arribar, reivindicant el que s'hagi de reivindicar (precisament perquè des del treball comunitari s'arriba fàcilment, com diuen els nostres informants, a l'heterodòxia i l'heterodòxia vol dir crítica), sinó que també esquitxa estructuralment els fonaments mateixos del sistema i els responsables de la política social que s'hi du a terme.

REFLEXIONS FINALS

Dels quatre grans apartats que constitueixen el cos d'aquest informe en podem evocar unes reflexions finals que, segons el nostre humil parer, es desprenen dels seus continguts tot intentant que l'enorme complexitat del bosc no ens deixi veure els arbres. El que segueix no vol ésser una conclusió general que, de fet, seria repetir-nos, sinó més aviat unes reflexions marginals al cos del treball, expressió del que més directament ens ha impactat des del punt de vista científic.

1a. Tant el maltractament infantil com les situacions de risc de maltractament són una construcció social. La realitat efectivament construïda que desemboca en una situació de maltractament infantil, en la seva mateixa definició i en la determinació conceptual de la veritat de les coses depèn no solament d'una determinada lectura que en fa un actor concret en una circumstància determinada com a espectador o com a professional, sinó que també depèn de les circumstàncies o de la contextualització d'una eventualitat conflictiva.

Més enllà de la lògica relativa de la construcció del concepte, el que és evident és que tota mobilització social, sigui institucional o no, es legitima des del moment que hi ha un menor implicat en una situació tensa en la que el seu benestar i la seva felicitat es troben compromesos. Quan això es dona, no hi valen excuses de cap mena ni exculpacions manipulatives justificant la més petita inhibició; si es deixen les coses liberalment al va-i-ve de les transaccions que es puguin produir, estem en un camp clarament d'irresponsabilitat professional i de maltractament ocasionat per raons que van més enllà de les coordenades de problematització efectiva que el provoquen; el que és absolutament cert és que a un diagnòstic i una valoració conflictius es correspon un pronòstic dramàtic. La salut social d'un menor no admet, de cap manera, tripijocs, justificacions o excuses.

I la raó és ben senzilla, precisament perquè, malgrat aquella lògica relativa del concepte, el risc és sempre objectivable en un determinat context i sempre que es tingui en compte la seva correlació i lligam amb els espais i amb els temps socials.

2a. No ens cansarem mai de repetir que el maltractament infantil no és reductible a uns principis de degradació i de deterioració d'una concreta realitat; és a dir, que donades unes determinades conductes o pràctiques sociofamiliars o socioambientals, hi haurà sempre la definició d'unes condicions de maltractament. No existeixen els determinismes, ni es tracta d'un joc matemàtic, ni es treballa amb quadres plàstics, com diuen tan expressivament els nostres informants. El maltractament infantil és una realitat dinàmica: que

s'agreuja o disminueix en funció del context, que aconsella una o altra decisió d'intervenció segons les circumstàncies i que exigeix una adaptació constant a les variacions i als canvis que es van produint. La multifactorialitat i l'heterogeneïtat dels casos no permet generalitzacions acrítiques i demana una adaptació a la lectura que la realitat va imposant. Això que avui és així, demà segurament serà diferent; allò que en aquest lloc es presenta d'aquesta manera a un altre indret permetrà lectures diferenciades. Cal veure en cada cas què és el que la realitat està dient.

La lectura d'aquesta realitat és conflictiva i demana i exigeix una forta multidisciplinarietat; precisament perquè és multiforme, heterogènia i multicausal. Hi ha aspectes objectius i objectivables que depenen de factors estructurals i conductuals (constitució familiar, absentisme escolar, relacions conflictives, absència de recursos, habitatge inadequat, drogaddiccions, etc.) i hi ha factors més individuals i psicològics que depenen d'expressions actitudinals (victimisme, fatalisme, cultures diferenciades, agressivitat, inhibició, etc.). Què és primer? Què és causa de què? Tant els diagnòstics, com les valoracions, com les derivacions d'un servei a un altre, no es poden fer en solitari.

- 3a. La multidisciplinarietat és, no solament una exigència d'eficàcia en el treball, sinó de manteniment d'uns professionals tiranitzats o esgotats entre la lectura d'una realitat que fa patir i la responsabilitat inexcusable sobre un menor implicat en una xarxa de relacions socials conflictives i desestructuradores.

El quadre no pot ésser més exigent per un professional; d'una banda, l'ús d'una gran multiplicitat de funcions, demandes diverses i requeriments variats i, de l'altra, la constatació de ben pocs progressos visibles i a curt terme o, el que és el mateix, la dura sensació de treballar en el buit i en el context d'una foscor impenetrable.

No ens cansarem mai de dir i de reclamar la necessitat de tenir gran cura d'aquests professionals que treballen amb persones problemàtiques. No es tracta tant d'una supervisió d'un treball individualitzat, com de la potenciació d'aquest mateix professional exposat a un desgast emocional indefugible i amb necessitat periòdica d'allunyament de la seva pròpia feina quotidiana per tal d'elaborar-la, teoritzar-la i sistematitzar-la.

Aquesta és una tasca que entra plenament dintre l'essència mateixa de la pròpia feina i, per tant, cal programar-la i procurar-la des de la mateixa empresa contractadora. Això suposa uns costos econòmics que cal assumir d'entrada; tant l'eficàcia de la feina com l'equilibri i l'estabilitat del professional han de dur a no estalviar sacrificis en aquest sentit.

- 4a. Aquesta és una labor de responsabilitat i d'exigència que ni es pot reduir a un complex entramat de normes que previnguin el que s'ha de fer fins al més mínim detall, ni tampoc s'ha de veure sotmès a l'actual ambigüitat legal.

La indefinició de les funcions dels diversos professionals i serveis, la complicada xarxa de dependències i de competències respectives, la distància ostensible entre els professionals tècnics competents i coneixedors de la realitat i els polítics que són els qui prenen les decisions entorn de la política social..., fa que en molts aspectes la intervenció sobre el risc real esdevingui un maltractament per causa d'una intervenció feta a deshora, amb un recurs no adequat o introbable, amb un solapament o uns buits que provoquen no volgudes regressions en la mateixa conflictivitat que es vol superar o pal.liar o amb una decisió d'urgència que dona la impressió d'impotència.

Les queixes sobre la lentitud en la presa de decisions en una circumstància determinada i les servituds que comporta la burocràcia no són pas problemes menors en aquesta dialèctica entre la voluntat de superar una situació degradada i la impotència o la ineficàcia de trobar-hi una sortida efectiva. Al cap i a la fi el temps esdevé fonamental quan hi ha un menor implicat.

El tema administrativo-legal adquireix trets veritablement dramàtics des del moment que provoca retards incomprendibles i la sensació que l'entramat ideat per resoldre o pal.liar aquestes situacions s'acaba justificant a si mateix independentment de l'avaluació d'uns resultats desitjables.

- 5a. Hom té dret a preguntar-se si en tota aquesta labor no s'estan afrontant els problemes més treballables i que són a l'abast, oblidant el que convé en una circumstància i en un moment donat. No és tant un problema de manca de voluntat, com de dèficit de recursos professionals, tècnics i materials.

Les situacions aleshores es deterioren, no pas per manca de disponibilitat ni d'implicació dels professionals, sinó per no disposar d'un determinat recurs material o tècnic que convindria. En aquest sentit han quedat uns interrogants que ens és impossible tancar com, per exemple, aquell que es concreta en la pregunta: Qui és que s'ocupa efectivament de la família quan el menor està hipotèticament protegit per una determinada mesura?

- 6a. Aquella dimensió del possible maltractament institucional degut a la descoordinació entre institucions o a la distància entre polítics i tècnics, acaba essent una invitació als professionals com a part de les seves mateixes funcions a no desestimar una actitud crítica com a bons coneixedors de la problemàtica que tracten.

El treball comunitari, que implica la denúncia de les estructures que preventivament poden ésser problemàtiques,

s'ha de recuperar efectivament amb l'ànim d'ésser, no simplement una veu de la consciència social que invoca el que fa falta, sinó un element indispensable per a l'elaboració d'una política social coherent, adequada i amb la preocupació de procurar el benestar real de les persones. S'ha d'assumir que s'està treballant en el terreny de la justícia (hi ha un menor implicat en una situació de maltractament) que és una perspectiva que va més enllà de la caritat.

- 7a. S'ha detectat també, al final de la recerca, una problemàtica que s'indicava ja en la construcció teòrica de l'objecte d'estudi però que, en canvi, no s'ha plantejat específicament al llarg del treball de camp: la comunicació i descoordinació entre serveis socials i serveis sanitaris o, el que és el mateix, la marginació i desplaçament al que es veu sotmesa la sanitat en l'àmbit de la intervenció social.

Segurament, la manca de coneixement mutu i cert prejudici dels treballadors socials envers una pretesa superioritat de l'àmbit mèdic, dificulta la interacció entre ambdós col·lectius. L'establiment de models i protocols d'intervenció on es contempli l'important paper que pot jugar la sanitat en la prevenció, diagnòstic i tractament dels casos, revertirà sens dubte en una major protecció dels maltractaments del menor als quals es pot veure sotmès.

- 8a. Finalment, hem de posar en relleu la gran capacitat d'autoanàlisi dels professionals que han estat els vertaders actors del que aquí s'ha expressat. Han estat capaços de distanciar-se de la seva tasca diària i han manifestat una notable capacitat autocrítica sense eludir les angoixes que la seva professionalitat implicava, sense por a formular durament els seus sentiments d'impotència i, el que és més encomiable, afrontant decididament la confrontació entre ells mateixos.

La via més fàcil hagués estat la d'atribuir els seus problemes professionals només i únicament a causes externes; però s'ha anat molt més enllà des del moment que la seva identitat professional hi estava en joc. Aquesta recerca no hagués estat possible sense la seva col·laboració fecunda marcada per una important implicació personal i col·lectiva.

El terme final d'aquest nostre anàlisi, no pot acomplir els desitjos d'una prematura demanda de formular protocols de detecció, de tractament i de derivació; no és aquesta la nostra tasca d'analistes. Ens limitem a proporcionar instruments pràctics i teòrics per a què els mateixos professionals es posin en marxa, no solament per a l'elaboració d'aquells protocols, sinó per a fer-ho amb una panoràmica de totalitat i de globalització que el seu mateix autoanàlisi ha possibilitat.

BIBLIOGRAFIA

- Alcover, Ant.Ma./Moll, F., "Nen" a Diccionari Català-Valencià-Balear, Palma de Mallorca, Ed.Moll, 1979, vol.VII, pàgs.736-37.
- Ariés, P., El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen. Taurus, Madrid, 1987.
- Casas, F. "Internaments de nois i noies per raons sòcio-familiars", a III Jornades sobre el Quart Món a Catalunya, 7/8 novembre 1986; document fotocopiats.
- Casas, F. "El concepto de calidad de vida en la intervención social en el ámbito de la infancia", a III Jornadas de Psicología de la Intervención Social. Colegio Oficial de Psicólogos, Madrid, 27-29 noviembre 1991, INSERSO-MAS, vol.2, pp.649-672.
- Casas, F., "Las representaciones sociales de las necesidades de niños y niñas, y su calidad de vida", a Anuario de Psicología, Universitat de Barcelona, n.53, 1992(2).
- Casas, F., "Medios de comunicación e imagen social de la infancia", a Simpòsium Medios de Comunicación e Infancia (IV Congreso Nacional de Psicología Social). Sevilla, 25 setembre 1993.
- Congreso estatal sobre la infancia maltratada. Associació Catalana per la Infància Maltractada. Barcelona, 1989.
- Crivillé, A., Parents maltraités, enfants meurtris. L'intervenent social face à la famille de l'enfant maltraité, Paris, ESF, 1987.
- Crivillé, A., "Els professionals entorn dels pares que maltracten els fills", a Papers d'Estudis i Formació, n.3, abril 1988, pàgs.25-35.
- Esteban, L., "El Europeísmo de Vives y la infancia", a Infancia y Sociedad, Ministerio de Asuntos Sociales, Maig-Juny 1992, p.214.
- Giménez-Salinas, E., "Justícia i maltractament o maltractaments de la Justícia", a Papers d'Estudis i Formació, n.3, abril 1988, pàgs. 9-24.
- Inglès i Prats, A., i altres. Els maltractaments infantils a Catalunya. Direcció General d'Atenció a la Infància. Generalitat de Catalunya, Barcelona, 1991.
- Jones, D. i altres (1982). El maltractament dels infants. Prevenció i atenció del problema. Barcelona, Pòrtic, 1987.

- Larrauri, Ma.J., "La atención a la infancia marginada. Núcleo de intervención: ¿la familia o el niño?", a Revista de Treball Social, n.109, març 1988, pàgs.101-108.
- Martínez, O., "Infància entre parèntesi", a El Punt, 3 de desembre de 1989, pàg.3.
- Martínez i Roig, A., "Malos tratos institucionales", a Revista de Treball Social, n.110, juny 1988, pàgs.202-206.
- Martínez i Roig, A. Maltractament d'infants. Fundació Serveis de Cultura Popular. Barcelona, Ed.Atafulla, 1989.
- Monge, L./Requena, Ma.C., "Los servicios sociales de atención primaria en el problema del maltrato infantil", a Revista de Treball Social, n.128, desembre 1992, pàg.83.
- Montraveta, I., "Puntualitzacions al voltant dels serveis socials per infants i adolescents en alt risc social", a Revista de Treball Social, n.116, desembre 1989, pàgs.133-142.
- Oviedo, E./Sánchez Marín, J.J. "Breve historia de la infancia", Exposición sobre los derechos de niños y niñas, Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid, desembre 1989.
- de Paül Ochotorena, J. i altres. Maltrato y abandono infantil. Identificación de los factores de riesgo. Comunidad Autónoma de Euskadi, Vitoria-Gasteiz, 1988.
- de Paül Ochotorena, J. i San Juan, C., "La representación social de los malos tratos y el abandono infantiles", a Anuario de Psicología. Universitat de Barcelona, juny 1992, n.53.
- Requena, Ma.C., "Niños maltratados", a Fer ciutat, n.15, Ajuntament de Barcelona, octubre 1986.
- Requena, Ma.C., "Infancia Maltratada. Detección y prevención de casos de riesgo desde un servicio social de atención primaria", a Revista de Treball Social, n.109, març 1988, pàgs.125-131.
- Rubiol, G., "L'esgotament (burn out) en les professions d'ajuda", a Revista de Treball Social, n.94, juny 1984, pàgs.30-40.
- Touraine, A., La voix et le regard, Paris, Le Seuil, 1978.
- Touraine, A. i altres, Lutte étudiante, Paris, Le Seuil, 1978.
- Touraine, A. i altres, La prophétie antinucléaire, Paris, Le Seuil, 1980.
- Touraine, A. i altres, Le pays contre l'Etat. Luttés occitanes. Paris, Le Seuil, 1981.

Touraine, A. i altres, Solidarité. Analyse d'un mouvement social.
Pologne 1980-1981. Paris, Fayard, 1982.

ABREVIATURES EMPRADES

UBASP	Unitat Bàsica d'Assistència Social Primària
CAPIP	Centre d'Atenció de Psiquiatria Infantil Primària
DGAI	Direcció General d'Atenció a la Infància
EAIA	Equip d'Atenció a la Infància i Adolescència
EAP	Equip d'Assessorament i Orientació Psicopedagògica
ICASS	Institut Català d'Assistència i Serveis Socials
SAP	Servei d'Atenció Precoç
SERGI	Servei Gironí de Pedagogia Social
STAI	Servei Territorial d'Atenció a la Infància

MEMORIA FINAL ADREÇADA ALS RESPONSABLES DE LA
POLITICA SOCIAL A LA COMARCA DEL BAIX EMPORDA

(De l'estudi: Bonal, R., Marcet, G., Martí, J., El maltractament infantil a la comarca del Baix Empordà. Les realitats conflictives i l'autoanàlisi de la intervenció social, La Bisbal, Consell Comarcal del Baix Empordà/Barcelona, Fundació Jaume Bofill, abril 1994).

El que segueix no vol ésser una conclusió general sinó més aviat unes reflexions marginals al cos del treball, expressió del que més directament ens ha impactat des del punt de vista científic i que ens sembla que cal tenir en compte a l'hora d'elaborar una política social adequada quan es dóna una situació en la qual hi ha implicat un menor en risc de maltractament.

La lectura d'aquest paper no excusa l'estudi i reflexió de la globalitat del treball. Es només una síntesi simplificada del que més directament afecta els responsables de la temàtica a la comarca. Es per això que els seus continguts són tanmateix ben específics des del moment que es presten a l'atenta consideració dels qui tenen el mandat popular i democràtic d'ocupar-se d'aquestes complicades qüestions.

la. Tant el maltractament infantil com les situacions de risc de maltractament són una construcció social. La realitat efectivament construïda que desemboca en una situació de maltractament infantil, en la seva mateixa definició i en la determinació conceptual de la veritat de les coses depèn no solament d'una determinada lectura que en fa un actor concret en una circumstància determinada com a espectador o com a professional, sinó que també depèn de les circumstàncies o de la contextualització d'una eventualitat conflictiva.

Més enllà de la lògica relativa de la construcció del concepte, el que és evident és que tota mobilització social, sigui institucional o no, es legitima des del moment que hi ha un menor implicat en una situació tensa en la que el seu benestar i la seva felicitat es troben compromesos. Quan això es dóna, no hi valen excuses de cap mena ni exculpacions manipulatives justificant la més petita inhibició; si es deixen les coses liberalment al va-i-ve

de les transaccions que es puguin produir, estem en un camp clarament d'irresponsabilitat professional i de maltractament ocasionat per raons que van més enllà de les coordenades de problematització efectiva que el provoquen; el que és absolutament cert és que a un diagnòstic i una valoració conflictius es correspon un pronòstic dramàtic. La salut social d'un menor no admet, de cap manera, componendes, justificacions o excuses.

I la raó és ben senzilla, precisament perquè, malgrat aquella lògica relativa del concepte, el risc és sempre objectivable en un determinat context i sempre que es tingui en compte la seva correlació i lligam amb els espais i amb els temps socials.

2a. No ens cansarem mai de repetir que el maltractament infantil no és reductible a uns principis de degradació i de deterioració d'una concreta realitat; és a dir, que donades unes determinades conductes o pràctiques sociofamiliars o socioambientals, hi haurà sempre la definició d'unes condicions de maltractament. No existeixen els determinismes, ni es tracta d'un joc matemàtic, ni es treballa amb quadres plàstics, com diuen tan expressivament els nostres informants. El maltractament infantil és una realitat dinàmica: que s'agreuja o s'aminora en funció del context, que aconsella una o altra decisió d'intervenció segons les circumstàncies i que exigeix una adaptació constant a les variacions i als canvis que es van produint. La multifactorialitat i l'heterogeneïtat dels casos no permet generalitzacions acrítiques i demana una adaptació a la lectura que la realitat va imposant. Això que avui és així, demà segurament serà diferent; allò que en aquest lloc es presenta d'aquesta manera a un altre indret permetrà lectures diferenciades. Cal veure en cada cas què és el que la realitat està dient.

La lectura d'aquesta realitat és conflictiva i demana i exigeix una forta multidisciplinarietat; precisament perquè és multiforme, heterogènia i multicausal. Hi ha aspectes objectius i objectivables que depenen de factors estructurals i conductuals (constitució familiar, absentisme escolar, relacions conflictives,

absència de recursos, habitatge inadequat, drogadiccions, etc.) i hi ha factors més individuals i psicològics que depenen d'expressions actitudinals (victimisme, fatalisme, cultures diferenciades, agressivitat, inhibició, etc.). Què és primer? Què és causa de què? Tant els diagnòstics, com les valoracions, com les derivacions d'un servei a un altre, no es poden fer en solitari.

3a. La multidisciplinarietat és, no solament una exigència d'eficàcia en el treball, sinó de manteniment d'uns professionals tiranitzats o esgotats entre la lectura d'una realitat que fa patir i la responsabilitat inexcusable sobre un menor implicat en una xarxa de relacions socials conflictives i desestructuradores.

El quadre no pot ésser més exigent per un professional; d'una banda, l'empleu d'una gran multiplicitat de funcions, demandes diverses i requeriments variats i, de l'altra, la constatació de ben pocs progressos visibles i a curt terme o, el que és el mateix, la dura sensació de treballar en el buit i en el context d'una foscor impenetrable.

No ens cansarem mai de dir i de reclamar la necessitat de tenir gran cura d'aquests professionals que treballen amb persones problemàtiques. No es tracta tant d'una supervisió d'un treball individualitzat, com de la potenciació d'aquest mateix professional exposat a un desgast emocional indefugible i amb necessitat periòdica d'allunyament de la seva pròpia feina quotidiana per tal d'elaborar-la, teoritzar-la i sistematitzar-la. Aquesta és una tasca que entra plenament dintre l'essència mateixa de la pròpia feina i, per tant, cal programar-la i procurar-la des de la mateixa empresa contractadora. Això suposa uns costos econòmics que cal assumir d'entrada; tant l'eficàcia de la feina com l'equilibri i l'estabilitat del professional han de dur a no estalviar sacrificis en aquest sentit.

4a. Aquesta és una labor de responsabilitat i d'exigència que ni es pot reduir a un complex entramat de

normes que previnguin el que s'ha de fer fins al més mínim detall, ni tampoc s'ha de veure sotmès a l'actual ambigüetat legal.

La indefinició de les funcions dels diversos professionals i serveis, la complicada xarxa de dependències i de competències respectives, la distància ostensible entre els professionals tècnics competents i coneixedors de la realitat i els polítics que són els qui prenen les decisions entorn de la política social..., fa que en molts aspectes la intervenció sobre el risc real esdevingui un maltractament per causa d'una intervenció feta a deshora, amb un recurs no adequat o introbable, amb un solapament o uns buits que provoquen no volgudes regressions en la mateixa conflictivitat que es vol superar o pal·liar o amb una decisió d'urgència que dóna la impressió d'impotència.

Les queixes sobre la lentitud en la presa de decisions en una circumstància determinada i les servituds que comporta la burocràcia no són pas problemes menors en aquesta dialèctica entre la voluntat de superar una situació degradada i la impotència o la ineficàcia de trobar-hi una sortida efectiva. Al cap i a la fi el temps esdevé fonamental quan hi ha un menor implicat.

El tema administrativo-legal adquireix trets veritablement dramàtics des del moment que provoca retards incomprensibles i la sensació que l'entramat ideat per resoldre o pal·liar aquestes situacions s'acaba justificant a si mateix independentment de l'avaluació d'uns resultats desitjables.

5a. Hom té dret a preguntar-se si en tota aquesta labor no s'estan afrontant els problemes més treballables i que són a l'abast, oblidant el que convé en una circumstància i en un moment donat. No és tant un problema de manca de voluntat, com de dèficit de recursos professionals, tècnics i materials.

Les situacions aleshores es deterioren, no pas per manca de disponibilitat ni d'implicació dels professionals, sinó per no disposar d'un determinat recurs material o tècnic que convindria. En aquest sentit han quedat uns interrogants que ens és impossible tancar com, per exemple, aquell que es concreta en la pregunta: Qui

és que s'ocupa efectivament de la família quan el menor està hipotèticament protegit per una determinada mesura?

6a. Aquella dimensió del possible maltractament institucional degut a la descoordinació entre institucions o a la distància entre polítics i tècnics, acaba essent una invitació als professionals com a part de les seves mateixes funcions a no desestimar una actitud crítica com a bons coneixedors de la problemàtica que tracten.

El treball comunitari, que implica la denúncia de les estructures que preventivament poden ésser problemàtiques, s'ha de recuperar efectivament amb l'ànim d'ésser, no simplement una veu de la consciència social que invoca el que fa falta, sinó un element indispensable per a l'elaboració d'una política social coherent, adequada i amb la preocupació de procurar el benestar real de les persones. S'ha d'assumir que s'està treballant en el terreny de la justícia (hi ha un menor implicat en una situació de maltractament) que és una perspectiva que va més enllà de la caritat.

7a. S'ha detectat també, al final de la recerca, una problemàtica que s'indicava ja en la construcció teòrica de l'objecte d'estudi però que, en canvi, no s'ha plantejat específicament al llarg del treball de camp: la incomunicació i descoordinació entre serveis socials i serveis sanitaris o, el que és el mateix, la marginació i el desplaçament al que es veu sotmesa la sanitat en l'àmbit de la intervenció social.

Segurament, la manca de coneixement mutu i cert prejudici dels treballadors socials envers una pretesa superioritat de l'àmbit mèdic, dificulta la interacció entre ambdós col·lectius. L'establiment de models i protocols d'intervenció on es contempli l'important paper que pot jugar la sanitat en la prevenció, diagnòstic i tractament dels casos, revertirà sens dubte en una major protecció dels maltractaments del menor als quals es pot veure sotmès.

8a. Finalment, hem de posar en relleu la gran capacitat d'autoanàlisi dels professionals que han estat els vertaders actors del que aquí s'ha expressat. Han estat capaços de distanciar-se de la seva tasca diària i han manifestat una notable capacitat autocrítica sense eludir les angoixes que la seva professionalitat implicava, sense por a formular durament els seus sentiments d'impotència i, el que és més encomiable, afrontant decididament la confrontació entre ells mateixos.

La via més fàcil hagués estat la d'atribuir els seus problemes professionals només i únicament a causes externes; però s'ha anat molt més enllà des del moment que la seva identitat professional hi estava en joc. Aquesta recerca no hagués estat possible sense la seva col.laboració fecunda marcada per una important implicació personal i col.lectiva.

9a. La política social que aquesta anàlisi inspira va carregada de totalitat; és a dir, no és l'àmbit exclusiu dels serveis personals d'una institució determinada o de les instàncies encarregades del benestar social, ni es pot reduir a un joc de jerarquies institucionals en competència i tensions entre elles.

Aquí s'hi impliquen lectures tanmateix ben àmplies dels condicionants socials i sociològics que exigeixen bandejar tota mena de gasiveria a l'hora d'afrontar una realitat, que no per invisible, és tremendament punyent. Tota política social d'intervenció quan un menor es troba en risc de maltractament va molt més enllà de consideracions ideològiques, burocràtiques o ètiques. Les instàncies que s'ocupen del territori, de l'habitable, de la comunicació, de l'escola, de la salut, de la construcció de la llei, etc., hi són directament implicades i les dificultats concretes a l'hora de trobar uns recursos adients poden provenir d'espais administratius tanmateix ben allunyats del lloc on es produeixen les conductes conflictives i degradants.

El risc de maltractament, pel que s'ha pogut veure, no té un moment o un lloc determinat i el seu caràcter multifactorial acaba essent una invitació exigent a ésser amatent per a veure el

que passa i a improvisar, quan la realitat i l'anàlisi ho aconsellin, la pulsació d'una determinada tecla per a trobar una resposta adequada a una necessitat específica. La conflictivitat de la realitat, dura, difícil i compromesa, ni és atribuïble acríticament a la degradació individual de les persones, ni ens pot fer oblidar que acaba essent un compromís que no admet componendes ni excuses estranyes.

Ocupar-se de política social quan un menor es troba en risc de maltractament és a l'ensem una tasca que fa alçar sense dubtes el diapasó i que demana de recórrer a qui sigui i com sigui per a intentar superar les contradiccions presents. I, a més, té el contrapès i la sensació de treballar en el buit sense cap dret a esperar-ne uns resultats immediats i palpables.

PRESENTACIÓ

La comarca del Baix Empordà consta de 36 municipis i d'una població censada d'un total de 94.975 habitants, distribuïts entre 126 a la població més petita i 17.773 a la més gran. Correspon a una zona socioeconòmica complexa: agricultura, pesca, semiindústria en descens i turisme. La influència que exerceix l'oferta de la costa, fa que es constitueixi en un pol d'atracció per realitzar feines temporeres i treballs eventuais poc qualificats.

Quant a la població de fet de la comarca, analitzant l'índex ocupacional anual ens diu que la mitjana durant el mes de més influència és de 434.286 habitants i de 163.066 el mes de menys influència. En el creixement de la població intervenen diferents factors: els habitants de segona residència fixa, els turistes i l'allau de població immigrada que durant els darrers anys és majoritàriament nord-africana. Les memòries de treball de l'any 1995 de Serveis Socials d'Atenció Primària de la comarca ens informen de l'increment de demandes d'atenció social provinents dels àmbits de famílies amb menors que presenten tota una sèrie de dificultats per desenvolupar-se amb un nivell mínim de qualitat de vida i això fa que parlem d'adults i menors en situació de risc social.

Les 523 famílies ateses presenten un perfil de demanda d'intervenció sobre situacions de deteriorament familiar i personal que provoquen difícils condicions de vida i carències emocionals; els 832 menors atesos amb dificultats socials, comencen a presentar símptomes de malestar i contextos extrafamiliars no integradors.

D'aquests menors, 99 (corresponen a 71 famílies) són considerats d'alt risc social i són atesos per l'Equip d'Atenció d'Infància i Adolescència (equip especialitzat EAIA).

La proposta que presentem de pla d'actuació integral des del nivell d'atenció primària i programes complementaris es fonamenta en l'anàlisi realitzada amb la "Prospecció de les situacions de risc social dels menors i llurs famílies a la comarca del Baix Empordà" que ens ha permès conèixer la realitat amb la qual estem treballant des dels diferents serveis de la comarca i la capacitat de resposta que es té.

Elaborada la informació obtinguda amb l'estudi, el seu contingut s'ha estructurat a l'entorn d'uns indicadors diferenciant i interrelacionant el col·lectiu adult, les relacions família menors i els menors. Els programes presentats són clarament fruit d'una reflexió multidisciplinària que evidencia el convenciment que una intervenció preventiva, amb finalitat educadora i compensadora de mancances en el desenvolupament de les persones és el mecanisme més idoni per modificar els processos d'exclusió social als quals s'aboquen aquests col·lectius.

COMISSIÓ D'INFÀNCIA

El mes de juny de 1993 el Consell Comarcal del Baix Empordà encarregà a la Fundació Jaume Bofill (vegeu certificació del Ple de 7.6.93) una recerca sobre el coneixement de menors en situació de risc social dels municipis de la comarca, a fi i efecte de poder disposar d'una informació dimensionada que permetés dissenyar una oferta de recursos i serveis adients a les necessitats detectades.

Aquesta recerca, duta a terme entre els mesos d'octubre del 1993 i març de 1994, ha comptat amb la col.laboració desinteressada de diferents professionals que representen diferents serveis de la comarca que treballen amb menors en situació de risc social. Aquests serveis són els següents: dins de l'àmbit sanitari, el Servei de Pediatria de l'Hospital de Palamós i el Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ); dins de l'àmbit socio-sanitari, el Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç del Baix Empordà (CDIAP); dins de l'àmbit d'ensenyament, l'Equip d'Atenció Psicopedagògic del Baix Empordà (EAP); dins de l'àmbit de serveis socials, les Unitats Bàsiques d'Atenció Social Primària del Baix Empordà (UBASP), l'Equip d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència del Baix Empordà (EAIA), i dins de l'àmbit de justícia juvenil, el Delegat d'Assistència al Menor del Baix Empordà (DAM).

Els resultats de la recerca varen aportar considerables elements de reflexió, ja que més enllà de tota quantificació, ens donen un coneixement des de dintre, no solament de la comprensió de la problemàtica de les situacions reals o de risc social sinó de la dinàmica difícil i a vegades contradictòria de la mateixa intervenció social per part dels actors professionals dels serveis i dels recursos emprats per a la superació d'aquestes situacions. És per això que tots els professionals esmentats més amunt es constitueixen en comissió d'infància per dissenyar les eines de treball que ens han de portar a intervenir amb una visió globalitzadora i integradora.

SECUNDINO FERNANDEZ I SUAREZ, Secretari Acumulat del Consell Comarcal del Baix Empordà,

C E R T I F I C O:

Que en la sessió del Ple del Consell Comarcal del Baix Empordà, del dia 7 de juny de 1993 es va prendre, entre altres, l'acord següent, que prè de l'esborrany de l'acta diu:

15.- PROJECTE DE PROSPECCIÓ DE LES SITUACIONS D'ALT RISC SOCIAL DELS INFANTS I LLURS FAMÍLIES. APROVACIÓ.

. Vista la memòria explicativa del projecte de prospecció de les situacions de risc social dels infants i llurs famílies, redactat per la coordinadora de serveis socials d'aquest Consell Comarcal.

. Ateses les converses mantingudes amb la Fundació Jaume Bofill, l'objectiu de la qual és contribuir a la millora del benestar social mitjançant estudis i publicacions, per tal que s'encarreguin de la direcció i redacció de l'estudi.

. Atès l'informe d'intervenció.

El Ple del Consell Comarcal acorda per unanimitat:

. Primer.- Aprovar la memòria explicativa del projecte de prospecció de les situacions de risc social dels infants i llurs famílies.

. Segon.- Sol·licitar a la Fundació Jaume Bofill, la direcció i redacció de l'esmentat projecte.

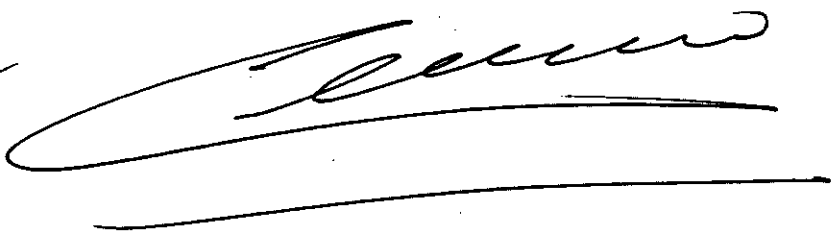
Lliuro aquest certificat a la Bisbal d'Empordà, el 9 de juny de 1993.

Vist i plau
El President



Albert Vancells i Noguer

El Secretari,



SINTESI DE LA PROSPECCIÓ DE LA SITUACIÓ DE RISC SOCIAL DELS INFANTS I LLURS FAMÍLIES A LA COMARCA DEL BAIX EMPORDÀ

El juny de 1993 el Consell Comarcal del Baix Empordà encarregà a la Fundació Jaume Bofill una "recerca sobre el coneixement de la realitat dels infants en risc social dels municipis de la comarca", a fi i efecte de poder disposar d'una informació dimensionada que permetés dissenyar una oferta de recursos i serveis adients a les necessitats detectades.

Aquesta recerca, duta a terme entre els mesos d'octubre de 1993 i març de 1994, ha comptat amb la col.laboració desinteressada de diferents professionals amb la característica comuna que tots ells treballen quotidianament amb infants maltractats: de serveis socials de base i especialitzats, d'estimulació precoç, d'ensenyament, de sanitat, de justícia i de gerència dels serveis socials. A tots ells el nostre més sincer agraïment per la seva entrega i la gran capacitat posada a prova per autoanalitzar la seva pròpia identitat professional.

Els papers que teniu a les vostres mans són una breu síntesi de l'informe final de la recerca, i desitgem que siguin de gran utilitat per a totes les persones que tenen contacte amb el món dels infants, així com per elaborar protocols de detecció, de tractament i de derivació dels casos.

QUÈ ÉS EL MALTRACTAMENT INFANTIL?

Segons l'Associació Catalana per la Infància Maltractada, "un infant és maltractat quan és objecte de violència física, psíquica i/o sexual. També si pateix manca d'atencions per part de les persones o de les institucions de les quals depèn per el seu desenvolupament". És a dir, es pot maltractar tant per acció com per omissió, i l'agent maltractador pot provenir tant del propi hàbitat familiar com de l'àmbit extern.

En el darrer sentit, parlem de "maltractament institucional" quan aquest resulta d'una legislació, programa, acció o omissió procedents dels poders públics o bé derivats de l'actuació professional d'un tècnic o funcionari dels poders públics i es pot produir produir en qualsevol dels diferents àmbits que tenen relació amb l'infant: sanitat, ensenyament, justícia i serveis socials.

Cal tenir present, però, que tant la noció d'infància com la de maltractament responen a representacions socials condicionades a contextos històrics i culturals concrets. La percepció sobre si el tractament que rep l'infant és l' "adequat" o no,

varia totalment depenent del marc de referència en el qual hom situa els "estàndards de vida" i el "benestar".

No podem oblidar tampoc que la consideració de maltractament en la societat occidental actual respon a la necessitat de preservar l'ordre social i a les seves formes de dominació i control social.

El maltractament i els factors socials amb els quals s'associa -el substrat predisponent al maltractament- són molt freqüentment producte de desigualtats estructurals provocades pel propi sistema econòmic. Prevenir el maltractament és una forma d'evitar que l'infant creixi en un ambient que el pot portar, en la seva etapa d'adolescent i d'adult, a esdevenir socialment conflictiu. En el mateix sentit, cal entendre el concepte de risc social com una protecció del propi sistema davant les possibles agressions d'uns determinats menors.

La complexitat i multifactorialitat que envolten una situació de maltractament fa necessària una intervenció multidisciplinària, tot i els perills de burocratització que comporta l'excessiva presència de serveis. En aquest sentit, és recomanable un acostament descentralitzat que possibiliti accions ràpides i coherents davant la situació problematitzada.

El professional que treballa en l'àmbit dels maltractaments infantils pateix un notable esgotament professional que pot fer anul·lar la seva mateixa capacitat tècnica i la més gran voluntat vocacional. El reciclatge i el sosteniment anímic i emocional, amb equip o amb l'ajuda d'una tercera persona, serà sempre indispensable.

METODOLOGIA

La recerca ha estat duta a terme des de dues perspectives metodològiques diferents

L'anàlisi de les situacions:

Consta de dos subapartats: En primer lloc, una aproximació quantitativa al fenomen a partir de dades recollides pels treballadors socials, les quals ens han possibilitat l'elaboració d'un perfil de les situacions de maltractament detectades per les Unitats Bàsiques d'Assistència Social Primària (UBASP) de la comarca (quedant-ne exclosos, conseqüentment, els nuclis familiars que no entren dins el circuit de serveis socials).

En segon lloc, un balanç avaluatiu dels professionals de la comarca corresponent als relats qualitius dels diversos casos que han estat objecte d'intervenció.

Aquesta informació estructural és útil com a crit d'atenció sobre aquelles constants i fenòmens que es repeteixen i que poden encaminar una intervenció

social adequada, tot i que es corre el perill d'analitzar més el que és considerat socialment com a maltractament que no pas el maltractament en la seva mateixa entitat.

L'autoanàlisi dels professionals (la intervenció sociològica)

El mètode de la intervenció sociològica, imaginat i posat en pràctica per Alain Touraine, intenta captar la significació que els actors -en aquest cas, els treballadors socials- donen a la seva conducta o pràctica professional, arribant a la comprensió de com ells mateixos produeixen la situació, sensibilitzant-se i analitzant-la críticament. Això possibilita: a) una oportunitat de reflexió i reciclatge, desmarcant-se del treball quotidià; b) un estudi de les relacions socials en el moment de la intervenció, i c) una reflexió col·lectiva sobre la realitat en el context d'un discurs autoarticulat.

El paper de l'investigador en la recerca és el de provocar l'autoanàlisi, fer visibles les contradiccions de l'acció i també la seva superació. No és, aleshores, un "productor" de coneixement sinó, ben al contrari, un "animador" del debat.

A fi i efecte d'aplicar aquest model metodològic, s'han realitzat cinc sessions de treball grupal en les quals els diferents professionals que hi han intervingut han reflexionat i discutit sobre totes les circumstàncies que envolten la seva pràctica quotidiana.

En aquestes sessions, s'hi ha plasmat el contrast de parers a través de models professionals diversos condicionats per la funció encomanada pel mandat institucional, que han de permetre l'elaboració de pautes de protocol, coordinació i d'intervenció en situacions futures en les quals es donin episodis de maltractaments infantils.

L'ANALISI DE LES SITUACIONS

El panorama de la realitat personal i estructural que dona i emmarca els paràmetres d'un perfil de les situacions familiars que es troben implicades en un episodi de maltractament d'un menor a la comarca del Baix Empordà és, en síntesi, el següent:

-Els adults integrants d'aquestes famílies són originaris en gran part de l'Estat espanyol, tot i que molts menors hagin nascut ja a la mateixa comarca o, almenys, a Catalunya. Hi ha una petita minoria nascuda fora de l'Estat espanyol.

-Majoritàriament el temps de la seva residència a Catalunya és de més de deu anys; només una quarta part en fa menys de deu i una minoria insignificant acaba d'arribar a casa nostra.

-Les parelles conjugals són, sobretot, formades per dues persones l'origen de les quals és, o de l'Estat espanyol, de fora de l'Estat o, en tot cas, mixtes amb un dels cònjuges autòcton. Les parelles en les quals ambdós són nascuts a casa nostra són només la cinquena part.

Pel que fa a la convivència, només en la meitat de les famílies els dos progenitors hi són presents. Les altres situacions són: o el pare o la mare sols, amb o sense altres familiars i persones. Es dona, també, una petita minoria de menors que es troben sense un adult a casa.

-La presència de l'adult no garanteix necessàriament una convivència; l'estabilitat efectiva dels membres a la llar és encara més difícil. Les constants són: més estable la mare i les altres persones, siguin familiars o no, que el pare, freqüència d'absències temporals sobretot de les mares i de no presència definitiva en els pares. Hi ha una minoria de situacions en les quals la privació d'estabilitat d'un cònjuge ho és per defunció.

-En un context de forta densitat familiar, la majoria dels espais habitats no excedeixen els 80 m² i àdhuc n'hi ha un 10% de menys de 50m². Al costat d'una important proporció de llars que són de propietat o de lloguer, n'hi ha que són ocupades en condicions singulars: gratuïtes, il·legals o amb conflictes de desnonament. Una bona proporció tenen problemes de salubritat i, encara, una minoria, sobretot d'emplaçament rural, per la seva particular ubicació presenten dificultats de desplaçament.

-Els aspectes formatius presenten en els adults en general un caràcter ostensiblement deficitari (són l'excepció els que han assolit uns nivells per sobre de la bàsica o l'ensenyament primari) i, pel que fa a la majoria dels mateixos menors, tot i estar quasi tots escolaritzats, no es troben al nivell acadèmic que els correspon. Hi abunden relativament els neoelectors i els analfabets i les dones es troben en clara inferioritat en aquest aspecte.

-Professionalment, es tracta bàsicament de treballadors i molts d'ells sense ofici; crida l'atenció l'alta proporció de persones empleades en el servei domèstic i la dels qui no han treballat mai a la seva vida. A més, cal afegir-hi tres característiques generalitzables: la inestabilitat, la precarietat i els que no tenen feina. No és en aquestes condicions estrany que hi predomini el terciari, incloent-hi la prostitució femenina.

-Les actituds més freqüents detectades en els progenitors són la inhibició i el nerviosisme o descontrol amb una prioritització inversa segons es tracti dels homes o de les dones. Han estat també detectades: la incapacitat personal o educativa, la confusió/neguit i el sentiment de culpa.

-La pressumpció pràcticament general és que els menors estan desprotegits, són objecte de maltractament psíquic i, àdhuc, per part d'una bona proporció d'homes, de maltractament físic.

-Les prioritats de treball plantejades pels professionals, pel que fa als adults, són per aquest ordre les temàtiques familiars (abandonament i maltractaments), les

relacions socials degradades per condicionaments psicològics o individuals, les qüestions relatives a l'àmbit de treball (formació, orientació, feina esporàdica i adaptació laboral), les temàtiques de salut (dependència, tractament o internament), les temàtiques econòmiques (ingressos insuficients o mal administrats) i els problemes d'habitatge.

-Pel que es refereix als menors, l'ordre de les prioritats de treball plantejades pels professionals, és: els temes escolars (aprenentatges, inadaptació i absentisme), els de relació social (integració, trastorns, problemes judicials i desatenció institucional), els familiars (relacions difícils, maltractament i negligències) i els de salut (malalties, dependències, tractaments i deficiències).

-El balanç avaluatiu que fan els mateixos professionals de la seva intervenció, insisteix: en el grau de desestructuració socioeducativofamiliar, en els episodis traumàtics tot i una certa capacitat de resposta per part de les persones implicades, en els indicadors de risc d'ordre personal i contextual que s'observen, en les demandes verbalitzades explícitament per part dels adults o dels mateixos menors, en la multiplicitat de serveis que s'han fet necessaris a l'hora de la intervenció, en la poca millora palpable observada malgrat la intervenció i en la necessària provisió de programes específics per al treball amb les famílies.

Tot i la descripció d'aquesta part de l'anàlisi, constatem el traçat d'un quadre realista que suposa un programa impressionant per al treball de les situacions en les quals hi ha un menor implicat en una conducta o situació de maltractament.

L'AUTOANALISI DELS PROFESSIONALS

Com definim el risc social?

El risc social varia en funció del context psicològic, familiar, socioeconòmic i cultural en el qual es troba immersa la persona. És, per tant, una categoria que cal contextualitzar en cada cas a partir d'un apropament multidisciplinar.

Això ens permet, aleshores, objectivar la definició de situacions de risc que han d'ésser objecte d'intervenció, malgrat que en la pràctica social aquestes es vegin condicionades a la disponibilitat de recursos per treballar el cas en el propi medi, al desfasament entre el nombre de casos reals i el nombre de casos als quals els serveis poden fer front (el que provoca que es posi un "llostó" a partir del qual una situació es considera de risc) i als criteris i grau d'implicació del professional en concret.

Sobre què cal intervenir?

El tema central és la protecció del menor. La intervenció social és legítima i necessària sempre que hi hagi implicats menors en risc o efectivament

maltractats, tot i que el maltractament es doni en un context de no reconeixament de la situació per part dels pares o responsables; tota la resta -l'atribució per part de la llei de la pàtria potestat a uns pares que no ofereixen garanties, l'ajut puntual a la família en termes de beques...- passa a un segon terme.

Però la intervenció no és sinònima d'imposició. Cal estar atent a cada cas per intentar generar, en el moment adient, consciència real de la situació. La professionalitat en serveis socials consisteix precisament a incidir allà on faci falta i saber immediatament com actuar si l'equilibri d'un moment donat es trenca.

La imprescindibilitat del diagnòstic i del director d'orquestra

Feta la detecció de la manera més precoç possible, la intervenció s'ha d'articular amb posterioritat a la realització d'una valoració i d'un diagnòstic. Això vol dir que s'haurà de veure on és el problema central o sobre el que és possible i convenient intervenir; lectura que és impossible de dur a terme sense recórrer a la multidisciplinarietat per elaborar un cert consens que reclama una coordinació.

En l'establiment de models i protocols d'intervenció s'hauria de contemplar l'important paper que pot jugar l'àmbit sanitari en la prevenció, diagnòstic i tractament dels casos, superant l'actual incomunicació i descoordinació entre sanitat i serveis socials.

Tenint en compte la insuficiència de recursos i la indefinició de les funcions professionals, es fa necessària la presència d'un "director d'orquestra" que garanteixi la coordinació entre els diversos serveis que intervenen: que estableixi la metodologia, que encamini les derivacions necessàries donant criteris i protocols, que aglutini les capacitats individuals i col·lectives dels professionals per dur a terme una fase concreta de la intervenció, etc.

Com cal fer les derivacions?

El dinamisme de la realitat social fa que les derivacions i retorns dels casos mai siguin vàlids permanentment. Això requereix una flexibilitat dels serveis amb una forta implicació de cadascun d'ells, de manera que el tractament es porti a terme en una xarxa de relació conjunta, la qual impedirà: a) que les derivacions desemboquin en una resposta tardana; b) que l'execució mai acabi d'ésser efectiva per conflicte de competències i c) que els serveis estiguin insuficientment coordinats per manca de comunicació. La derivació correcta ha d'evitar també anar seguint el joc familiar i ésser objecte, a més, d'una constant avaluació.

Les dificultats externes

Els condicionaments externs que restringeixen i limiten a intervenció social són, a grans trets:

1. La insuficiència o no disposició dels recursos adients en un àmbit determinat, o la mala distribució dels recursos existents.
2. La descoordinació o manca d'entesa entre les institucions de les quals depenen els serveis, i entre els polítics que les representen, així com entre els polítics i els tècnics.
3. La burocràcia que, tot i les raons d'eficàcia i de control que la justifiquen, acaba jugant un paper obstructor de la flexibilitat que seria desitjable en treball social i provoca també una indefinició de les funcions dels serveis per una excessiva ambigüïtat legislativa.

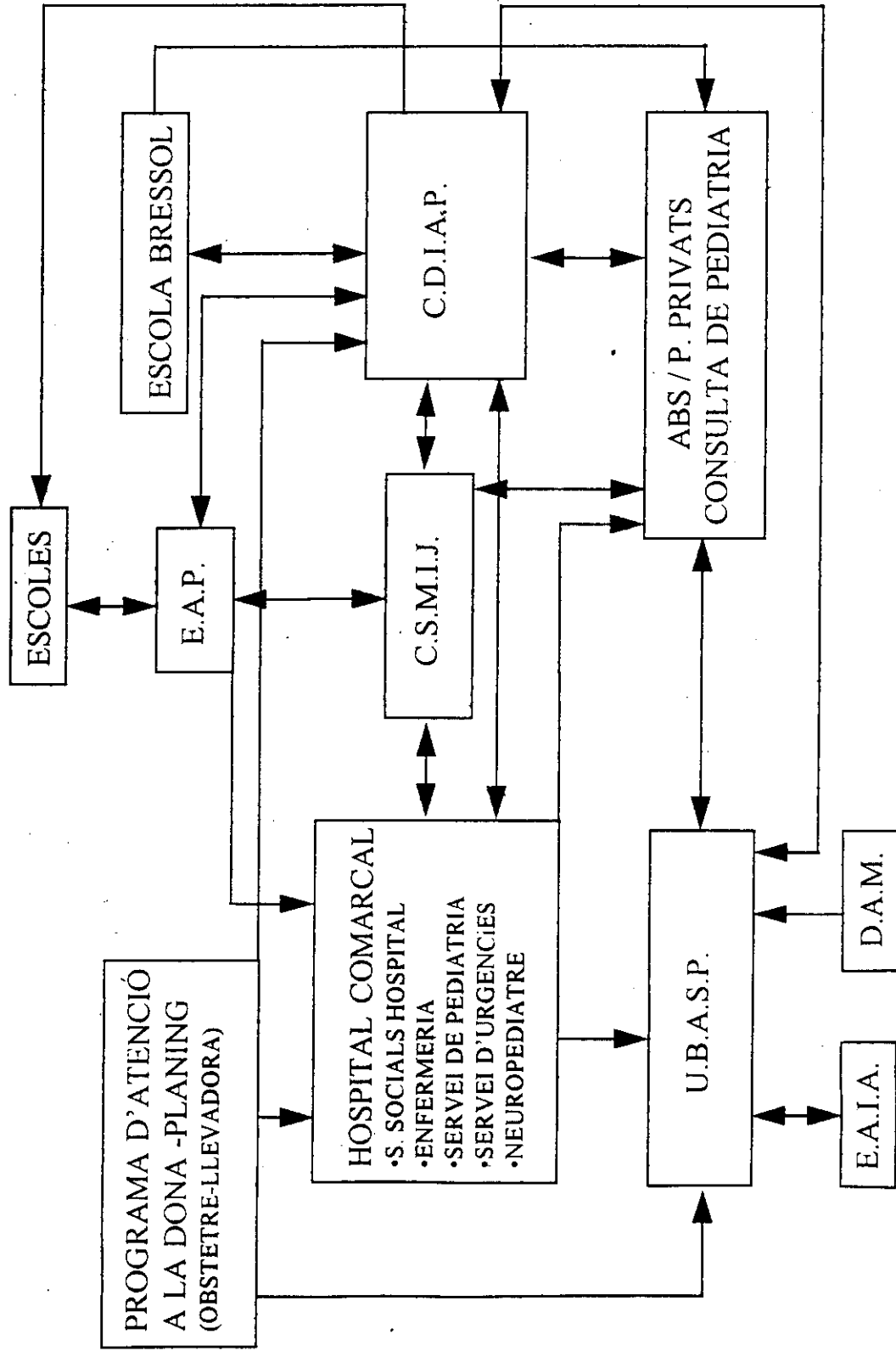
Quan es pot maltractar institucionalment?

Moltes de les mancances i dificultats amb les quals es troba la intervenció social que hem exposat en pàgines anteriors generen maltractament institucional. Caldria, a més, ressaltar altres situacions que produeixen sovint una cronificació dels casos:

1. Negativitzant la família tot ressaltant-ne els aspectes més dramàtics, en lloc d'incidir sobre les seves potencialitats.
2. La instal·lació professional com a refugi o mecanisme defensiu acaba desembocant en actituds impositives que no fan res més que cronificar les situacions.
3. Fer del menor la víctima sense adonar-se que la situació de risc és un símptoma d'una desprotecció social molt més àmplia: sobretot, de carència, de recursos personals i econòmics.

**CIRCUIT DE
COORDINACIÓ
ENTRE SERVEIS
SOCIALS
EDUCATIUS I
SANITARIS**

CIRCUIT DE COORDINACIÓ ENTRE SERVEIS:
 SOCIALS - EDUCATIUS - SANITARIS DEL BAIX EMPORDÀ



PROTOCOLS DE DERIVACIÓ I D'INTERVENCIÓ INTERSERVEIS

PROTOCOL DE DERIVACIÓ INTERSERVEIS

COMARCA DEL BAIX EMPORDÀ

OBJECTIU

L'objectiu d'aquest full és la derivació de l'usuari d'un servei a un altre, amb la finalitat que l'usuari sigui atès pel servei adequat i per tant cada professional intervingui en el seu camp propi, tenint en compte aspectes d'altres camps que poden influir en l'estudi i evolució del cas.

SERVEI / CENTRE DERIVANT I/O DESTINATARI

Qualsevol servei/centre que intervingui en un infant en risc social i/o la seva família, és a dir, els serveis o centres dels àmbits sanitaris socials i educatius.

COM S'HA D'OMPLIR?

DATA: Data de derivació

DADES DE L'USUARI:

Normalment faran referència al menor, però també poden ser dades d'algun familiar significatiu en l'evolució del menor.

MOTIU DE CONSULTA:

El servei o centre derivant explicarà quin motiu ha expressat l'usuari que justifica la presència en el servei.

MOTIU DE DERIVACIÓ:

Petició que el derivant fa al servei consultat.

ALTRES DADES D'INTERÈS:

Dades complementàries, si n'hi ha, que puguin ajudar a la resolució del cas

DADES DEL DERIVANT:

Són les dades de la persona derivant referent del cas.

DADES DEL DESTINATARI:

Són les dades del professional o centre a què va dirigida la derivació.

IMPRESSIÓ DIAGNÒSTICA I RECOMANACIONS:

En aquest apartat el destinatari escriurà la resposta des del seu àmbit professional, referent al motiu de consulta i derivació, un cop avaluat el cas, així com també les recomanacions que consideri oportunes per a l'usuari.

COMARCA DEL BAIX EMPORDÀ :
PROTOCOL DE DERIVACIO ENTRE
SERVEIS

DADES DE L'USUARI

Data ____/____/____
Nom i cognoms _____
Data de naixement ____/____/____ Edat _____
Domicili _____
Població _____ Tf. _____
Nom mare _____ pare _____
Tutor legal _____

SERVEI / CENTRE DERIVANT _____
SERVEI / CENTRE DESTINATARI _____

MOTIU DE LA CONSULTA

MOTIU DE DERIVACIÓ

ALTRES DADES QUE ES CONSIDERIN D'INTERES

DADES DEL DERIVANT

Persona de referència _____ Professió _____
Nom del centre _____
Telèfon _____ Hores de contacte _____ Fax _____

Signatura i Segell del sol.licitant

DADES DEL DESTINATARI

Persona de referència _____
Nom del Centre _____
Adreça _____
Telèfon. _____

PROTOCOL D'INTERVENCIÓ INTERSERVEIS

COMARCA DEL BAIX EMPORDÀ

OBJECTIU

L'objectiu d'aquest full és que les intervencions dels diferents serveis i/o professionals que estan intervenint en l'atenció d'un cas de risc social puguin ser coordinades i complementàries, evitant duplicitats i actuacions que es contradiguin amb les que desitja l'usuari per a la resolució dels seus problemes. A més tindria la utilitat de jerarquitzar l'ordre de les diferents actuacions segons prioritats, i com a eina d'avaluació de la intervenció per a la resolució del cas.

DESTINATARIS

Professionals de la UBASP. El professional responsable de cada cas emplenarà un full per carpeta-expedient, en què farà constar el diagnòstic social després de valorar els acords, i després de validar-lo amb la persona/família implicada, s'establiran les hipòtesis de treball a dur a terme (sanitat, ensenyament, serveis socials, justícia...), s'establirà un ordre de prioritats, i cada servei definirà d'acord amb la seva competència els objectius, les activitats i un temps determinat per assolir-ho.

El professional de la UBASP serà el referent del cas per als serveis implicats, és qui anirà emplenant el full a partir de les indicacions dels serveis que intervenen en el cas. La UBASP serà la responsable de convocar les sessions d'avaluació interserveis i qui globalitzarà la valoració de si s'assoleixen els objectius o no i en cas que no, s'haurà de replantejar i d'acord amb els serveis i la família, marcar-ne de diferents o redefinir els anteriors.

Malgrat aquesta funció de la UBASP de referent en la intervenció interserveis, el professional o servei referent per a l'usuari pot ser de qualsevol dels serveis implicats, el que sigui més idoni d'acord amb el procés del cas i l'oportunitat de relacions amb l'usuari.

COM S'HA D'EMPLENAR:

UBASP: UBASP responsable del cas

HISTORIA SOCIAL Núm: Cal anotar el núm. de la història social.

DATA: Data en què s'inicia el treball amb l'usuari.

SERVEI: Servei que es creu que ha d'intervenir d'acord amb les hipòtesis de treball proposades.

OBEJCTIU: Objectiu esperat de la intervenció del servei per a la resolució dels problemes plantejats per l'usuari.

CRONOGRAMA: Temps que es marca per assolir l'objectiu proposat.

AVALUACIÓ: S'ha d'anotar si s'ha aconseguit l'objectiu en el temps previst d'acord amb les activitats, el paper dels professionals i la participació de l'usuari destacant en cas de no assolir els objectius on s'han trobat les dificultats: en l'usuari, en els professionals, en la gestió de recursos...

ACTIVITATS/SERVEI: En aquest apartat s'anotarà a la part de dalt el servei que ha començat a treballar sobre el cas. A sota de cada un s'anotaran les seves activitats programades i les que s'estan realitzant. Aquesta part s'emplenarà en el moment de la coordinació amb el servei o serveis implicats.

UTILITZACIÓ PER A LA COORDINACIÓ: El professional de la UBASP referent de cada cas durà el full a les reunions de coordinació entre serveis on s'avaluarà el seguiment, les activitats que es van realitzant, els resultats, etc. per articular les diferents actuacions.

COMISSIÓ DE TREBALL

ÀMBIT DE SANITAT

Com a membres d'aquesta Comissió, ens dirigim a vosaltres per explicar-vos quin és el paper de l'àmbit sanitari, (CDIAP, CSMIJ, ABS/CAPS/HOSPITAL), en el programa sobre L'ATENCIÓ INTEGRAL DELS INFANTS I LLURS FAMÍLIES EN SITUACIÓ DE RISC SOCIAL.

Com es pot detectar l'existència d'una situació de risc social? Des del moment de la gestació i en el programa d'atenció a la dona, existeixen uns indicadors que ajuden els professionals (llevadora, ginecòleg) a detectar-ho. Posteriorment en el programa del nen sa i altres moments de consulta (pediatres, metges de capçalera, infermers, serveis d'urgències, CDIAP, CSMIJ), hi ha també indicadors de risc que poden alertar de l'existència de situacions de conflicte, que mereixen un tractament específic.

Què cal fer, un cop detectada una situació de risc social? Tenim a l'abast uns serveis socials de base (UBASP) com a primera línia d'actuació per derivar-hi aquestes famílies.

Des de les UBASP es dissenya el pla d'actuació per a cada família en coordinació amb la resta de serveis implicats en cada cas.

Un dels objectius d'aquesta jornada és informar-vos del treball que s'ha dut a terme en aquesta línia i engrescar-vos des del vostre lloc de treball perquè participeu activament en la realització d'aquest programa.

BENVINGUTS!

INDICADORS DE RISC SOCIAL EN L'ÀMBIT SANITARI

LLEVADORES

LA DETECCIÓ PRECOÇ EN ELS PERIODES PRENATAL I PERINATAL

- Edat molt jove de la parella o bé de la mare
- El desig o no del futur fill, com també del sexe
- Possibles manifestacions de rebuig (no fer plans, no parlar-ne, no augmentar de pes)
- Manifestacions depressives
- Dificultats relacionals amb la parella
- Sol·licitud d'avortament amb canvi posterior d' idea
- Dificultats laborals i/o econòmiques
- Dogroadicció
- Aïllament familiar
- Desconeixement dels nens i de la seva realitat quotidiana
- Primera visita després de les vint setmanes de gestació
- Menys de cinc consultes mèdiques durant l'embaràs
- Plantejament transitori de cedir l'infant en adopció
- Pares amb antecedents de maltractaments o negligències durant la seva infància
- Temperament violent i càstigs desmesurats als altres fills
- Refús de contacte amb el nen una vegada ha nascut
- Plantejament d'una vida molt dedicada al treball i a la relació social
- Visió diferent, més estressant i amb valoració negativa de la futura vida amb el fill
- Desatenció dels progenitors cap a altres fills
- Manca de recursos personals dels progenitors per fer-se càrrec de l'atenció del nadó
- Mala cura del nadó (problemes de desnutrició, manca d'higiene important)
- Qualsevol tipus de lesió cutània o traumàtica apareguda en el cos del nadó, sense una explicació clara i lògica

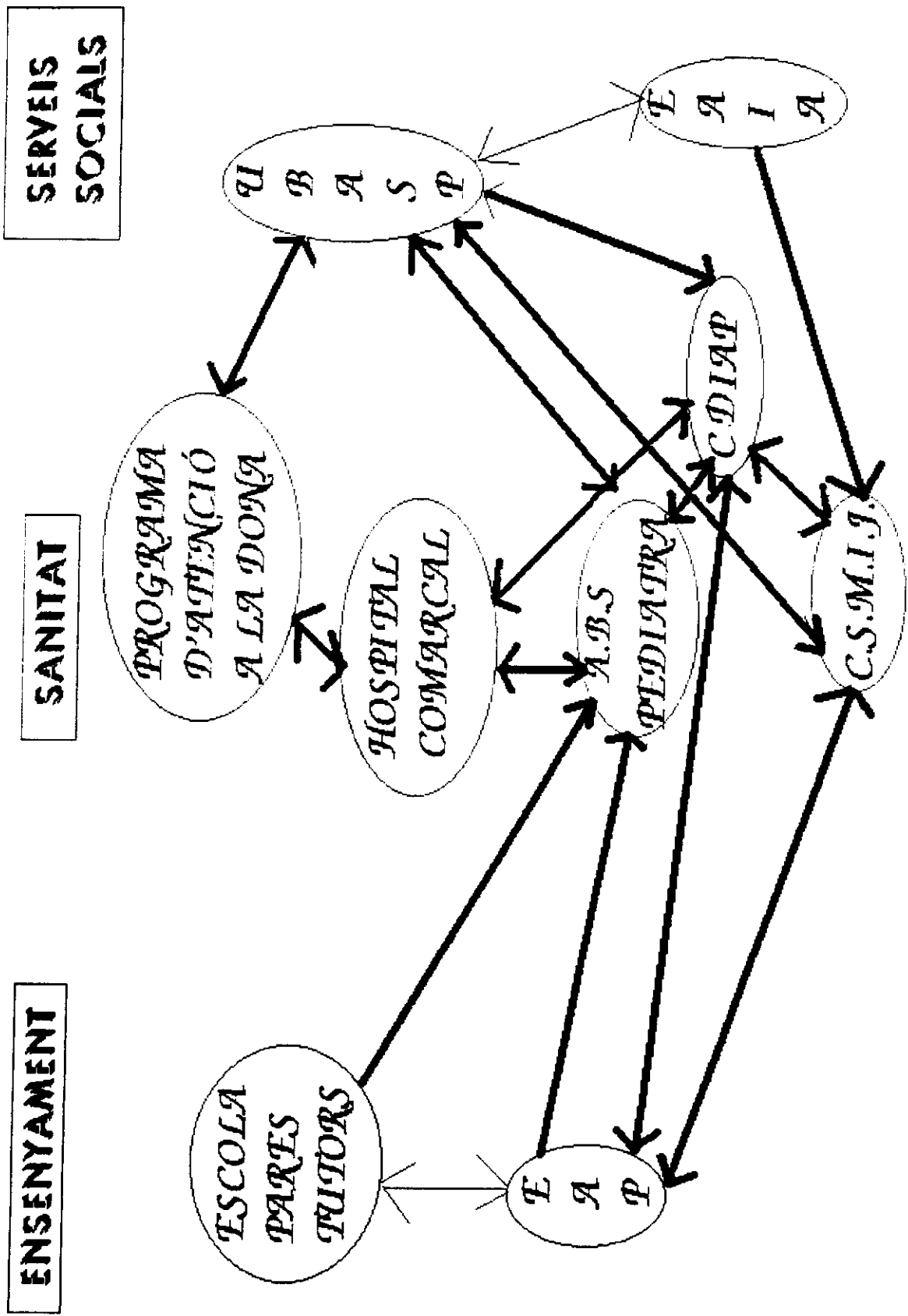
INDICADORS DE RISC EN L'AMBIT SANITARI

PEDIATRES

LA DETECCIÓ PRECOÇ EN EL PERIODE POSTNATAL

- Motiu de consulta que no concordi amb les troballes exploratòries
- Una lesió traumàtica sense una explicació convincent de la seva etiologia
- Existència d'un interval lliure entre el moment en què es van produir les lesions i el moment en què es porta el nen al centre sanitari
- Històries de múltiples "accidents", de gravetat o varietats molt diferents que són indicadors d'especial importància d'una situació de negligència
- Mecanismes de producció plenament discordants amb les capacitats del nen per la seva edat de maduració
- Discordança i contradicció entre les versions ofertes pels acompanyants, quan han estat interrogats separadament o bé quan s'han tornat a fer les mateixes preguntes al cap d'unes hores
- No es porta control del calendari vacunal o, fins i tot, potser que no hagi estat vacunat. Manca repetida del llibre de salut en les diferents visites
- Manca d'acompliment del tractament de malalties agudes i cròniques
- Manca d'una alimentació, o si més no, d'una aportació alimentària correcta amb actitud educativa
- Transtorns o problemes de comportament que provoquen variacions de la normalitat, per exemple l'ansietat de la separació que pot presentar el nen que comença a caminar
- Transtorns en el desenvolupament. Retard en l'evolució motora per problemes a l'hora d'assumir l'esquema motor, problemes d'aprenentatge, problemes en l'adquisició de la parla
- Dificultat per aportar dades clíniques prèvies, tot i l'existència d'antecedents mèdics previs
- Incompareixença a l'alta mèdica
- Visites repetides els dies que hi ha més concurrència familiar a la llar, sense que existeixi mai cap anomalia clínica ni exploratòria

CIRCUIT DERIVACIÓ SERVEIS SANITARIS



CIRCUIT DE DERIVACIONS SERVEIS SOCIOSANITARIS

Des del Programa d'atenció a la dona de les diverses poblacions de la nostra comarca, qualsevol dona embarassada a la qual la llevadora a través dels indicadors de risc social o bé de les observacions que ella hagi fet, detecti un possible signe d'alerta, cal que es posi en contacte amb la UBASP (Unitat Bàsica d'Atenció Social Primària) corresponent, amb l'hospital on naixerà l'infant i amb el CDIAP (Centre Desenvolupament Infantil d'atenció Precoç) i/o CSMIJ (Centre de Salut Mental Infantil y Juvenil) depenent del cas.

Pel que fa a l'Hospital de Palamós, si mitjançant els seus serveis (pediatria, urgències, neuropediatria, infermeria, assistent social...) detecten un nen en risc social es posaran en contacte amb els Serveis Socials d'Atenció Primària, amb el pediatre habitual del nen i amb el CDIAP i/o CSMIJ sempre segons el cas.

El pediatre habitual del nen, sigui privat o de l'ABS (Àrea Bàsica Salut), davant la sospita de risc social s'ha de posar en contacte amb la UBASP i el CDIAP i/o CSMIJ depenent del cas.

El CDIAP i el CSMIJ per la seva banda, quan atenguin un nen en risc social, es coordinaran amb els Serveis Socials de base, amb el pediatre del nen o si és pertinent amb l'Hospital Comarcal, amb l'escola bressol o amb l'EAP (Equip d'Atenció Psicopedagògica) si l'infant assisteix a parvulari.

COMISSIÓ DE TREBALL

ÀMBIT D'EDUCACIÓ

L'escola és l'única institució social que atén tota la població infantil entre els 3 i els 16 anys. D'aquí que el paper de l'escola, com a àmbit de detecció de situacions de risc social sobre els infants, sigui tan decisiva.

Els mestres conviuen dia a dia, cinc hores diàries, almenys, amb els nens i els coneixen amb precisió, tot i que en un marc grupal i institucional, diferent del context familiar o d'altres contextos. Els canvis que es poden produir en el comportament o en les actituds dels alumnes en un moment determinat, no els passen desapercebuts. Tot i així, sabem les dificultats per establir clarament quan i quins comportaments han d'alertar sobre una situació de risc. Igualment, sabem de les dificultats a l'hora d'intervenir en aquestes situacions o quan cal derivar cap als professionals competents.

Però aquest coneixement dels mestres i el caràcter comprensiu de l'escola que abraça tota la població, no poden significar -com sovint s'interpreta- que siguin els mestres els responsables de la salut física i mental dels nens ni, tampoc, els únics agents educatius competents. Les funcions educatives, i les responsabilitats, dels mestres estan perfectament definides i cal respectar-les.

Per garantir als mestres i als serveis d'assessorament de l'escola una més gran claredat davant les situacions de risc social, posem a l'abast dels participants en aquesta jornada un full de record dels indicadors de risc més fàcilment detectables a l'escola.

També aportem un quadre per explicar les possibilitats i les vies de derivació dels nens que presenten trastorns socials susceptibles d'altres intervencions.

Només amb una xarxa que no tan sols sigui el més completa possible, sinó que funcioni amb fluïdesa de relacions entre els diversos serveis que intervenen en l'atenció als infants, podrem garantir una intervenció eficaç.

Voldríem que aquesta jornada servís de reflexió per arribar realment a una atenció integral als infants, que a més a més de la situació de risc social, són alumnes que requereixen una atenció específica i normalitzadora a l'escola.

BENVINGUTS!

INDICADORS DE RISC SOCIAL EN L'ÀMBIT EDUCATIU

MESTRES

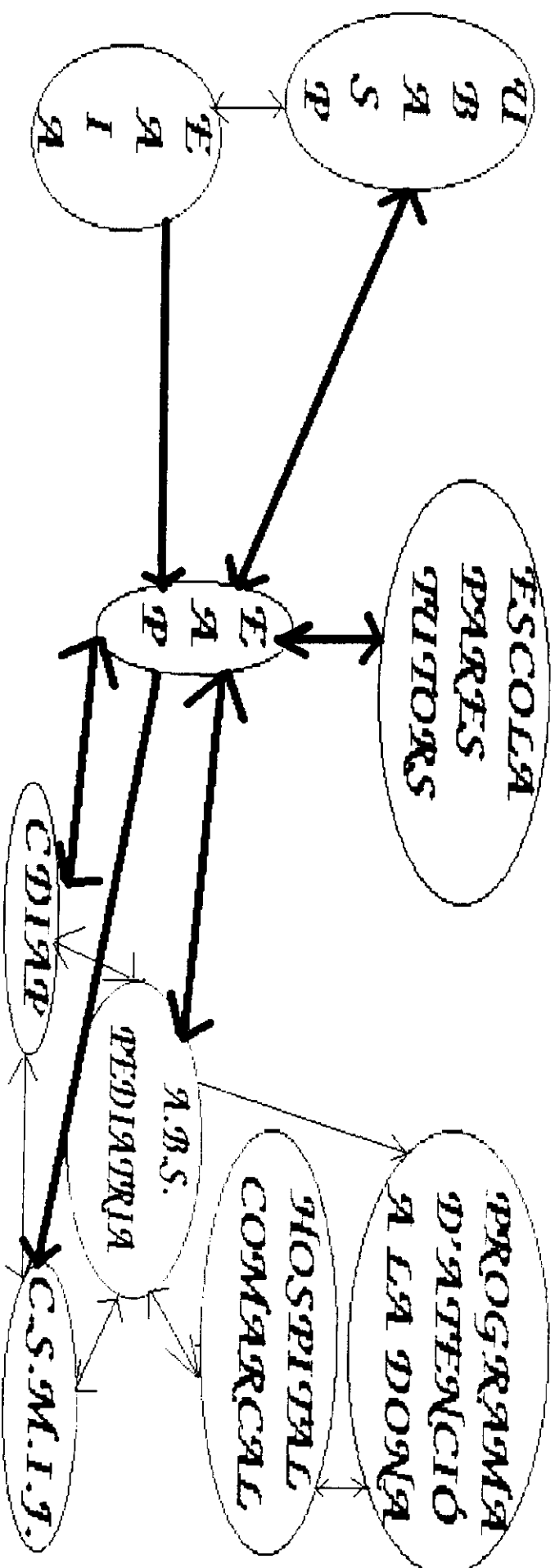
LA DETECCIÓ PRECOÇ PELS PROFESSIONALS DE L'ENSENYAMENT

- Presenta un mal aspecte físic: desnodrit, brut, porta roba inadequada per l'època de l'any que estem
- S'adorm a classe, sempre se'l veu cansat i amb son o bé malsons. Està trist i callat.
- Malalties llargues sense gaire explicacions, o repetits cops el mateix tipus de malaltia sense que hi vegem una atenció clara
- Se'l veu massa pel carrer. Està molt sol o a càrrec de persones grans o de germans de més edat.
- Manifesta poca confiança, té pocs amics i evita parlar de si mateix o de la seva família. És poc expressiu i difícilment plora o riu
- Busca la presència i l'estima de l'adult. Està sempre disposat a ajudar
- Presenta pors davant de situacions normals en la vida escolar: quedar-se sol, canviar-se per fer esport...
- Busca cridar desesperadament l'atenció amb la seva conducta, la qual pot ser negativa i agressiva; fins i tot, pot pegar a altres nens i fer destrosses. Vol ser el centre d'atenció
- Canvis sobtats en el seu estat emocional o psicològic. Això pot indicar que alguna cosa està passant i ho volen amagar
- Serioses dificultats a l'escola: no aprèn, no fa els deures, no pot prestar atenció ni concentrar-se
- Els pares no acudeixen a les entrevistes programades amb els mestres

**CIRCUIT
SERVEIS
SOCIALS**

**DERIVACIÓ
ENSENYAMENT**

**SERVEIS
EDUCATIUS
SANITAT**



CIRCUIT DE DERIVACIONS DE L'AMBIT D'ENSENYAMENT

L'EAP (Equip d'Assessorament Psicopedagògic) del Baix Empordà, format per 7 professionals (psicòlegs i pedagogs), cadascú dels quals es desplaça i presta els seus serveis a diverses escoles públiques de la comarca (Centre de Primària i Secundària) és el que rep les demandes de l'escola i les deriva cap als serveis oportuns.

En aquest quadre apareix per un costat el CDIAP (Centre de Desenvolupament Infantil i Atenció Precoç) amb qui es produeixen derivacions mútues, ja que els nens atesos per aquest Centre, passen amb molta probabilitat a partir dels 3 anys al sistema educatiu, i per tant intervé l'EAP en el procés d'escolarització.

Ahora és imprescindible que l'EAP hagi de derivar alumnes en risc social a d'altres serveis que depenen de Benestar Social o Sanitat.

El mateix Servei d'Ensenyament té els seus propis recursos complementaris que ofereixen assistència en trastorns específics. Uns serien els dirigits als nens que a més a més de la problemàtica social, presenten dèficits sensorials i motrius. En aquests casos, actuen els centres de recursos per deficiències auditives, visuals o l'EAP especialitzat en deficiències motòriques. Els nens amb deficiències psíquiques poden ser atesos en el marc de l'escola ordinària o a l'Escola d'Educació Especial ("Els Angels" de Palamós). També, dins les aules, actua el programa d'educació compensatòria que té com a objectiu la integració dels nens que poden sofrir marginació social.

Finalment s'ha de recordar que tot i que l'EAP canalitza les derivacions cap a tots aquests serveis, no necessàriament canalitza la devolució i el contacte entre alguns d'aquests serveis i la pròpia escola. Així, per exemple, és possible que l'EAP derivi el cas d'un alumne a una UBASP, per tal que el nen sigui atès en un Centre Obert, però que les educadores d'aquest Centre vagin a parlar directament amb el tutor sense la presència de l'EAP.

COMISSIÓ DE TREBALL

ÀMBIT SERVEIS SOCIALS

L'objectiu principal de la proposta és el d'avançar en una oferta de serveis i equipaments que potenciïn l'autonomia de la persona i el seu ple desenvolupament, com a membre responsable d'una unitat familiar de convivència.

Aquest model d'intervenció es basa en un canvi d'actitud dels professionals en la seva tasca:

1. Iniciar el treball a partir dels recursos i de la situació pròpia de la persona.
2. Potenciar les capacitats de la persona.
3. Partir d'una visió globalitzadora i integradora.

La intervenció parteix de plantejaments on la persona i el nucli de convivència familiar són el punt de partida. Les persones que demanen atenció són persones capacitades i per tant poden amb la nostre intervenció:

- -Definir i reconèixer les seves mancances.
- -Definir el seu projecte de vida.
- -Establir relacions de col.laboració i participació activa en la recerca de recursos per a la resolució dels seus problemes
- -Possibilitar la implicació en l'entorn comunitari com un espai generador i normalitzador de les disfuncions sociofamiliars

Des d'aquesta òptica cal una planificació conjunta amb tots els sectors que intervenen, atesa la presència de situacions multifactorials en una mateixa família (socials, econòmics, culturals, sanitàries, educatives...) i perquè cal siguin ateses des d'una resposta d'actuacions integrades.

Per dur a terme tot això es proposen els protocols: interserveis i de derivació, per a la seva discussió i anàlisi.

BENVINGUTS!

PROTOCOL D'EXPLORACIÓ PER A UNA INTERVENCIÓ I LA DERIVACIÓ

La Història social personal juntament amb la informació que recull la Història social familiar són la base documental per elaborar un diagnòstic social i definir el pla d'intervenció, segons la demanda o encàrrec i l'acord establert. En aquest document es registra la biografia personal i el rol que exerceix la persona atesa en relació al nucli de convivència i al seu entorn.

CONTINGUT

El disseny consta de set apartats:

- Familiar-relacions
- Estudis i formació
- Salut
- Treball
- Activitats i educació social
- Ecomapa
- Altres dades d'interès

En cada un d'aquests apartats registrarem (igual que en la Història social familiar) sols aquells aspectes amb entitat suficient per ser tinguts en compte, com a condicionant per elaborar el diagnòstic.

La transcripció d'informació en aquests apartats es farà a mesura que ho permetin les entrevistes realitzades.

El disseny que s'ofereix permet ordenar la informació en cadascun dels apartats, referent als antecedents i a la situació actual. Si bé és una història narrativa, cal registrar les dades amb la màxima concreció.

Per ajudar a omplir la Història social personal oferim les següents pautes orientatives:

Familiar-relació

- Cobertura de les necessitats primàries bàsiques.
- Migracions.
- Responsabilitats domèstiques: hàbits, administració econòmica, etc.

- Institucionalització: empresonaments, centres de menors, reformatoris, residències.
- Conflictes per desviacions de conducta: agressions, delinqüència, etc.
- Situació legal: indicar si hi ha suspensió o pèrdua de la pàtria postestat, divorcis, separacions, etc.
- Capacitat i dificultat per establir relacions familiars i d'entorn. Constatar les relacions entre els membres de la llar, amb altres familiars, amics, veïns, companys de treball o estudi i participació en entitats i qualificar-les de conflictives o favorables.
- Actitud i recursos davant les necessitats i problemes.
- Capacitat d'acceptar l'ajuda.

Estudis i formació

- Escoles on s'ha format, nivell obtingut.
- Formació no reglada.
- Educació especial.
- Intervenció d'equips de suport.
- Lloc i nom del centre actual, curs.
- Integració a l'escola o centre.
- Característiques de l'escola o centre.
- Valoració que fa dels estudis.
- Valoració del centre - Accessibilitat- Proximitat.
- Expectatives de futur.
- Opinions del mestre o tutor.

Salut

- Tipus de cobertura sanitària. En cas de no existir cap antecedent sanitari es farà constar.
- Salut física i psíquica, indicant diagnòstic, tractaments, hospitalitzacions, crisis, malalts crònics o terminals.
- Cobertura de les necessitats bàsiques derivades de malalties (medicaments, règim dietètic, etc.)
- Pèrdua d'autonomia o grau de dependència.
- Pronòstic i previsió evolutiva de la malaltia.
- Hàbits alimentaris, higiènic, tòxic.

Treball

- Història professional i laboral.
- Inestabilitat laboral. Motius.
- Treball actual, horari, qualificació, integració laboral.
- Accidents laborals.
- Dades referents a l'atur, data d'inici i final.
- Subsidi d'atur. Data d'inici i final.

- Si realitza algun curs de capacitació laboral.
- Si busca primera feina.
- Cotitzacions: temps de cotització (anys i mesos).
- Pensions, indicar data, inici i el concepte.

Activitats i educació social

- Indicarem quines afeccions té i les activitats culturals, esportives i associatives que practica o en les quals participa, o les que desitjaria realitzar i els seus centres d'interès.
- El coneixement que té del seu medi (barri, poble, ciutat, país).
- Els espais per on circula habitualment
- Diferenciar temps no ocupat de temps lliure.

ECOMAPA

És la representació gràfica de les relacions personals que hi ha entre el subjecte i el seu medi.

ALTRES DADES D'INTERÈS

Aquest apartat està obert a la discrecionalitat dels professionals de l'equip. Presenta un peu de pàgina per assenyalar les següents dades, relatives a com la persona atesa ha arribat al servei.

- Tramès per
- Forma de connexió inicial
- Altres persones, professionals o no, que intervenen i el motiu

INDICADORS DE RISC SOCIAL EN L'ÀMBIT DE SERVEIS SOCIALS

Generalment perquè hi hagi una situació de risc hi ha d'haver un subjecte pacient (en aquest cas el nen), uns desencadenants (o factors afavoridors), un instrument (o canal) i un subjecte agent o maltractador. En el cas concret dels menors, qui són o qui poden ser els maltractadors?

Considerarem com a maltractador tota persona, grup o institució que, mitjançant la seva actuació, ja sigui per acció o per omissió, causi un dany significatiu a un infant.

D'acord amb aquesta definició, arribem a la conclusió que tothom és maltractador. Amb l'objectiu de concretar al màxim aquesta figura i d'establir una frontera entre la normalitat i la anormalitat, considerarem només aquells casos que, o bé sigui una pràctica habitual (freqüència) o bé les seves conseqüències siguin molt greus (intensitat).

Segons aquesta definició podem subdividir els maltractadors en dos grans grups:

1. ELS INDIVIDUS

2. LES INSTITUCIONS

Els primers seran produïts per acció o omissió, pel comportament d'una o diverses persones, mentre que els segons ho seran per les institucions, organismes, etc., els quals es poden realitzar no únicament d'acord amb els resultats, sinó també en funció de les característiques, normes, dinàmiques de funcionament, etc.

Poden ser institucions maltractadores l'escola, els tribunals, els hospitals, les administracions, etc.

Els **INDIVIDUS**, alhora, es poden subdividir en:

1.1. FAMILIARS

1.2. EXTRAFAMILIARS

Els primers seran membres de la mateixa família del nen, mentre que els segons seran aliens. Aquests darrers, podran ser coneguts o desconeguts per a l'infant.

No voldríem acabar aquest punt corresponent als maltractadors sense comentar breument dos tòpics, que ens semblen totalment erronis, atribuïts a aquesta figura.

El primer fa referència a la classe social. Sovint hom creu que el maltractament de nens està directament relacionat amb l'estatus socioeconòmic de les persones en el sentit que, quan més desfavorides són, més probabilitats hi ha que es produeixi.

Aquesta opinió és completament falsa. Es produeixen maltractaments en tots els nivells de la nostra societat. El que pot canviar és, d'una banda, la forma (evidentment una situació d'abandó serà menys espectacular en infants pertanyents a classes benestants) i de l'altra, els mecanismes de control social, els quals solen fer una selecció i uns filtratges que solen beneficiar classes més afavorides. Segurament aquests dos factors, entre d'altres, contribuiran a engendrar aquesta visió esbiaixada. Per tant, com a professionals avaluem un cas, no rebutgem la possibilitat de maltractament pel fet que pugui pertànyer a una conjuntura social "normalitzada".

El segon tòpic fa referència al tema de culpabilitat. Habitualment i errònia, quan es descobreix un cas de maltractament, hi ha una tendència generalitzada (tant per part de la població en general com també d'un nombre important de professionals) de voler trobar un culpable en qui poder descarregar tots els sentiments negatius que tal fet comporta.

Aquesta actitud, en el millor dels casos, s'ha de considerar com a estèril absolutament. El tema de la responsabilitat i de la culpabilitat són llargs, complexos i superen els límits d'aquesta publicació. No obstant això, i sense voler entrar plenament en el tema, creiem important assenyalar que, més que anar a cercar un responsable (la qual cosa és de difícil discriminació), el que ha de fer un treballador social és centrar els seus esforços a recollir el màxim d'informació, fer un estudi en profunditat, un diagnòstic acurat i desenvolupar una intervenció positiva per evitar que aquests es tornin a produir.

LA DETECCIÓ

Tal com dèiem abans, la primera fase per la qual passa qualsevol intervenció professional en el tema dels maltractaments és la de la detecció, o sigui la percepció d'un acte o d'una situació que pot arribar a constituir, o que cal considerar com a maltractament.

No cal pas dir que aquesta és una tasca molt important ja que si un cas no és detectat, és del tot impensable de poder-hi intervenir i, per tant, de poder-hi trobar una solució.

Aquesta detecció, en l'àmbit dels serveis socials, pot situar-se a dos grans nivells: **PREVENCIÓ**: Quan la detecció es produeix just abans que s'iniciï la situació de maltractament, o quan aquest es troba en una fase inicial.

DETECCIÓ DE FET: Quan ja s'ha produït

Així, doncs, és senzill de comprovar que els professionals del treball social i els de primària en particular, per les seves pròpies característiques d'intervenció, hi tenen una posició privilegiada.

En quins àmbits concrets de la seva actuació poden exercir aquesta tasca de detecció els professionals de la U.B.A.S.P? Bàsicament en tres:

- 1. El treball individualitzat.**
- 2. El treball amb institucions.**
- 3. El treball comunitari.**

1. En el treball individualitzat/familiar a través de les necessitats expressades mitjançant: els mateixos interessats (nen, família, o nucli de convivència), familiars llunyans, veïns o amics.

Igualment, és també una bona font de detecció l'observació dels nens que estan presents en una entrevista: el nivell d'higiene, el vestit, la mirada absent, el tracte bruscat, la manca d'afecte o els comentaris negatius i despectius que pot fer de l'adult que l'acompanya, etc. Són símptomes que poden posar-nos en situació d'alerta.

2. En el treball amb institucions de la zona que tenim encomanada. Efectivament, en la relació amb guarderies, escoles, esplais, CAP, cal que els demanem la seva col.laboració perquè també es preocupin de detectar possibles casos de maltractament i, davant de situacions amb un alt nivell de sospita de l'existència de maltractaments o de situacions confirmades de maltractaments, ens n'informin per poder-nos coordinar i, tant si es tracta de famílies conegudes com desconegudes pel nostre servei, estructurar alguna intervenció.

3. **En el treball comunitari**, a través de projectes de prospecció específica i també en executar-ne de dinamització i organització de la comunitat. També és molt interessant organitzar campanyes conjuntament amb dispensaris de pediatria, tocoginecologia, etc.

FACTORS DE RISC

A continuació exposarem uns factors que es consideren de risc, els quals cal que tinguem un compte ja que ens alerten davant d'una possible situació de maltractament.

Segons KEMPE hi ha:

- un determinat tipus de nen,
- un determinat tipus de pares,
- unes determinades circumstàncies.

Per tant, quan valorem factors de detecció de maltractament, haurem d'analitzar-ne els factors individuals, familiars i socials.

Un altre expert, el Dr. Heller, afirma que en l'etiologia de l'abandonament i maltractament infantil conflueixen els següents factors condicionants:

- Pares especials.
- Nen especial.
- Tolerància cultural.
- Crisi descencadenant.

Segons una publicació de l'Ajuntament de Barcelona, poden també assenyalar-se com a factors de risc relatius les característiques d'alguns barris i la població que hi habita.

Resumint, doncs, podem considerar:

1. "Nens amb risc". Són els que tenen unes característiques psicofísiques específiques i que viuen en el si d'una família amb dificultats, el que fa que tinguin una major probabilitat de patir maltractaments. D'aquestes característiques destacariem com a més importants:

- Nens que han estat separats dels seus pares, sobretot en els tres primers mesos de vida.
- Nens nascuts d'una unió anterior, rebutjats pel nou cònjuge.
- Nens que presenten algun dèficit (psíquic, físic, sensorial...)
- Nens no desitjats, "inesperats".

- Nens hiperactius i/o de plor continu.

2. "Pares amb risc". Són els que presenten unes característiques formals i/o socials d'instabilitat, de desestructuració i de falta de seguretat que faciliten una inassistència vers les necessitats dels menors que conviuen amb ells. Entre d'altres destacariem els trets següents:

- Han sofert maltractaments quan eren nens.
- Són mares solteres, molt joves, aïllades i rebutjades pel seu medi familiar.
- S'observen trastorns en el postpart.
- Presència d'alcoholisme o altres tòxics.
- No s'interessen pel menor.
- N'esperen més que no pas pot donar.
- Utilització d'una disciplina excessivament dura o inadaptada a la realitat del nen.
- Inmaduresa, falta de seguretat, control d'impulsos deficient, passius, amb evidents dèficits afectius (que esperen que siguin coberts pels seus fills), baixa autoestima i, fins i tot, retard mental.

3. "Situacions amb risc". Serien aquelles contingències desfavorables, aquelles circumstàncies psicosocials, familiars i/o individuals que fan augmentar la probabilitat que es produeixi una situació de maltractament en aquells nens que s'hi troben immersos. Destacariem:

- Insuficiència de recursos, atur.
- Amuntegament i/o dèficits d'espai.
- Promiscuïtats i/o concubinats successius.
- Immigració i/o canvis de casa.
- Hospitalitzacions, institucionalitzacions o empresonaments repetitius i retorns posteriors.
- Nous embarassos.
- Episodis puntuals que poden provocar estrès: mort d'un familiar, pèrdua d'un treball, una avaria, una despesa econòmica inesperada...

4. Un "índex de risc" en alguns barris s'ha obtingut fent una correlació entre els ítems següents:

- Índex de població infantil.
- Índex d'escolaritat.
- Nivell de retard escolar.
- Taxa d'analfabetisme patern.
- Nivell d'escolarització dels pares.
- Existència d'equipaments.

Una altra "situació de risc" que pot ser que no s'hagi estudiat tant, però que val la pena destacar, és la que fa referència als nens acollits o adoptats, especialment quan es tracta de nens grans, els quals solen presentar conductes difícils, retards, problemes escolars, etc.

Efectivament, en ocasions els pares adoptius, que han passat molts anys desitjant adoptar un infant que, en la majoria d'ocasions, no han pogut engendrar, tenen una tendència a idealitzar-lo i quan no poden adoptar un nadó, són "reconvertits" perquè acceptin nens que segurament han viscut situacions difícils que els poden haver marcat profundament. Això pot provocar greus problemes de relació i d'acceptació de l'autèntica realitat d'un nen i produir situacions de maltractament.

ELEMENTS DE DETECCIÓ

Passem ara a descriure, de forma breu i esquemàtica, aquelles característiques concretes, per a cada tipus de maltractament, que ens ajudaran a discriminar la seva existència.

1. Maltractament físic

a. Característiques físiques:

EQUIMOSI I MARQUES DE COPS INEXPLICATS:

- a la cara, els llavis, la boca.
- en el tòrax, l'espatlla, les natges i cames.
- que es troben en diferents etapes de cicatrització.
- agrupades formant un dibuix regular que ens recorda un objecte (cinturó, cable, martell...).
- en diverses zones.
- que apareixen o augmenten regularment després d'un període d'absència (vacances, cap de setmana...).

CREMADES INEXPLICADES:

- de cigarreta.
- en llocs "difícils": l'espatlla, les natges i plantes dels peus, el palmell de la mà,
- per immersió en aigua bullent: en forma de guant, mitjó, de cercle a les natges, als genitals. d'aparell elèctric, com per exemple una planxa.
- en forma circular en els braços, les cames, el coll, el tòrax.

FRACTURES INEXPLICABLES:

- de crani, de nas, de cara.
- en diverses etapes de cicatrització.
- múltiples o en espiral.

LACERACIONS O ABRASIONS INEXPLICADES:

- la boca, als llavis, o als ulls.
- als òrgans genitals externs.

b. Característiques de comportament:

- Desconfiat en la relació amb adults.
- Inquiet quan altres nens ploren.
- Comportament que arriba a extrems d'agressivitat o reaccions d'absència.
- Temerós dels pares.
- Por d'arribar a casa.
- Manifesta haver estat lesionat pels pares o qualsevol adult.
- Manifesta gran ansietat en activitat normals com ara el canvi de bolquers.

2. Negligència i abandó

Per la facilitat de detecció d'aquest tipus de maltractament, que és el que més hem observat en el nostre estudi, assenyalarem alguns indicadors que ens ajudaran a la recollida de dades i a la seva posterior interpretació diagnòstica. Amb aquesta finalitat els hem dividit en set grans blocs:

1. Alimentació
2. Sanitat
3. Higiene
4. Habitatge
5. Temps lliure
6. Son
7. Relació amb els pares

1. Alimentació:

FREQÜÈNCIA:

- Encara que menja cada dia, sovint falla en algun àpat.
- Menja de manera totalment desordenada i caòtica i, fins i tot, hi ha dies que no ho fa.

QUALITAT:

- La dieta és molt desequilibrada, excepte algun aliment que pot prendre de forma regular, la resta queda a l'atzar i segons les circumstàncies. També les formes de menjar són del tot incorrectes (per exemple biberons als 3 o 4 anys).

REGULARITAT HORÀRIA:

- Sovint s'obliden de l'hora de menjar. El nen ho farà bé quan ho demani, quan esdevingui la conjuntura o quan hi hagi algú disposat a donar-li el menjar.

CONDUCTA:

- El moment de menjar és conflictiu i esdevé una situació agressiva i de rebuig. L'infant és totalment passiu i dependent pel que fa a l'alimentació.

2.Sanitat:

ATENCIÓ MÈDICA:

- Mai l'han dut al metge o l'hi han portat alguna vegada d'urgència, perquè l'han trobat molt malament.

ATENCIÓ SANITÀRIA:

No fan cas dels consells i/o les recomanacions sanitàries. A l'infant li falten o, fins i tot, no porta vacunes.

3.Higiene:

HIGIENE CORPORAL:

- Generalment va brut o molt brut. El bany és esporàdic o inexistent. A vegades es limiten a netejar-li la cara i les mans al matí.

ROBA:

- Sempre va amb la mateixa roba, en té poca i en mal estat. Porta peces que no es relacionen amb el temps que fa.

4.Habitatge:

- No té cap espai propi. Dorm amb algú més al llit. La casa és petita i/o amb perills domèstics. Només hi ha una sola cambra on fan tota la vida i és o pot ser insalubre.

5.Temps lliure:

- Només surt de casa si algun familiar ha d'anar a comprar o a fer alguna gestió.
- Sovint, i més si és molt petit, es queda sol a casa i passa molts dies sense sortir, i quan surt no sempre ho fa a llocs prou apropiats.

6.Son:

- Té un ritme inconstant, que li provoca serioses dificultats d'adaptació.
- Sovint se'l veu cansat i amb son.

- Els seus horaris de repòs no es tenen en compte i se li imposa el ritme dels adults, sovint desordenat i incoherent.

7.Relació amb els pares:

- L'infant no veu mai el pare o la mare, o bé els veu esporàdicament.
- El tracten de forma incoherent, a vegades com una càrrega molesta o, fins i tot, amb agressivitat.
- No li manifesten afecte ni tendresa.
- No s'hi comuniquen suficientment i quan ho fan la comunicació no és acord amb les seves necessitats o situacions.
- Només a estones curtes pot moure's lliurement, la resta del temps està quiet o immobilitzat.
- Té poques joguines o bé no en té, perquè no n'hi proporcionen o perquè n'hi llencen.

3.Maltractament psíquic

a.Characterístiques físiques:

- Trastorns del llenguatge o de la locució.
- Retard o aturada en el desenvolupament físic.

b.Characterístiques de comportament:

- Tics (xuclar, mossegar...).
- Trastorns conductuals (antisocial, destructor, etc.)
- Síntomes de tipus neuròtic com ara trastorns del son, inhibicions en el joc, etc.
- Reaccions psiconeuròtiques (histèria, possessió, compulsió, fòbies, hipocondria, etc.).
- Conductes extremes: molt acomodatiu, passiu o agressiu, exigent.
- Conducta fàcilment adaptable. Excessivament adulta o infantil.
- Retards en el desenvolupament.

4.Submissió i explotació sexuals

Ajuntem aquests dos tipus de maltractament "submissió sexual" i "explotació sexual" ja que comparteixen els mateixos elements de detecció.

a. Característiques físiques:

- Dificultats per caminar o per seure.
- Roba interior estripada, bruta, tacada de sang o de semen.
- Dolor o picor a les zones genitals.
- Ferides o hemorràgies als òrgans genitals externs, zona vaginal o anal.
- Malalties venèries.
- Embaràs no esperat del qual no queda clara la paternitat

b Característiques de comportament:

- Poc interès a participar en algunes activitats físiques i/o resistència a canviar-se de roba.
- Afectacions emocionals importants.
- Actitud absent, conducta normalment infantil.
- Comportament i concepcions sexuals estranys, sofisticats o inhabituals.
- Relacions dolentes amb els seus semblants.
- Manifestació d'haver patit una agressió sexual.

c. Conducta de les persones que se n'ocupen:

- Antecedents d'abús sexual en el seva infantesa.
- Extremadament protector o gelós amb l'infant.
- Alcoholisme i toxicomanies.
- Absència freqüent de la llar familiar.

5. Explotació laboral

Aquest sol ser un maltractament força evident i relativament senzill de detectar. Per tant, amb la simple observació del desenvolupament d'una activitat laboral o captaire ja tenim suficients elements per poder concloure que es produeix maltractament.

No obstant això, en les ocasions en què el treball implica un esforç excessiu per a les possibilitats de l'infant, quan s'utilitzi algun tipus de substància tòxica o en els casos que pot tractar-se d'una activitat delictiva, destacaríem els elements següents:

- Cansament, apatia,
- S'adorm,
- Mals de caps, náuses, cruiximents, o dolors,
- Ferides, contusions, cremades, etc.,

- Porta habitualment molts diners i se'ls gasta,
- Observem o ens informen de robatoris i/o conductes delictives, Detencions.

6.Submissió químicofarmacèutica

Indicadors més importants:

- Mares exageradament amables, que demostrin gran veneració pel fill, i que, en cas d'hospitalització, presenten una freqüència de visites molt superior a la normal.
- S'observa, o els mateixos nens manifesten, un consum elevat de fàrmacs (aspirines, fenotiazines, barbitúrics, imipramina, insulina, etc.).
- Nombroses hospitalitzacions i/o absentisme escolar, sense que hi hagi un diagnòstic clar.
- Quadres neurològics o de coma de difícil explicació. Convulsions repetides que cedeixen difícilment amb els tractaments habituals.
- Antecedents de malalties estranyes, agressions o accidents freqüents o fins i tot morts sobtades.
- Ambients familiars relacionats amb drogues i/o amb intents de suïcidi.

7.Maltractament prenatal

En els futurs pares:

- Ser menor de 20 anys.
- Haver estat institucionalitzat a la seva infància.
- Haver tingut problemes amb la justícia.
- Parella aïllada i inestable.
- Episodis de violència familiar.
- Retardats mentals.
- Patir trastorns psiquiàtrics.

En l'embaràs actual:

- No l'han desitjat.
- Desitgen tenir un fill d'un sexe determinat, o amb determinats trets físics.
- Hi ha manifestacions de rebuig de l'embaràs com són: no han pensat cap nom, la mare no guanya pes, no fan plans, no en parlen.
- Sol·licitud d'avortament, que és denegat o bé canvia posteriorment d'idea,
- No ha anat mai al metge per controlar l'embaràs o ho fa després de les primeres 20 setmanes,
- Han pensat o demanat l'adopció, malgrat que no arribi a formalitzar-la.

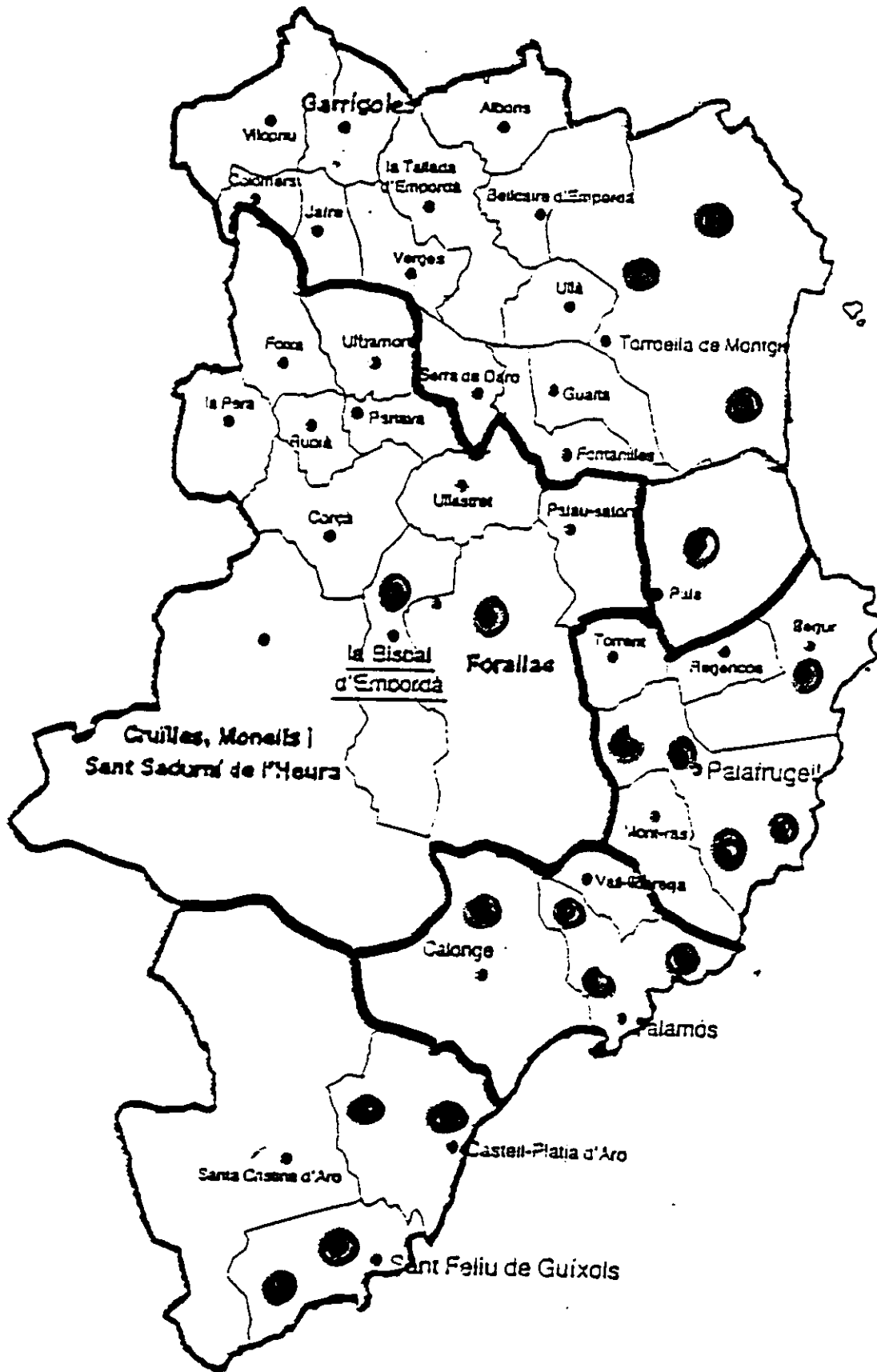
En l'entorn:

- No fa cap preparació per al part,

- Molt aïllats.
- Nivell socioeconòmic i cultural molt baixos,
- No tenen relació amb familiars ni amics,
- Provenen de medis negligents.

És evident que un sol factor no indica que hi hagi risc, n'hi haurà d'haver tres o quatre, com a mínim.

MAPA D'UBICACIÓ DE LES ESCOLES BRESSOL A LA COMARCA DEL BAIX EMPORDÀ



ADRECES DE LES ESCOLES BRESSOL

Baix Empordà

ESCOLA BAMBI ♠
Pere Joan, 27
17230 - PALAMOS

ESCOLA MONTISBEL ♠
Miquel Cervantes, 13
17230 - PALAMOS

ESCOLA KUMBAIA
Camí vell de la Fosca, 10
17230 - PALAMOS

ESCOLA TOMANYI •
Angel Guimerà, s/núm.
17200 - PALAFRUGELL

ESCOLA BRESSOL CUCUT
Pedró Petit, 3
17200 - PALAFRUGELL

ESCOLA MARGARIDA ISERN
Sagunt, 21-23
17200 - PALAFRUGELL

ESCOLA SANTA TERESA •
Caritat, 50
17200 - PALAFRUGELL

ESCOLA BRESSOL MUNICIPAL •
Cordoba, 43
17220 - SANT FELIU DE GUIXOLS

ESCOLA BRESSOL PATUFETS
Sant Domènech, 61
17220 - SANT FELIU DE GUIXOLS

ESCOLA BRESSOL TREN PETIT •
Folch i Torres s/núm.
17100 - LA BISBAL D'EMPORDA

ESCOLA NTRA. SRA. DE LA MERCE
Barcelona s/núm.
17251 - SANT ANTONI DE CALONGE

ESCOLA BRESSOL PLATJA D'ARO •
Pompeu Fabra s/núm.
17250 - PLATJA D'ARO

LLAR D'INFANTS CASTELL D'ARO •
Plaça Poeta Sitja s/núm.
17853 CASTELL D'ARO

ESCOLA BRESSOL SES FALUGUES •
Bonaventura Carreras, 11
17255 BEGUR

ESCOLA BRESSOL FONTETA
Empordà s/núm.
64.23.06
17110 FONTETA

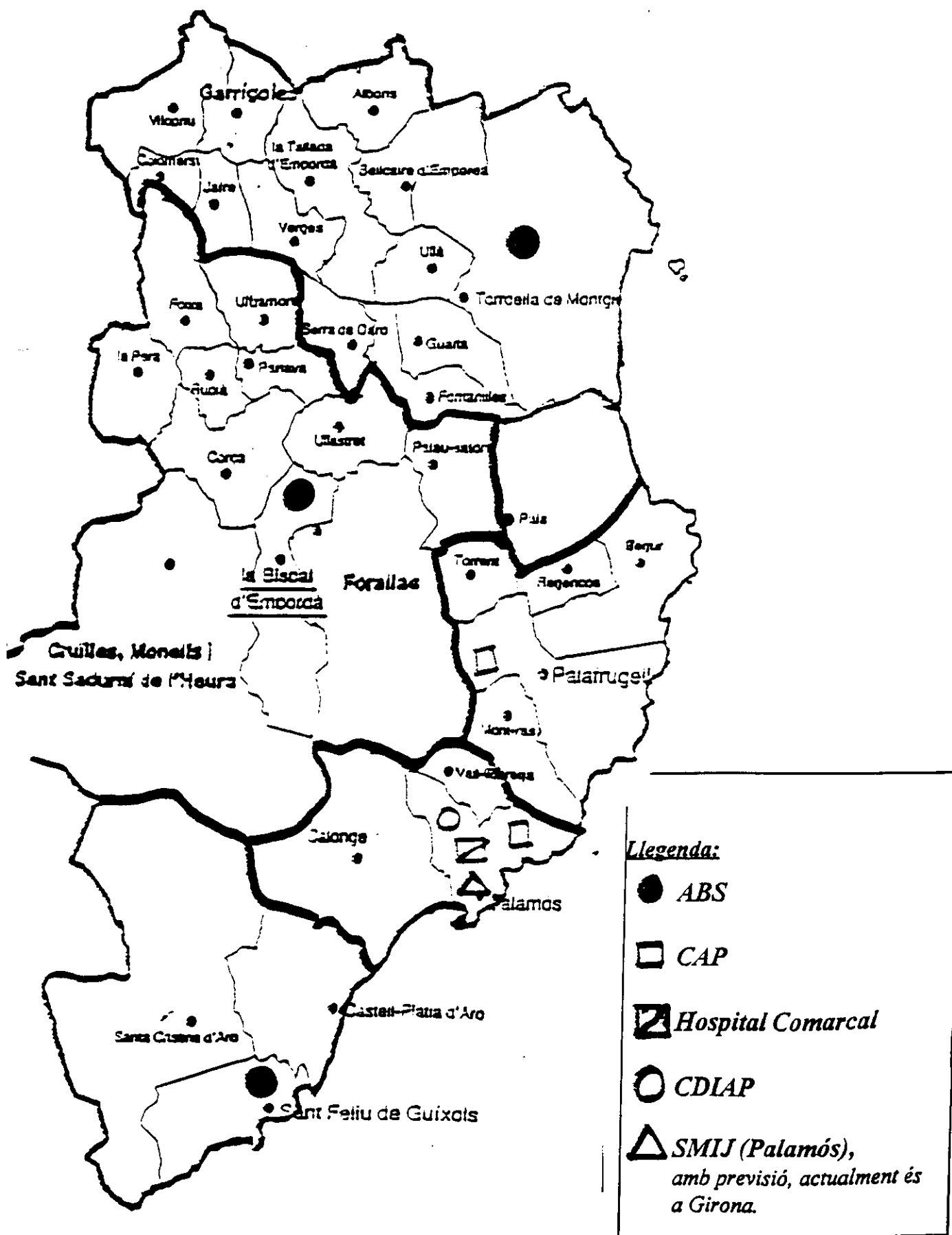
ESCOLA BRESSOL BARRUFET •
Sant Antoni, 39
17257 TORROELLA DE MONTGRI

ESCOLA BRESSOL L'ESTEL BLAU
Sant Agustí, 1
17257 TORROELLA DE MONTGRI

ESCOLA BRESSOL L'ESTARTIT "MAR I CEL"
Iglésia, 84
17258 L'ESTARTIT

ESCOLA BRESSOL PALS
Aniceta Figueres, 9
17256 PALS

MAPA D'UBICACIÓ DELS SERVEIS, CENTRE SANITARIS I SÒCIO SANITARIS



CENTRES PUBLICS DE PRIMARIA

Baix Empordà

CP D'ALBONS •

Plaça, 1

78.84.34

17136 ALBONS

CP DOCTOR ARRUGA •

Ctra. de Begur a Palafrugell

62.21.14

17255 BEGUR

CP EL RAJARET •

Ponç - Hug, 1

78.80.35

17141 BELLCAIRE D'EMPORDA

CP JOAN DE MARGARIT •

Morró, 37

64.02.36

17100 LA BISBAL D'EMPORDA

CP MAS CLARA •

Avda. de les Arts s/núm

64.29.10

17100 LA BISBAL D'EMPORDA

CP PERE ROSSELLO •
Despoblat - Zona Esportiva
66.02.85
17251 CALONGE

CP VALL D'ARO •
Amadeu Vives s/núm.
81.78.30
17853 CASTELL D'ARO (CASTELL-PLATJA D'ARO)

CP EL JARDI •
Afores, s/núm.
76.80.94
17144 COLOMERS

CP EL RODONELL •
Major, 5
63.00.79
17121 CORÇA

CP LES GAVARRES •
Raval, 8
64.05.69
17116 CRUILLES

CP L'OLIVAR VELL •
Veïnat Colomina
30.55.43
17213 ESCLANYA (BEGUR)

CP PORTITXOL •
Rocamaura s/núm.
76.14.47
17258 L'ESTARTIT (TORROELLA DE MONTGRI)

CP DE FOIXA •

Plaça s/núm.

76.92.14

17132 FOIXA

CP DE GUALTA •

Plaça Major s/núm.

76.05.25

17257 GUALTA

CP DE LLOFRIU •

Fluvià, 21

30.33.60

17124 LLOFRIU (PALAFRUGELL)

CP ELS MOLINS •

Església, 6

63.00.44

17121 MONELLS

CP TORRES JONAMA •

c/ de Torres Jonama, 3

30.47.69

17253 MONT-RAS

CP TORRES JONAMA •

c/ del Camí Fondo, 35

30.09.23

17200 PALAFRUGELL

CP J. BARCELO I MATAS •

c/ de Pals, 75

30.09.24

17200 PALAFRUGELL

CP RUIZ GIMENEZ •
c/ del Foment, 18-20
31.43.44
17230 PALAMOS

CP QUERMANY •
c/ Aniceta de Figueres, 9
63.64.39
17256 PALS

CP DE PARLAVA •
c/ de l'Escola, s/núm.
76.70.02
17133 PARLAVA

CP PEDRA BLANCA •
Plaça Església s/núm.
48.85.40
17120 LA PERA

CP PLATJA D'ARO •
c/ de Vicenç Bou s/núm.
81.89.16
17250 PLATJA D'ARO (CASTELL-PLATJA D'ARO)

CP MARE DE DEU DE LA MERCE •
c/ Artur Mundet, 45
66.04.14
17252 SANT ANTONI DE CALONGE (CALONGE)

CP BALDIRI REIXACH •
c/ Corunya, s/núm.
32.00.71
17220 SANT FELIU DE GUIXOLS

CP GAZIEL •
c/ Sant Antoni M. Claret, 98
32.11.26
17220 SANT FELIU DE GUIXOLS

CP L'ESTACIO •
c/ Santa Teresa, 49
32.30.50
17220 SANT FELIU DE GUIXOLS

CP VILARROMA •
c/ de la Riera, 29-31
31.61.25
17230 SANT JOAN DE PALAMOS (PALAMOS)

CEE ELS ANGELS
c/ Almogàvers s/núm.
31.57.69
17230 SANT JOAN DE PALAMOS (PALAMOS)

CP FREINET •
Avda. de Catalunya, 2
64.17.17
17118 SANT SADURNI DE L'HEURA

CP SANTA CRISTINA D'ARO •
Pj. de l'Església, 5
83.77.52
17246 SANTA CRISTINA D'ARO

CP GUILLEM DE MONTGRI •
c/ del Roser s/núm.
75.72.72
17257 TORROELLA DE MONTGRI

CP D'ULLASTRET •
Plaça de Garvina s/núm.
76.03.03
17133 ULLASTRET

CP PUIG RODO •
Ctra. de Torroella s/núm.
76.06.16
17140 ULLA

CP F. CAMBO I BATLLE •
c/ Defora s/núm.
78.01.41
17142 VERGES

CENTRES PRIVATS DE PRIMARIA

BAIX EMPORDA

C. PRIV. COR DE MARIA
c/ Coll i Vehí, 2
64.01.62
17100 LA BISBAL D'EMPORDA

C. PRIV. SANT JORDI
c/ Tarongeta, 53
30.28.98
17200 PALAFRUGELL

C. PRIV. VEDRUNA
c/ de Sant Sebastià, 85
30.07.39
17200 PALAFRUGELL

C. PRIV. PRATS DE LA CARRERA
c/ de Clavé, 33
30.02.04
17200 PALAFRUGELL

C. PRIV. VEDRUNA
c/ de Xaloc, 22
31.42.86
17230 PALAMOS

C. PRIV. LA SALLE

c/ de Sant Josep, 15

31.42.36

17230 PALAMOS

C. PRIV. COR DE LA MARIA

c/ de la Creu, 69

32.03.73

17220 SANT FELIU DE GUIXOLS

C. PRIV. SANT JOSEP

c/ de Ferran Romaguera, 20

32.04.35

17220 SANT FELIU DE GUIXOLS

C. PRIV. SANT MIQUEL

Rda. de Pau Casals, 36

75.84.16

17257 TORROELLA DE MONTGRI

CENTRES PUBLICS DE SECUNDARIA

Baix Empordà

IB LA BISBAL
c/ Colomer i Vázquez s/núm.
64.00.16
17100 LA BISBAL D'EMPORDA

IFP LA BISBAL
c/ Coll i Vehí, 6
64.09.62
17100 LA BISBAL D'EMPORDA

SFP CALONGE
Pl. de Calonge, s/n
66.08.64
17251 CALONGE

IB FREDERIC MARTI I CARRERAS
c/ Aubi, s/n
30.10.79
17200 PALAFRUGELL

IFP BAIX EMPORDA
Av. de les Corts Catalanes, s/n
30.03.23
17200 PALAFRUGELL

IES DE PALAMOS
c/ Nàpols, 22
60.23.44
17230 PALAMOS

17230 PALAMOS

IB SANT ELM

c/ Abat Sunyer, s/n

32.13.81

17220 SANT FELIU DE GUIXOLS

IFP SANT FELIU DE GUIXOLS

c/ St. Antoni M. Claret, 57-61

82.01.44

17220 SANT FELIU DE GUIXOLS

IES MONTGRI

c/ Onze de Setembre, 2

75.92.42

17257 TORROELLA DE MONTGRI

CENTRES PRIVATS DE SECUNDARIA

BAIX EMPORDA

ESCOLA VEDRUNA

c/ Xaloc, 22

31.42.86

17230 - PALAMOS

SANT MIQUEL

Rda. Pau Casals, 36

75.84.16

17257 - TORROELLA DE MONTGRI

ADRECES DE LES UNITATS BÀSIQUES D'ATENCIÓ SOCIAL PRIMÀRIA (UBASP) DEL BAIX EMPORDÀ.

- UBASP de la BISBAL D'EMPORDÀ.

Àmbit territorial: La Bisbal, Corçà, Cruïlles, Monells, Sant Sadurní de l'Heura, Foixà, Forallac, Ultramort, Palau-Sator, Parlavà, La Pera, Rupià, Ullastret i Ultramort.

**Adreça: Plaça del Castell, s/n.
Telèfon: 64.09.75**

- UBASP de PALAMÓS

Àmbit territorial: Palamós i Vall-Llobrega.

**Adreça: Plaça del Forn, s/n.
Telèfon: 61.33.30/61.31.06**

- UBASP de CALONGE

**Adreça: Plaça Major, 2.
Telèfon: 66.04.81**

- UBASP de SANT FELIU DE GUÍXOLS

Àmbit territorial: Sant Feliu de Guíxols i Sta. Cristina d'Aro.

**Adreça: c/ Gravina, 39-41.
Telèfon: 82.10.91**

- UBASP de PLATJA D'ARO

**Adreça: Masia Bas
Telèfon: 81.94.73**

- UBASP de PALAFRUGELL

Àmbit territorial: Palafrugell, Begur, Mont-ras, Regencós i Torrent.

**Palafrugell
Adreça: c/ Progrés, 7
Telèfon: 61.31.42.**