

TS nova

Nº 4 · 2011 · Semestre 2º

nova (del lat. "nova", nueva) *adj. y n. f. Astron.* Se aplica a las estrellas que adquieren repentinamente un brillo muy intenso; la enorme cantidad de energía liberada por una nova produce un destello de radiación muy brillante. Las novas contribuyen a la formación de nuevos núcleos que, con el tiempo, conformarán nuevas estrellas.

DIRECTORA

Estrada Ena, Irene

COMITÉ DE REDACCIÓN

Gavidia Mir, Irene. *Colegio de Trabajo Social de Valencia*
Gregori Monzó, Trinitat. *Universitat de València*
Pérez Arroyo, Paula. *Colegio de Trabajo Social de Valencia*
Rosaleny Castell, Ramón. *Colegio de Trabajo Social de Valencia*
Uceda i Maza, Xavi. *Universitat de València*

COMITÉ ASESOR CIENTÍFICO

Agost i Felip, M^a Raquel. *Universitat Jaume I de Castelló*
Baeza Roca, Nuria. *Cáritas Valencia*
Barceló Feliu, Carmen. *Colegio Trabajo Social de Castellón*
Escoda Porqueres, Esther. *Universitat de València*
García García, Ernest. *Universitat de València*
García Mora, Pascual. *Licenciado en Filosofía y Derecho. Valencia*
García Roca, Joaquín. *Dr. en Sociología y Teología. Valencia*
Gavidia Catalán, Valentín. *Universitat de València*
Giménez Bertomeu, Víctor. *Universitat de Alicante*
Gómez Moya, Josefa. *Colegio Trabajo Social de Valencia*
Guaita Nuévalos, Laura. *SOCIOESTUDIA. Valencia*
Guillen Salelles, Enrique. *Asociació Salut i Ciència*
Haro Sabater, M^a Luisa. *Fundación José María Haro. Valencia*
Lima Fernández, Ana. *Consejo General Trabajo Social. Madrid*
López Cayuela, Amelia. *Ayuntamiento de Aldaya. Valencia*
Navarro Ruano, Natalia. *Colegio Trabajo Social de Murcia*
Pastor Seller, Enrique. *Universidad de Murcia*
Regis Sansó, Margarida. *Colegio Trabajo Social de Baleares*
Rubiol González, Glòria. *INTRESS. Barcelona*
Sánchez Guerrero, Mercedes. *Conselleria de Sanidad. Valencia*
Soler Aznar, M^a Dolores. *Colegio Trabajo Social de Alicante*
Soriano Ocón, Raúl. *Plan Nacional sobre el SIDA*

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

Colegio Oficial de Trabajo Social de Valencia

CORRESPONDENCIA · SUSCRIPCIONES · PUBLICIDAD

TSnova Revista de Trabajo Social y Servicios Sociales
tsnova@cjtrabajosocial.es · Teléfono 96 395 24 10

Lugar de edición:
Valencia

Entidad editora:
Colegio Oficial de
Diplomados en Trabajo
Social y Asistentes
Sociales de Valencia

Periodicidad:
Semestral,
2 números al año

Impreso en España
por Copiformes S.L.

Diseño y maquetación
globalCOMUNICA S.L.

Depósito legal:
V-1464-2010
ISSN: 2171-6005

Nota de Redacción: la revista no se hace responsable ni comparte necesariamente las opiniones expresadas por los diferentes autores y colaboradores, los cuales las formulan bajo su exclusiva responsabilidad.



index

EDITORIAL PÁG. 05

INTO DEPTH

Over 25 years making headway. Ethics and Social Work
Emília Alonso, Josefina Bassets, Montserrat Plans
and Glòria Rubiol PÁG. 09

Androcentric practices in healthcare. An exploratory study of biases in care for patients with fibromyalgia
M^a Eugenia González Sanjuán PÁG. 29

Mistreatment and mental illness. A study of mistreatment victims with mental illness
Victoria Astrain Azparren PÁG. 47

The elderly mistreated, the elderly as mistreaters
Lola Toledano González PÁG. 61

PRACTICE

Auxilia Centre for Special Education: a model of academic service at the home
Olga Agut Gago PÁG. 73

Social work at Senior Citizens' homes for the dependent: from bureaucracy to empathy
Patricia Marcos Tortajada PÁG. 81

Mediation in conflicts vs. mediation in Social Work
Ana Martín Muñoz PÁG. 87

MISCELLANEOUS

Communication and visual handicaps
José Francisco Motos Egidos PÁG. 95

BOOKS

Reviews PÁG. 107

Received books PÁG. 113



Índice

EDITORIAL · *EDITORIAL* **PÁG. 05**

A FONDO · *A FONDS*

Més de 25 anys fent camí. Ètica i Treball Social

Emília Alonso, Josefina Bassets, Montserrat Plans
i Glòria Rubiol

PÁG. 09

Androcentrismo en la asistencia médica. Un estudio exploratorio sobre los sesgos en la atención a pacientes con fibromialgia

M^a Eugenia González Sanjuán

PÁG. 29

Maltrato y enfermedad mental. Estudio de personas con enfermedad mental, víctimas de maltrato

Victoria Astrain Azparren

PÁG. 47

Ancianos maltratados, ancianos que maltratan

Lola Toledano González

PÁG. 61

PRÁCTICA · *PRÀCTICA*

Centre d'Educació Especial Auxilia. Un model d'atenció acadèmica domiciliària

Olga Agut Gago

PÁG. 73

El Trabajo Social en residencias para personas mayores dependientes. De la burocracia a la empatía

Patricia Marcos Tortajada

PÁG. 81

Mediación en conflictos versus mediación en Trabajo Social

Ana Martín Muñoz

PÁG. 87

SECCIÓN LIBRE · *SECCIÓ LLIURE*

Comunicació i discapacitat visual

José Francisco Motos Egidos

PÁG. 95

LIBROS · *LLIBRES*

Reseñas

PÁG. 107

Libros recibidos

PÁG. 113



editorial

Los malos tratos a los más débiles y la discriminación son problemas universales y conocidos desde que existe la historia. No obstante, a veces, nos parecen emergentes dado lo reciente de la investigación y de su reconocimiento y combate por parte de las instituciones. En este número hablaremos de ellos a través de la voz de las investigadoras y también de unas de sus principales antagonistas: las antiguas y nuevas maneras de abordarlos que los trabajadores sociales desarrollan para hacerlos cada día más inviabiles.

“El profundo prejuicio masculino que controla todas nuestras instituciones sociales, especialmente el sistema de salud (institución médica) tiene consecuencias destructivas y perjudiciales y no fomenta una atención sanitaria óptima ni para las mujeres, ni para cualquier otro individuo”. Es lo que afirmaba el Colectivo de las mujeres de Boston en 1982. Hoy, una de nuestras autoras, demostrará que la cita no ha perdido vigencia a través de la investigación de una enfermedad poco conocida y que afecta mayoritariamente a las mujeres, la fibromialgia. A pesar de los esfuerzos realizados por las instituciones, por los profesionales y los ciudadanos, veremos cómo los médicos tienden a pensar en la somatización más frecuentemente cuando sus pacientes son mujeres y las medicalizan con psicofármacos. Ello supone un importante riesgo para su salud al no recibir el tratamiento que necesitan y sí psicotrópicos que producen efectos secundarios.

Otras personas que son víctimas de prejuicios y estigmatización son los enfermos mentales. Y eso que el principal héroe de nuestra literatura, Don Quijote, sufría caballerescos delirios que a todos nos enseñaron a admirar en nuestra infancia. Se les atribuye ser violentos, impredecibles e incapaces de controlarse, sin embargo son con mayor frecuencia víctimas que agresores. Otra de nuestras autoras investiga acerca de las dimensiones de la violencia sobre este sector, el alto nivel de tolerancia social, el tipo de abusos que se producen con mayor frecuencia y la invisibilidad como factor clave.

El tercer y viejo problema que abordamos es el de los malos tratos a los mayores. A pesar de que la literatura y el cine lo han tratado magistralmente desde hace siglos, solo ha sido reconocido por las instituciones muy recientemente. Ran es una magistral película japonesa sobre el *daymo* que repartió en vida su reino entre sus hijos y acabó viviendo a la intemperie y en la locura a causa de sus traiciones y abandono. Dirigida por Akira Kurosawa en 1985, se basa en una leyenda medieval y en el drama shakespeariano de El rey Lear. Sin embargo, solo en 2002 Las Naciones Unidas abordan por primera vez la violencia contra las personas mayores en la II Asamblea Mundial del Enve-

jecimiento celebrada en Madrid. Como la atención a la fibromialgia y el mal trato a los enfermos mentales, la violencia ejercida sobre los mayores es un problema insidioso al que nuestras autoras aportan luz y visibilidad, elementos esenciales para su solución.

De la antítesis de los malos tratos, del abuso de poder y de la desigualdad, es decir, de las conductas y procedimientos incompatibles con la violencia, es de lo que trata el extenso artículo de nuestras compañeras catalanas. En él se recoge un estudio de investigación sobre los comités de ética y deontología del Colegio de Trabajo Social de Cataluña. Se describe su historia que abarca un periodo de más de 26 años, se analizan las consultas recibidas y se finaliza con las conclusiones y recomendaciones para los consejos o comités de deontología profesional del trabajo social.

En la línea de las soluciones están el resto de los artículos de este número. La mediación desde el trabajo social es uno de los instrumentos más idóneos para la resolución pacífica y constructiva de los conflictos y por tanto para la prevención de la violencia. Nuestra compañera de Granada contribuye a conceptualizarla y distinguirla de la que realizan otros profesionales.

Si bien la aparición de leyes que convierten en derechos las prestaciones de bienestar social y los protocolos de actuación que las mejoran técnicamente, suponen avances indudables, también es cierto que crean el riesgo de alejarnos de los usuarios. Desde la dirección de una residencia de mayores otra de nuestras autoras reivindica, de forma bien documentada, la empatía, la escucha activa y la cercanía frente al exceso de burocracia que amenaza con desvirtuar nuestra profesión.

Desde 1977 Auxilia, asociación de voluntariado, ha prestado enseñanza académica, integral y personalizada a domicilio a personas discapacitadas. Ha sido una experiencia pionera que ha contribuido a la integración y normalización de quienes no podían asistir a los centros de enseñanza convencionales y que hoy continúa en plena vigencia, según nos informa la trabajadora social del ayuntamiento de Silla.

La comunicación es una de las herramientas de trabajo indispensables para el trabajador social. En este número abordamos cómo hacerla accesible para las personas con ceguera o deficiencia visual importante, incluyendo consejos prácticos a modo de guía.

Ética, empatía, adaptación y proximidad, son elementos importantes de la buena práctica profesional que nuestras compañeras ponen de relieve y nos ayudan a mantener el rumbo y el sentido de nuestra profesión.

Agradecemos a todas las autoras sus valiosas colaboraciones que han permitido la aparición de este número tan equilibrado que contribuye a hacer visibles algunos de los más graves y silenciosos problemas que tiene nuestra sociedad y a darles solución desde el trabajo social.

Els maltractaments als més febles i la discriminació són problemes universals i coneguts des que existeix la història. No obstant això, de vegades, ens semblen emergents donat el recent de la seua investigació i del seu reconeixement i combat per part de les institucions. En aquest número parlarem d'ells a través de la veu de les investigadores i també d'unes dels seus principals antagonistes: les antigues i noves maneres d'abordar-los que els treballadors i les treballadores socials desenvolupen per a fer-los cada dia més inviables.

"El profund prejudici masculí que controla totes les nostres institucions socials, especialment el sistema de salut (institució mèdica) té conseqüències destructives i perjudicials i no fomenta una atenció sanitària òptima ni per a les dones, ni per a qualsevol altre individu".

És el que afirmava el Col·lectiu de dones de Bòston en 1982. Avui, una de les nostres autores, demostrarà que la cita no ha perdut vigència a través de la investigació d'una malaltia poc coneguda i que afecta majoritàriament a les dones, la fibromialgia. A pesar dels esforços realitzats per les institucions, pels professionals i els ciutadans, veurem com els metges tendeixen a pensar en la somatització més freqüentment quan els seus pacients són dones i les medicalitzen amb psicofàrmacs. El que suposa un important risc per a la seua salut al no rebre el tractament que necessiten i sí psicotròpics que produeixen efectes secundaris.

Altres persones que són víctimes de prejudicis i estigmatització són els malalts mentals. I això que el principal heroi de la nostra literatura, El Quixot, patia cavallerescos deliris que a tots ens van ensenyar a admirar en la nostra infància. Se'ls atribueix ser violents, impredecibles i incapaços de controlar-se, no obstant això són amb major freqüència víctimes que agressors. Una altra de les nostres autores investiga sobre les dimensions de la violència sobre aquest sector, l'alt nivell de tolerància social, el tipus d'abusos que es produeixen amb major freqüència i la invisibilitat com factor clau.

El tercer i vell problema que abordem és el dels maltractaments als majors. A pesar que la literatura i el cinema ho han tractat magistralment des de fa segles, solament ha estat reconegut per les institucions molt recentment. Ran és una magistral pel·lícula japonesa sobre el daymo que va repartir en vida el seu regne entre els seus fills i va acabar vivint a la intempèrie i en la bogeria a causa de les seues traïcions i abandó. Dirigida per Akira Kurosawa en 1985, es basa en una llegenda medieval i en el drama shakespearà El rei Lear. No obstant això, solament en 2002 Les Nacions Unides aborden per primera vegada la violència contra les persones majors en la II Assemblea Mundial de l'envelliment celebrada a Madrid. Com l'atenció a la fibromialgia i el mal tracte als malalts mentals, la violència exercida sobre els majors és un problema insidiós al que les nostres autores aporten llum i visibilitat, elements essencials per a la seua solució.

De l'antítesi dels maltractaments, de l'abús de poder i de la desigualtat, és a dir de les conductes i procediments incompatibles amb la violència, és del que tracta l'estens article de les nostres companyes catalanes. En ell s'arreplega un estudi d'investigació sobre els comitès d'ètica i deontologia del Col·legi de Treball Social de Catalunya. Es descriu la seua història que abasta un període de més de 26 anys, s'analitzen les consultes rebudes i es finalitza amb les conclusions i recomanacions per als consells o comitès de deontologia professional del treball social.

En la línia de les solucions estan la resta dels articles d'aquest número. La mediació des del treball social és un dels instruments més idonis per a la resolució pacífica i constructiva dels conflictes i per tant per a la prevenció de la violència. La nostra companya de Granada contribueix a conceptualitzar-la i a distingir-la de la qual realitzen altres professionals.

Si bé l'aparició de lleis que converteixen en drets les prestacions de benestar social i els protocols d'actuació que les milloren tècnicament, suposen avanços indubtables, també és cert que creen el risc d'allunyar-nos dels usuaris. Des de la direcció d'una residència de majors altra de les nostres autores reivindica, de forma ben documentada, l'empatia, l'escolta activa i la proximitat enfront de l'excés de burocràcia que amenaça amb desvirtuar la nostra professió.

Des de 1977 Auxilia, associació de voluntariat, ha prestat ensenyament acadèmic, integral i personalitzada a domicili a persones discapacitades. Ha estat una experiència pionera que ha contribuït a la integració i normalització de qui no podien assistir als centres d'ensenyament convencionals i que avui continua en plena vigència, segons ens informa la treballadora social de l'ajuntament de Silla.

La comunicació és una de les eines de treball indispensables per al treballador i la treballadora social. En aquest número abordem com fer-la accessible per a les persones amb ceguesa o deficiència visual important, incloent consells pràctics a manera de guia.

Ètica, empatia, adaptació i proximitat, són elements importants de la bona pràctica professional que les nostres companyes posen en relleu i ens ajuden a mantenir el rumb i el sentit de la nostra professió.

Agraïm a totes les autores les seues valuoses col·laboracions que han permès l'aparició d'aquest número tan equilibrat que contribueix a fer visibles alguns dels més greus i silenciosos problemes que té la nostra societat i a donar-los solució des del treball social.

Més de 25 anys fent camí. Ètica i Treball Social

EMÍLIA ALONSO, JOSEFINA BASSETS, MONTSERRAT PLANS I GLÒRIA RUBIOL

Treballadores socials. Col·legi Oficial de TS de Catalunya

Recibido: 21 de marzo de 2011 · Aceptado: 30 de junio de 2011

RESUMEN

El present article recull les dades principals d'un estudi de recerca sobre els comitès d'ètica i deontologia del Col·legi de Treball Social de Catalunya. En descriu la història, les consultes rebudes, les persones consultants i altres dades, i finalitza amb unes conclusions i recomanacions per als consells o comitès de deontologia professional del treball social.

PALABRAS CLAVE: Deontologia i Treball Social, ètica i Treball Social, consells de deontologia, col·legis de treballadors/es socials.

ABSTRACT

This article contains the main data from a research study on the ethics and deontology committee of the Association of Social Workers of Catalonia. It describes the history of the committee, some factual information about the consultations addressed to it, the consulting persons and other items, and proposes recommendations for the ethics committees of social work.

KEY WORDS: *Deontology and social work, ethics and social work, ethics committees, associations of social workers.*

CORRESPONDENCIA
catalunya@tscat.cat

Parlar i escriure sobre ètica, crear comitès d'ètica o deontologia forma part de l'actualitat en els àmbits professional, acadèmic, empresarial i d'altres; podríem dir que "està de moda". Ens en alegrem i ho celebrem perquè és un bon símptoma en aquests temps de crisi de valors. Però, més enllà d'aquests moments de *boom* de l'ètica i la deontologia, volem deixar constància d'un passat de més de 26 anys de dedicació constant a l'ètica i la deontologia professionals per part de treballadors/es socials.

El present article està basat en un estudi de recerca que va ser portat a terme per les quatre autores amb el propòsit de deixar escrit un testimoni del més destacat d'allò portat a terme per col·legues seves durant dècades, i alhora aprofundir en el que van realitzar per a cercar-hi línies que poguessin ser d'utilitat per al futur. Posteriorment l'estudi va ser publicat¹. Una de les autores, Emília Alonso, està vinculada a València molt especialment; membre de la promoció de 1964 de l'Escola de TS de València, va exercir allí com a treballadora social fins l'any 1968.

En planejar el treball i realitzar-lo teníem presents aquells mandats del Codi d'Ètica i Deontològic (2000) del nostre Col·legi que assenyalen com a deures dels professionals: *"compartir amb els/les altres col·legues i amb les persones responsables de les escoles de Treball Social i els centres de formació permanent els nous coneixements obtinguts a través de la recerca i de l'experiència"* (article 5.4) i *"el/la DTSD/AS ha de tenir present que la documentació és un material bàsic d'estudi que aporta elements útils per a adequar la política social a les necessitats reals de la població"* (article 5.8). Pel fet d'haver tingut el privilegi i la responsabilitat de ser membres del Consell d'Ètica durant uns anys (en diferents etapes del Consell), varem assumir els

deures esmentats i així varem estudiar què s'havia fet amb la finalitat de compartir tant els resultats de la recerca com el que havíem conegut i après en la nostra participació en les tasques del Consell.

Com veureu en les pàgines que segueixen, en l'article s'exposa en primer lloc una síntesi de la història del Consell d'Ètica seguida de l'estudi de les consultes rebudes per aquest consell i de la fonamentació de la major part de les respostes en els codis. Finalment, de tot l'estudiat se n'extreuen unes conclusions i unes recomanacions per al futur.

1. HISTÒRIA DEL CONSELL D'ASSESSOR D'ÈTICA PROFESSIONAL DEL COL·LEGI DE CATALUNYA

Les pàgines que segueixen estan dedicades a una breu història del Consell Assessor d'Ètica Professional del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya² des de la seva creació, a l'octubre de 1984, fins a la seva transformació l'any 2006 quan, d'acord amb canvis en els Estatuts del Col·legi, va ser substituït pel Consell de Deontologia Professional. Hi afegim, a més, algunes dades sobre aquest segon consell.

El present recull històric s'ha basat principalment en les actes del Consell i en les memòries que aquest redactava cada any per ser llegides en l'Assemblea anual i recollides en la Memòria anual del Col·legi.

El Col·legi de Catalunya, com la major part dels altres col·legis de TS, va ser constituït el 1984 a conseqüència de la llei estatal (10/1982 de 13 d'abril) de creació dels col·legis oficials de diplomats en treball so-

1 Emília Alonso, Josefina Bassets, Montserrat Plans i Glòria Rubiol, *El Consell Assessor d'Ètica Professional del Col·legi Oficial de DTS i AS de Catalunya 1984 - 2006*. Publicat pel Col·legi el 2010.

2 Aquest és el nom actual proposat per al Col·legi des dels nous Estatuts aprovats el 2011. Abans el nom era Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistent Socials de Catalunya; els nous Estatuts estan pendents de ratificació per la Generalitat de Catalunya.

cial i assistents socials com a corporacions de dret públic. L'article 2 de la mateixa llei establí la formació del Consejo General de Colegios Oficiales de DTS i AS de España.

El Col·legi de Catalunya es va constituir com a un col·legi d'àmbit autonòmic gràcies a l'acord entre totes les associacions d'assistents socials de Catalunya (les dues de Barcelona i les de Manresa, Lleida, Girona i Tarragona) que s'havien originat al llarg dels anys a les ciutats on hi havia hagut escoles d'assistents socials. Mitjançant l'esforç d'uns i les renúncies d'altres es va aconseguir formar un sol col·legi amb Delegacions a totes les seus de les antigues associacions d'assistents socials.

Constituint el Col·legi de Catalunya, el Consell Assessor d'Ètica Professional va ser creat per la primera Junta del Col·legi (1983-1986) que va tenir com a una de les seves prioritats establir un consell d'ètica. Al Consell li podem posar una data concreta d'inici, després dels mesos de preparatius i gestions per a la seva constitució. El 9 d'octubre de 1984 per primera vegada i convocat per la Junta del Col·legi es va reunir el Consell d'Ètica. Els participants foren nomenats directament per la Junta per agilitzar la constitució, tot considerant que s'hauria de fer un reglament i establir les normes per a la constitució posterior del Consell on pogués participar tota la col·legiatura, i les opcions a ser-ne membres -dintre d'uns requisits- fossin oberts a tots els col·legiats i col·legiades.

El Consell va començar a treballar el novembre d'aquell any. El seu primer objectiu va ser el poder oferir un Codi d'Ètica als col·legiats/des; aleshores només es disposava com a referència el "Codi d'Ètica per al Treball Social" aprovat el 1976 en l'Assemblea de la Federació Internacional de Treballadors Socials, FITS, ja que ni el Consejo General de Colegios Oficiales de Trabajadores Sociales ni altres col·legis n'havien encara redactat cap.

Així, durant aquells anys de la segona meitat de la dècada dels 80 la redacció d'un Codi va ser l'objectiu principal del Consell. Segons figura en l'acta corresponent, en l'elaboració del Codi *"han participat tots els membres del Consell Assessor d'Ètica del Col·legi de Catalunya, han estat consultats uns quaranta professionals entre els diferents camps de treball i alguns experts en el aspectes ètics i legals"*.

Després de 4 anys de treballar-hi, el 1988 es va donar per acabada la redacció del Codi amb la incorporació dels suggeriments rebuts. Va ser presentat a la Junta per a la seva aprovació al novembre d'aquell any, aprovat per l'Assemblea General i publicat l'any següent, en edició bilingüe. En la presentació de la publicació, la Junta de Govern del Col·legi afirmava que aquest Codi era *"el primer que es publica a Espanya referit als treballadors socials"*.

Una altra prioritat del Consell va ser l'elaboració de les seves pròpies normes de designació i funcionament. Aquestes normes foren recollides en el Reglament de Règim Intern del Col·legi, aprovat en Assemblea Extraordinària del 9 de juny de 1986. El Consell no seria elegit per l'Assemblea sinó designat per la Junta, ja que es considerà que havia de ser un òrgan de confiança de la Junta però amb participació de la col·legiatura: uns membres serien proposats pels col·legiats/des i uns altres podrien ser-ho directament per la Junta; la decisió final i el nomenament correspondria a la Junta de Govern del Col·legi.

Per tant, s'arribà al final dels anys 80 amb dues fites importants aconseguides: tenir un Codi propi d'Ètica i tenir aprovades unes normes mínimes sobre els objectius i funcionament del Consell.

En la dècada dels 90, el Consell tingué més temps lliure per poder dedicar-se altres activitats. Els seus membres assistiren a jornades i seminaris sobre qüestions d'ètica.

També pogué dedicar més temps a contestar consultes, tot i que en aquells anys n'arribaven encara poques, probablement perquè no hi havia una "tradició" de consultes en aquestes matèries.

Tanmateix, aviat s'inicià un degoteig de consultes sobre la qüestió de **confidencialitat i secret professional**; si bé se'n rebien sobre altres qüestions, l'esmentada va ser la numèricament més important al llarg de tots els anys d'existència del Consell. En la dècada dels 90, la seva incidència va augmentar amb el rerefons de la creixent utilització de la informàtica que creava forts dubtes en els professionals quant al respecte a la confidencialitat. Així, després d'un temps de treball d'una comissió en la que participava el Consell, va ser aprovat i publicat pel Col·legi el document *La Confidencialitat i el Secret Professional* (2000).

En aquells anys estava encara vigent el "Codi d'Ètica per al Treball Social" (1976) de la FITS. En la dècada dels 90, en el sí de la FITS, es va intensificar un debat, iniciat en anys anteriors, sobre si era preferible tenir un codi d'ètica amb uns principis generals amplis, acceptables per les associacions de tots els països, o bé uns criteris més detallats. Aquest debat també arribà al Consell on es debaté la qüestió i es feren aportacions a les discussions en la FITS.

Observem un augment substancial del nombre de consultes adreçades al Consell en els anys finals de la dècada dels 90. El creixent nombre de col·legiats/des probablement hi influí però també en poden ser causes el major coneixement del Consell per la col·legiatura. L'any 1998 s'arribà a 23 consultes formulades per escrit, el nombre més alt fins a aquell any i d'anys posteriors. En conjunt, els anys del 1997 al 1999 foren abundants en consultes com, després d'una baixada numèrica, ho tornaren a ser del 2002 al 2005.

Algunes de les consultes rebudes motivaren al Consell a recomanar a la Junta una acció per fomentar la supervisió dels professionals. El Consell va demanar a la Junta de Govern del Col·legi "*facilitar l'accés a realitzar supervisió (...) ja que des del propi Consell s'ha valorat que alguns dels temes de consulta estan més relacionats amb temes de supervisió que amb qüestions d'ètica professional*".

La creixent visualització del problema de la violència domèstica es reflectí en la rebuda de consultes sobre aquesta qüestió, que va portar el Consell a recomanar al Col·legi la constitució d'una comissió per estudiar les respostes adients.

D'altra banda, passats més de deu anys de l'aprovació del primer Codi, el 1999 el Consell va presentar a la Junta la proposta de revisió i actualització del Codi d'Ètica del Col·legi de Catalunya. La tasca del Consell quant a revisar el Codi d'Ètica va culminar amb la seva aprovació i publicació en el document titulat *Codi d'Ètica i Deontològic dels Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya*, que porta data del maig del 2000 i actualment està en vigor.

La redacció d'uns nous Estatuts del Col·legi, que recollissin l'experiència i les vicissituds experimentades en dues dècades d'existència era una tasca empresa feia uns anys i que va arribar a terme amb l'aprovació dels segons Estatuts l'any 2005. El nom del Consell (Assessor d'Ètica Professional) fou canviat pel de **Consell de Deontologia Professional**, en consonància amb els noms i les funcions d'organismes similars d'altres Col·legis³. S'ampliaren les funcions de l'anterior Consell d'Ètica en el sentit de poder instruir expedients disciplinaris per delegació de la Junta. La normativa respecte al Consell, situada abans del 2005 en el Reglament, passà a formar part dels Estatuts del Col·legi.

³ Com, entre d'altres, el Col·legi Oficial d'Educatrices i Educadors de Catalunya i el Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.

En l'acta de la reunió del Consell de 19 de juliol s'explica que l'any 2006 s'havia tornat a fer una enquesta de satisfacció entre els col·legiats/des en relació als serveis i activitats del Col·legi. Els resultats de l'anterior enquesta s'havien donat a conèixer l'any 2004 i no eren gaire favorables respecte al Consell. En canvi, el 2006 el comentari és: *"La valoració del Consell d'Ètica ha pujat força des de la darrera consulta (2004) i el situa en primer lloc entre els serveis del Col·legi"*.

Al llarg dels vint-i-dos anys d'existència del Consell Assessor d'Ètica Professional, 34 persones col·legiades en foren membres. D'aquestes persones, de diverses procedències geogràfiques, 10 estaven adscrites a les Delegacions del Col·legi: 4 a Lleida, 3 a Manresa, 2 a Tarragona i 1 a Girona. La resta corresponia a la seu central del Col·legi a Barcelona. Del 2007 al 2010, el Consell de Deontologia ha comptat amb 10 membres (els 7 reglamentaris més altres tres que van sortir per motius diversos).

En els darrers anys, el Consell de Deontologia professional ha continuat les tasques del Consell d'Ètica. En els 4 anys de 2007 a 2010 (ambdós inclosos) s'han rebut i contestat o bé derivat 35 consultes. Entre elles, s'inclou alguna denúncia d'usuaris o familiars d'usuaris contra persones col·legiades. En l'actualitat hi ha hagut una modificació respecte a la funció d'instruir expedients disciplinaris. Dos membres del Consell, designats per la Junta, instrueixen expedient informatiu i en el cas que recomanin alguna sanció, la Junta nomena instructor/a d'expedient disciplinari a una persona col·legiada però externa al Consell. Aquesta modificació, introduïda per la Junta amb l'acord de la presidenta del Consell, permet mantenir la imatge del Consell fora de l'esfera de poder sancionador i el confirma en el seu rol de consultor i assessor.

Tota la tasca realitzada pels 44 membres s'ha fet des del comprimís de treball voluntari en

favor del Col·legi, la col·legiatura i la societat en general. En els 24 anys d'existència del Consell d'Ètica com en els 4 anys que ja te d'existència el seu successor el Consell de Deontologia, mai cap membre ha rebut cap remuneració econòmica.

2. L'ESTUDI DE LES CONSULTES I LES RESPOSTES

En el primer punt d'aquest article ha quedat reflectida la recerca històrica sobre el Consell Assessor d'Ètica; a continuació, per situar-nos en el context de la recerca de les dades, fem una breu reflexió sobre ètica i treball social i precisem la diferència entre ètica i deontologia, ja que, com ja s'ha comentat, el primer consell d'ètica del Col·legi es va nomenar Consell Assessor d'Ètica i, en canvi, l'actual s'anomena Consell de Deontologia Professional. A continuació, ens endinsarem en el treball de recerca sobre les consultes i les respostes del Consell Assessor d'Ètica.

Ètica i Treball Social

El Treball Social en la seua activitat professional tracta amb persones, grups i comunitats en situacions difícils i sovint intervé en contextos complexos, delicats i compromesos, de manera que la seua pràctica comporta una continua interacció entre aspectes tècnics, ètics, legals i polítics que exigeixen als/les professionals prendre consciència dels valors bàsics del Treball Social i també dels valors personals que orienten la pròpia vida.

Els referents bàsics de l'actuació dels treballadors/es socials són els drets humans fonamentals, recollits en les Declaracions Universals i en les Constitucions dels països democràtics, i els valors del Treball Social. Els valors que generalment es

consideren bàsics del Treball Social són: l'autodeterminació (el respecte del professional a l'autonomia de les persones), la promoció del benestar, la igualtat i la justícia distributiva. Altres autors formulen el primer principi en els termes "respecte i promoció dels drets d'individus, grups i comunitats" i en relació a la igualtat hi afegeixen la necessitat d'igualtat de tracte, d'oportunitats i de resultats⁴.

Sarah Banks considera que "els valors del Treball Social són una sèrie de principis morals/ètics fonamentals amb els quals es comprometen o haurien de comprometre's els treballadors socials" i que són: "el valor i la dignitat dels individus" i "el dret al respecte, a la privacitat i la confidencialitat"⁵.

En poques paraules, podríem dir que el fonament del Treball Social és bàsicament ètic perquè es basa en el reconeixement de la dignitat de cada persona i pretén assolir l'objectiu de la plenitud humana.

Segons la FITS, la consciència ètica és part de la pràctica professional. Per això són condicions necessàries per a l'exercici del Treball Social la clarificació dels propis valors i el desenvolupament d'hàbits i conductes fonamentats en normes ètiques.

Ètica i Deontologia

Com ja hem explicat, el primer Codi del Col·legi, aprovat l'any 1988, es deia simplement Codi d'Ètica. El segon Codi es titula Codi d'Ètica i Deontològic. El primer Consell es deia Consell d'Ètica; l'actual porta el nom Consell de Deontologia Professional, en consonància amb els noms actuals i les funcions d'organismes similars d'altres Col·legis.

4 Alberto Ballesterro Izquierdo, *Dilemas éticos en Trabajo Social. Autonomía y paternalismo* (Pamplona, Eunat, 2006) p. 30 i ss.

5 D' un document del Central Council for Education and Training in Social Work (1989) citat per Sara Banks a *Ètica y valores en el trabajo social* (Barcelona, Ed. Paidós, 1997) p. 19.

En el llenguatge corrent ètica i deontologia tenen significats semblants, però no idèntics. Ètica, del grec *ethos* (costum) és la ciència filosòfica que ens diu allò que és bo o dolent en la conducta humana. Deontologia procedeix del grec *deon* (deure) i *logos* (tractat); és la ciència dels deures, és a dir, intenta establir les normes concretes per exercir una professió, en el nostre cas, la professió del Treball Social. El terme "deontologia" va ser usat per primera vegada per Jeremy Bentham (1748-1832) com a "ciència dels deures".

Segons la Gran Enciclopèdia Catalana, ètica "és la ciència filosòfica que determina la rectitud i el sentit del comportament humà, segons uns principis normatius dels quals es deriven uns deures i unes obligacions (...) l'ètica cerca les raons per les quals hom ha de comportar-se d'una determinada manera, més enllà de la simple acceptació de les normes socials vigents o de l'autoritat externa del legislador...". "Deontologia és la ciència dels deures. Com a determinació empírica de les normes morals, la teoria deontològica tracta dels deures que les ciències socials comporten, a fi d'arribar a l'ideal de la felicitat més gran possible per al major nombre d'individus".

María Teresa Fuentes diu que la deontologia professional del Treball Social es construeix a partir de dos principis clau que en si mateixos són contradictoris o al menys són difícils de conjugar a la pràctica; són aquests:

- el respecte a la dignitat de la persona i el seu dret a ser considerada única i irrepetible.
- el dret de la societat a mantenir un cert ordre a través de lleis i normes per a una convivència pacífica dins d'un sistema de llibertats democràtiques⁶.

6 M^{ra} Teresa Fuentes Caballero, "Abordar el conflicte moral. De la intel·ligència ètica personal a la intel·ligència ètica compartida", *Educació social*, n. 17, gener-abril 2001, p. 78.

Així, els deures professionals dels treballadors/es socials es situen en aquesta dialèctica per fer compatibles els dos principis.

El treball de recerca

En aquest apartat expliquem què ens va motivar a fer l'estudi, quina pregunta ens varem formular inicialment, quina ha estat la metodologia per treballar i per obtenir les dades i, a continuació, exposarem les dades obtingudes en el nostre treball de recerca sobre el Consell Assessor d'Ètica del Col·legi.

El procés de treball es va iniciar amb la pregunta: "la documentació arxivada al Col·legi referent al Consell Assessor d'Ètica pot ser interessant per a futurs Consells o per als professionals en general?" Per donar resposta a la pregunta ens proposàvem sistematitzar les dades contingudes en la documentació del Consell i guardades en el Col·legi. L'objectiu principal proposat era el següent: **"presentar les consultes i les respostes agrupades segons la qüestió a la qual es refereixen de forma que el material resultant pugui ser utilitzat per al treball i les deliberacions posteriors"**, amb la finalitat que **"les dades obtingudes tinguin utilitat com a font de coneixement"**.

L'equip de treball va ser constituït per quatre professionals col·legiades que havien estat membres del Consell Assessor. Es va decidir que una d'elles exerciria les funcions de coordinació.

Ja que es tractava d'un estudi històric i d'anàlisi de contingut es proposà com a metodologia de treball l'estudi i anàlisi dels diferents documents guardats als arxius del Consell. Una part d'aquesta documentació era ja coneguda per ser pública, com les memòries i els dictàmens; en canvi, hi havia documentació que era interna i desconeguda.

Es pretenia identificar, classificar i analitzar la documentació per extreure'n les dades que s'havien de sistematitzar. Els 22 anys a

estudiar es dividiren en quatre períodes i es distribuïren entre les components de l'equip, de manera que cada membre tenia un període delimitat per investigar. A mesura que cada membre de l'equip anava treballant de manera individual, es feien reunions de treball conjuntes per anar avaluant la marxa de la recerca i comentar les dades que s'anaven recollint.

El treball d'investigació sobre el tipus de consultes efectuades consistí en recollir les dades, tabular-les segons les seves característiques de manera que poguéssim disposar d'uns quadres sistematitzats que ens permetessin reflexionar sobre les dades i treure'n conclusions.

La recerca sobre les consultes i els consultants

En aquest apartat resumim el treball de recerca sobre les consultes efectuades al Consell Assessor d'Ètica i els perfils dels consultats.

Les consultes. De les característiques de les consultes estudiades en destaquem:

Nombre de consultes fetes al Consell Assessor d'Ètica Professional durant el període estudiat: **119**. El quadre següent mostra l'evolució de les consultes efectuades al llarg del període estudiat.

Anys	Nombre de consultes fetes al Consell
1985-1989	5
1990-1993	13
1994-1997	21
1998-2001	38
2002-2006	42

En els primers anys, el Consell es dedicà bàsicament a la redacció del Codi d'Ètica i era encara poc conegut per la col·legiatura. El nombre de col·legiats i col·legiades era, a més, molt inferior a l'actual. Aquests tres fets poden explicar el baix nombre de con-

sultes rebudes durant els primers anys del 1985 al 1989, només una per any. Probablement hi van haver algunes consultes fetes per telèfon que no apareixen registrades en les actes.

En els anys posteriors, hi ha oscil·lacions importants en el nombre de consultes per any, amb augments i disminucions. Els augments, en general, coincideixen amb els anys de renovació dels membres del Consell. Això fa pensar que la convocatòria per a la formació del Consell, que s'envia a tota la col·legiatura, servia per recordar l'existència del Consell. Amb tot, altres factors –dels quals no hem trobat elements per analitzar– poden haver influït.

Tanmateix, si considerem les dades numèriques per blocs d'anys, comprovem que hi ha una tendència clarament creixent en el nombre de consultes adreçades al Consell.

Els blocs dels anys centrals són per períodes de 4 anys cada un. El primer bloc (1985-1989) és de 5 anys perquè agrupa els anys en què es va treballar bàsicament en la redacció del Codi (publicat el 1989). El darrer bloc és de 4 anys més els 9 mesos de 2006 en què va funcionar el Consell.

La tendència creixent reflectida en el quadre anterior pot ser deguda a un major coneixement de l'existència del Consell i de les seves funcions, conjuntament amb l'augment del nombre de persones col·legiades i un major interès i necessitat d'orientació en relació a les qüestions ètiques.

Quant a **les característiques de les consultes** s'estudià quins eren els col·lectius al qual es referia la consulta; les entitats o organismes on treballaven els/les professionals que van fer la consulta al Consell d'Ètica o bé on treballaven els/les professionals que eren objecte de denúncia o queixa, i el tipus de servei relacionat amb la consulta. S'han respectat els col·lectius més sovintejats en

el Treball Social, dels quals els que més apareixen en aquest estudi són: família/infància, dona, gent gran, discapacitats, persones amb drogoaddicció i salut mental.

De les dades sobre els col·lectius als quals es refereix la consulta, destaca l'elevat nombre de qüestions professionals procedents del col·lectiu dels Diplomats en Treball Social (32%). Família i infància en registren 21 (18%); dona 5 (4%); gent gran 9 (7%); discapacitats 2 (2%); drogoaddiccions 5 (4%); salut mental 6 (5%); usuaris de serveis socials en general 9 (8%). Cal aclarir que les consultes sobre secret professional i confidencialitat s'han enregistrat en el col·lectiu de DTS, no en el dels usuaris.

Observem que el col·lectiu Família/Infància és sobre el que hi ha més consultes efectuades (18%). També ens crida l'atenció que fins l'any 1999 no apareixen les consultes referides al col·lectiu Dona.

En relació a **les entitats i organismes**, el lloc on treballa el o els professionals que fan la consulta o bé que són objecte de denúncia o queixa, la Generalitat registra 16 consultes (13,4%); els Ajuntaments 47 (39,5%); Consells Comarcals⁷ 12 (10%); entitats d'iniciativa social 16 (13,4%); empresa 2 (1,7%); altres 11 (9,2%). També es registraren 14 consultes sense dades identificadores de l'entitat, que representa un percentatge del 12%.

Destaquem que les consultes de professionals d'ajuntaments i de consells comarcals representen gairebé el 50% de les consultes. Cal tenir en compte l'alta proporció de professionals del col·lectiu de DTS que treballen en els serveis socials d'ajuntaments i consells comarcals.

⁷ Els Consells Comarcals són un nivell d'Administració local de les comarques de Catalunya que tenen competències en serveis socials, aquestes competències ja van ser reconegudes en la primera llei de Serveis Social, 26/1985 i s'han confirmat en l'actual, 12/2007.

Sobre el **tipus de servei relacionat amb la consulta** en destaquem les 53 consultes (44,5%) que es refereixen a l'atenció social primària, actualment designats com serveis socials bàsics. Els serveis de salut tenen una presència molt baixa amb només 1,7%. Aquí també cal tenir en compte l'alta proporció de professionals del col·lectiu de DTS que treballen en els serveis socials d'ajuntaments i consells comarcals i l'existència, als hospitals, de Consells de Deontologia Professional (o d'Ètica o de Bioètica) als quals els treballadors socials que hi treballen poden acudir per a consultes i segons les nostres informacions, hi acudeixen.

Remarquem les 35 consultes (29,4%) que no inclouen suficients dades o bé no especifiquen el tipus de servei i les 12 (10%) consultes provinents de centres residencials o les 15 (12,7%) d'altres serveis com EAP (Equips d'assessorament pedagògic), CEIP (Centre d'Educació Infantil Primari) adopcions, prensions, etc.

Queixes i denúncies

En el conjunt de les consultes rebudes en el Consell d'Ètica es constata un percentatge important de demandes diverses amb continguts que inclouen protestes, reclamacions i/o acusacions, i que hem denominat genèricament "queixes i denúncies".

Del total de les 119 consultes rebudes en el període de temps estudiat de 22 anys, 27 inclouen queixes/denúncies i representen el 22,7% de totes les consultes de l'estudi. Del total de queixes/denúncies, en l'observació de les dades en destaquem:

- Queixes o denúncies respecte a treballadors/es socials: 16 (59,3%)
- Respecte a direcció, ONGs o altres entitats: 9 (33,3%)
- De treballadors/es socials respecte a altres TS: 2 (7,4%)

De les 16 queixes o denúncies rebudes respecte a treballadors/es socials, 11 són fetes per usuaris i plantejaven queixes o denúncies en relació a actuacions dels professionals. Les altres 5, fins el total de 16, procedien de l'Administració pública, la Junta del Col·legi, altres professionals, ONGs o familiars de la persona atesa pel treballador/a social.

En les 9 queixes o denúncies rebudes respecte a direcció, ONGs o altres entitats, el seu contingut es relaciona majoritàriament, per una banda, al deure ineludible de confidencialitat i, per altra, a situacions de conflicte constant d'interessos entre les funcions d'ajut i control i els sistemes/ institucions-i-client/grup de clientes.

Les dues queixes o denúncies de treballadors/es socials respecte de col·legues contenen reclamacions o acusacions mútues entre companyes amb dades poc concretes, que resulten difícils d'analitzar.

Consultes no acceptades

De les 119 consultes adreçades al Consell d'Ètica en el període estudiat, 28 no van ser acceptades per diferents motius. Representen el 23,5% del total, un percentatge elevat.

Les primeres consultes no acceptades van ser presentades l'any 1990, ja amb el Codi d'Ètica vigent. Els motius de no acceptació de les consultes són: no implicar qüestió ètica 11 (39%), es remet a una altra instància 14 (50%) i situacions diverses 3 (11%).

Els consultants

Es recolliren les dades sobre persones o entitats consultants, classificades en diferents apartats segons si les consultes provenien de professionals del Treball Social, d'altres professionals o bé de persones usuàries o d'entitats.

El nombre més elevat de consultants correspon a professionals del Treball Social amb 89 consultes (de 119 en total) que represen-

ten un 74% del total, el que sembla normal ja que es tracta d'un consell assessor del Col·legi Professional, a disposició de tota la col·legiatura.

Hi ha 11 consultes fetes per usuaris (9,2%), concentrades en especial en el període d'anys 1997 al 2000. Totes són queixes o denúncies plantejades per usuaris de serveis en relació a actuacions dels treballadors/res socials.

Les respostes del Consell fonamentades en els Codis d'Ètica

S'analitzà quina era la fonamentació de les respostes donades pel Consell i, en especial, si estaven fonamentades en els Codis d'Ètica del Col·legi.

Com s'ha explicat, durant els 22 anys estudiats, el Consell Assessor d'Ètica va rebre 119 consultes però per a estudiar la relació amb els Codis d'Ètica només se'n tingueren en compte 115 ja que les 4 primeres consultes foren fetes durant els primers anys, del 1985 al 1988, en els quals el primer Codi d'Ètica del Col·legi no havia estat encara aprovat.

De les respostes a aquestes 115 consultes rebudes, 74 es fonamenten en els esmentats Codis, representant el 64,34% de les respostes, un percentatge elevat que mostra la importància dels codis com a referent per a les respostes del Consell i, d'altra banda, indica que són respostes a consultes pertinents.

Amb tot, s'ha de tenir en compte -com s'ha comentat en l' apartat "consultes no acceptades"- que el nombre de consultes no acceptades per no ser de la competència del Consell, és relativament alt (28). Per tant, si només tenim en compte aquelles consultes considerades pertinents pel Consell, el percentatge de les respostes fonamentades en el Codi s'eleva fins a ser el 72,54%.

· Destaca la temàtica **relacionada amb secret professional i confidencialitat**: 43 respostes.

Són 26 les respostes fonamentades en l'article 1.5 del Codi de 1988 i 5 en l'article 1.4 del Codi de 2000, referents al **secret professional** que, sumades a les 12 consultes en relació als article 1.4 del Codi de l'any 2000 referents a confidencialitat, fan un total de 43 respostes.

Aquesta xifra representa el **58,1%** del total de les 74 respostes. Atesa la incidència de les qüestions de confidencialitat i secret professional, és del tot coherent que el Col·legi es preocupés i ocupés d'aquestes qüestions i creés una Comissió que estudià específicament aquests temes i n'elaborà un document que fou publicat el 2000⁸.

Les 26 respostes fonamentades en l'article 1.5 del Codi de 1988, secret professional, responen a preguntes totes elles sobre la mateixa problemàtica però molt diverses quant a les situacions involucrades. Així són freqüents les consultes a causa de caps de serveis o bé d'autoritats polítiques que demanen dades de clients/usuaris que el/la treballador/a social considera confidencials. Peticions semblants són en ocasions fetes per professionals externs a l'equip del treballador/a social; en algun cas, és un advocat relacionat amb un familiar del client/usuari qui les sol·licita.

Les respostes del Consell sempre invoquen els esmentats articles relatius al secret professional i en alguna ocasió afegeixen: "*Documentació confidencial és tota la que es deriva de l'actuació professional i que conté dades que el client/usuari ha confiat al treballador social. Aquesta documentació no pot ser entregada a cap instància o càrrec sense l'autorització del propi usuari*". I en una altra ocasió: "*Manifestem que quan algun Cap demani al treballador social informació, caldrà que ho faci sempre per escrit indicant l'objectiu pel qual se sol·licita. Només així el professional podrà do-*

⁸ La Confidencialitat i el Secret Professional, document publicat pel Col·legi Oficial de DTS i AS de Catalunya l'any 2000.

nar a conèixer algunes dades referents al contingut de la documentació, dades que han estat expressades de manera confidencial”.

No obstant això, el fet que en ocasions les autoritats (tècniques o polítiques) invoquin el principi d'autoritat, que comporta l'obediència del/ la treballador/a social, i també recordin la responsabilitat última de l'autoritat corresponent respecte al treball i a l'atenció als usuaris/clients, fa que no sigui fàcil resoldre la situació per part del professional.

Els aclariments i precisions continguts en les respostes del Consell esmentades corresponen a consultes fetes amb anterioritat a l'aprovació de la Llei Orgànica de Protecció de Dades (15 /1999) i el seu Reglament (aprovat el 2007) que en l'actualitat ha de ser tinguda en compte, així com la Llei de Serveis Socials de Catalunya (2007) i les normes de l'Agència Catalana de Protecció de Dades⁹.

En aquest bloc també s'hi inclouen respostes a dues consultes (que més aviat són queixes) sobre els espais físics on els professionals han de mantenir entrevistes amb els usuaris en llocs poc adients per respectar la seva intimitat.

La resta de respostes són:

· **8 respostes es refereixen a la propietat de la documentació de treball.**

Es tracta de consultes com, per exemple, la d'una treballadora social acomiadada d'una entitat que pregunta si té dret a emportar-se *“el registre diari d'activitats o també anomenat diari de camp”*. En la resposta s'invoca l'article 2.4 (Codi de 1988): *“la documentació del treball pertany a la institució, no és propietat del professional que l'ha elaborada”* i es precisa que si *“l'esmentat document es con-*

sidera documentació de treball, és de l'entitat; si es considera que es tracta d'anotacions personals, la treballadora social se les podria quedar”.

· **5 respostes relacionades amb denúncia o no denúncia.**

En una consulta que implica una denúncia, una treballadora familiar d'un servei d'Atenció Domiciliària d'un Ajuntament sol·licita una investigació sobre l'actitud d'una treballadora social col·legiada que ha redactat un informe adreçat al seu superior, Regidor d'Àrea, relatiu al comportament de l'esmentada treballadora familiar. El Consell va respondre que l'informe de la treballadora social s'adiu amb les seves funcions professionals, no troba adient la denúncia però recomana a la TS col·legiada prudència professional a l'hora de redactar informes.

Els familiars d'una usuària d'un servei social denuncien una treballadora social perquè ha fet un informe que, segons ells, vulnera els drets humans i el Codi d'ètica. Després d'estudiada la documentació presentada i la informació aportada per la T.S., el Consell acorda que no procedeix obrir cap expedient contra la professional, ja que l'informe objecte de la denúncia no viola cap article del Codi ni comet cap falta deontològica.

En les respostes anteriors es cita l'article 1.10 del Codi de 1988.

· **4 respostes relacionades amb la responsabilitat envers les persones usuàries i clients.**

Apareixen 2 respostes fonamentades en cada Codi. Una de les consultes té a veure amb la qüestió ètica que se li planteja a una treballadora social que en el seu equip i a les seves ordres té una persona amb problemes de drogoaddicció; la consulta versa sobre l'actuació a seguir a fi que els usuaris no en surtin perjudicats i, d'altra banda, tenir en compte la situació de la persona amb problemes.

⁹ Sobre les qüestions de protecció de dades, vegeu: Óscar Cebolla Bueno, “Quiero una copia de mi historia social. La legislación en materia de Protección de datos en Servicios Sociales”, *Revista de Servicios Sociales y Política Social* (Consejo General de Colegios DTS), n. 84, 4rt trimestre 2008, p. 137-156.

· 3 respostes al·ludeixen a l'autodeterminació dels clients/usuaris.

Corresponen als darrers anys i són respostes basades en l'article 1.3 del Codi del 2000. Es refereixen a dones en situació o en risc de maltractament greu i al seu dret de no voler denunciar, en contraposició a la responsabilitat de la treballadora social que l'atén de denunciar la situació. En una de les consultes es diu que *"tampoc es veu un imminent perill de la seva vida"*. En un altra de les situacions sembla haver-hi menors involucrats.

Una consulta exposa *"les contradiccions que li porta (a la treballadora social) el compliment de la Llei 27/2003 reguladora de la protecció a les víctimes de violència domèstica"*. A la treballadora social li preocupa, a més, actuar amb *"subjectivitat"*. Sembla tractar-se d'una consulta genèrica sense especificar un cas concret¹⁰.

La resposta del Consell cita, en primer lloc, l'article 3.5 del Codi d'Ètica i Deontològic sobre *"la responsabilitat de denunciar davant de les persones o organismes competents els casos d'abús, maltractament o abandonament de persones indefenses o incapacitades o qualsevol altra situació que atempti contra els drets humans"*. Per tant, d'acord amb aquest article del Codi i amb la legislació vigent, *"sense cap dubte s'ha de denunciar quan hi ha menors involucrats"* (en negreta en l'original). En el cas de persones adultes víctimes que no volen denunciar, en el Consell d'Ètica hi ha dues posicions: una d'elles és la d'atenir-se a l'esmentat article del Codi d'Ètica. L'altra és tenir en compte un altre article del Codi d'Ètica, el 1.3, que fa referència a l'autodeterminació de les persones i diu: *"Tot ésser humà té dret a prendre les seves pròpies decisions ..."* (continua amb la cita de l'article).

¹⁰ En l'actualitat, a més, s'hauria de tenir en compte el que prescriu la Llei 5/2008, de 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista, aprovada pel Parlament de Catalunya.

En una altra consulta similar, en la carta de resposta s'hi afegeix: *"Malgrat aquest dilema, el Consell és unànimement en: a) presentar denúncia quan en la situació que es planteja hi ha menors o persones incapacitades involucrades, b) estudiar en tots els casos els beneficis i els riscos que comporta tant fer una denúncia, com no fer-la"*.

Aquestes respostes ofereixen la particularitat que s'expressen **dues opinions diferents** al sí del Consell i es fan constar totes dues en les respostes. No hi ha respostes anteriors on apareguin dues posicions diferents. Tot i que probablement existirien en altres ocasions, el Consell cercava la unanimitat en les respostes. Al llarg dels anys estudiats, habitualment hi ha hagut consens o, almenys, no ha quedat registrat si va haver-hi discrepàncies, llevat dels casos que ara comentem.

· 1 resposta es fonamenta en l'article 5.1, "la relació amb els/les col·legues i altres professionals.

Es tracta de la resposta a una consulta presentada al Consell per una col·legiada respecte a l'actuació d'una altra treballadora social que s'ha queixat als caps de la primera i a la usuària del servei envers la seva actuació professional. La resposta del Consell té en compte l'article 5.1 (Codi del 2000) que estableix que *"la deontologia professional implica no manifestar als clients o clientes els possibles desacords amb l'actuació d'altres col·legues"*.

3.COMENTARIS FINALS

La reflexió sobre l'evolució del Consell Assessor d'Ètica en el seu procés històric, sobre les consultes efectuades, les dades obtingudes en la nostra recerca i sobre la fonamentació de les respostes, ens permeté elaborar uns comentaris i recomanacions que reproduïm a continuació.

La història del Consell

El Col·legi de Catalunya va instaurar el Consell d'Ètica ben aviat, l'any següent de la seva creació. Si bé és cert que un consell d'ètica o de deontologia havia de ser instituit un moment o altre, com havien fet els col·legis d'altres professionals, la seva constitució i posada en marxa van ser prioritàries per a la primera Junta de Govern.

A Espanya en aquells anys la major part de col·legis de treballadors socials no tenia un òrgan similar. En un estudi realitzat fa pocs anys en una altra comunitat autònoma, es pot comprovar que els professionals encara el reclamaven¹¹. Segons les dades que hem recollit, actualment (2011) aproximadament només la tercera part dels col·legis de treballadors/es socials te un consell d'ètica o deontologia. El fet que en el Col·legi de Catalunya el consell hagi d'existir, primer segons disposava el reglament de Règim Intern i, posteriorment segons els Estatuts, ha assegurat la seva permanència al llarg dels anys, a diferència d'algunes comissions o consells del Col·legi que existiren alguns anys i després desaparegueren. En aquest sentit, va ser un encert que el Consell d'Ètica estès establert pels Estatuts.

Hi hagué diversos moments de crisi, en general curts, en els quals va disminuir l'activitat del Consell però sense afectar la seva continuïtat; les crisis gairebé sempre van anar lligades al retard en la convocatòria de la seva renovació estatutària. Era com si es produís una fatiga per part dels membres que hi portaven més temps dels quatre anys

que havien previst dedicar-hi. La crisi interna anava acompanyada d'una disminució de les consultes rebudes, però no podem establir una relació directa de causa a efecte, és a dir que fos la situació de crisi la que produís una disminució de consultes perquè no hem trobat una explicació fonamentada i convincent per a aquest fet.

Les activitats del Consell no s'han limitat a respondre les consultes sinó que s'han portat a terme nombroses tasques: redacció de codis, docència, xerrades, recomanacions a la Junta, relació amb el Consejo General per assumptes de la FITS, assistència a actes relacionats amb temes d'ètica, participació en la comissió per a la redacció del document sobre confidencialitat, i altres. En efecte, el Col·legi de Catalunya va ser el primer col·legi de treballadors/res socials d'Espanya que va elaborar i aprovar un Codi ètic per als seus membres, ja l'any 1988.

Cal destacar en el treball dels membres del Consell l'aspecte de servei a la col·legiatura i a la societat, de caràcter voluntari –com ja s'ha comentat–, sense cap contraprestació i realitzat durant un període de temps de quatre anys, compromís que gairebé la totalitat dels membres va mantenir.

Les consultes

Nombre de consultes

Atès el nombre, creixent any darrere any, de col·legiats/des, en conjunt han estat poques les consultes dirigides al Consell; 119 en 22 anys no ens sembla un nombre gaire elevat. Quan diem "poques", som conscients que pot ser una afirmació subjectiva, ja que no podem comparar aquest nombre amb cap altra dada: no en tenim d'altres col·legis de treballadors/res socials de l'Estat ni d'altres col·legis professionals. La recerca d'aquestes dades ha quedat fora dels objectius i límits del nostre estudi, si bé pensem que seria interessant obtenir dades d'altres col·legis per poder comparar-les amb les nostres de la mateixa època.

¹¹ En un estudi sobre dilemes ètics realitzat a Navarra el 2004 i 2005, els treballadors socials demanaven "... la creación de órganos de encuentro y reflexión sobre temas éticos con otros colegas, de grupos de supervisión, la petición de apoyo a las administraciones públicas, al colegio profesional, incluso la creación de un servicio de consulta, (...) la creación de un comité de ética...". Vegeu: María Jesús Úriz, Alberto Ballesterio i Begoña Urien, *Dilemas éticos en la intervención social. Una perspectiva profesional desde el Trabajo Social* (Saragossa, Mira Editores, 2007) p. 93.

En el punt 2 hem comentat la inexistència de consultes per part del col·lectiu que treballa en el l'àmbit de salut i la hipòtesi que el fet de tenir comitès o comissions de bioètica al seu abast sigui suficient per a resoldre els seus dubtes o dilemes ètics. Una altra hipòtesi –que no hem confirmat– és que quan hi ha treball en equip o bé supervisió, un i altra ajuden els professionals en els seus problemes relacionats amb l'ètica i la deontologia, de forma que no consulten el Consell.

Es produeix de tant en tant un any en què hi ha un nombre mínim de consultes: és un nombre objectivament baix al comparar-lo amb els d'altres anys. Sembla que quan un equip del Consell porta molt de temps en exercici disminueixen les consultes. I, en canvi, quan es fa una convocatòria pública de nous membres per a la renovació, al cap de poc temps augmenten les consultes. Podria ser que en fer la convocatòria, tota la col·legiatura rep informació del Consell i això activa les consultes: els nous col·legiats/des potser se n'assabenten, els altres recorden la seua existència; es parla del Consell, etc.

Temes més freqüents en les consultes

El major nombre de consultes es refereix a la **confidencialitat**, al **secret professional** i a la **protecció de dades**. Aquesta tendència també apareix en altres llocs i estudis. Un exemple significatiu el trobem en els resultats de l'estudi abans esmentat, dirigit per María Jesús Úriz i patrocinat pel Govern de Navarra, publicat el 2007, realitzat a partir d'un qüestionari (qualitatiu i quantitatiu) a treballadors/res socials dels serveis socials de base de Navarra. Les conclusions d'aquest estudi diuen: *"Las cuestiones éticas con las que se encuentran más frecuentemente (y que también les preocupan más) son las relacionadas con la confidencialidad y el secreto profesional, a veces incluso trabajando en equipo o en el momento de compartir información con otros profesionales. Les falta concreción sobre cuándo pueden romper el secreto profesional y*

*cuándo no"*¹². Segons els autors d'aquest estudi, *"los informes a terceros preocupan en un 60% de los casos, la realización de los mismos (53%) o el acceso a la historia social (50%). A renglón seguido aparece el dilema de la confidencialidad (45%) que es el que subyace en los tres (temas) principales anteriores"*.

Un estudi de Begoña García Álvarez sobre la pràctica del Treball Social als serveis socials bàsics de Lleó mostra una preocupació similar per les qüestions de confidencialitat i secret professional¹³. Es demanava als treballadors socials dels esmentats serveis valorar el grau d'importància per al Treball Social de quatre principis en els que hi figuraven, a més de la confidencialitat i el secret professional: l'autodeterminació de l'usuari, la justícia distributiva i el compliment de les normes i principis institucionals. Els resultats de l'estudi donaren un 53% quant a situar la confidencialitat i secret professional en primer lloc d'importància mentre que la justícia distributiva venia en segon lloc, amb un 40% de les respostes, i l'autodeterminació en tercer lloc, amb un 35% de les respostes; en darrer lloc el compliment de les normes institucionals amb un 32%. En l'estudi de M. Teresa Fuentes, l'autodeterminació i la justícia distributiva se situen davant de la confidencialitat¹⁴.

A l'hora de prendre una decisió davant d'un problema ètic relacionat amb la confidencialitat, els/les professionals del Treball Social disposen actualment de més eines legals, algunes de les quals no estaven vigents o disponibles en molts dels anys que cobreix aquest estudi. La normativa estatal aplicable en matèria de comunicació de da-

¹² M. J. Úriz i altres, *ibidem*, p. 91.

¹³ Begoña García Álvarez "Conflictos éticos en la práctica del Trabajo Social de los Servicios Sociales básicos", *Revista de Servicios Sociales y Política Social* (Consejo General de Colegios DTS), n. 82, 2on trimestre 2008, p. 155-168.

¹⁴ M. Teresa Fuentes Caballero "Abordar el conflicto moral. De la intel·ligència ètica personal a l'intel·ligència ètica compartida", ob. cit.

des de caràcter personal en l'actualitat és la següent: "Ley Orgànica 15/1999, de 13 diciembre, de protección de datos de carácter personal" i "Real Decreto 1720/2007, de 21 diciembre", que aprova el Reglament de desenvolupament de la "Ley Orgànica". Va entrar en vigor el 19 d'abril de 2008.

Si bé des de 1992¹⁵ existeixen més recursos legals per resoldre les qüestions ètiques sobre confidencialitat, ens hem de preguntar si aquesta legislació, com l'esmentada Llei Orgànica de protecció de dades de caràcter personal i el seu Reglament de 2007, han facilitat o bé han complicat el treball dels professionals. No podem fer una valoració quant a la protecció dels usuaris ni a l'ajut o dificultat que hagi representat per als treballadors socials i altres professionals però creiem que és una qüestió prou interessant per dedicar-hi atenció i recerca. Les dades de l'actual Consell de Deontologia Professional del Col·legi mostren que les consultes relacionades amb la confidencialitat continuen sent les més nombroses.

L'autodeterminació de l'usuari/a també fou objecte de preocupació i de consultes. Gairebé en termes similars a algunes de les consultes formulades a Catalunya, aquesta preocupació apareix en l'estudi de Navarra, ja citat. Diu així: *"También les preocupa (a los trabajadores sociales) todo lo relacionado con respecto a la autonomía y a la libertad de los usuarios. Alguno se pregunta, por ejemplo, hasta qué punto puede influir en la vida de un usuario; en los casos de maltrato, a veces les resulta difícil respetar la decisión de las mujeres que no quieren denunciar a sus parejas"*.

Les consultes relacionades amb la **violència masclista**¹⁶ i **l'autodeterminació de les dones** quan a denunciar o no denunciar, tot i

no ser nombroses, inquietaren suficientment al Consell com per demanar a la Junta del Col·legi la creació d'una Comissió dedicada a les qüestions ètiques entorn a la violència domèstica, de forma semblant a com en anys anteriors la preocupació per la qüestió de la confidencialitat havia originat la creació d'una comissió *ad hoc* que va redactar el document ja citat sobre aquest tema. Tanmateix, la comissió sobre la violència domèstica no va ser constituïda.

Una altra constatació és que algunes de les **consultes reflecteixen problemes laborals més que problemes ètics**. Diversos conflictes dels treballadors socials amb les entitats on treballen foren presentats al Consell d'Ètica que òbviament hagué de derivar les consultes cap a altres instàncies.

Un bon nombre de consultes s'haurien d'haver adreçat a un servei de supervisió més que a un consell d'ètica.

No apareixen consultes referents a **treball social comunitari-desenvolupament comunitari** i ni els codis d'ètica dels treballadors/es socials ni la bibliografia rellevant més utilitzada contenen referències als dilemes ètics en la pràctica de la intervenció comunitària.

Expedients disciplinaris

En la història del Consell queda reflectit que l'any 1993 es va deliberar sobre delegar al Consell la tramitació d'expedients disciplinaris i es va constatar que els membres del Consell *"no són experts ni tenen una formació específica quant a expedients disciplinaris, recomanar sancions, etc."*. Aleshores es va decidir que el Consell comptés amb l'ajut de l'assessor legal del Col·legi i, a més, que també amb la seva ajuda, es redactés un protocol amb les pautes a seguir en la instrucció d'un expedient disciplinari.

En la documentació estudiada no apareix que la confecció del protocol proposat es portés

¹⁵ Des de 1992 amb la Llei Orgànica 5/1992 de Regulació del Tractament Automatitzat de les Dades de Caràcter Personal.

¹⁶ En els anys estudiats s'empraven preferentment les expressions "violència de gènere" o "violència domèstica".

a terme, i, consultat un membre d'aquell equip, ens confirma que no s'elaborà un protocol que fos oficialment aprovat sinó unes pautes provisionals que s'utilitzaren en aquell moment. La redacció d'un procediment per a la instrucció d'expedients disciplinaris es realitzava des de l'any 2007 per part de l'equip del Consell de Deontologia amb assessorament jurídic. Des del 2011 i, en part gràcies als nous Estatuts i a la voluntat de l'actual Junta del Col·legi, les persones del Consell designades per la Junta, instrueixen un expedient informatiu i emeten les seves recomanacions. Si les recomanacions inclouen sancions per al col·legiat/da, la Junta encarrega a persones alienes al Consell, la instrucció d'un expedient disciplinari. Creiem que aquesta diferenciació ha d'afavorir la tasca del Consell i la confiança que tota la col·legiatura hauria de tenir en el seu assessorament neutral. En l'actualitat està en curs aquest doble procediment per primera vegada, arran de la denúncia contra una col·legiada.

Les respostes

Les deliberacions i les respostes del Consell d'Ètica s'han basat en el diàleg entre les persones membres. Al llarg dels anys estudiats normalment hi ha hagut consens, o almenys si va haver-hi discrepàncies, no han quedat enregistrades. Només tenim constància d'una qüestió (reflectida en les corresponents actes i respostes) on constava que hi hagueren dues opinions divergents per contestar a unes consultes, totes elles sobre el tema de la violència domèstica.

Si bé el Consell, a través de la seva coordinadora o d'un altre membre, en diverses ocasions va establir contacte amb la persona consultant a fi d'aclarir algun punt o la totalitat de la consulta, no apareix en la documentació que s'hagi emprat el procediment de reunir-se el Consell, o part d'ell, amb la persona consultant per trobar conjuntament la resposta a la consulta plantejada. Tanmateix,

segons recorden alguns membres del Consell, en ocasions havien tingut lloc aquestes reunions, que ***l'actual Consell de Deontologia ha incorporat com a procediment habitual.***

Les respostes es basaven gairebé exclusivament en el Codi ètic vigent en el moment corresponent i en els principis del Treball Social. Si hi ha hagut referències a altres principis o a altres documents, no apareixen en les respostes ni en les actes. Probablement els principis de beneficència¹⁷ i no maleficència s'han tingut en compte, sense citar-los.

Les nostres recomanacions com a conclusions de l'estudi

Les recomanacions finals sorgeixen de les dades de l'estudi aquí exposades, i de la lectura de tot el material del Consell. A més, en aquestes recomanacions –i a diferència de la resta de l'estudi– hi hem incorporat observacions derivades del nostre pas pel Consell d'Ètica.

1. Composició

El consells d'ètica i deontologia necessiten professionalització. La creixent complexitat de les consultes i també de la legislació vigent, així ho aconsella. Els consells haurien de tenir assegurada l'adequada implementació dels seus processos en dos aspectes:

- En l'aspecte de continguts teòrics, cal assegurar la solidesa i adient fonamentació de les respostes dels consells.
- En l'aspecte formal, cal assegurar la continuïtat en el procés a seguir, en els procediments administratius i en l'arxiu de la documentació.

A fi d'aconseguir els dos objectius esmentats, en la composició dels consells caldria comptar amb persones amb experiència professional i persones amb formació teòrica sobre ètica i deontologia. Creiem que ca-

¹⁷ Beneficència, utilitzat aquí com un dels principis de la bioètica (no amb el significat d'ajudes gracioses).

len totes dues visions per emetre respostes equilibrades i encertades.

Al nostre Col·legi, el procediment per elegir les persones membres del Consell d'Ètica i del Consell de Deontologia era fins ara basat simplement en la recollida d'un mínim de quinze signatures de col·legiats/des que, en certa forma, avalaven al/la candidat/a. Ni el Reglament de Règim Intern del Col·legi de 1986 ni els Estatuts exigien la presentació del currículum o anys d'experiència¹⁸. Una altra via per accedir al Consell era per designació de la Junta sense altre requisit. Aquests requeriments no semblaven suficients, atesa la creixent importància i complexitat de les funcions i tasques dels consells de deontologia.

En la modificació dels Estatuts de 2011 respecte del procediment de composició del Consell apareixen noves normes o canvien altres. Ens podem felicitar i alhora agrair a la Junta actual del Col·legi l'haver tingut en compte les nostres recomanacions respecte a la composició futura del Consell. Ara està establert:

- Els membres del Consell han de esser representatius de diferents especialitats i àmbits d'intervenció professional
- La designació de membres es farà mitjançant un concurs de mèrits
- La Junta de Govern podrà anomenar temporalment a una persona no col·legiada a proposta del Consell, amb veu però sense vot, en la seva qualitat d'expert
- La majoria de membres del Consell haurà de tenir un mínim de cinc anys d'experiència professional
- El Consell ha de comptar amb l'assessorament d'un expert jurídic que participi en les tasques en qualitat de assessor. Fins ara l'assessorament d'un ju-

rista es donava però sense estar determinat per la composició del Consell

- Desapareix l'aval de quinze signatures de col·legiat/des per presentar una candidatura al Consell. També es suprimeix la designació directa de la Junta com a forma de ser membre del Consell.

De la mateixa manera, la Junta actual està impulsant diverses mesures a fi de contribuir a la formació permanent en qüestions d'ètica i deontologia dels membres de l'actual Consell.

2. *Implicació dels consultants*

En la major part de les consultes, caldria involucrar els consultants en l'elaboració de les respostes. Actualment ho recomanen els teòrics i és adient amb els principis de participació del Treball Social. Unes respostes i recomanacions elaborades conjuntament entre els membres del Consell i els consultants tenen més garanties d'adequar-se a les necessitats dels consultants i de ser portades a la pràctica per aquests.

3. *Elaboració de les respostes*

Com ja s'ha comentat, al llarg de les respostes del Consell d'Ètica hem trobat poca informació sobre diferències d'opinió entre els membres del Consell i només dues respostes inclouen diverses opinions, totes dues relatives a qüestions de violència de gènere. Sembla com si l'estratègia era que calia trobar un consens per a la resposta. Potser hauria estat més interessant recollir en les respostes i traslladar als consultants, la diversitat d'opinions entre els membres del Consell, si és que existiren.

El fet d'acceptar que puguin haver-hi diverses opinions en el Consell d'Ètica no vol dir que considerem que les decisions ètiques són relatives, sinó que pensem que algunes decisions ètiques depenen del context, de la història i dels valors personals i que cal dialogar, respectar les opinions dels altres, la

¹⁸ Alguns col·legis d'altres professions de Catalunya exigeixen un nombre d'anys d'experiència força elevat per ser membre de les seves respectives comissions deontològiques.

seva història i els seus valors. Acceptar dialogar sempre pressuposa l'existència de diverses opinions i que totes poden ser vàlides. Josep M. Terricabras en un dels seus llibres afirma: "*Quan quedem confrontats a diverses alternatives, mai no estem a zero, mai no estem com qui diu, en blanc. Sempre participem ja d'una visió determinada de les coses, apresada a través de la família, l'escola o el grup social en què ens ha tocat néixer o créixer*"¹⁹. Sobre aquest tema Victòria Camps diu: "... *habría que recordarles a los comités que el consenso no es deseable por sí mismo y que su función debería estar más cerca del foro que estimula el debate que del órgano de consulta...*"²⁰.

D'altra banda, de vegades cal agilitzar les respostes, cal tenir en compte que algunes consultes tenen un caràcter urgent per sorgir de situacions greus, extremadament conflictives. No sempre els és fàcil als membres del Consell poder donar una resposta ràpida, atès el caràcter voluntari de la seva tasca que habitualment ha de fer-se compatible amb les obligacions laborals dels seus membres.

4. Base teòrica

Ens preguntem si els consells d'ètica i deontologia haurien de definir-se com adscrits a una determinada teoria ètica. I haurien d'haver elaborat el procediment a seguir en relació a la resolució de dilemes ètics?

En la documentació del Consell no hi trobem referències a aquests temes: ni a teories ni a procediments, el que no permet afirmar que no existissin sinó només que si existiren, no quedaren reflectits. Com s'ha comentat, el que ha quedat ben reflectit és la fonamentació de la majoria de les respostes en els codis professionals. Aquesta fonamentació, que és bàsica i imprescindible, és una de les raons de ser del Consell. Tanmateix, cal te-

nir en compte les diferents teories respecte a l'ètica, absents en la documentació del Consell.

Com a exemples de diferents punts de vista teòrics, podem citar que en un dels enfocaments feministes del Treball Social es rebutja la preeminència de les normes generals per a la resolució de qüestions ètiques i es posa l'èmfasi en la sensibilitat a les situacions específiques²¹. Però, en front d'aquesta opinió, es situa la de F. J. Bermejo quan tracta dels perills que poden trobar els professionals en l'aspecte ètic de la seva activitat; en la seva opinió, aquests són:

- La **improvisació decisionista**, és a dir, creure que l'experiència és suficient; opina que aquest és el perill més estès entre els treballadors/res socials.
- La **sacralització gairebé dogmàtica del codi professional**.
- **L'idealisme anticodificador**; aquest perill, oposat a l'anterior, consistiria en opinar que els codis són innecessaris i només calen orientacions generals.
- **L'abstracció exagerada** (l'abús del principialisme); els partidaris d'aquesta postura consideren que hi ha uns principis universalment vàlids i aplicables arreu, independentment de les particularitats professionals²².

L'autor esmentat recomana que per vèncer aquests perills el/la treballador/a social ha d'articular tres dimensions: el coneixement en profunditat dels principis fonamentals que han d'orientar la seva activitat; les normes concretes que regeixen aquesta activitat, habitualment recollides en els codis de la

19 Josep M. Terricabras, *Atreuix-te a pensar*. (Barcelona, Edicions La Campana, 1998) p. 112.

20 Victoria Camps, *Una vida de calidad...* (Barcelona, Aires y Mares, 2001) p. 236.

21 Citat a Derek Clifford "Resolving uncertainties? The contribution of some recent feminist ethical theory to the social profession", *European Journal of Social Work*, vol. 5, n. 1, 2002, p. 31 - 41.

22 Francisco J. Bermejo Escobar, "La ética en el trabajo social", *RTS, Revista de Treball Social*, n. 146, juny 1997, p. 58.

professió, i finalment la reflexió sistemàtica i el raonament sobre les diverses alternatives d'actuació possibles en cada situació, comptant amb un mètode adient de resolució de casos.

Respecte a la segona qüestió que plantegem en aquest apartat –els procediments a seguir– podem citar, entre altres autors, a María Jesús Úriz Pemán qui, en un article publicat a *RTS*, analitza a fons diferents models de solució de dilemes ètics en Treball Social; hi destaquen el Model Ètic proposat per Elaine P. Congress i el Model col·laboratiu de la Federació Internacional de Treballadors Socials²³. També és interessant el mètode proposat per Francisco Bermejo Escobar en un article publicat a la revista *Trabajo Social Hoy*²⁴.

En resum, els nostres comentaris van en la línia de la necessitat de dedicar més atenció a les qüestions teòriques.

5. Formació en ètica i deontologia del Treball Social

Seria interessant conèixer l'opinió dels treballadors/res socials sobre si consideren que la seva formació en ètica i deontologia ha estat suficient i adient.

L'estudi de M. J. Úriz, ja citat, diu que el 100% dels treballadors/res socials (de Navarra) que van contestar les seves preguntes opina que la ètica ha de ser matèria d'estudi en la carrera de Treball Social i un 96% considera que ha de ser matèria obligatòria. Dels enquestats només un 20% afirma haver rebut una formació suficient en ètica²⁵.

23 María Jesús Úriz Pemán, "Modelos de resolución de dilemas éticos en el trabajo social", *RTS, Revista de Trabajo Social*, núm. 175, setembre 2004, p. 6 – 27.

24 Francisco J. Bermejo Escobar, "Planteando y tratando de resolver dilemas morales", *Trabajo Social Hoy*, n. 14, 4rt trimestre 1996.

25 M. J. Úriz i altres, *ob.cit.*, p. 75.

Per poder opinar sobre aquesta qüestió, no tenim a mà dades suficients sobre la formació en ètica i deontologia dels treballadors/es socials en l'ensenyament de Treball Social, ni del moment present ni dels darrers anys. Que nosaltres sapiguem, en la major part de departaments l'assignatura d'ètica és optativa, però a la Universitat Pública de Navarra és obligatòria.

6. Coneixement de les funcions i tasques del Consell

Caldria realitzar una difusió periòdica entre la col·legiatura de l'existència i funcions del Consell de Deontologia Professional com a òrgan col·legial a disposició de tots i totes. La pàgina web del Col·legi hauria de recordar-ho periòdicament. Una secció de la pàgina web podria estar dedicada a ètica i deontologia; en ella s'hi recollirien temes d'actualitat en ètica i notícies relacionades com l'aparició d'articles i llibres, conferències i jornades.

7. Recomanacions sobre estudis futurs

L'estudi que hem portat a terme ens ha plantejat moltes preguntes. Hem vist que hi ha diversos interrogants a contestar. Vistes les dades recollides, semblen prioritàries recerques sobre les següents qüestions:

- Confidencialitat, secret professional i protecció de dades.
- Formació en ètica.
- Base teòrica adient per a les respostes del Consell.

En els tres temes, ens sembla imprescindible conèixer què en pensen i què és el que més preocupa ara als professionals. Hem comentat sobre l'estudi fet a Navarra on es preguntava als treballadors/es socials sobre les seves prioritats i preocupacions en aquestes matèries. Un estudi similar seria d'interès que es portés a terme adreçat a la nostra col·legiatura.

BIBLIOGRAFÍA

Codis i documents ètics i deontològics

Col·legi Oficial de DTS i AS de Catalunya. *Codi d'ètica dels Assistents Socials - Código de ética de los Asistentes Sociales*, 1989.

Codi d'Ètica i Deontològic de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya, 2000.

Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, *Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social*. (Text aprovat per l'Assemblea General de Col·legis Oficiales de DTS i AS el 29 de maig de 1999). Madrid, 2009.

Federació Internacional de Treballadors Socials i Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. *“La ética del Trabajo Social. Principios y criterios”*. (Document aprovat per l'Assemblea general de la FITS a Colombo, Sri Lanka, juliol de 1994), 1996.

Llibres i articles

Alonso, Emília; Bassets, Josefina; Plans, Montserrat i Rubiol, Glòria (2010). *El Consell Assessor d'Ètica Professional del Col·legi Oficial de DTS i AS de Catalunya 1984-200*. Col·legi Oficial de DTS i AS de Catalunya.

Ballesterero Izquierdo, Alberto (2006): *Dilemas éticos en Trabajo Social. Autonomía y paternalismo*. Pamplona, Eunat.

Banks, Sarah (1995): *Ética y valores en el Trabajo Social*. Barcelona, Ed. Paidós.

Cebolla Bueno, Óscar (2008): “Quiero una copia de mi historia social. La legislación en materia de Protección de datos en Servicios Sociales”. *Revista de Servicios Sociales y Política Social* (Consejo General de Colegios DTS), n. 84.

Col·legi Oficial de DTS i AS de Catalunya (2000): *La Confidencialitat i el Secret Professional*.

Fuentes Caballero, M^a Teresa (2001): “Abordar el conflicte moral. De la intel·ligència ètica personal a la intel·ligència ètica compartida”, *Educació social*, n.17.

Úriz, María Jesús; Ballesterero, Alberto i Urien, Begoña (2007). *Dilemas éticos en la intervención social. Una perspectiva profesional desde el Trabajo Social*. Saragossa, Mira Editores.

Androcentrismo en la asistencia médica. Un estudio exploratorio sobre los sesgos en la atención a pacientes con fibromialgia

M^a EUGENIA GONZÁLEZ SANJUÁN

Departament de Sociologia i Antropologia Social. Universitat de València

Recibido: 11 de septiembre de 2011 · Aceptado: 31 de octubre de 2011

“Hemos llegado a la conclusión de que el profundo prejuicio masculino que controla todas nuestras instituciones sociales, especialmente el sistema de salud (institución médica) tiene consecuencias destructivas y perjudiciales y no fomenta una atención sanitaria óptima ni para las mujeres, ni para cualquier otro individuo”.

Colectivo de Mujeres de Boston, *Nuestros cuerpos, nuestras vidas* (1982: 381).

RESUMEN

El artículo trata de desvelar los condicionantes de género en la asistencia médica. Para ello se ha realizado un estudio sobre la fibromialgia, una dolencia muy desconocida, que mayoritariamente afecta a las mujeres, por lo que podría constituir un caso paradigmático de la construcción de género y de los sesgos androcéntricos en la ciencia médica. Los resultados muestran que en los patrones de socialización diferenciales, en los modelos de masculinidad y feminidad y en el reparto de roles sexuales se puede encontrar la respuesta a algunas de las diferencias y desigualdades que surgen en atención médica.

PALABRAS CLAVE: Asistencia médica, sesgos androcéntricos, género, fibromialgia.

CORRESPONDENCIA
eugenia.gonzalez@uv.es

ABSTRACT

The article attempts to reveal gender-based determining factors in medical care. For this purpose, a study was made on fibromyalgia, an extremely unknown disease, which mainly affects women, which is why this could be a paradigmatic case of the gender construction and androcentric biases in medical science. The results show that in differential socialization patterns, in the models of masculinity and femininity and in the division of sex roles, answers can be found to some of the differences and inequalities that arise in healthcare.

KEY WORDS: *Healthcare , Androcentric biases, Gender, Fibromyalgia.*

0. INTRODUCCIÓN

Como toda actividad humana, la producción de conocimiento no puede disociarse del tiempo y lugar donde se desarrolla, ni de los intereses a los que se ve sometida. Numerosos estudios han puesto de manifiesto que la neutralidad y universalidad a la que aspira la ciencia se ve amenazada por diversos factores, entre los que destaca la cultura androcéntrica (Fox Keller, 1991; Pérez Sedeño, 2008).

En efecto, los análisis que el feminismo ha realizado de distintas disciplinas científicas revelan que el sistema patriarcal ha legado un modelo de conocimiento androcéntrico o basado en la hegemonía de la visión masculina, es decir, un conocimiento producido por varones y centrado en el estudio de los varones (Löwy, 2002: 42; Ortiz Gómez, 2006).

En medicina, que es la disciplina que se aborda en este trabajo, se han denunciado abundantes sesgos de androcentrismo, lo que ha dado origen a la adopción de medidas políticas para combatirlos. En el Estado español, y mediante la creación del Observatorio de la Salud de las Mujeres en el año 2004, el gobierno adquirió el compromiso de superar las desigualdades y las actitudes discriminatorias, situando la salud de las mujeres en el centro de la agenda política de salud. Posteriormente, la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, propone “el fomento de la investigación científica que atienda las diferencias

entre mujeres y hombres en relación con la protección de su salud, especialmente en lo referido a la accesibilidad y el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en sus aspectos de ensayos clínicos como asistenciales”¹.

El presente artículo tiene como objeto develar la discriminación de las mujeres en la atención médica, para lo cual se presenta una investigación realizada en pacientes que sufren fibromialgia. La exposición se estructura del siguiente modo: en primer lugar, y a modo de marco teórico, se recopilan algunos hallazgos sobre las desigualdades de género en el ámbito de la medicina; en segundo lugar, se formulan las hipótesis que han inspirado la investigación y se indica la metodología empleada para verificarlas; en tercer lugar, se muestran los principales resultados; finalmente, se presentan las conclusiones que se derivan del análisis realizado.

1. SESGOS ANDROCÉNTRICOS EN LA CIENCIA Y PRÁCTICA MÉDICAS

Las desigualdades de género en el campo de la salud son notorias y complejas. Además de que el acceso a la salud y a la asistencia sanitaria varía en función del sexo, el sistema médico-científico puede ser utilizado como instrumento de dominación social, produciendo y reproduciendo la subordinación

¹ Apartado 3.b del artículo 27.

ción de las mujeres en la sociedad². Así se desprende de la discriminación de la que éstas han sido objeto en la investigación y en la práctica médicas.

1.1. Discriminación en la ciencia médica

El monopolio de los varones en la actividad científica ha supuesto la construcción de un saber médico dominado por el sesgo de género, que obedece no sólo a que se ha sustentado en el modelo biológico masculino, sino también al hecho de haber despreciado determinados síntomas expresados por las mujeres. La discriminación de las mujeres en la investigación médica se ha manifestado de varias formas, de las que resultan singularmente llamativas las siguientes:

- Numerosos ensayos clínicos se han realizado sólo en varones, presumiendo que los problemas son similares entre ambos sexos y, consecuentemente, los resultados podían aplicarse de modo automático a las mujeres. Un caso paradigmático es el estudio que demostró el efecto protector del ácido acetil-salicílico contra problemas cardiovasculares, realizado sobre 22.000 hombres (Valls Llobet, 2001: 16).
- Los resultados de las investigaciones sobre los factores de riesgo en varones se han extrapolado directamente a las mujeres, comprobándose después que los factores de riesgo para la muerte súbita difieren por sexo. De otra parte, se han desconsiderado los factores de riesgo para la salud de las mujeres, como pueden ser los derivados del trabajo doméstico o de la sobrecarga de trabajo (Valls Llobet et al., 2008).
- La mayoría de las investigaciones sobre adicción a las drogas han ignorado a las mujeres y sus comportamientos particulares, ocultando que las prevalencias y

patrones de consumo, y sus causas y consecuencias, son distintos para cada sexo (Romo Avilés, 2010: 269).

- Gran parte de los estudios específicos sobre las enfermedades de las mujeres se han centrado en la salud reproductiva (Fuentes i Pujol, 2001: 226), como si otros problemas no provocaran morbilidad/mortalidad. Sin embargo, enfermedades crónicas prevalentes entre las mujeres no han sido todavía bien estudiadas, como el dolor articular, las enfermedades autoinmunes o las endocrinológicas (Valls Llobet, 2001: 19).
- El "techo de cristal", o conjunto más o menos sutil pero poderoso de barreras de acceso de las mujeres a altos cargos o posiciones clave, es especialmente notable en la actividad académico-científica³ (Sales Gutiérrez, 2009).

Ante este cúmulo de discriminaciones que poco a poco se visibilizan y denuncian, la ciencia médica se ha visto obligada a revisar sus paradigmas y admitir que estudiar a los varones no es estudiar al ser humano, que las causas de enfermar y las formas de curar difieren entre hombres y mujeres.

1.2. Desigualdades en la práctica médica

La hegemonía de los varones en el ejercicio de la medicina ha implicado la incorporación a la profesión de los valores masculinos. Ya a principios de los setenta, el Colectivo de Mujeres de Boston en su popular libro *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, efectuó una dura crítica a la práctica médica por desconsiderar las condiciones sociales de las mujeres a la hora de establecer las causas de la enfermedad, por el tratamiento aplicado a éstas y por las patologías que origina la asistencia médica⁴ (1982: 365-368 y 379). Años después,

2 El enorme poder de la medicina para determinar lo que es normal o sano y lo que es anómalo o enfermedad, ha contribuido a racionalizar y legitimar el papel social que el patriarcado atribuye a las mujeres. La medicina, por ejemplo, ha hecho especial hincapié en las diferencias anatómicas entre ambos sexos y ha servido para apoyar la superioridad masculina.

3 En España, un dato revelador es que hasta 1999 no había ninguna mujer en la Real Academia Nacional de Medicina de España. Carmen Maroto Vela será la 1^a y hasta ahora la única de los 46 miembros.

4 Este grupo de mujeres, que marca un hito dentro de la perspectiva de género en el estudio de la salud, afirma: "No queremos volvernos hombres. Estamos orgullosas de ser mujeres", y también expresa: "lo que era exci-

el Informe Europeo de la OMS de 1990 corroboró que la atención sanitaria contribuye a las desigualdades de salud asociadas con el género.

Los profesionales médicos habitualmente rebaten que el sesgo de género exista, que la medicina actúe bajo la premisa de que el sujeto humano es masculino. Ciertamente, ponen en entredicho su gran motivación y buen entrenamiento clínico, y contradicen las creencias y los valores de muchos profesionales sanitarios. Pero también hay razones para pensar que puede tratarse de una postura defensiva ante las crecientes evidencias de desigualdad en la asistencia, tales como las siguientes:

- Predomina una visión androcéntrica que hace extensiva las actuaciones y protocolos que han sido diseñados para los hombres a la atención y tratamiento de las mujeres. En particular, se ha llamado la atención sobre los sistemas de chequeo que se emplean en medicina preventiva o en salud laboral preventiva (Messing, 1997: 134).
- En las estadísticas de morbilidad hospitalaria existe mayor proporción de mujeres que de hombres que reciben el diagnóstico de "síntomas y signos inespecíficos o mal definidos", como si la clasificación de las enfermedades se hubiera realizado a partir de los síntomas y signos de los pacientes masculinos. Los efectos sobre la salud de la falta de diagnóstico son obvios: no recibir tratamiento o recibir uno inapropiado y, en cualquier caso, empeorar la enfermedad (Ruiz Cantero, 2001: 169-170).
- Los estudios sobre actitudes de los y las médicos en atención primaria han mostrado que una importante proporción califican a sus pacientes femeninas como excesivamente "quejicas", y que su sintomatología es con mucha más frecuencia atribuida

a influencias emocionales. Como consecuencia, a menudo catalogan sus enfermedades como psicósomáticas, lo que raramente se produce en los pacientes masculinos, en los que se aprecia que sus demandas son más serias (Velasco, Ruiz y Álvarez-Dardet, 2006).

- Se supone, sin haberlo probado, que existen diagnósticos más prevalentes entre las mujeres, como la depresión o la ansiedad. Pero sí se ha comprobado el bajo umbral que adoptan los médicos para identificar la depresión femenina cuando durante las consultas las pacientes refieren un estado de ánimo depresivo (Caro Gabalda, 2001: 262).
- Se ha advertido que a igualdad de patologías o sintomatología se tiende a explorar a fondo a los hombres y a prescribir ansiolíticos y antidepresivos a las mujeres⁵ (Ruiz Cantero y Verdú Delgado, 2004). Esta diferente valoración ha sido especialmente constatada en la aplicación de protocolos y tratamientos para las enfermedades cardiovasculares, patologías estadísticamente significativas en ambos sexos, pero percibidas como más prevalentes en los hombres (Beery, 1995; Narkiewicz, Kjeldsen y Hedner, 2006; Calvo-Embuena et al., 2008; Anguita et al., 2010).
- Se ha observado que las mujeres esperan más que los hombres en las salas de urgencias hospitalarias, quizá porque se cree que ellos sufren problemas más graves y complicados, y ellas perciben peor su estado de salud (Ruiz Cantero, 2001: 170).

En definitiva, hombres y mujeres son diferentes, pero tratados como iguales en las actuaciones y protocolos, y cuando debieran considerarse iguales en la exploración y prescripción de fármacos, son tratados

tante en nuestras reuniones era descubrir que lo que todas habíamos tomado como una inferioridad personal, era un problema compartido" (1982: 17-18). Son dos ideas muy básicas, pero centrales en el movimiento de liberación de las mujeres.

⁵ El mayor número de ingresos hospitalarios de la población masculina podría denotar sesgo de género en el esfuerzo terapéutico, pero puede deberse también a que los problemas de salud que padecen los hombres sean más graves o a la menor disposición de las mujeres para abandonar sus responsabilidades domésticas.

como diferentes. La práctica médica no tiene en cuenta la diferencia cuando procede y sí la introduce cuando no procede.

Ahora bien, esta discriminación en contra de las mujeres no obsta para que en otras cuestiones se produzca una discriminación a favor de ellas. Un estudio realizado en Cataluña sobre casi 1.500 historias clínicas de atención primaria, mostró que las mujeres que acudían a la consulta contaban con un registro de datos de interés sanitario mejor que el de los varones, probablemente debido a que las consultas son más largas y/o expresan más sus síntomas y problemas (Sobrequés Soriano y Piñol Moreso, 2001).

2. HIPÓTESIS Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A partir de las evidencias empíricas señaladas se formulan las hipótesis del estudio y el diseño empleado para su confrontación.

2.1. Hipótesis básicas del estudio

La hipótesis general que ha inspirado la investigación mantiene que si efectivamente el género, y no tanto el sexo, influye en la asistencia sanitaria que se recibe, cabe esperar que las diferencias entre un sexo y otro se vinculen a los roles y estereotipos sexuales de cada género. De esta hipótesis se derivan dos hipótesis secundarias:

Primera: Como los papeles en el sistema sanitario son reflejo de las relaciones sociales que emanan de la estructura social, se puede anticipar que los hombres y las mujeres tengan distinta acogida profesional cuando declaran su malestar, y se abusa de la psicologización de las molestias en la población femenina, presumiendo que son más "quejicas" e hipocondríacas.

Segunda: Las características de género afectarán al modo en que se adopta el rol de paciente. Los rasgos asociados al género femenino, como sumisión, falta de autonomía o docilidad van a facilitar el desempeño

del rol, favoreciendo el cumplimiento de las recomendaciones médicas y emitiendo una valoración mejor de la atención que reciben.

2.2. Diseño de la investigación

Mediante entrevistas personales se ha recogido información de las experiencias en la atención médica de personas con fibromialgia que residen en Valencia capital o en su área metropolitana⁶. Para la selección se contactó con la Asociación Valenciana de Afectados de Fibromialgia (AVAFI), cuya presidenta, trabajadora social y psicóloga actuaron como mediadoras para facilitar la colaboración de los enfermos/as.

Se ha empleado la entrevista cualitativa al ser una técnica que permite acceder a la perspectiva del sujeto para ver el fenómeno con los ojos y con los sentimientos de los protagonistas. De las diferentes modalidades de entrevista se ha empleado la denominada semiestructurada, en tanto que ayuda a mantener la direccionalidad de la conversación, deja hablar y aflorar subtemas no previstos considerados pertinentes, pero evita que la conversación degenera hacia cuestiones totalmente carentes de conexión con el tema tratado.

Quien conduce esta clase de entrevistas deja expresarse a los sujetos a fin de que puedan hablar libremente con las palabras que deseen y en el orden que convenga, aunque suele disponer de una serie de preguntas-guía, a propósito de las cuales es imperativo que reciba información. Con este objeto se ha diseñado un guión, que ha servido de herramienta para determinar las dimensiones a tratar y al mismo tiempo conceder amplia libertad a las personas entrevistadas, pues la voz dominante debe ser la del entrevistado/a.

El tamaño muestral fue determinado por los discursos de los entrevistados, de modo que cuando se produjo una reiteración de contenidos, es decir cuando se alcanzó el llamado

⁶ Para el trabajo de campo se ha disfrutado de una beca de la Conselleria de Sanidad.

“punto de saturación”, se concluyó el trabajo de campo. Siguiendo este criterio, 18 personas han sido entrevistadas, 9 hombres y 9 mujeres.

En lo que respecta a la representatividad de la muestra, la orientación cualitativa no aspira a reproducir las características del universo, porque su objetivo no es generalizar. A pesar de ello, en la elección de los entrevistados sí ha habido cierta sistematicidad, pero más con la intención de cubrir una variedad de situaciones que de construir un micro-universo, procurando que estuvieran presentes personas de distintas franjas de edad, situación familiar y laboral.

Inicialmente la selección se orientó hacia sujetos que reunieran las tres características siguientes: de edad comprendida entre los 30 y 60 años, dado que es en las edades medias cuando suele aparecer la enfermedad⁷; que conviviesen en pareja, con objeto de observar el apoyo familiar; y que estuviesen en una situación de incapacidad laboral, puesto que en torno a la mitad de los enfermos/as tienen problemas o son incapaces de realizar las actividades diarias y entre el 30% y el 40% deben abandonar o cambiar de trabajo (Mease, 2005). Posteriormente se vio la pertinencia de ampliar la tipología e incorporar a sujetos que fueran más jóvenes, o que formaran hogares unipersonales o monoparentales, o que estuvieran activos laboralmente, y de este modo poder advertir la existencia de discursos plurales. No obstante, el perfil predominante ha sido el de personas de 35 a 50 años (5 mujeres y 8 varones), casadas o con pareja de hecho (7 mujeres y 4 varones), y con incapacidad laboral⁸ (6 mujeres y 5 varones).

7 No obstante, también ha sido diagnosticada en la infancia y adolescencia, pero es infrecuente en personas muy mayores -de más de 80 años- (Rivera et al., 2006: 55-56).

8 Las situaciones de incapacidad han sido muy variadas: incapacidad transitoria, incapacidad permanente total e incapacidad permanente absoluta.

3. ASIMETRÍAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA: PRINCIPALES RESULTADOS

La enfermedad sustrae a la persona de sus actividades normales y de las responsabilidades habituales. Talcott Parsons, precursor en sociología del estudio de los roles de paciente y médico (1984: 400-421), señala que la persona que sufre una enfermedad supone un potencial peligro para la integración en el sistema social, y éste responde mediante el control y coloca al sujeto enfermo en una condición de inmediata y directa dependencia pasiva respecto al sistema.

La consulta al profesional permite que se legitime su rol de enfermo, más fácilmente si obtiene un diagnóstico concluyente. Pero en el caso de la fibromialgia, un elevado porcentaje de enfermos pasa mucho tiempo sin recibir diagnóstico, como refieren todos los estudios consultados y se ha constatado en éste. De cualquier modo, la relación con el sistema sanitario convierte al enfermo en paciente, lo que implica la asunción de un nuevo papel, con sus consiguientes derechos y obligaciones, como cualquier otro rol en la estructura social.

Las asimetrías por sexo/género en la atención sanitaria serán analizadas comenzando por la etapa de exploraciones y pruebas, para abordar después la recepción del diagnóstico, la relación médico-paciente y la prescripción terapéutica. Sin embargo, es necesario ofrecer previamente unas pinceladas acerca de la dolencia que se ha observado en esta investigación.

3.1. La fibromialgia: una enfermedad enigmática

La fibromialgia⁹ es definida como un estado doloroso crónico generalizado no articular, que afecta predominantemente a los músculos y presenta una exagerada sensibilidad

9 Literalmente significa dolor (algia) en los músculos (mios) y en el tejido fibroso (fibro), tendones y ligamentos.

en puntos determinados. Su diagnóstico es eminentemente clínico pero complicado, dado que la exploración física no demuestra anormalidad ni tampoco las pruebas complementarias mediante análisis, radiografías, escáner, resonancias magnéticas, etc. Los criterios diagnósticos se establecieron en 1990 por la presencia de dos hechos: dolor generalizado durante más de tres meses y una sensibilidad anormal a la palpación en al menos 11 de los 18 puntos sensibles aceptados como específicos y repartidos a lo largo de la anatomía [Wolfe et al., 1990].

Todos los expertos coinciden en describirla como un síndrome complejo sobre el que todavía existe un gran desconocimiento. Su complejidad es tal que ni siquiera su manifestación es homogénea, pues el dolor músculo-esquelético, que constituye el síntoma más destacado, coexiste con algunos de estos otros: fatiga intensa y altamente debilitante, alteraciones del sueño, cefaleas, hormigueo o entumecimiento de las extremidades, colon y vejiga irritables, dificultad de concentración, lentitud mental, lapsus de memoria, depresión, irritabilidad, ansiedad... [Mease et al., 2011]. Es decir, una pluralidad de síntomas, entre los que el dolor, la fatiga y el insomnio son cardinales.

Hasta el momento, no se dispone de una teoría unificadora que explique en su totalidad la etiología de la fibromialgia, aunque existe suficiente evidencia de que su causa es multifactorial.

La fibromialgia presenta una elevada y creciente prevalencia [oscila entre el 2% y el 4% a nivel mundial]¹⁰, es mucho más frecuente en las mujeres que en los hombres (con una relación estimada de 20/1) y surge normalmente en edades medias (con un pico de prevalencia entre los 40 y 49 años) [Valverde et al., 2000; González et al., 2005]. Esta dolencia produce importantes costes psicológicos y sociales, y conlleva un uso elevado de los servicios sanitarios, en particular de la asistencia primaria [Sicras-Mainar, 2009].

En España, se ha calculado que entre el 5% y el 8% de las consultas de atención primaria pueden atribuirse a este trastorno [Alegre de Miquel et al., 2010: 110].

Como sucede con cualquier otra enfermedad, la búsqueda de ayuda profesional suele iniciarse cuando, pasado un tiempo, el malestar no desaparece o se agrava. No obstante, en este estudio se ha corroborado, una vez más, que los hombres demoran la consulta médica más que las mujeres. Los testimonios recogidos inducen a pensar que ese aplazamiento obedece a diversas razones: el temor a ser diagnosticado de una enfermedad grave, el rechazo a que se certifique su rol de enfermo, la resistencia a cambiar los hábitos o el tratar de mantener la virilidad a toda costa.

3.2. Exploraciones y pruebas

La respuesta que reciben los enfermos de fibromialgia cuando acuden por primera vez a las consultas médicas es, fundamentalmente, escepticismo, que puede ser interpretado como un prejuicio contra el enfermo/a o como una razonable precaución técnica. Sin embargo, la experiencia que relatan también denota sesgos androcéntricos.

Ya se ha indicado que en el sistema médico se produce mayor inclinación a pensar en la somatización cuando una sintomatología difusa o atípica, como es la fibromialgia, es presentada por una mujer, lo que muestra que la controvertida psicologización de las enfermedades se emplea con menos reparo para diagnosticar a la población femenina¹¹. En estos términos recordaban las enfermas las reacciones de los médicos: "eso es que a lo mejor tienes una mala racha" (E. 4); "me decía que era un poco de cuento, es que no puede ser... es que eso no puede ser, porque eso es un poco psicológico" (E. 5); "el médico decía que... yo que sé, como que yo exageraba, o que lo tenía en mi mente, que yo creía que me dolía [...]. Me enfadé, porque yo digo:

¹⁰ En España se calcula que la cifra de afectados/as supera las 700.000 personas (Rivera et al. 2006: 55).

¹¹ Bajo la presunción de que la causa es psicológica pueden no revisarse otros factores, lo que puede producir un sufrimiento innecesario.

este médico me toma por loca" (E. 10); "me dijo que si estaba pasando por un mal momento y le dije que sí" (E. 15).

Ahora bien, como los hombres entrevistados no son acusados de somatizar, no necesitan defenderse, pero las mujeres sí. Ellas rechazan radicalmente la posibilidad de que su patología esté originada por un trastorno mental como la depresión, sino que ven el malestar psíquico como una consecuencia de la fibromialgia. Con insistencia, justifican su estado depresivo: ¿quién no se deprime con un dolor constante?

La primera consulta revela otros componentes de género. Cuando un varón acude a las consultas, alguna mujer suele acompañarle y es involucrada en el tratamiento, lo que no ocurre en igual proporción cuando es la mujer la afectada; es más, aunque el enfermo sea el varón, a veces es una mujer (esposa, madre o hija) la que en su lugar consulta al médico e incluso llega a ser tratada. Esta doble discriminación, la asunción de toda la responsabilidad y la adopción del papel de paciente, que perpetúa los roles e influye negativamente sobre las mujeres, podría evitarse si el personal médico exigiese a los verdaderos pacientes implicarse en el seguimiento y tratamiento de su enfermedad.

También se aprecia, o al menos así lo expresan, que las mujeres encuentran más impedimentos iniciales para ser objeto de revisión por parte de médicos especialistas, ciñéndose sus primeros contactos a la asistencia primaria. Los hombres, o bien son derivados por sus médicos de cabecera a la asistencia especializada o directamente acuden a ésta -a través del sistema sanitario privado- o a hospitales.

Y cuando los médicos de cabecera piensan en derivar a sus pacientes femeninas a especialistas, el supuesto componente psicológico de sus problemas de salud hace dudar de cuál es el más indicado. Una de las entrevistadas lo rememora así: "me puse a llorar, a llorar, porque digo: si el médico no me entiende [...]. Entonces, la doctora, claro,

se sorprendió porque me conoce de muchos años y sabe que no soy llorona, ni quejona, ni eso, ni quejicono, y aguanto el dolor [...] y entonces dice: pues no sé qué hacer, si mandarte al psiquiatra o mandarte al reumatólogo. Entonces yo le dije: mándame al reumatólogo porque yo, de psiquiatra para nada" (E. 12)¹².

Las mujeres no quieren ser atendidas desde una perspectiva psíquica y manifiestan: "yo no estoy loca". Están identificadas con la idea de que ser tratadas en salud mental implica una descalificación más, incluso mayor que la invalidez por fibromialgia. Ahora bien, el empecinamiento en concebir el dolor como un síntoma orgánico no controlable y la resistencia a aceptar que intervengan factores psicológicos y sociales en el origen de la enfermedad, pueden generar dificultades para afrontarla, porque impide la modificación de los aspectos y estilos de vida que pueden estar asociados, y lleva a depositar el control de su dolencia exclusivamente en los médicos.

A las personas entrevistadas se termina haciéndoles todo tipo de exploraciones complementarias. La ausencia de pruebas objetivas diagnósticas que muestren evidencia de patología orgánica supone un largo deambular. Como la fibromialgia no encaja en el sistema de especialidades, los enfermos van de especialista en especialista en función de la intensidad del síntoma que se manifiesta con más fuerza en ese momento. Y todos le dicen al paciente lo que no tiene. Aparentemente no tienen nada, y sufren física y psíquicamente en el largo proceso de búsqueda de respuesta a sus alteraciones no demostrables.

En el transcurso de las entrevistas, la sensación de peregrinaje largo y tortuoso es subrayada particularmente por los varones, lo que hace pensar que la conformidad, la

¹² A juicio de algunos psiquiatras, desde atención primaria no se transmite adecuadamente a los pacientes la idea sobre el hipotético componente psicológico en el origen de este síndrome, y advierten que cuando llegan a sus consultas derivados por los médicos de cabecera no saben por qué o para qué acuden (Ribé Buitrón, 2011).

resignación o la paciencia, más propias del género femenino, y/o la mayor experiencia de las mujeres como usuarias de los servicios sanitarios (bien para ellas o para otros), ayudan a adoptar el rol de paciente, si bien en este caso, de pacientes sin diagnóstico.

A la impotencia que conlleva toda enfermedad y al dolor que produce la fibromialgia, se va engarzando el miedo, la inseguridad, el desconocimiento y la posibilidad de que sean tildados de hipocondríacos. Ahora bien, a pesar de que todos los varones, pero no todas las mujeres, destacan la realización de numerosas pruebas sin resultados de enfermedad, hay mayor predisposición en las mujeres a creer que están locas o son hipocondríacas: "yo ya estaba empezando a pensar si realmente estaba loca [...] llegas a un punto que yo dudaba de mí y pensaba, igual me estoy inventando yo todo [...] soy hipocondríaca, no lo sé, es que ya no sabía por dónde tirar" (E. 1); "el pitjor és no saber què tens, saber que estàs mal, que te trobes mal, i no saber què és, perquè és que arribes a dubtar de tu mateixa de dir: ¿estaré inventant-me-ho?, ¿m'estaré tornant loca? (E. 3); "yo pensaba que me volvía loca con los dolores, y que me dijeran que todo estaba perfecto. ¿Cómo va a estar perfecto? Es imposible" (E. 15).

Debido a la dificultad de diagnóstico, los hombres también encuentran problemas en el periodo de exploraciones, que refieren así: "piensan que les estás mintiendo y te cansas de ir... que no te escuchan" (E. 6); "la sensació que jo tinc era que em queixava per vici" (E. 14); "una cosa és que tinga que lluitar contra la malaltia, però damunt un altra és que tinga que convencer de que estic mal" (E. 17); "lo peor de esto es que todo el mundo te decía que no tenías nada, y tú tenías un montón de dolores y un montón de síntomas" (E. 18). En consecuencia, el escepticismo de los médicos no se produce sólo cuando sus pacientes son mujeres, pero sí es más notorio hacia ellas desde los primeros contactos con la asistencia médica.

Cuando las exploraciones diagnósticas no revelan la existencia de enfermedad, enton-

ces sí se deriva a los hombres a la unidad de salud mental, o los especialistas les informan de la posible asociación con problemas mentales. Este comportamiento diferencial revela el prejuicio de la clase médica con relación a las mujeres, pues mientras que en los hombres se recurre a la supuesta somatización cuando los parámetros que miden la salud física son normales, esta apreciación se realiza en las mujeres aun antes de las exploraciones, como se ha constatado previamente.

Durante el desarrollo de las pruebas previas al diagnóstico, ambos sexos señalan la confusión y desorientación de los médicos, lo que no es ajeno al desconocimiento que tienen sobre la dolencia y a la controversia que persiste en la ciencia médica acerca de si las perturbaciones emocionales que presentan los enfermos son consecuencia o causa del dolor. De cualquier manera, para los médicos es incómodo el enfermo somatoforme, es decir, aquel que nunca acepta los motivos psicológicos como causa de sus padecimientos. Para ellos son deseables los diagnósticos físicos, como lo justifican estos médicos: "No es extraño que muchos de nosotros prefiramos establecer diagnósticos orgánicos antes que psicológicos ya que estamos más familiarizados con los primeros. En cierto modo pueden resultar tranquilizadores para nosotros, ya que le podemos aplicar al paciente el modelo orgánico, y tranquilizadores para el paciente, ya que sus molestias no son producto de los "nervios" sino que tienen una causa física" (Blanco López y Seguí Díaz, 2002: 218).

3.3. El diagnóstico

Los pacientes suelen pasar varios años de consultas médicas sin éxito respecto a su diagnóstico y tratamiento. Unos diez años transcurren como promedio, según los expertos. Larga demora que provoca desesperanza, incomprensión y sentimientos de impotencia que empeoran el cuadro y produce una desadaptación psicológica. Por ello, los especialistas insisten en la necesidad de "una detección y un diagnóstico más pre-

coces”, pues probablemente se conseguiría “una rápida comprensión de los síntomas y una mejor eficacia de los tratamientos” (Gelman et al., 2002: 326-327). Es más, estudios longitudinales realizados sobre numerosos pacientes demuestran que el 50% de los que son diagnosticados de forma precoz y tratados correctamente, dos años después presentan una remisión de sus síntomas, con mínima intervención médica y sin tomar ninguna medicación (Rotés-Querol, 2003: 148).

En las personas entrevistadas, sin embargo, el diagnóstico se retrasa varios años. El tiempo que transcurre desde la primera consulta hasta la recepción del diagnóstico es variable, aunque la mayoría ha tenido que esperar entre dos y cuatro años. Pero es significativamente superior en las mujeres, incluso tres enfermas son diagnosticadas tras diez años o más de consultas, lo que se convierte en una verdadera tortura psicológica.

Independientemente del cómo se les haya transmitido el diagnóstico, la reacción ante el mismo muestra sustanciales diferencias por sexo. Por lo general, sienten alivio al disponer por fin de una explicación lógica a sus múltiples molestias. Llevan mucho tiempo deseando la confirmación de una enfermedad concreta y encuentran su expediente salvífico; además, saber qué es lo que tienes, supone saber qué es lo que no tienes.

No obstante, la sensación de desahogo y el consiguiente alivio que produce tener un diagnóstico o el corroborar que no hay locura, es más destacado por las mujeres, quienes señalan este momento como el principal punto de inflexión en su enfermedad.

Y lo recuerdan con estas expresiones: “em vaig quedar gelà en eixe moment, lo únic que li vaig poder dir és, gràcies, li vaig donar la mà, gràcies per per lo menos per dir-me què és el que tinc” (E. 3); “por lo menos ya sé que tengo algo [...] que sepan que no nos quejamos por... no me quejo, no me quejo por quejarme” (E. 5); “Digo: bueno, pues ya sé que tengo un nombre que se llama fibro-

mialgia, ya sé que no estoy... que no finjo [...] me sentí un poco más aliviada, porque yo lo que no quería es que, que, pensasen que yo exageraba [...] es cierto el dolor” (E. 10); “me alegré de que mi dolencia tuviera un nombre, aunque no, no supiera muy bien lo que era, pero tenía un nombre” (E. 13).

En los varones, por el contrario, la comunicación del diagnóstico provoca un choque emocional debido al carácter crónico de la dolencia o a la necesidad de modificar sus hábitos de vida. E incluso mantienen que sea erróneo, y solicitan más pruebas. Esta respuesta que no se ha hallado en las mujeres, quienes confían más en el diagnóstico.

Es posible que el género explique las diferentes actitudes ante el diagnóstico. Los síntomas de la fibromialgia, como los dolores musculares, las dificultades para moverse y la tristeza consiguiente, encajan más fácilmente en el estereotipo femenino. Además, es una enfermedad predominantemente femenina. En consecuencia, se produce un rechazo cultural lógico en los varones, los feminiza.

Una queja expresada por la mayoría de entrevistados/as es la escasa información que reciben de su dolencia cuando se les anuncia el diagnóstico. No se ha encontrado, como en otras investigaciones, que las mujeres recibieran más información.

Tras el diagnóstico se advierte un comportamiento diferencial por sexo. Si en la etapa prediagnóstica es común la hiperfrecuentación de las consultas, con la recepción del diagnóstico se produce un cambio sustancial en las mujeres: unas dejan de utilizar los servicios sanitarios; otras ya no acuden a su centro de atención primaria, sino que recurren con asiduidad a las urgencias. Los varones alteran menos los hábitos de utilización al disponer de diagnóstico. De otra parte, es sintomático que el estereotipo de hombre valiente fue expresado por la mujer de un enfermo, quien apostilló que su marido acude a las consultas médicas cuando no puede más, no por quejarse (E. 11).

3.4. La relación médico-paciente

Toda relación terapéutica implica un proceso de influencia interpersonal sumamente importante en la recuperación de la salud. Cuando el paciente sufre fibromialgia, una comunicación adecuada, la escucha activa y la empatía por parte de los médicos favorecen el afrontamiento de la enfermedad (Díaz Osto, 2011: 31). Sin embargo, a pesar de que los enfermos de fibromialgia son pacientes que necesitan más tiempo y más explicaciones, es francamente difícil ofrecer todas las explicaciones sobre diagnóstico y tratamiento cuando las consultas están cargadas de trabajo.

Tampoco hay que olvidar que la variedad de síntomas de la fibromialgia puede contribuir a que el médico tenga la impresión de estar ante un enfermo que magnifica su situación, generándose un clima de desconfianza entre ambos. Al profesional le resulta difícil cuantificar el sufrimiento real del paciente, y el paciente percibe sentimiento de rechazo y frustración del médico.

Pero la relación médico-paciente, eje central de la asistencia sanitaria, es más compleja de lo que parece a simple vista. Es, como definen los teóricos del tema, una relación de poder: de dominación por los médicos (expertos) y de subordinación por los pacientes (profanos). Y aunque la asimetría ni siquiera se discute, incluso se da por hecho cuando alguien que sufre o está en situación de dependencia acude a pedir ayuda, los médicos y los pacientes pertenecen a mundos diferentes, como decía Parsons (1984), y el encuentro puede ser de conflicto, como decía Freidson (1978). Ahora bien, ¿incide el sexo de los interactuantes en el modelo de relación?

Las diferencias en la práctica profesional entre médicas y médicos han sido confirmadas en los estudios. Algunos datos empíricos muestran que las médicas mantienen consultas más largas, realizan registros más completos, solicitan más pruebas complementarias, proporcionan más información

e indagan más los aspectos psicosociales del paciente (Delgado y López Fernández, 2004: 113; Sobrequés Soriano y Piñol Moreso, 2001). Tal vez denote una diferente sensibilidad de las mujeres frente a los aspectos sociales, preventivos y humanistas de la atención al paciente.

No obstante, las diferencias que pueda ocasionar que el médico sea varón o mujer, apenas son percibidas por las personas entrevistadas, pero sí se aprecia la influencia del sexo de los pacientes en la interacción en las consultas.

Las funciones de las mujeres en asuntos de salud posiblemente favorezcan la adopción de un rol de paciente más activo, como atestiguan las enfermas: "yo todas las noches hacía mi lista, mañana le tengo que preguntar al médico..." (E. 1); "yo tengo que saber, a mí siempre me ha gustado saber, tengo todos los medicamentos allí puestecitos, no se me olvida ni uno" (E. 12). Dicho comportamiento se ha detectado en estudios anteriores, en los que se ha visto que las mujeres preguntan más que los hombres en la consulta. Los hombres entrevistados apenas formulan preguntas a sus médicos.

Esta actitud en las consultas desvela una diferente adopción del rol de paciente. Las mujeres se muestran más curiosas y ven como inherente al rol el hecho de preguntar, lo que para algunos varones es impropio, quizá porque tienen mayores expectativas respecto a la información que deben facilitar los médicos.

De la relación médico-paciente, cobra especial interés la que se mantiene con el/la médico de cabecera, un eslabón central en el actual sistema sanitario; sin embargo, el propósito de acercar la sanidad a los individuos a través de esta figura queda puesta en entredicho. Es cierto que algunos entrevistados de ambos sexos califican que la relación con su médico de familia es muy buena, de mucha confianza. La otra cara de la atención del médico de cabecera es, por ejemplo, la que una entrevistada rememora cuando in-

forma a su médico del diagnóstico que le han dado los especialistas: "Li ho conte al metge de capçelera, eh, me diu: eso son todo inventos, que estem mig loques, primer me diu que eso era de la depresión, que estava depressiva, el meu metge de capçelera, diu que, després de diagnosticar-me el reumatòleg la malaltia, i me va dir que això era perquè jo estava depressiva, m'ho va dir dos o tres vegues" (E. 3). Así mismo, varios hombres declaran que su facultativo muestra escepticismo o desconocimiento sobre la fibromialgia, o se abstienen de prescribir: "al principio se lo creyó, pero luego... mal" (E. 16); "yo sabía que el médico de cabecera, desde la primera vez que fui, y que tal, no tenía ni idea" (E. 18); "no sabe qué darte porque no quiere tomar ninguna responsabilidad" (E. 6).

Si establecer una buena relación médico-paciente basada en la confianza y el respeto mutuo es la base de toda actividad terapéutica eficiente, y el paciente percibe que una y otra vez se le defrauda, ¿cómo conseguir que se confíe ante ese médico, ante otro médico, ante el siguiente...? La sensación de que los médicos no le hacen caso puede llegar a ser tan dolorosa como los dolores en sí mismos, como se verá a continuación. No obstante, desde la perspectiva de los médicos, son razonables sus argumentos: la gran prevalencia del síndrome y la elevada frecuentación a las consultas, "hace imposible su control y seguimiento, ya sea desde un área especializada o desde el ámbito del médico de familia" (Alegre de Miquel et al., 2004: 526).

Al ahondar en los juicios que formulan sobre la atención médica, se detectan diferencias por sexo. Respecto a las pacientes, las valoraciones negativas que expresan 7 de ellas adquieren diferentes grados, desde estar enfadada a ser penosa, y entre ambas, el abanico de descalificaciones o críticas es amplio. Por ejemplo, apuntan que los médicos no reconocen, no saben, que manifiestan nulo interés por la fibromialgia, que no son capaces de colocarse en el lugar del enfermo y que, sobre todo, se sienten incomprendidas: "No me he sentido para nada comprendi-

da porque como es todo tan subjetivo pues, como que no, como que ellos o no se creían lo que yo les estaba contando o que decían: esta chica no está bien ¿no?, me sentía como que estaba loca" (E. 4). Y estas malas experiencias han modificado su imagen de la clase médica. En este sentido, aluden al interés económico de los médicos y al beneficio social derivado del status, declaran que han perdido la fe en la medicina, que los médicos han hecho que se sientan desatendidas, que no hay salida ya.

También son mujeres las que mencionan que aun disponiendo de diagnóstico, es frecuente que sus síntomas sean atribuidos de modo persistente a la depresión. E igualmente señalan la dificultad de superar el "saco roto" donde se incluyen todos los problemas de salud que sobrevengan a la persona afectada de fibromialgia: "si tú llegas al hospital con un apellido y el apellido es fibromialgia, y como tienes ese apellido, entonces te duele algo pero eso es de tu enfermedad" (E. 1); "si acudes con un dolor de muelas y dices: es que tengo fibromialgia; entonces te dicen: ah, bueno, pues entonces nada... Todo lo achacan a la fibromialgia y a lo mejor tienes otra cosa [...]. Te duele la cabeza, fibromialgia; te duele el oído, fibromialgia; todo así, y dices: pues no, puede ser otra cosa" (E. 2). Son los efectos perversos del tan deseado expediente salvífico.

En cuanto a los hombres, los que valoran negativamente la atención recibida, emiten estos juicios sobre el trato de los médicos: no se comprometen, no quieren asumir responsabilidad, no apoyan, no comprenden, no informan, no escuchan, son distantes, poco humanos, despachan pronto. Así lo manifestaban: "realmente, cuando más los necesitas no los tienes al lado [...] es como si todos se lavaran las manos, cuando llegas tiene más gente que atender y no quiere nada más que entrar y salir" (E. 6); "pareix que els metges com si eixiren sempre en que és una cosa que no està molt estudiada..., casi ni t'escolten" (E. 8); "el trato, personalmente, humanamente, no es muy bueno, es bas-

tante lamentable, porque humanamente podrían ser, tener un poco más, decirte: mira, tienes esto, esto más o menos consiste en esto y esto, y no, tienes esto y ahí te apañas” (E. 9); “per la pública, ¡buf!, és una consulta automàtica, podia anar-me’n a un ordinador i parlar-li a l’ordinador i quedar-me igual de tranquil i m’estaviava fer la cola” (E. 14); “als metges les costa molt el reconèixer la seua incapacitat, se pensen que son Deu. No, no diuen mai: no sé, no sé, no tinc ni idea” (E. 17).

Por otro lado, el protagonismo de las mujeres en los asuntos de salud es incuestionable. En las experiencias de los enfermos de fibromialgia, vuelven a estar presentes las mujeres cuando los hombres narran su relación con el sistema sanitario, lo que apenas sucede a la inversa.

3.5. La prescripción terapéutica

Numerosas fuentes informan de que la población femenina consume más medicamentos y que los médicos recetan a las mujeres más fármacos de todo tipo. No es infrecuente que los síntomas de las mujeres se atribuyan en la primera visita a problemas psicológicos y sean tratados con ansiolíticos o antidepressivos, silenciando con sedantes lo que puede tener una causa social o biológica.

Estas diferencias de tratamiento pueden revelar sesgos de género inconscientes y la dificultad de separar el prejuicio del análisis. Sesgos que parecen intuirse en los pacientes con fibromialgia, pues ellas han consumido o consumen más antidepressivos que los varones y a varias les prescribieron antidepressivos tras el diagnóstico, lo que generó un desconcierto hasta que supieron, y remarcan, que no es para la depresión, sino que los toman debido al efecto calmante general.

Para la fibromialgia hay que dar medicaciones específicas, no se pueden dar recetas generales de tratamiento. Da muchos síntomas y se visita a muchos especialistas, y si por cada síntoma se prescribe una medicina, si cada especialista le da al enfermo un tratamiento diferente, los pacientes pueden terminar tomando múltiples medicamentos.

Por ello, no es extraño que sea de las dolencias que mayor consumo de medicamentos provoca, pero como no alivian lo suficiente, resulta más difícil adoptar el rol de paciente, que entraña aceptar las medidas terapéuticas.

Al comienzo, enfermos y enfermas respetan rigurosamente la prescripción, comprobándose que, con frecuencia, la vigilancia del tratamiento de ellos recae principalmente en sus mujeres. En las enfermas, sin embargo, se ha dado un mayor abandono. Los motivos que les incitan a ellas y ellos a dejar el tratamiento son varios: desconfianza, propensión a engordar (más en ellas) o resistencia a tomar medicación indefinidamente -“me parece una bestialidad que con 33 años me digan: cinco pastillas por el resto de tu vida; me parece una sentencia” (E. 15)-. Y también influye el miedo a los tratamientos, la iatrogénica, una razón que es expresada sólo por las mujeres y vinculada al hecho de disponer de más información, pues ellas se documentan más sobre las repercusiones de los fármacos, leen los prospectos, preguntan, buscan en Internet.

Todo indica que, inicialmente, la mujer se adapta mejor al rol de paciente ideal, pues acata las instrucciones del médico y es más perseverante. También es más recelosa o más cauta respecto a las consecuencias que pueden derivarse de la medicación que ingiere, lo que propicia más tarde el incumplimiento. Por supuesto, en ambos sexos influye el hecho de no advertir mejoría.

¿Para qué ingerir una considerable dosis de fármacos si el malestar no remite? Ésta parece ser la pregunta que en la mayoría de los casos induce al abandono del tratamiento. Pero si las mujeres canalizan las demandas en una dirección diferente a la medicina tradicional, buscan y esperan resultados en las medicinas, terapias o sustancias alternativas, los hombres raramente recurren a éstas.

Así pues, si es razonable la hiperfrecuentación inicial de los recursos sanitarios de-

bido a un malestar creciente y desconcertante, también es comprensible que ante la ausencia de un tratamiento eficaz dejen de acudir al sistema sanitario o distancien más sus visitas. Un comportamiento que termina perjudicándoles, pues como relataba una enferma, pierden credibilidad ante la clase médica: "Tuve una época que no quería saber nada y entonces, pues eso me ha perjudicado mucho, porque al volver a ir... fatal, porque como, además, ahora la situación ésta que te estaba comentando de que el 24 de noviembre vamos a juicio ¿no?, necesitas pues muchos informes, y entonces vuelves a ir y los médicos mal, porque dicen: a esta chica ya hace tiempo que no la he visto" (E. 4). Es decir, las pocas expectativas de mejora y el desánimo consiguiente, conducen a las pacientes a utilizar menos los servicios de salud, lo que puede ser un obstáculo para la obtención de los informes necesarios si se inicia el reconocimiento de incapacidad.

4. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

A pesar de las limitaciones que se derivan del empleo de una muestra reducida, y en la que no se ha efectuado una inclusión exhaustiva de perfiles sociales sino saturación de discursos, los testimonios que se han recogido dejan entrever la existencia de posibles diferencias y desigualdades por sexo en la asistencia médica.

- En las primeras consultas se produce una mayor tendencia de los médicos de atención primaria a pensar que la sintomatología de las enfermas tiene un importante componente psicossomático, a lo que ellas se oponen firmemente.
- Ambos sexos son sometidos a un gran número de pruebas sin resultado, que generan hastío en ellos y sensación de locura en ellas.
- El diagnóstico supone un consuelo para las enfermas: ya saben qué enfermedad padecen. Para los hombres representa un choque emocional, no terminan de confiar en el diagnóstico, muy probablemente porque los síntomas de la fibromialgia se corresponden con el estereotipo de género femenino.
- La dependencia del sistema sanitario es elevada en ambos sexos durante la etapa prediagnóstica. Tras el diagnóstico, las mujeres son más reacias a su utilización.
- Las relaciones médico-paciente son distintas. Las mujeres adoptan durante las consultas una actitud más activa, formulan más preguntas al profesional; sin embargo, las mujeres se sienten más incomprendidas por los médicos que los varones. Por otro lado, la superioridad que define el rol profesional de los médicos es más compatible con el sexo que ha sido socializado para la humildad y la obediencia, por lo que las mujeres se adaptan mejor al modelo de paciente que cumple las indicaciones, a la sumisión que implica la relación médico-paciente.
- A las mujeres con fibromialgia se les prescribe más antidepresivos que a los hombres.
- Inicialmente, la adherencia a los tratamientos es más alta en las mujeres. Ellos son más inconstantes. Ahora bien, la perseverancia de las mujeres no es indefinida: si transcurrido un tiempo no advierten mejoría, el temor a los efectos secundarios de los medicamentos suele ocasionar el abandono del tratamiento.
- Cuando se agotan las esperanzas en la medicina tradicional, las mujeres recurren a terapias alternativas, de las que esperan, al menos, aliviar sus síntomas. Los hombres raramente optan por ellas.
- Los hombres y las mujeres que sufren este síndrome coinciden en que la atención médica que se les presta es deficiente, siendo algo más crítica la opinión de los varones.
- Se ha confirmado la mayor implicación de las mujeres en los problemas de salud de

su familia, propiciada por la clase médica, que las involucra en los tratamientos.

Así pues, si la primera hipótesis planteaba que las relaciones de género se manifiestan en el sistema sanitario, generando un tipo de relación médico-paciente distinto, existe evidencia empírica para afirmar, al menos en lo que se refiere a las personas con fibromialgia que han sido entrevistadas, que la salud de las mujeres se psicologiza. Los médicos tienden a pensar en la somatización más frecuentemente cuando sus pacientes son mujeres, y las medicalizan con psicofármacos a falta de otros instrumentos terapéuticos para ayudarlas.

Por otra parte, el modelo de paciente que adoptan los hombres y las mujeres como usuarios de la red sanitaria es diferente, como presumía la segunda hipótesis. En general, el comportamiento de las mujeres se caracteriza por ser colaborador y acatar las órdenes, por ser más paternalista la relación médico-paciente. En cambio, el comportamiento de los hombres tiene más componentes del modelo clientelista: la consulta médica se percibe como una transacción de mercado y el control y la toma de decisiones no recae sólo en los médicos.

En cualquier caso, los testimonios de las personas que sufren fibromialgia muestran que esta enfermedad acarrea mucha infelicidad y soledad. Los largos periplos de un médico a otro y el escepticismo de algunos profesionales son sólo una parte de la angustia de estos enfermos. Los reproches de la familia y su falta de entereza para afrontar la enfermedad, que deterioran o incluso desestructuran la unidad de convivencia, son una consecuencia menos visible. A ello suele añadirse la pérdida de empleo, y la consiguiente merma de ingresos y de relaciones del ámbito laboral. Para enfermos y enfermas este síndrome es una experiencia atroz que transforma sus vidas.

Evidentemente, la investigación sobre las causas del síndrome y el mayor conocimiento por parte de la profesión médica contri-

buirá decisivamente a la mejora de la calidad de vida de los enfermos/as. No obstante, la visibilización de las desigualdades de género a partir de estudios más amplios y profundos también supondrá un avance para que la atención sanitaria de los enfermos/as de fibromialgia beneficie por igual a ambos sexos. Hasta el momento, son escasos los estudios y limitados sus hallazgos, pero apuntan que la respuesta del sistema sanitario es diferente en hombres y mujeres con el mismo diagnóstico (Ruiz Pérez et al., 2007). Igualmente, se ha destacado que el discurso académico sobre la fibromialgia ha magnificado la prevalencia y la presentación del cuadro clínico en las mujeres, lo que puede sesgar la diagnosis y provocar un sobrediagnóstico en mujeres e hipodiagnóstico en hombres (Tosal Herrero, 2007: 91).

De otra parte, habría que emprender una línea de investigación complementaria para el conocimiento de las desigualdades de género en el esfuerzo terapéutico: la perspectiva de los médicos/as. Esta doble mirada, la de los pacientes y la de los médicos, es necesaria para determinar si con esos pacientes hipofrecuentadores, con plurisintomatología, que precisan o demandan múltiples pruebas y sobre los que emerge el sentimiento de no poder curar¹³, los médicos/as mantienen una relación clínica diferente cuando la enfermedad tiene rostro de mujer.

5. BIBLIOGRAFÍA

ALEGRE DE MIQUEL, C. et al. (2004): "Problemática en el abordaje de la fibromialgia", *Atención primaria*, 33 (9): 526-527.

ALEGRE DE MIQUEL, C. et al. (2010): "Documento de Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia", *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(2): 108-120.

¹³ Es el perfil que los médicos atribuyen al paciente más difícil (Mas Garriga et al., 2009; Bosch Fontcuberta, 2009) y cuyas características se corresponden con el que padece fibromialgia.

- ANGUITA, M. et al. (2010): "Methodology Employed in the Study of Cardiovascular Disease in Women in Spain", *Revista Española de Cardiología*, 8 (D): 4-7.
- BEERY, T. (1995): "Gender bias in the diagnosis and treatment of coronary artery disease", *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 24 (6): 427-435.
- BLANCO LÓPEZ, W. y SEGUÍ DÍAZ, M. (2002): "Fibromialgia y trastorno somatoforme: ¿existe un límite definido?", *Semergen*, 28 (4): 216-218.
- BOSCH FONTCUBERTA, J. M. (2009): "Encuentros difíciles médico-paciente: ¿un problema inevitable?", *Atención Primaria*, 41(1): 15-17.
- CALVO-EMBUENA, R. et al. (2008): "Desigualdad de esfuerzo terapéutico en mujeres con infarto agudo de miocardio: 10 años después", *Medicina Intensiva*, 32 (7): 329-336.
- CARO GABALDA, I. (2001): *Género y salud mental*. Biblioteca Nueva, Madrid.
- COLECTIVO DEL LIBRO DE SALUD DE LAS MUJERES DE BOSTON (1982): *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*. Icaria, Barcelona.
- DELGADO, A. y LÓPEZ FERNÁNDEZ, L. A. (2004): "Práctica profesional y género en atención primaria", *Gaceta Sanitaria*, 18 (1): 112-117.
- DÍAZ OSTO, M. R. (2011): "Propuesta de implementación del proceso de fibromialgia. Distrito Sevilla. La fibromialgia desde Atención Primaria", *Semergen*, 37(1): 30-35.
- FOX KELLER, E. (1991): *Reflexiones sobre género y ciencia*. Edicions Alfons el Magnànim, Generalitat Valenciana, Valencia.
- FREIDSON, E. (1978): *La profesión médica*. Península, Barcelona.
- FUENTES I PUJOL, M. (2001): "Salud reproductiva y salud integral de las mujeres. Reflexiones desde la práctica en Asistencia Primaria", en MIQUEO, C. et al. (ed.): *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y profesionales de diferencias sexuales no previstas*. Minerva, Madrid, pp. 223-235.
- GELMAN, S. M. et al. (2002): "Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia. Estudio piloto prospectivo controlado", *Revista Española de Reumatología*, 29 (7): 323-329.
- GONZÁLEZ, M. et al. (2005): "Calidad de vida y depresión en el estudio EPIDOR", *Revista Española de Reumatología*, 32 (2): 52-59.
- LÖWY, I. (2002): "Ciencias y género", en HIRATA, H., LABORIE, F., LE DOARÉ, H. y SE-NOTIER, D. (coord.): *Diccionario crítico del feminismo*. Síntesis, Madrid, pp. 41-86.
- MAS GARRIGA, X. et al. (2009): "Encuentros difíciles en consultas de atención primaria: una perspectiva de pacientes y médicos", *Atención Primaria*, 41(1): 9-15.
- MEASE, P. (2005): "Fibromyalgia syndrome: review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures and treatment", *The Journal of Rheumatology*, Suppl; 32: 2063.
- MEASE, P. et al. (2011): "Toward Development of a Fibromyalgia Responder Index and Disease Activity Score: OMERACT Module Update", *The Journal of Rheumatology*, 38:1487-1495.
- MESSING, K. (1997): "Buscando el rastro de lo invisible: indicadores científicos de los riesgos de salud en el trabajo de las mujeres", en *Vivir con salud, haciendo visibles las diferencias*. Congreso Internacional "Mujeres, trabajo y salud". Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, pp. 133-143.
- NARKIEWICZ, N., KJELDSEN, S. y HEDNER, T. (2006): "Hypertension and cardiovascular disease in women: Progress towards better understanding of gender-specific differences?", *Blood Pressure*, 15: 68-70.
- ORTIZ GÓMEZ, T. (2006): *Medicina, historia y género. 130 años de investigación feminista*. KRK, Oviedo.
- PARSONS, T. (1984): *El sistema social*. Alianza, Madrid.

- PÉREZ SEDEÑO, E. (2008): "Mitos, creencias, valores: cómo hacer más "científica" la ciencia; cómo hacer la "realidad" más real", *Isegoría: Revista de filosofía moral y política*, 38: 77-100.
- RIBÉ BUITRÓN, J. M. (2011): "Fibromialgia: el no diálogo soma-psique, el no diálogo médicos-psiquiatras", *Atención Primaria*, 43 (4): 211.
- RIVERA, J. et al. (2006): "Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia", *Reumatología Clínica*, 2 (1): 55-66.
- ROMO AVILÉS, N. (2010): "La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas", *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (3), 269-272.
- ROTÉS-QUEROL, J. (2003): "La fibromialgia en el año 2002", *Revista Española de Reumatología*, 30 (4): 145-149.
- RUIZ CANTERO, T. (2001): "Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinante de la estructura de salud de la Comunidad", en MIQUEO, C. et al. (ed.): *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y profesionales de diferencias sexuales no previstas*. Minerva, Madrid, pp. 163-177.
- RUIZ CANTERO, T. y VERDÚ DELGADO, M. (2004): "Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico", *Gaceta Sanitaria* 18 (1): 118-125.
- RUIZ PÉREZ, I. et al. (2007): "Diferencias en características sociodemográficas, clínicas y psicológicas entre hombres y mujeres diagnosticados de fibromialgia", *Revista Clínica Española*, 207 (9): 433-439.
- SALES GUTIÉRREZ, L. (2009): "El techo de cristal de las investigadoras: la ciencia incompleta", *Enfermería Clínica* 19 (1):1-3.
- SICRAS-MAINAR, A. (2009): "Perfil de uso de recursos y costes en pacientes que demandan atención por fibromialgia o trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud", *Atención Primaria*, 41 (2): 77-84.
- SOBREQUÉS SORIANO, J. y PIÑOL MORESO, J. L. (2001): "Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados", *Atención Primaria*, 28 (8): 535-542.
- TOSAL HERRERO, B. (2007): "Síndromes en femenino. El discurso médico sobre la fibromialgia", *Feminismo/s*, 10: 79-91.
- VALLS LLOBET, C. (2001): «Desigualdades de género en salud pública», en *Género y Salud*. I Jornadas de la red de médicas y profesionales de la salud. Instituto de la Mujer, Madrid, N° 30, pp. 15-22.
- VALLS LLOBET, C. et al. (2008): "Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres", *Anuario de Psicología*, 39, (1): 9-22.
- VALVERDE, M. et al. (2000): "Prevalencia de la fibromialgia en la población española. Estudio EPISER (resumen)", *Revista Española de Reumatología*, 27:157.
- VELASCO, S., RUIZ, T y ÁLVAREZ-DARDET, C. (2006): Modelos de atención a los síntomas somáticos sin causa orgánica: de los trastornos fisiopatológicos al malestar de las mujeres, *Revista Española de Salud Pública*, 80 (4): 317-333.
- WOLFE, F. et al. (1990): "The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia", *Arthritis Rheum*, 33: 160-72.

Maltrato y enfermedad mental. Estudio de personas con enfermedad mental, víctimas de maltrato

VICTORIA ASTRAIN AZPARREN

Departamento de Trabajo Social. Universidad Pública de Navarra.

Recibido: 12 de septiembre de 2011 - Aceptado: 31 de octubre de 2011

RESUMEN

Se realiza un trabajo de investigación sobre la victimización de personas con enfermedad mental, desde la perspectiva de que este colectivo es con frecuencia víctima de maltrato, a pesar de los prejuicios y el estigma que pende sobre él. Dada su especial vulnerabilidad social, los y las profesionales que atienden a esta población tienen la responsabilidad de visibilizar este fenómeno, y validar los instrumentos de diagnóstico que utilizan como útiles para detectar maltrato.

PALABRAS CLAVE: Victimización, personas con enfermedad mental, estigma, vulnerabilidad social, validar instrumentos, detección.

ABSTRACT

The thesis involved research on the victimization of people with mental illness from the angle of this group often being the victim of abuse, despite the prejudice and stigma that hangs over it. Given its special social vulnerability, the professionals serving this population are responsible for making this phenomenon visible, and for validating diagnostic tools that are considered useful for detecting abuse.

KEY WORDS: *Victimization, people with mental illness, stigma, social vulnerability, validating instruments, detection.*

CORRESPONDENCIA

mariaivictoria.astrain@unavarra.es

INTRODUCCIÓN

A lo largo de las últimas décadas, las diferentes formas de violencia que tienen lugar en el seno de la sociedad se han venido convirtiendo en un asunto cada vez más estudiado, analizado y discutido. Se tiene constancia de la presencia desproporcionada de algunos colectivos entre las víctimas más habituales de violencia; experiencias en las que se manifiestan las relaciones de poder y dependencia.

Aunque el fenómeno del maltrato es universal, asume distintas formas y es experimentado de manera diferente, está frecuentemente moldeado por la intersección de otras variables esenciales como género, raza, origen étnico, clase, edad, orientación sexual, discapacidad, nacionalidad, condición jurídica, religión y cultura, entre otras.

Las personas con enfermedad mental son un colectivo en riesgo de padecer violencia, portadoras de especial vulnerabilidad y discapacidad para defenderse. No obstante, a este colectivo, con frecuencia, se les ha atribuido el carácter más de agresores que de víctimas, sufriendo tanto la estigmatización como la invisibilización del riesgo de ser maltratadas.

Ser un colectivo de riesgo, padecer especial vulnerabilidad, indefensión, estigma y sufrir conculcación de sus derechos humanos, todas estas situaciones veladas e invisibilizadas, motiva a realizar un estudio, desde la perspectiva del Trabajo Social, alentada por la propia definición de éste que proclama la intervención y evaluación social de las necesidades sociales, para promover el cambio, la resolución de los problemas en las relaciones humanas y el incremento del bienestar y la cohesión, al amparo de los principios de los derechos humanos y de la justicia social.

Se pretende realizar un trabajo de diagnóstico social, entendido éste como aquel proceso de medición e interpretación que ayuda a identificar situaciones sociales, problemas

y sus factores causales que afectan a individuos y grupos, siendo su objetivo aportar elementos fundamentales y suficientes que favorezcan la comprensión de las circunstancias sociales en las que se desenvuelven las personas con el fin de emprender una acción transformadora.

La investigación social forma parte del diagnóstico social, esta investigación permanente pretende conseguir avances y reformas sociales. *"El cambio social, la lucha por los avances y progresos de la sociedad, así como la investigación social, son formas esenciales del Trabajo social"*¹. Mary Richmond, insistió en que los y las Trabajadoras Sociales debían investigar, denunciar los problemas y crear una opinión pública favorable a la reforma y a los avances sociales.

La necesidad de entender y atender los factores socio-familiares que están afectando a las personas con enfermedad mental, se convierte en imperativo para garantizar la calidad de vida de estas personas y también para favorecer su estabilidad y buen curso clínico.

En la mayor parte de los casos los problemas de esta población desbordan el ámbito sanitario, y se expresan en dimensiones de índole psicosocial y social, caracterizadas por discapacidades y déficits para el funcionamiento psicosocial autónomo, y por consecuencias negativas de desventaja social, aislamiento, rechazo, problemas de alojamiento, tensión y sobrecarga familiar, y situaciones de maltrato y violencia a las que con frecuencia se ven expuestos y expuestas.

Es, fundamentalmente desde el ámbito del diagnóstico social, desde donde pueden valorarse estas situaciones de riesgo, y a partir de la detección del riesgo, se puede intervenir, de cara a proteger a la población enferma y favorecer la mejora de su situación tanto clínica como social.

¹ RICHMOND, Mary [1996]: *El caso social individual. El diagnóstico social, textos seleccionados*. TALASA.

JUSTIFICACIÓN Y FINALIDAD DEL ESTUDIO

Se justifica la pertinencia de este estudio por motivos de diversa índole:

- La Violencia contra otros seres humanos es una de las manifestaciones más indeseables e inadmisibles de desigualdad. El problema afecta a toda la sociedad. Cuando además afecta a colectivos más vulnerables, si cabe, se convierte en más inadmisible.

Se tiene constancia de que las víctimas de violencia constituyen un sector de la población muy numeroso, dentro de los colectivos más vulnerables cabe destacar al de las mujeres, personas con discapacidades y sectores de población más vulnerables como niños y ancianos.

- Existen escasas investigaciones y estudios respecto a determinados colectivos. La obtención de datos fiables, precisos y comparables acerca de la extensión de la violencia en población con patología mental, plantea serios problemas y dificultades metodológicas debidas, fundamentalmente, a la misma naturaleza del objeto del estudio y a la heterogeneidad de los instrumentos de medición desarrollados. Estas dificultades se agravan cuando pretendemos adaptar el estudio de violencia de Género hacia mujeres que padecen patología mental, dada la falta de adaptación a este contexto. A ello se añade que en población psiquiátrica se produce una tendencia a cuestionar la credibilidad del testimonio de la víctima.

- Junto a ello, se tiene constancia de los mitos sobre violencia y enfermedad mental: con frecuencia se ha asociado a la enfermedad mental una propensión a la violencia. Esta asociación es básica en el mantenimiento del estigma y actitudes negativas de la población hacia las personas que padecen trastornos mentales. De este modo, se genera, de una parte, una criminalización de la enfermedad mental y de otra, la "medicalización" de la

violencia. No obstante los estudios e investigaciones relativos a enfermedad mental y violencia señalan contundentemente, que las personas con enfermedad mental son con frecuencia más víctimas de violencia que agresoras².

- Además son colectivos que presentan mayor indefensión, dadas sus condiciones de: integración social más precarias, mayor aislamiento, están expuestas a mayor riesgo de exclusión, tienen mayores dificultades que la población en general, menores recursos personales, mayor fragilidad, tendencia a la culpabilización, déficits en la autoestima y habilidades sociales..., lo que genera una mayor vulnerabilidad, tendencia al ocultamiento del maltrato, autoinculpación y mayor invisibilidad como colectivo víctima.

- La escasa notificación de los casos y el desconocimiento y escasa sensibilidad de los/as sanitarios/as, es probable que sean los pilares básicos que fomentan la infra detección³. A menudo los y las profesionales tienden a comprender y disculpar los actos violentos hacia personas con enfermedad mental, como respuesta a las dificultades que convivir con los y las pacientes genera en la familia, pudiendo incurrir en una peligrosa complicidad con el agresor/a.

El maltrato constituye una situación de estrés adicional que altera el curso y el pronóstico del trastorno mental existente y la complejidad de las consecuencias para la salud relacionadas con la violencia aumenta cuando la victimización no se detecta y da como resultado altas y costosas tasas de utilización del Sistema de Salud General y del Sistema de Salud Mental.

El grado de sensibilidad y el estado de alerta de los y las profesionales, condiciona pro-

2 URIARTE, José J. (2006): "Violencia, Enfermedad Mental y Estigma". Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación. Hospital de Zamudio. *NORTE DE SALUD MENTAL*, nº 26.

3 HERNÁNDEZ DE CADENA, Nubia (2011). *Una aproximación al maltrato a pacientes con trastornos mentales*. <http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs>.

fundamente la capacidad de intervención del Sistema Sanitario, por tanto es imprescindible disponer de instrumentos que permitan realizar un "screening" ágil y precoz. La detección de situaciones de violencia requiere de la búsqueda activa de indicadores de los y las profesionales en todas las actividades regulares de su práctica profesional.

OBJETO DE ESTUDIO

Este estudio pretende, de una parte, aproximarse a las *Experiencias de violencia o maltrato, padecidas por personas con enfermedad mental, a lo largo de su biografía, sostenidas en el tiempo y en el contexto de relaciones significativas. Tanto en el entorno familiar, como en los entornos donde se produce su socialización.* El objeto de estudio no son casos aislados de violencia o experiencias de violencia aisladas, que han podido padecer las personas con patología mental, sino experiencias de maltrato instaladas en una concreta dinámica de relación, de una pauta de agresión continuada, en la que la agresión, el temor y el sometimiento se van convirtiendo progresivamente en una constante.

De otra parte testar la utilidad de los instrumentos de diagnóstico social, utilizados de forma rutinaria por los y las Trabajadoras Sociales, como útiles para detectar maltrato.

Son sus objetivos: visibilizar el maltrato, conocer el modo peculiar en que opera, y testar la utilidad de los instrumentos de diagnóstico social para detectar el maltrato, favoreciendo así la sensibilización de los profesionales y la intervención.

MALTRATO Y ENFERMEDAD MENTAL

A pesar de ser una población en situación de riesgo de padecer maltrato, este colectivo, ha sido escasamente abordado desde esta perspectiva. Lo que ha favorecido la infra detección y escasa visibilización de esta violencia, invisibilidad propiciada, en parte, por

las propias víctimas de la violencia, que con frecuencia no se conceptualizan como tales, por los agresores, que legitiman su actuación, incurriendo en un relativismo sobre la violencia, como si padecer enfermedad mental legitimara su ejercicio, y por parte de los profesionales que atienden a personas con patología mental, que necesitan capacitarse para reconocer las señales más sutiles de la violencia, responder adecuadamente a las víctimas y registrar estas situaciones de maltrato, a fin de favorecer la creación de las condiciones para consolidar políticas de salud públicas adecuadas.

Junto a los sesgos respecto del estudio y conceptualización del fenómeno de la violencia en este colectivo, y a la insuficiente mirada en la dirección de percibirlos como víctimas, se ha obviado que el maltrato no opera del mismo modo en todas las poblaciones, y que se ensaña de forma especial en determinados colectivos, sin obviar las limitaciones propias del objeto de estudio, y las limitaciones de los instrumentos para aproximarse a esta realidad.

A pesar de los innegables avances en materia de detección y abordaje del fenómeno de la violencia, en algunos colectivos, como el que nos ocupa, persiste su invisibilidad.

A fin de hacer una aproximación a este hecho, en esta investigación se pretenden abordar estas limitaciones que han podido favorecer la escasa visibilidad.

1. Las limitaciones y cambios experimentados en la conceptualización del maltrato.

La conceptualización del maltrato ha ido experimentando cambios significativos a lo largo del tiempo. El concepto de maltrato ha pasado de ser entendido de un modo restringido, a ser conceptualizado de una manera más amplia.

Partiendo de conceptualizaciones generalistas, se entiende este como: "*los actos, las carencias y las injusticias de todo orden que*

*afectan gravemente al desarrollo físico y psicológico de una persona, efectuado por otra u otras*⁴.

La violencia es un comportamiento deliberado cuya orientación es dañar a otros seres humanos. Es una forma de relación social que tiene implícito el ejercicio de poder, cuyo objetivo es la dominación. Implica un arriba y un debajo de roles con gran carga simbólica. Atenta contra la integridad del individuo que la padece, así como de las personas con quienes interactúa. La violencia transgrede derechos humanos.

Toda situación de maltrato mínimamente intensa o prolongada puede provocar una serie de daños psíquicos y/o físicos de diferentes niveles de gravedad, como reflejo de la exposición a una estructura agresora en la que cualquier persona "sana y/o normal" se halla incapacitada para defenderse sin resultar notable o substancialmente afectada.

La violencia extrema se apoya en una amplia base de violencia cotidiana que pasa casi desapercibida, por lo que es necesario abrir un proceso de reflexión que ayude a mostrar esta violencia cotidiana, a prevenirla y a evitarla, haciendo un esfuerzo por identificar adecuadamente a las víctimas y a los maltratadores.

Concebir la violencia como actos de malos tratos entre personas concretas, en el ámbito privado y fundamentalmente actos de violencia física, es un modo restrictivo de conceptualizarlo, excluye otras manifestaciones violentas de carácter no estrictamente físico, pero cuya gravedad es frecuentemente destacada por las propias víctimas.

Estas limitaciones y riesgos se subsanan mediante la incorporación de otros modos más amplios de conceptualizar la violencia, se asume la propuesta de Johan Galtung, autor que pone en relación la satisfacción de las necesidades básicas, considerando éstas como necesidades de subsistencia, bienes-

tar, identidad y libertad, y el ejercicio de la violencia, considerada como todo aquello que dificulta la cobertura de estas necesidades. Distingue tres formas de violencia:

- *Violencia directa*: aquella violencia, física y/o verbal, visible en forma de conductas.
- *Violencia estructural*: hace referencia a situaciones de explotación, discriminación y marginación, favorecidas desde la misma estructura política o económica, sistemas que no aportan las condiciones y garantías elementales para cubrir las necesidades básicas de su población.
- *Violencia cultural*: puede entenderse como los razonamientos, actitudes, ideas que promueven, legitiman y justifican la violencia en sus formas directa o estructural.

Junto a la ampliación del modo de conceptualizar la violencia se hace necesario ampliar también los marcos y entornos donde se pueden producir situaciones de maltrato contra este colectivo: con el cuestionamiento de la atención psiquiátrica en instituciones "manicomiales", en torno a la década de 1970, se inicia el movimiento de desinstitucionalización psiquiátrica, que reubica a las personas con patología mental en su contexto comunitario y familiar habitual. Este proceso involucra directamente a las familias, puesto que se produce en un contexto nacional, cuyo modelo de protección social se caracteriza por delegar en el ámbito familiar el cuidado, la protección y la solidaridad hacia las personas más vulnerables y dependientes. Este contexto comunitario puede ser un espacio de protección, pero también de riesgo. Es por este motivo por el que se considera de especial interés abundar en la violencia que se genera en el ámbito y contexto de las relaciones familiares y el entorno social.

2. Las limitaciones en la aproximación a las peculiaridades del maltrato en población con patología mental.

Se ha obviado que el maltrato no opera del mismo modo en todas las poblaciones, y que se ensaña de forma especial en determina-

4 HERNÁNDEZ DE CADENA, Nubia (2011). *Una aproximación al maltrato a pacientes con trastornos mentales*. <http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs>.

dos colectivos. Es importante incorporar la idea de la multidimensionalidad de la violencia. Cuando se aborda el fenómeno de los malos tratos contra personas con patología mental, se ponen en evidencia variables tales como la discapacidad, la vulnerabilidad, la estigmatización, y el género, dimensiones que interrelacionan entre sí, que aumentan de forma notable el riesgo de padecer violencia, y que caracterizan el maltrato de un modo específico.

Las personas con enfermedad mental pueden estar expuestas a una multiplicidad de violencias:

- Por un lado, cuando son víctimas de algún tipo de violencia, ven vulnerados y conculcados sus derechos humanos.
- De otra parte por la desprotección de la que son víctimas al ser invisibilizada su situación como colectivo de riesgo. La propia invisibilidad de la que son víctimas es un acto violento en sí mismo.
- De otra parte la violencia ejercida hacia ellas, al estigmatizarlas y atribuirles el papel de victimarios y victimarias y no de víctimas.
- Finalmente, al no incorporar la multidimensionalidad de la violencia, al no aplicar ésta, al colectivo de personas con enfermedad mental, no se les presta la atención ni protección adecuada y suficiente, también éste es un modo de ejercer violencia por abandono a este colectivo.

Esta falta de perspectiva mantiene a este colectivo, al de las víctimas, en el anonimato, e insuficientemente atendidos, mientras se les sigue visibilizando, casi exclusivamente, como protagonistas de actos violentos, y al tiempo al maltratador se le considera como una persona enferma mental, de este modo se criminaliza la enfermedad mental y el ejercicio de la violencia se "medicaliza".

Al ser un colectivo con necesidades y rasgos específicos, es necesario atender su especificidad, a fin de abordar con rigor y eficacia la aproximación a este fenómeno, idear

instrumentos que permitan identificarlo e instaurar los procedimientos oportunos para proteger y atender a esta población adecuadamente. Es necesario prestar atención a su menor capacidad para defenderse, mayores dificultades para expresar los malos tratos, mayor dificultad de acceso a la información y asesoramiento, mayor dependencia de la asistencia y cuidados de los otros, asociado al miedo a denunciar el abuso por la posibilidad de la pérdida de los vínculos y provisión de cuidados, menor credibilidad a la hora de denunciar el maltrato.

3. Las limitaciones en el objeto de estudio.

La invisibilidad del fenómeno del maltrato en general, que se intensifica en esta población; la dificultad de las víctimas para conceptualizarse como tales, las limitaciones de los profesionales de la salud para detectar situaciones de maltrato, la tradicional asociación entre enfermo mental-potencialmente agresor, son aspectos que dificultan la detección del fenómeno. Uno de los mitos que más ha contribuido a invisibilizar la violencia y a "normalizarla" es que tanto la víctima como el agresor padecen un trastorno mental o características peculiares que les alejan del perfil de la población general. Este hecho predispone a estar alerta respecto a la posible existencia de violencia en la pareja, o en la familia, únicamente ante personas con "rasgos o características especiales", obviando o no permaneciendo alerta de este riesgo ante personas "aparentemente normales". Junto a ello, el nivel de tolerancia y violencia interiorizada, que favorece que determinados comportamientos violentos sean vividos como naturales y normales, dificultándose enormemente su detección. La violencia, puede estar oculta o disimulada bajo modelos y patrones culturales y sociales que la invisibilizan. Ante la experiencia de violencia, las primeras reacciones de las víctimas se caracterizan por sentimientos de humillación, vergüenza, preocupación y miedo, que facilitan la ocultación de los mismos. Con el paso del tiempo se produce una pérdida de

control, confusión y sentimiento de culpa, que en muchas ocasiones dificultan que la propia víctima se reconozca como tal. Hasta no hace muchos años el ejercicio de la violencia en el ámbito privado de la familia, se consideraba un asunto privado, a resolver de forma privada en el ámbito familiar, la invisibilidad ha sido la práctica social dominante. Si a todo ello se añade la escasa notificación de los casos, por motivos de diversa índole, también se contribuye a invisibilizar este fenómeno.

A fin de evitar esta invisibilización, las y los profesionales del ámbito de la salud deben de capacitarse para reconocer las señales más sutiles de la violencia, responder adecuadamente a las víctimas y registrar estas situaciones de maltrato. Solamente así se crearán las condiciones para consolidar políticas de salud públicas adecuadas. El sistema de salud, y en concreto el de salud mental, es la puerta de entrada de muchas víctimas, marco privilegiado para detectar, intervenir y proteger.

4. Las limitaciones de los instrumentos para aproximarse a esta realidad.

Dada la complejidad del "ámbito de lo social" se han venido realizando numerosos intentos de aproximación a la realidad social de forma rigurosa y sistemática, no obstante el diagnóstico social, hoy por hoy, sigue siendo más deficitario en precisión que otros diagnósticos: el Trabajo Social, todavía no ha reunido suficiente experiencia sistematizada y precisa, que permita abstraer y generar leyes y principios, se ha fracasado reiteradamente en el intento de implantar una historia social unificada, el documento escrito más usual es el Informe Social, que es una forma empobrecida del Diagnóstico Social, habitualmente carecen de una valoración precisa, en la que constan los recursos y el camino a seguir para abandonar la situación de necesidad y dependencia y acceder a una situación de interdependencia social como el

resto de la ciudadanía. Debido a la complejidad de cada caso es extremadamente difícil abstraer generalidades.

No obstante y a pesar de estas dificultades y déficits se han venido intentando distintas aproximaciones sistemáticas que faciliten un cuerpo de conocimiento preciso.

Debido a las dificultades para la detección de situaciones de malos tratos, a la escasa notificación del maltrato por parte de las víctimas y la consideración del marco sanitario, como espacio privilegiado frecuentado por las víctimas, parece importante aproximarse a los instrumentos habituales que se utilizan en el marco de la atención psiquiátrica, a fin de testar si éstos son eficaces y pueden contribuir a la detección de este fenómeno. En este trabajo interesa fundamentalmente valorar la sensibilidad de los instrumentos de que se dotan los y las Trabajadoras Sociales, para elaborar el diagnóstico social, acercarse a estos instrumentos y evaluar si pueden ser de utilidad como indicadores de posibles relaciones de maltrato. Se toma la decisión expresa de no incorporar cuestionarios ni escalas específicas, orientadas a detectar maltrato por varias razones, atendiendo a las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud, que señala que no se justifica la aplicación de pruebas de cribado para la detección precoz de la violencia, aunque si se recomienda que el personal sanitario sea capaz de buscar y reconocer signos y síntomas de maltrato, y de generar más conocimiento.

Los datos que se recogen en este estudio parten de la elaboración de la historia social, que se nutre de información, bien aportada por el/la usuaria, bien por la que aporta la familia, o persona significativa, designada por el y la paciente como interlocutor/a con el servicio, o por otras fuentes de información, autorizadas por la persona atendida.

ESTUDIO DE CASOS

Se vertebra en base a dos ejes:

1. Mediante un estudio de la población con patología mental en un marco concreto: Hospital de Día Psiquiátrico I.

En este marco se desarrolla una investigación de naturaleza descriptiva, explicativa y sincrónica, que parte de las entrevistas en profundidad que se realizan a las personas ingresadas en este recurso, con fines diagnósticos y de tratamiento.

Estas entrevistas son aquellas que se realizan en el servicio de forma rutinaria con el objetivo de cumplimentar las historias clínicas y sociales.

Se obtienen datos de carácter cualitativo que posteriormente, y expresamente para este estudio, serán tratados de forma cuantitativa.

Es un estudio que abarca a toda la población usuaria de Hospital de Día Psiquiátrico I, en un momento dado, una foto fija de una realidad que ocurre en el periodo de tiempo en el que se realiza la recogida de datos: 1 de noviembre de 2009 a 30 de abril 2010.

El contexto en donde se desarrolla la investigación es Hospital de Día Psiquiátrico I, dispositivo de atención a la salud mental, perteneciente a la Red de Salud Mental de Navarra, servicio de atención diurna, definido como una unidad Intermedia, cuya misión es la provisión de servicios sanitarios especializados al Área de Salud Mental I, desde un enfoque bio-psico-social, para prestar una atención de calidad, integral, equitativa, accesible y personalizada a través de la elaboración de un Plan individualizado de tratamiento, en el que se tengan en cuenta todas las necesidades del/la paciente derivadas del padecimiento de Trastorno Mental grave y/o graves Trastornos emocionales. Servicio integrado dentro de la Red de Salud Mental de Navarra, dirigido a jóvenes y adultos en situación clínica aguda y subaguda que acceden al centro a través de los Centros de Salud Mental o desde las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica y que requieren Va-

loración Diagnóstica, Tratamiento de su situación clínica de forma intensiva, Inicio de Programas de Rehabilitación y/o Tratamientos en situación de crisis aguda.

La atención se presta en régimen abierto en hospitalización parcial, durante un periodo breve de tiempo. El tratamiento incluye el abordaje farmacológico, psicoterapéutico y socio-familiar.

Durante el periodo de 6 meses en que se han recogido los datos para el estudio, han ingresado 77 personas diferentes. Del total de pacientes ingresados han autorizado y firmado consentimiento para participar en esta investigación 66, que es la población total sobre la que se ejecuta el estudio.

2. Mediante la valoración de los instrumentos rutinarios de diagnóstico social, a fin de testar si son sensibles y facilitan la detección de relaciones de maltrato.

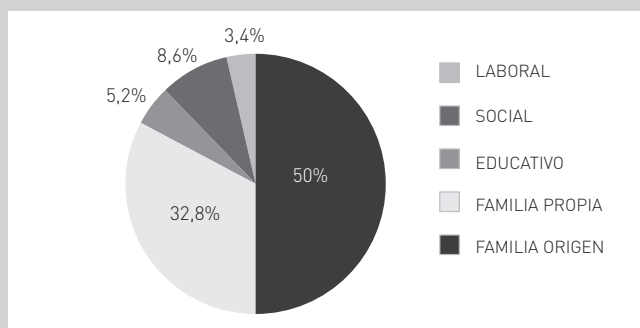
Los instrumentos que se utilizan habitualmente para valorar la discapacidad y el diagnóstico social son La Escala de Discapacidades de la OMS y el Manual de Indicadores para el Diagnóstico Social. Junto a la utilización de estos instrumentos se llevan a cabo entrevistas en profundidad con cada una de las personas ingresadas, a través de esta información se elabora el diagnóstico social.

RESULTADOS

- 1- **Alta incidencia de experiencias de maltrato.** Más de la mitad de la población han padecido o están padeciendo malos tratos (Tabla 1).
- 2- **El maltrato se produce fundamentalmente en el ámbito familiar (Gráfico 1).**
- 3- **No son una carga económica ni de cuidados** para su familia, hecho que cuestiona algunos argumentos legitimadores del maltrato (Tablas 2 y 3).

Tabla 1.- Distribución de la población según experiencias de maltrato

Experiencias de maltrato	N	%
Ninguna experiencia de maltrato	28	42,4
Víctimas de maltrato	34	51,5
Maltratadoras/ victimarias	4	6,1
Total	66	100

Gráfico 1.- Distribución por ámbito de maltrato**Tabla 2.- Distribución miembro contribución económica principal/maltrato**

	Madre	Padre	Abuelo	Pareja	Otros	Paciente	Total
Maltratadas	7 77,7%	9 50%	0 0	5 33,3%	1 100%	12 54,5%	34
No maltratadas	2 22,3%	9 50%	1 100%	10 66,7%	0 0	10 45,5%	32
Total	9	18	1	15	1	22	66

Tabla 3.- Distribución cuidador principal/ maltrato

	Madre	Padre	Hno	Hna	Hija	Pareja	Otros	Paciente	Total
Maltrato	14 53,8%	5 71,4%	0 0	1 100%	1 50%	5 33,3%	2 66,7%	6 54,5%	34
No maltrato	12 46,2%	2 28,6%	1 100%	0 0	1 50%	10 66,7%	1 33,3%	5 45,5%	32
Total	26	7	1	1	2	15	3	11	66

4- El maltrato no está asociado al tipo de trastorno mental.

5- El maltrato sí tiene asociación con dimensiones tales como:

- a. **El género:** más de dos terceras partes de las víctimas son mujeres (Gráfico 2). Los agresores son mayoritariamente hombres, más del 83% de los actos violentos son cometidos por varones contra mujeres.
- b. **La situación social:** las personas maltratadas presentan situaciones sociales de mayor precariedad, con más riesgo de exclusión y marginación social (Gráfico 3).
- c. **La discapacidad:** las víctimas presentan discapacidades más graves en todas las áreas (Tabla 4).

6- Los instrumentos rutinarios de diagnóstico social son útiles para detectar tanto a víctimas como a maltratadores. El 54% de las víctimas han sido captadas mediante la aplicación del Manual de Indicadores para el diagnóstico social y la escala de discapacidad de la OMS (Gráfico 4). El 90% de los maltratadores, han sido captados mediante los mismos instrumentos.

7- El estudio y la aplicación de los instrumentos para el diagnóstico social favorece la construcción de un perfil de la víctima que puede advertir y alertar a los y las profesionales del riesgo de padecer maltrato:

Ser mujer.

Soltera, conviviendo con la familia de origen, familia propia o sola.

Estar bajo el cuidado principal del padre.

La mayor contribución económica a la unidad familiar proviene de la madre.

Con diagnósticos sociales graves: desventaja social o marginación social.

Presentar déficits en el área convivencial y en la aceptación social.

Con discapacidad grave, fundamentalmente en las áreas ocupacional, desenvolvimiento familiar y en el contexto social.

CONCLUSIONES

1- En este estudio queda constancia de las **experiencias de maltrato** padecidas por las personas usuarias de Hospital de Día Psiquiátrico I, en el marco de sus relaciones significativas, experiencias reiteradas que constituyen un estilo de relación entre el agresor y la víctima.

Se evidencia que el modo más frecuente de ejercer violencia contra este colectivo es el maltrato psicológico, aunque este se da habitualmente combinado con otros tipos y modos de violencia.

La no visibilización de este riesgo es un acto de violencia en sí mismo.

2- **La violencia es multidimensional:** cuando se aborda el fenómeno de la violencia hacia este colectivo, se ponen en evidencia variables tales como la discapacidad, la mayor vulnerabilidad, el proceso de estigmatización que padecen, y el género. Dimensiones que interrelacionan entre sí y que pueden aumentar significativamente el riesgo de padecer violencia.

Por este motivo es esencial visibilizar todas las dimensiones que actúan en las relaciones violentas, los contextos y los colectivos hacia los que se dirige la violencia.

3- Un factor que ha contribuido poderosamente a la invisibilidad de la violencia de que es víctima este colectivo, es el **estigma** que arrastran. Tradicionalmente se les ha concebido como personas violentas, impredecibles e incapaces de controlarse. En una sociedad como la nuestra en la que cada vez se acepta menos el riesgo, es más fácil excluir que incluir a las personas que portan un estigma asociado a algún tipo de riesgo.

4- El nivel de **tolerancia y violencia interiorizada** de la sociedad en general, y de los profesionales sanitarios, como parte de esta sociedad, pueden dificultar la detección de malos tratos hacia personas con enfermedad mental.

Gráfico 2.- Distribución víctimas por sexo

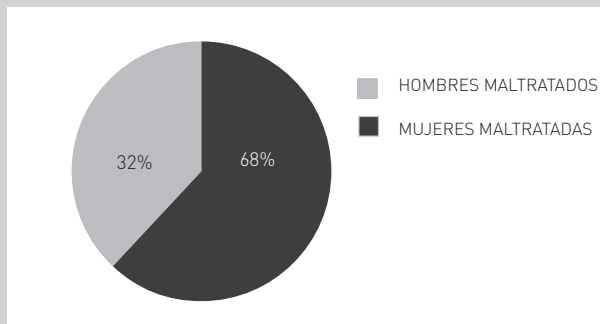


Gráfico 3.- Distribución maltrato/diagnóstico social

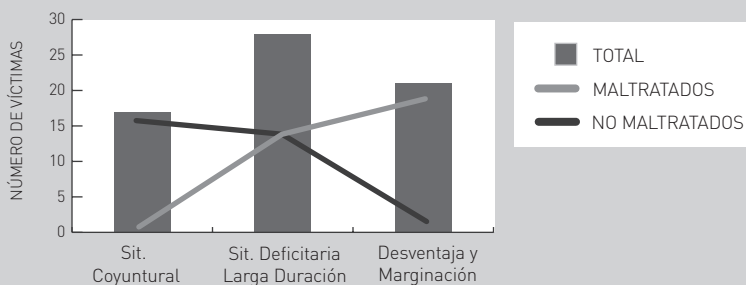
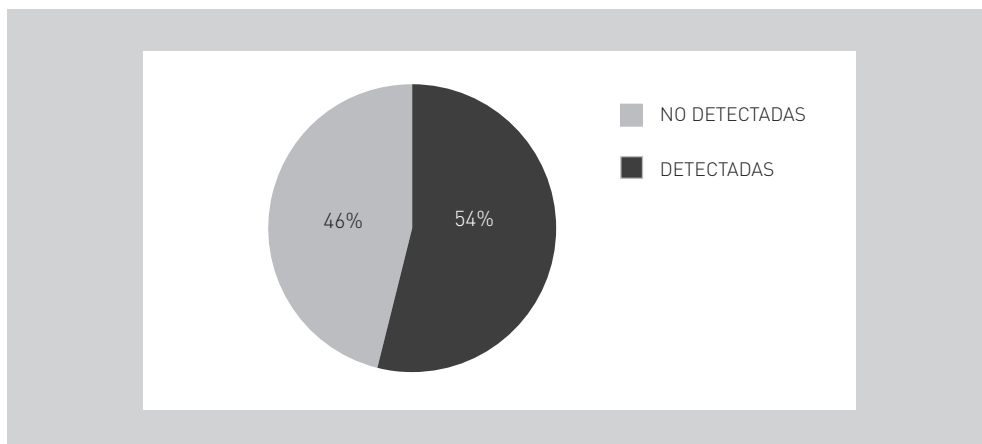


Tabla 4.- Distribución de la población por maltrato/gravedad de la discapacidad

Áreas discapacidad	Discapacidad menos grave	Discapacidad grave	X ²
CUIDADO PERSONAL	34	32	4,9*
Maltratadas	38,2%	61,8%	
No maltratadas	65,6%	34,4%	
OCUPACIONAL	22	44	11,0**
Maltratadas	14,7%	85,3%	
No maltratadas	53,1%	46,9%	
FUNCIÓN. FAMILIAR	29	37	8,7***
Maltratadas	26,5%	73,5%	
No maltratadas	62,5%	37,5%	
FUNCIÓN. SOCIAL	32	34	4,9*
Maltratadas	35,3%	64,7%	
No maltratadas	62,5%	37,5%	

Gráfico 4.- Detección de víctimas actuales



5- A menudo los y las agresoras **legitiman su agresión** aludiendo a problemas y dificultades convivenciales, derivados de la patología psiquiátrica, sobrecarga de cuidados, y sobrecarga económica que generan.

Sin embargo el estudio arroja datos que contradicen estos argumentos. Mayoritariamente la población con enfermedades mentales maltratada, es un significativo **sustento económico de la unidad familiar**, en un alto porcentaje son la principal fuente de ingresos y contribuyen al trabajo reproductivo, incluso son los/las cuidadoras principales de esta unidad.

6- **La violencia contra personas enfermas mentales, tiene especificidades** que es importante tener en consideración a fin estar alertas para protegerlas de manera más adecuada: presentan mayor fragilidad, disponen de redes de apoyo más limitadas o precarias, cuando la violencia se produce en el contexto de la pareja, se acentúa la asimetría, tienen más tolerancia a aspectos insatisfactorios de la relación, y mayores sentimientos de culpa, con lo que es más difícil que se reconozcan como víctimas, y por tanto denuncien su situación.

Cabe reseñar:

- Su especial vulnerabilidad.
- El estigma social que rodea a la víctima. A menudo se tiende a sospechar de la responsabilidad o convivencia de la víctima.
- Su situación de mayor discapacidad y situación social más precaria, hecho que les sitúa con menores recursos para protegerse.

7- Uno de los contextos al que hay que aproximarse en el estudio del maltrato es el **marco de la atención comunitaria**. Este contexto puede ser un espacio de protección, pero también de riesgo, por lo que el maltrato experimentado en el marco de las relaciones familiares tiene especial relevancia.

8- Las personas con enfermedad mental, víctimas de violencia **presentan situaciones de mayor discapacidad** que las personas con patología mental que no han padecido maltrato.

9- La **situación social** de las personas que padecen maltrato es más deficitaria que la situación social de las personas que no han sido víctimas.

10- La **dimensión de género es esencial**: Las mujeres presentan mayor riesgo de maltrato, situaciones de mayor precariedad social y mayor discapacidad que los varones. Posiblemente esta mayor exposición a padecer situaciones de violencia tiene su origen por un lado en actitudes y consideraciones sociales hacia la mujer, arraigadas en una sociedad patriarcal, y por otro unidas a ciertas condiciones propiciadas por la propia discapacidad.

11- El **ámbito sanitario** es un contexto privilegiado para poder intervenir en la detección, prevención y tratamiento de la violencia.

El perfil profesional de Trabajadores Sociales, se presenta como de especial competencia para realizar el diagnóstico social, y este especialmente sensible para contribuir significativamente a la detección y abordaje de la violencia.

12- A modo de síntesis se señalan algunas propuestas y recomendaciones:

- Es esencial incorporar una perspectiva amplia del maltrato, esta permite visibilizarlo con mayor facilidad.
- Aunque los instrumentos de recogida de información habituales son válidos para detectar maltrato, es necesario una formación y sensibilidad en los y las profesionales para estar en situación de alerta.
- La constancia de que muchas personas con patología mental grave son víctimas de maltrato insta a plantear la mejora de las políticas de atención a esta población. A día de hoy continúan siendo invisibles como potenciales víctimas, y excluidos y excluidas de los recursos y sistemas de protección.

BIBLIOGRAFÍA

GALTUNG, Johan (1995): *Investigaciones teóricas, sociedad y cultura contemporáneas. Madrid*. En Violencia de género y procesos de empobrecimiento. Estudio de la violencia contra las mujeres por parte de su pareja o ex-pareja sentimental. Tesis doctoral. Eva Espinar Ruiz.

HERNÁNDEZ DE CADENA, Nubia (2011): *Una aproximación al maltrato a pacientes con trastornos mentales*. <http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs>.

HERNÁNDEZ MOSALVE, Mariano (2004): *Violencia de Género en discapacitadas por Trastorno Mental: avatares entre la exclusión y la conquista de la dignidad*. Seminario "Violencia de género y discapacidades". Vitoria.

RICHMOND, Mary (1996): *El caso social individual. El diagnóstico social, textos seleccionados*. TALASA. Madrid. Rivas, M^a José. (2000).

SIENDONES CASTILLO, R.; PEREA-MILLA LÓPEZ, E.; ARJONA HUERTAS, J. L.; AGÜERA URBANO, C. y RUBIO GALLO, A. (2002). "Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección". Servicio de Cuidados Críticos. Unidad de Urgencias. Hospital Comarcal Costa del Sol. Marbella. *Revista Emergencias*, nº 14. Málaga.

Sistema Nacional de Salud (2005): *Informe sobre atención a la violencia de género en el SNS*. Observatorio de la salud de la mujer, Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS, Secretaría General de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo y la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del SNS. Madrid.

URIARTE, José J. (2006). "Violencia, Enfermedad Mental y Estigma". Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación. Hospital de Zamudio. *NORTE DE SALUD MENTAL*, nº 26.

Ancianos maltratados, ancianos que maltratan

Abuso, negligencia, “mobbing” y otras formas “normales” de maltrato

LOLA TOLEDANO GONZÁLEZ

Trabajadora Social. Ayuntamiento de L’Hospitalet (Barcelona)

Recibido: 2 de junio de 2011 · Aceptado: 30 de junio de 2011

RESUMEN

El artículo repasa la tipología más común del maltrato –físico, emocional, sexual, económico-, así como la negligencia; y el abuso de confianza y la explotación por parte de las personas más próximas, como otras formas de maltrato consideradas “normales”. La experiencia de la autora se basa en el ejercicio profesional coordinando un SAD para mayores durante veinticinco años, y recogido en su obra, “¿Se puede?” *Trabajo social en domicilios de ancianos*, premiado por el Colegio profesional de Cataluña y publicado en el 2009. A partir de ahí, propone una reflexión sobre una situación cada vez más extendida, pero que es encubierta por los propios mayores, y que exige a los profesionales información y formación para abordarla.

PALABRAS CLAVE: Ancianos maltratados, maltrato considerado “normal”, abuso de confianza, explotación ancianos.

ABSTRACT

The article examines the most common types of mistreatment – physical, emotional, sexual, economic – as well as negligence, and the abuse of confidence and exploitation by those nearest, as well as other forms of mistreatment considered “normal”. The author’s experience is based on twenty-five years’ professional practice coordinating a SAD (Home Help Service) for the elderly as covered in her work “¿Se puede?” Trabajo social en domicilios de ancianos [Can we come in? Social work in the elderly’s homes, given an award by Catalonia professional association and published in 2009.

From this point it puts forward considerations on an increasingly widespread situation, but one that is covered up by the elderly themselves, and which requires information and training for professionals to be able to tackle this..

KEY WORDS: *Mistreated elderly persons, mistreatment considered as being “normal”, breach of trust, exploitation of the elderly.*

CORRESPONDENCIA

lotogo55@yahoo.es

El maltrato a los ancianos es una cuestión cada vez más extendida, dentro de una situación generalizada de trato desconsiderado, irrespetuoso y de abuso de poder hacia el más débil. Es un problema encubierto por los propios mayores, que sienten vergüenza de reconocerlo, sentimientos de culpa, temor a las represalias hacia sí o hacia el familiar que los provoca, y en muchos casos, lo aceptan como "una cruz" que deben llevar con resignación. Existen también serias barreras culturales que dificultan la intervención de los profesionales, ya que piensan que "la ropa sucia se debe lavar en casa".

Desde hace unos años para acá ha tomado cuerpo una sensibilización especial hacia el maltrato a cualquier ser vivo, pero sobre todo a los humanos: la infancia maltratada, la mujer maltratada, los ancianos maltratados..., y cualquier otro colectivo susceptible de padecer tratos vejatorios y sufrimiento, causados sobre todo por las personas de su entorno y confianza.

A raíz, sobre todo, de la violencia de género, se ha extendido la familiaridad de unos términos que hasta ahora sólo se aplicaban cuando alguien recibía una paliza de otro, en general mujeres y niños, que sólo aparecían a la luz cuando requerían la intervención de terceros -sanitarios, policía o servicios sociales. Hasta no hace mucho tiempo aún se consideraba el maltrato como un asunto doméstico, algo que no debía salir de las paredes del hogar, "dulce hogar", ya que pertenecía al ámbito estrictamente privado de esa familia, ("mi marido me pega lo normal"). Recientemente, desde las instituciones públicas, sanitarias y sociales, se ha visto necesario intervenir para proteger a los más débiles, siendo éstos los menores, las mujeres y también los ancianos.

¿Es lo mismo maltratar que tratar mal? Es usual que cuando oímos hablar del término "maltrato" acudan a nuestra mente imágenes de cierta forma de violencia física en mayor o menor grado, o verbal, -aunque no le demos la misma importancia-, que abarcan toda la gama de insultos, desprecios y

amenazas. Es decir, es más fácil identificar inmediatamente estos tipos de maltrato que el psicológico, a pesar de que éste es mucho más frecuente que el primero, si bien de forma más sutil, encubierta, con menor intensidad en su expresión, y cronificado en el tiempo. Por eso prefiero hablar de maltrato, de no tratar bien, de falta de respeto y afecto, de desconsideración, de trato no correcto o de trato inadecuado.

Este hecho no es algo que tenga que ver con una posición social ni económica superiores. Cualquier persona puede gozar de una situación que manipula a su conveniencia, y que le proporciona gran autoridad sobre los otros, a quienes puede dominar y causar gran sufrimiento. Así pues, en cualquier ámbito y entorno pueden darse situaciones de exceso de poder y de superioridad.

El progresivo aumento de las situaciones de malos tratos, de abuso, de abandono o de negligencia en los casos con mujeres o con niños, y cada vez con más frecuencia, de ancianos, ha despertado la alarma social y el interés de las Instituciones públicas, por lo que la documentación es generosa.

¿A qué llamamos maltrato en los ancianos?

La primera dificultad que encontramos es hallar una definición de fácil comprensión y que pueda ser aplicable a la generalidad. Es difícil, porque los términos tienen connotaciones diferentes para las víctimas, los causantes, las familias, los profesionales, los legisladores, la comunidad... Por tanto, podríamos decir que cuando una persona sufre cualquier acto de violencia u omisión que le produce daño, intencionado o no, y que pone en peligro su integridad física o psíquica, o que vulnera cualquiera de sus derechos fundamentales como persona, está sufriendo malos tratos.

En principio, es una definición demasiado amplia que puede englobar muchas situaciones. Por ello es útil tomar la "Declaración de Toronto" [Organización Mundial de la Salud, 2002]: "El maltrato a personas mayores

se define como la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor, y que sucede dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza". Se refiere la última frase a la relación del anciano con familiares o personal de la institución que lo acoge, de quienes espera más bien protección y buen trato, cuando no afecto. Este abuso de confianza llega a ser considerado por el Código Penal un agravante a la hora de aplicar una pena.

Podemos encontrar definiciones de diversa índole sobre los malos tratos. En principio es importante prescindir de la idea de que sólo se refieren al hecho físico, es decir, a los golpes, pellizcos, empujones, que pueden, incluso, dejar marcas. Por ello, propongo englobar en este término todas las acciones que produzcan cualquier daño al anciano, y también las omisiones, es decir, tanto el hacerle un mal como el dejar de hacerle un bien. Hay muchas formas de tratar mal a las personas mayores y pueden ser muy sutiles: desde privarles de lo que necesitan (alimentos, medicinas, utensilios de la casa, atención médica, objetos imprescindibles como gafas, condiciones dignas de vivienda, dinero, compañía, afecto...), hasta ese otro tipo de presión psicológica que comprende el chantaje, el temor, las amenazas, la explotación, los silencios, las descalificaciones e insultos, el aislamiento, la indiferencia...

Para los protagonistas es aún más difícil identificar un maltrato, aunque sí un trato poco respetuoso, inadecuado, frío y desconsiderado. Podrían reconocerlo a partir de las expectativas que tuvieran hacia su vejez y un mínimo de calidad de vida digna. Es especialmente duro entrar en ese terreno sobre todo por la carga afectiva que conlleva, así como por el sentimiento de una posible culpabilidad que justificara ser merecedor de ese mal trato. Por eso, les provoca resistencias y lo eluden cuanto pueden, sobre todo cuando no hay testigos.

La *Síndica de Greuges*¹ de Barcelona en el año 2006, Pilar Malla, basó su intervención en las Jornadas sobre "Prevención del maltrato en las personas mayores y políticas públicas de atención domiciliaria"², en el documento redactado por el Consejo Asesor de las Personas Mayores de Barcelona, en el 2002, sobre los "catorce derechos y libertades de las personas mayores con dependencia". Concretamente uno de ellos se refería al "derecho a ser protegido de cualquier forma de abuso, violencia o maltrato".

Según Malla, este documento recogía las bases de lo que debería ser un protocolo del "buen trato" y de las políticas preventivas necesarias para evitar cualquier tipo de maltrato a los ancianos. En su intervención citaba también un estudio encargado por los Servicios Personales del Ayuntamiento de Barcelona (2003), sobre maltrato a los mayores, que coincidía con otros autores en que la detección del problema, en el nivel más íntimo del entorno familiar, era muy difícil. Dicho estudio señalaba que el primer tipo de maltrato era la negligencia, seguido de la autonegligencia, y el tercero el psicológico. Así pues, pese a que pueda sorprendernos, lo cierto es que los malos tratos físicos no tienen mucha incidencia en la vida real, aunque son los que llaman más la atención de la opinión pública y los medios de comunicación. Mayoritariamente, los responsables son los propios cuidadores de los ancianos: cónyuge e hijos.

En cuanto a los factores de riesgo, se pueden referir al propio mayor (sufrir problemas relacionados con la salud mental, de aislamiento, carácter exigente, depender económicamente del cuidador, existir antecedentes de violencia y conflictos familiares, etc.); o también al cuidador no profesional –en mi opinión, mal llamado "informal": trastornos mentales, adicciones varias, problemas de relación, sobrecarga, poca preparación, falta de apoyo y colaboración por parte de otros familiares o instituciones públicas, etc.

1 Defensora del Pueblo en Cataluña.

2 Jornadas celebradas el 21 y 22 de noviembre 2006 en Barcelona.

A grandes rasgos, todos los estudios consultados señalan que hay una relación entre la sobrecarga del cuidador, el grado de dependencia del anciano, y los malos tratos. También coinciden en señalar el perfil de la víctima de malos tratos: suele ser una mujer, viuda, mayor de 75 u 80 años, aunque pueden ser menores, que padece enfermedades crónicas o demencias, y que depende en gran medida de la persona cuidadora para realizar buena parte de las actividades básicas de la vida diaria.

TIPOLOGÍA DE MALOS TRATOS

Dichos estudios ofrecen también diversas tipologías de malos tratos, aunque no difieren en nada sustancial. Tomaremos como base la del estudio del IMSERSO³, adaptándola a las situaciones más frecuentes que hemos encontrado durante la prestación del servicio de ayuda a domicilio, aunque siempre pueda ampliarse con otras nuevas.

Físicos

Se refieren al uso de la fuerza o de la superioridad física. Comprenden los golpes, las quemaduras con cigarrillos, objetos o líquidos muy calientes, pellizcos, tirones del pelo, contusiones, hematomas, arañazos, suministrarles medicamentos que les mantengan dormidos para no molestar, atarles innecesariamente, forzarles a realizar cualquier actividad contra su voluntad, levantarlos, moverlos o bien todo lo contrario, cuando sería recomendable hacerlo.

Psicológicos-emocionales

Es fácil reconocer la violencia física pero no tanto la emocional, aunque dentro de las agresiones también hay una parte de abuso emocional. Comprende todo lo que pueda causarles temor, tristeza o dolor: burlas, hu-

millaciones, desprecios, aislamiento, ocultarlos ante los amigos, ridiculizar sus carencias o sus torpezas, no hablarles, no dejarles hablar, no escucharlos, anular sus decisiones, no respetar sus creencias y sus deseos, proferir insultos y amenazas de abandono o de ingreso en una residencia, etc.

En estos casos, cuando una persona se siente menospreciada y denigrada, siente profundo dolor y vergüenza de sí misma y su autoestima baja, haciéndola cada vez más vulnerable al maltrato emocional. El responsable sin escrúpulos aprovechará esos puntos débiles para causarle aún más daño.

“Ancianos golondrina” (aunque pueden tener otras denominaciones: en Zaragoza, “ancianos maleta”). La considero una forma encubierta de maltrato o de trato inadecuado y desconsiderado. Son esos ancianos que tienen que rotar de casa en casa de los hijos porque suponen demasiado carga para uno solo. El obligarles a cambiar con frecuencia de vecinos, de médicos, de comercios, de una cierta disposición de muebles y objetos domésticos ya familiares, les produce un desarraigo considerable, lo que puede provocarles aún más torpeza y aturdimiento.

Sexuales

Engloba las conductas, incluso las insinuaciones, de índole sexual, de cualquier tipo, no consentidas, o con personas incapaces de manifestarse o de defenderse. (Hemos visto a mujeres con demencia forzadas por el marido, que no comprendía la enfermedad; ella lo rehuía y para nosotros era una señal de alarma).

Pero también es maltrato en forma de coacción, cuando se ponen barreras para que hombres y mujeres mayores, no puedan llevar a cabo sus deseos sexuales en libertad, ya sea en una institución o en sus domicilios.

Financieros o materiales

Supone utilizar o disponer de los fondos, recursos o bienes del anciano, de manera poco clara y correcta, aunque no exista la prohibi-

³ MOYA BERNAL, Antonio y BARBERO GUTIÉRREZ, Javier (coord.). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. IMSERSO (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), 2005.

ción expresa de éste, e incluso parezca que lo consiente (quizás por la presión psicológica -amenazas, chantajes, coacciones- antes nombrada). También lo es sustraer fondos de la cartilla, vender artículos propiedad del anciano, cargarle a su cuenta bancaria los plazos de las compras -electrodomésticos, vehículo, moto- que realiza el hijo; las "semanadas" (pagas semanales) forzadas de los nietos, que sólo aparecen en ese momento, igual que los préstamos, justamente el día que cobran la pensión, cuyo importe saben que nunca recuperarán.

Se puede dar la situación de hijos que falsifican la firma de los padres, como también coaccionarle para que firme algún documento que les interese, o inducirle a que firme un testamento en beneficio de uno u otro.

Pero también la publicidad engañosa y las ventas fraudulentas, la incitación al consumo compulsivo de productos y artilugios para rejuvenecer, o supuestamente curativos.

Acoso inmobiliario o "mobbing"

Es una forma de maltrato que cada vez se produce con más frecuencia en el caso de ancianos. Es un término inglés que se refiere a la presión psicológica que alguien aplica para conseguir algo que otro, en principio, no quiere dar. En el acoso inmobiliario se ejerce presión hacia algunos ancianos que habitan pisos de alquiler, con un contrato indefinido y una renta antigua. Esto se debe a que la legislación antigua protegía claramente a los inquilinos, permitiendo contratos de alquiler de larga duración y con ligeros aumentos anuales. De este modo los propietarios actuales obtienen pocos beneficios económicos y, por contra, aducen tener gastos superiores a los ingresos, bien para la conservación y mantenimiento de los edificios, bien por los impuestos municipales y fiscales a que están obligados.

Esta situación cambia radicalmente a partir de 1994 con la nueva ley de arrendamientos urbanos. Expuesto brevemente: supone la desaparición del contrato indefinido, ya que desde entonces tendrán una duración media

de cinco años, y también se aprueba actualizar sus importes cada año, según suba el coste de la vida.

La ley afectó sustancialmente a muchas familias que pagaban una renta antigua. Se concedió un plazo máximo de diez años para que los afectados pudieran ir regulando su situación, aunque permitió conservar determinados contratos antiguos por tiempo indefinido. Los que no se acogieron a la ley y mantuvieron los alquileres congelados sabían que sus contratos se extinguirían transcurrido ese tiempo. Los inquilinos más viejos pensaron que no vivirían tanto tiempo; pero no fue así, y cuando llegaron el 2004 y 2005, años, en que vencieron sus contratos, se les revisó e incrementó el precio del alquiler de manera considerable.

A los propietarios no les interesan tales inquilinos, y la especulación no se detiene ante edificios antiguos ocupados aún por ancianos solos o en pareja, que los habitan desde cincuenta o sesenta años atrás. Los más desaprensivos, que esperan que los que quedan vayan desapareciendo, pueden iniciar un proceso de actuaciones abusivas y amenazantes contra ellos, con coacciones de todo tipo; incluso, pueden llegar al extremo de no reparar los desperfectos del edificio o las instalaciones (goteras, calentador de gas, azulejos o baldosas del suelo), o de poner silicona en las cerraduras, para que los viejos se asusten, acaben claudicando y se marchen. También pueden tapiar las puertas y ventanas, o dejar que se deterioren hasta el extremo de ser declarados en ruina por los Ayuntamientos, con lo que puede autorizar su derribo, (aunque ellos suelen argumentar que lo hacen para que no se instalen los *okupas*).

Otra táctica consiste en no cobrarles del banco el importe del alquiler, o devolver los giros postales o, incluso, rechazarlos cuando van a pagarlo en persona. Pueden engañarles diciendo que lo pueden pagar trimestralmente para, pasadas dos mensualidades, denunciarlos por morosidad y echarlos a la calle, con todas las de la ley. Al respecto, la

Oficina de Información al Consumidor recomienda en estos casos pagar mediante depósito notarial.

Hay muchas prácticas abusivas que perjudican la calidad de vida del anciano, como permitir la existencia de cucarachas y ratas, dejar grietas sin arreglar, o cortar la luz de la escalera y el timbre de la puerta. Igualmente pueden intentar desahuciarlos, previa denuncia, demostrando que han efectuado cualquier reparación o reforma, por mínima que sea, incluyendo en algunos casos el mero hecho de haber pintado la vivienda.

Últimamente proliferan en Internet "gangas" inmobiliarias: "Un piso con inquilino es hasta un 50% más barato. Incluyen la edad de los ancianos e incluso fotos suyas como un dato más de la vivienda" (Diario *Barcelona 20 minutos*, 23 mayo 2007).

La prensa denuncia con frecuencia estas situaciones, y hemos visto querellas presentadas por este tema, en que las víctimas son personas ancianas. De vez en cuando, alguna gana el juicio y la vivienda tiene que ser rehabilitada por el propietario. No siempre. Algunos no tienen dónde ir y se resisten. Otros han reaccionado y denunciado con firmeza las presiones y el maltrato que sufren en la última etapa de su vida, cuando más vulnerables se sienten.

Negligencia

Ésta, junto al abandono o desamparo, consiste en dejar de prestar las atenciones y cuidados precisos para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria del anciano, tanto las relativas a la alimentación, higiene y medicamentos, como las afectivas. En principio se refiere a los mayores que conviven con familiares y que presentan cierto estado de desnutrición, de aislamiento, o a los que no se aplican los tratamientos prescritos.

En el caso de que vivan solos, hablamos de un entorno inadecuado, con neveras vacías, situaciones peligrosas por instalaciones defectuosas o ausencia de equipamientos necesarios, fines de semana y períodos de va-

caciones solos, sin ningún referente a quien acudir en caso de una urgencia. En unos u otros, falta de higiene personal, igual que de la ropa y de sus enseres, roturas de gafas, audífonos o dentaduras sin llevar a reparar durante meses, medicación sin recoger del ambulatorio, etc.

Ya dijimos que el primer tipo de maltrato o trato inadecuado al anciano era la negligencia. En estos casos, la detección del problema es aún más dificultosa, por cuanto el mayor justificará por todos los medios la conducta de sus hijos (los horarios de trabajo, las cargas familiares, el estado de salud, todo menos reconocer que están prácticamente abandonados).

En una investigación sobre negligencia y malos tratos sufridos en el hogar por personas ancianas (Bazo, 2001), sobre una muestra de personas que recibían los servicios de ayuda a domicilio, se apreciaba que, de 104 casos analizados, un 81% de las víctimas eran mujeres y un 19% varones. El 55% de casos de malos tratos se producían por los hijos biológicos y políticos; el 12%, por el cónyuge, el 7% por hermanos y el 25% por otras personas. Se constataba que es más frecuente encontrar situaciones de abandono y negligencia, que de maltrato propiamente dicho. También se detectaba que los ancianos son más víctimas de negligencia y las ancianas de malos tratos (físicos, psicológicos, materiales, abuso, explotación, incluso sexuales). Ellas son más susceptibles de sufrirlos porque son más, de edad más avanzada y más frágiles.

MALTRATO EN EL ÁMBITO INSTITUCIONAL

Otras formas de maltrato, o trato inadecuado, pueden producirse por parte de los profesionales o de las instituciones. Recordemos algunos, aunque reiteramos que los sujetos de este trabajo han sido los ancianos que viven en su domicilio y que cuentan con un SAD.

Ensañamiento terapéutico

Se le llama así al hecho de realizar, innecesariamente, pruebas dolorosas o molestas; también, mantener tratamientos que interfieren negativamente en la calidad de vida del mayor para prolongar una situación terminal o irreversible.

Maltrato farmacológico

Dosificación excesiva de sedantes (“Camisa de fuerza química”), o negación de calmantes cuando es preciso.

Negligencias y repeticiones profesionales

Sucede por descoordinación entre profesionales, o porque estos prefieren valorar la situación de primera mano, por lo que someten a la persona mayor a los mismos cuestionarios, prácticas, pruebas y aplicaciones, sin tener en consideración que esa situación le está provocando un estrés y un grado de malestar añadidos a los de su propio proceso. Sería deseable evitarle molestias al máximo, así como intentar trabajar de manera más coordinada y, si es necesario, explicarle que, aunque ya sabemos que le han realizado esos mismos tests varias veces, debemos repetírselos nosotras, por ejemplo por el tema de la protección de datos, para preservar la confidencialidad, etc. Sugiero evitar la impresión de que no hemos leído su expediente. Algunos ancianos se molestan ante nuestras preguntas y contestan: “Todo está en mi historia; léasela usted”.

Aunque es en el ámbito residencial donde se podrían observar ciertas conductas negligentes (como no cambiarles los pañales, no realizar cambios posturales, utilizar medios de inmovilización indiscriminada, o la cosificación, por citar algunos), ningún profesional está a salvo de actuar con negligencia, de forma incorrecta e, incluso, con falta de ética.

MALTRATO SOCIAL (ANCIANISMO o “EDADISMO”)

Es el prejuicio y la discriminación que sufre la persona mayor simplemente por razón de su edad. Algunos ejemplos en el ámbito sanitario: pruebas médicas para detección de cáncer de útero o de mama que ya no hacen a partir de 70 años, igual que revisiones ginecológicas u otras.

A nivel social, se hace evidente en el siguiente aspecto.

La imagen del envejecimiento en los medios de comunicación

La imagen que proyectan los medios es totalmente anacrónica, sesgada, irreal, y a veces se mueven entre tópicos y estereotipos negativos mostrando únicamente críticas, lástima y morbo.

En la prensa suelen ser noticia en contextos muy acotados: por el tema de las pensiones o por protagonizar sucesos escabrosos (en accidentes se comenta su edad, como sinónimo de torpeza, de falta de reflejos). En los programas basura hacen de público-relleno, y en las series de ficción no suelen tener un papel digno.

Sin embargo, las personas mayores no son un grupo homogéneo, ya que hay tantas formas de envejecer como personas. Los conceptos que acuña nuestra cultura sobre los viejos los describen como conservadores, egoístas, pasivos, depresivos, cerriles, cascarrabias, dependientes y predominan estereotipos negativos, como que no les gustan ni se adaptan a los cambios, son lentos, menos competentes e inteligentes, son irritables y difíciles de tratar, son poco productivos, más frágiles y enfermizos, etc”.

(“El Dicc. de Sinónimos y Antónimos de la Lengua Castellana” contempla 4 palabras sinónimos de vejez, descriptivas: ancianidad, senectud, longevidad y senilidad. En cuanto a viejo: 30 palabras, algunas, correctas –anciano, veterano, maduro, longevo, abuelo...- y el

resto, despectivas o peyorativas: vejestorio, decrepito, achacoso, carcamal, vetusto, arcaico, matusalén, anticuado, pretérito, antiguo, rancio, fósil, trasnochado, antediluviano, gastado, ajado, destartelado...).

En resumen: se presenta a la persona mayor con muchos años, muchos achaques, muchos recuerdos... y ningún futuro.

Por otra parte los mensajes que recibimos, sobre todo los publicitarios, también fotografían las ganas de vivir y el dinamismo de nuestros mayores, pero a veces ridiculizándolos, y haciéndoles vivir situaciones propias de otras fases de la vida. (Como cuando se les presenta bailando, haciendo locuras y asaltando literalmente los *buffets libres* en sus vacaciones del *Imserso*).

Se utiliza un tratamiento demagógico, un lenguaje a veces protector y paternalista, a veces falto de respeto ("ya está explicando batallitas"), que constituye una forma evidente de maltrato.

Se debería cuidar el lenguaje, evitar los tópicos y prejuicios y tratar los temas positivos y las iniciativas innovadoras de esta etapa de la vida.

EL ABUSO DE CONFIANZA COMO FORMA ENCUBIERTA DE MALTRATO

Con frecuencia se emplea el término de explotación de los mayores en el ámbito familiar. Como nos referimos a un tipo de maltrato emocional, quizá el término resulte demasiado duro, por lo que prefiero utilizar el de "abuso", que nos indica que se produce por parte de las personas de máxima confianza del anciano, la mayoría de las veces los hijos o nietos. Veremos algunos ejemplos, sencillos, cotidianos, y reales, recogidos durante la experiencia laboral de coordinación del SAD:

Instalarse en el domicilio de los padres

Se considera una forma de abuso cuando el familiar no colabora con los gastos; es decir, quiere tener todos los derechos y ninguna obligación. Conocemos familias, incluso familias, que se empadronan con el anciano para obtener ciertas ventajas -plazas escolares, reducción de impuestos, ventajas fiscales por tener un mayor a su cargo-, y en realidad lo que hacen es privar a éste de los beneficios que tendrían si vivieran solos -y realmente lo están-, pues al tener que contabilizar siempre los ingresos de la unidad familiar los ancianos salen perjudicados.

El "saqueo"

Bien de la despensa, bien de la nevera del anciano, así como productos de aseo y de limpieza que algunos hijos se llevan para su casa. (En otros casos los hijos presionan a sus padres, beneficiarios de programas periódicos de alimentos y otros artículos por parte de las parroquias, Cruz Roja, ONGs; y que apenas los reciben ya los están retirando. Algo similar sucede con material de enfermería y algunos medicamentos que los ancianos consiguen de manera abundante, y que surten los botiquines de toda la familia).

El perro a su cargo

Algunos mayores se encuentran de pronto con un animal que fue el regalo, capricho o premio de uno de sus hijos o nietos. En ocasiones, se lo regalan con la excusa de que eso le obligará a salir a pasear, que así no se sentirá tan solo, que lo que necesita es un ser vivo a su lado... sin preguntarles siquiera su opinión. El abuelo se encuentra con una tarea extra, un gasto extra y una preocupación extra, sobre todo cuando enferman. A veces insisten para que se lo lleven y los hijos no le hacen caso, incluso pueden acusarle de desagradecido. Algunos no se atreven siquiera a plantárselo, y sólo a nosotras nos confiesan sus auténticos sentimientos.

El hijo “okupa”

Muchos hombres que sufren la ruptura de su matrimonio se van a vivir con la madre. En mi experiencia, ellas nunca se muestran encantadas por tal idea. Lo hacen por obligación, por complacerle, por el chantaje afectivo a que las someten y, en muchas ocasiones, por temor. En realidad son hombres de mediana edad que, en el mejor de los casos, pueden mostrar preocupación por su madre, disposición a colaborar... pero que en un momento u otro de la entrevista dejan escapar: “Como usted comprenderá, yo tengo que hacer mi vida”. La madre, que tras enviudar ya se había organizado para comprar y cocinar pequeñas cantidades, poner una lavadora a la semana y no tener la presión de un horario fijo, vuelve a estar sometida a unas obligaciones que ya le vienen grandes, dada su edad y sus enfermedades. Pero, como siempre sucede, encontrará mil excusas: “¿Qué quiere que haga? No voy a echarlo como a un perro”.

Admito que es una generalización y, como en todas, hay excepciones, pero he visto muchos casos como el que he descrito. Con agravantes. Uno: esta mujer no cuenta para nada con las ventajas de vivir con un hijo, como sería la de ir acompañada a los médicos, o a hacer gestiones. Dos: ese hombre que ha sufrido una crisis de pareja presenta una serie de desajustes a nivel familiar y personal pendientes de resolver, y muchas veces, demasiadas, lo hace a base de tabaco, alcohol u otras sustancias que le provocan agresividad, agresividad que paga con la madre. Ella cree comprenderlo todo y por eso lo aguanta todo. Son situaciones que se retroalimentan. La pescadilla que se muerde la cola.

La mano de obra gratis

Es una forma frecuente, y no reconocida, de maltrato por abuso de confianza. La relacionamos más bien con esa sobrecarga de trabajo y/o de responsabilidad que se deposita sobre el padre/madre, con un carácter “voluntario” en algunos casos, de contraprestación en otros, no valorado, casi

siempre, y que llega a provocar en el mayor una sensación de agobio por no poder liberarse de ello, sin herir los sentimientos de los hijos, sin parecer egoísta por dejarles en la estacada. Los padres realizan para su hijo pequeñas tareas, gestiones, recados, cobros, suplen sus ausencias en el pequeño negocio, y cargan con más responsabilidad de la que pueden asumir. Su cansancio y temor se enfrenta a la satisfacción por ayudar al hijo y también por sentirse útil. Aunque se encuentre atrapado.

“La abuela esclava”

Aunque pueda sonar excesivamente fuerte así denomina el cardiólogo, Dr. Antonio Guijarro, de Granada, el síndrome que se produce por agotamiento, debido al sobreesfuerzo físico y emocional de las abuelas “*dispuestas a morir con las cacerolas puestas*”⁴. Cuidan a los nietos y ayudan a las hijas más allá de las fuerzas propias de su edad, lo que les puede provocar una serie de síntomas: sofocos, palpitaciones, presión arterial y diabetes de difícil control, pinchazos en el pecho, dificultad para respirar, caídas fortuitas, insomnio, etc.

Lo grave es que sufren sentimientos contradictorios. Por una parte, disfrutan con los nietos, con la preparación de buenas comidas, con el arreglo de la ropa, con el cuidado primoroso de su esposo, hijos y nietos, incluso a veces de sus padres; pero por otra, se sienten muchas veces al límite de sus fuerzas, lo que nunca reconocen. De hacerlo sentirían que están fallando a los suyos en los momentos que más las necesitan. También temen perder su afecto.

Ellas han sido mujeres “todo terreno” que han trabajado duro, en condiciones adversas, y que siempre han cuidado a los suyos. Han podido con todo y eso las llena de

⁴ “Las abuelas esclavas” y “Las últimas abuelas abuelas” (*La Vanguardia*, 5 de abril de 2004). Excelente artículo de José Bejarano sobre el libro del Dr. Antonio Guijarro y de la experiencia de un grupo de abuelas de La Zubia (Granada), en un taller que organizó el propio ayuntamiento, para ayudarlas a superar la sobrecarga que soportaban, como “abuelas esclavas”.

orgullo, se creen supermujeres. Entonces, cuando se sienten agotadas por la doble o triple jornada doméstica, o abrumadas por la responsabilidad (accidentes domésticos o de los nietos), sienten una gran culpabilidad, temen defraudar a sus seres queridos, y su autoestima cae en picado.

Los hijos no suelen reconocer esa dedicación tan abnegada. Siempre han tenido a su madre complaciendo sus necesidades, dedicada a ellos en cuerpo y alma, y cuando forman sus familias se incrementa el número de personas que la madre atiende. El argumento de los hijos es que ella disfruta así, teniéndolos a todos reunidos.

También han colaborado para que sus hijas puedan salir a trabajar fuera de casa. La liberación de estas mujeres jóvenes ha pasado por la explotación de la mujer mayor, precisamente durante una etapa de sus vidas (menopausia, atención de sus ancianos padres, jubilación del esposo, crisis de preancianidad), en que lo que necesitaban era liberarse de responsabilidades, realizar los trabajos del hogar imprescindibles -incluso con alguna ayuda externa-, y aquellas actividades que les resultara placenteras y enriquecedoras. Esto incluye, sin duda, el cuidado de los nietos y la ayuda puntual a los hijos, pero sin que suponga una obligación ni una carga, sin día ni horarios fijos, sin asumir responsabilidades que únicamente corresponden a los padres, y sin aceptar cargas que sienten como una cadena que las oprime. Son mujeres mayores maltratadas, pero de una forma sutil, callada, en la intimidad del hogar.

Cuidadoras por mandato cultural, llega el momento en que necesitan que las cuiden a ellas, las liberen y permitan disfrutar de su tiempo, sin culpabilizarse. Para eso hace falta aprendizaje y mucha colaboración de los hijos, algo difícil, porque supone perder buena parte de las prerrogativas que les permiten salir, disfrutar de vacaciones, o comprarse un apartamento.

En la práctica del trabajo en domicilios, me consta que no se producen malos tratos por parte de los profesionales, y las situaciones límites se refieren más bien al entorno familiar. Pero, si recordamos la propuesta inicial de sustituir maltrato por trato inadecuado o poco correcto, quizá todos encontremos momentos, circunstancias o usuarios, con los que en algún momento hemos dejado resbalar, sutilmente, algo de todo lo expuesto. Por ello, propongo reflexionar sobre nuestro quehacer profesional cotidiano repasando algunas consideraciones:

- no respetar sus derechos;
- no denunciar situaciones de abuso, de indefensión o de riesgo;
- falta de comunicación con ellos como adultos capaces de decidir: infantilización del trato;
- no respetar los principios de intimidad y de confidencialidad;
- negligencia en tramitar algún recurso o realizar alguna gestión solicitada;
- consejos gratuitos, adoctrinamiento, regañinas, cuestionamientos, usurpación de rol ("yo que usted... yo en su lugar...");
- negligencia en el trato, sin considerar su estado anímico, su fragilidad, su soledad...;
- abuso de poder, cuando se tiene la facultad de proporcionar servicios -como aumentar horas de SAD-; ayudas económicas, materiales de enfermería, pañales, determinados apósitos, etc.

ANCIANOS QUE MALTRATAN: ¿QUIÉN MALTRATA A QUIÉN?

En nuestra experiencia también hemos conocido personas mayores que se han servido de su condición de supuesta fragilidad para tratar mal y para maltratar psicológicamente a quien estuviera a su alrededor, sobre todo a sus cuidadoras. (Un 80% de personal en re-

sidencias ha sufrido algún tipo de agresión: golpes, tocamientos, exigencias, desacreditación, calumnias, etc. En los domicilios también se han dado problemas de trato inadecuado hacia las TTF).

Muchos ancianos recogen lo que han sembrado. He conocido a algunos cuyos hijos, por diversas razones, han roto las relaciones con ellos, para siempre. A veces es sólo con uno de los hijos, a veces con la mayoría e, incluso, con la totalidad. A medida que les traté, desde el SAD, tuve ocasión de conocer más aspectos de la vida de esas personas, así como sus relaciones sociales: vecinos, centros de jubilados, ambulatorio, etc. También, la forma despectiva en que se referían a los profesionales que intervenían en su vida en un momento u otro: médicos, enfermeras, podólogo, asistente social, incluso a su familia, añadiendo el trato a las TF. Todo ello configuraba un tipo de personalidad que los profesionales conocemos muy bien.

Son frecuentes las biografías de mujeres mayores que en determinado momento han convivido con los hijos, pero la relación ha acabado como "el rosario de la aurora". En general, se muestran sorprendidas, ofendidas, dolidas, y fingen ignorar las causas reales del comportamiento de sus hijos. Se sienten víctimas y, desde luego, ancianas maltratadas.

Sin embargo, no son pocos los casos en los que estas mujeres ejercen durante años una tiranía psicológica feroz sobre las otras mujeres -hijas, nueras, sobrinas- que las cuidan, y que se agrava según aumenta su dependencia. Algunas las insultan, humillan, calumnian, les recuerdan que tienen la obligación de cuidarlas, utilizan la amenaza del suicidio como una forma de chantaje emocional, les hacen cargar con su propia amargura y le absorben todo su tiempo, y la vida.

(Considero que era de justicia hablar también de estas situaciones que en los servicios hemos visto con demasiada frecuencia).

Durante mi experiencia profesional también pude constatar que los padres o madres que

han maltratado a sus hijos, durante la infancia y la juventud, tienen más posibilidades de ser maltratados por éstos en la vejez.

(Como anécdota, les diré que cuando preparaba este punto, y para ampliarlo, busqué en internet "ancianos que maltratan", de todas las formas posibles, y no conseguí ni una sola entrada sobre el tema. E, incluso, avisan, "quizás quiere decir ancianos maltratados". Al parecer, no se concibe lo contrario. Pero existe).

CONCLUSIÓN

En la práctica del trabajo en domicilios, me consta que no se producen malos tratos por parte de los profesionales, y las situaciones límites se refieren más bien al entorno familiar. Pero, si recordamos la propuesta inicial de sustituir maltrato por trato inadecuado o poco correcto, quizá todos encontremos momentos, circunstancias o usuarios, con los que en algún momento hemos dejado resbalar, sutilmente, algo de todo lo expuesto. Por ello, propongo reflexionar sobre nuestro quehacer profesional cotidiano repasando algunas consideraciones:

- no respetar sus derechos;
- no denunciar situaciones de abuso, de indefensión o de riesgo;
- falta de comunicación con ellos como adultos capaces de decidir: infantilización del trato;
- no respetar los principios de intimidad y de confidencialidad;
- negligencia en tramitar algún recurso o realizar alguna gestión solicitada;
- consejos gratuitos, adoctrinamiento, regañinas, cuestionamientos, usurpación de rol ("yo que usted... yo en su lugar...");
- negligencia en el trato, sin considerar su estado anímico, su fragilidad, su soledad...;
- abuso de poder, cuando se tiene la facultad de proporcionar servicios -como aumentar

horas de SAD-; ayudas económicas, materiales de enfermería, pañales, determinados apósitos, etc.

Por otra parte, nuestra profesión nos ha mostrado tipologías de familia y pautas de conducta a veces bruscas, incluso agresivas a nivel verbal o gestual; y aunque estén lejos de lo que consideramos un trato respetuoso, debemos mantener la objetividad y saber "leer" más allá de lo que nos muestran en un primer momento, ya que muchas veces no es sino un juego familiar del que desconocemos las reglas, o una interpretación teatral bien ensayada por ellos para impresionarnos.

Por tanto: seamos precavidos y no veamos situaciones de malos tratos a cada instante. (Lo que no implica bajar la guardia para que no se dé ni siquiera uno).

A los profesionales aún nos falta mucha información, y apenas ahora comienzan a formularse protocolos de actuación claros, ágiles y efectivos. (La Generalitat de Cataluña aprobó en julio de 2010 el Protocol Marc per a un abordatge coordinat de les situacions de maltractament vers les persones grans, importante herramienta que servirá para coordinar y actuar, de forma integral, en los casos de maltrato a las personas mayores).

Para acabar, consideraría imprescindible:

- Ampliar los conocimientos sobre los factores de riesgos que se detecten en determinados grupos, (asociados a las personas mayores, como a los cuidadores), así como familiarizarnos con los signos de la negligencia o el maltrato.
- Formación específica para asesorar a quienes hayan sido víctimas de malos tratos, para lo cual es importante la coordinación entre los profesionales del área social y sanitaria.
- Intervención global en la situación familiar, ya que el agresor es a su vez víctima de algún conflicto personal y/o social.
- Información sobre medidas legales.
- Reclamar la política de "cuidar al cuidador", como herramienta de prevención.

- Reivindicar, por parte de las Administraciones, campañas para dar a conocer los derechos de las personas mayores, y agilidad en los procesos y resoluciones judiciales.
- Y educar en la sensibilización y en la cultura del envejecimiento y el respeto hacia el adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

BAZO, M^a Teresa (2001): "Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España". *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*, n^o: 36(1): 8-14. Barcelona.

CAMDESSUS, Brigitte (1995): *Crisis familiares y ancianidad*. Paidós. Barcelona.

DECALMER, Peter y GLENDENNING, Frank (2000): *El maltrato a las personas mayores*. Paidós. Barcelona.

GUIJARRO MORALES, Antonio (2001): *El síndrome de la abuela esclava. Pandemia del S. XXI*. Grupo Editorial Universitario. Granada.

MOYA BERNAL, Antonio y BARBERO GUTIÉRREZ, Javier (coord.) (2005): *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. IMSERSO, Observatorio de Personas Mayores. Madrid.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (2004): *Vejez, Negligencia, Abuso y Maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales*. IMSERSO. Madrid.

TOLEDANO GONZÁLEZ, Lola (2008): "¿Se puede?" *Trabajo social en domicilios de ancianos*. Col.legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. Barcelona.

Centre d'Educació Especial Auxilia. Un model d'atenció acadèmica domiciliària

OLGA AGUT GAGO

Diplomada en Treball Social. Llicenciada en Sociologia. Treballadora Social del Servei Municipal d'Atenció a la Dependència Ajuntament de Silla

Recibido: 5 de febrero de 2011 · Aceptado: 12 de agosto de 2011

RESUMEN

Aquest article descriu una experiència pionera en l'àmbit educatiu: el Centre d'Educació Especial Auxilia. Aquest Centre facilita la continuïtat del procés educatiu d'aquells xiquets i xiquetes afectats per discapacitats físiques, malalties cròniques o malalties psiquiàtriques i que, degut a la seua malaltia, es veuen obligats a romandre en períodes determinats als seus domicilis sense poder acudir de forma normalitzada al col·legi on es troben matriculats. Des del Centre se'ls hi dona una atenció acadèmica domiciliària personal i individualitzada que possibilita el seu desenvolupament integral.

PALABRAS CLAVE: Atenció acadèmica domiciliària, educació especial, discapacitat física, malaltia crònica, desenvolupament integral.

ABSTRACT

This article describes a pioneering experience in education - Auxilia Centre for Special Education. This centre provides continuity for the education of children affected by physical disabilities, chronic illness or psychiatric illness and who, because of their illness, are forced to stay at home for certain periods without being able to assume standardized travel to the school at which they are enrolled. The Centre gives them personal and individualized academic service at home to enable their development.

KEY WORDS: *Academic attention at home, special education, physical disability, chronic disease, integral development.*

CORRESPONDENCIA
agutolga@hotmail.com

INTRODUCCIÓ

Auxilia és una associació de voluntariat, sense ànim de lucre, dedicada a la promoció cultural i social de les persones amb discapacitats físiques i malalties de llarga durada, amb l'objectiu d'aconseguir la seua plena incorporació en la societat.

És una associació d'àmbit nacional, reconeguda a nivell oficial en l'any 1971. Des d'aquesta data va iniciar la seua activitat a València i va ser declarada entitat d'utilitat pública en 1974. El seu treball ha anat evolucionant cap a una atenció integral de les persones amb discapacitats físiques, l'objectiu de les quals és desenvolupar el màxim nivell de normalització.

Auxilia València és coneixedora de la problemàtica de la persona amb discapacitat i les seues possibilitats d'integració en tots els àmbits i és per això que totes les seues actuacions cerquen arribar a la màxima autonomia personal, la superació de les barreres socials i psicològiques així com la supressió de les barreres arquitectòniques, ja que la integració en tots els àmbits socials: escolar, cultural, laboral, etc. de les persones amb discapacitat física, estarà condicionada per l'existència de les mateixes.

Des d'aquesta perspectiva i considerant la influència del context escolar en el desenvolupament íntegre de la persona i en la seua socialització, Auxilia València va diagnosticar que el sistema educatiu no cobria l'atenció escolar d'aquells/es xiquets/es i joves afectats per discapacitats o malalties de llarga durada que havien de romandre llargs períodes apartats del seu centre i sense poder accedir a l'ensenyament obligatori.

La suspensió temporal de l'escolaritat a causa d'un ingrés hospitalari i una posterior convalescència en el domicili, suposa l'alteració en el ritme d'aprenentatge de l'alumnat i tindrà nombroses repercussions, a curt i llarg termini, que tal vegada s'agreugen en alguns dels casos a conseqüència de les seqüeles de la malaltia i pels efectes secundaris dels tractaments [Baysinger, Heiney, Creieu & Ettinger, 1993].

A pesar que la Llei 14/1970, de 4 d'agost, General d'Educació i Finançament de la Reforma Educativa establia una educació obligatòria, universal i gratuïta, molts dels/les xiquets/es i joves no rebien aquesta atenció escolar. Detectada aquesta situació de desigualtat acadèmica i social, i acollint-se a la normativa legal, Auxilia sol·licità a les autoritats educatives una autorització per a formalitzar l'atenció a aquest col·lectiu. L'associació va decidir treballar en un projecte pioner i únic a la Comunitat Valenciana que tractara d'eliminar aquesta situació de desavantatge social.

Així en 1977, va començar a funcionar, amb caràcter experimental, el Centre d'Educació Domiciliària Auxilia. Va ser autoritzat per a impartir ensenyament en el domicili de l'alumnat i en els centres hospitalaris on romangueren ingressats.

INICIS DEL CENTRE I EVOLUCIÓ FINS AL MOMENT ACTUAL

Una vegada obtinguda l'autorització per al funcionament del Centre i el pressupost necessari per a contar amb el professional adequat per a desenvolupar el procés d'ensenyament/ aprenentatge, des de l'associació es va contractar en l'any 1978 a la primera mestra de l'aula. En el seu començament, la professional que va iniciar el treball a l'aula no atenia directament a tot l'alumnat, sinó que coordinava i orientava a un grup de voluntaris responsables de l'atenció directa. Aquests anaven a hospitals, a domicilis particulars o feien classe en el propi local de l'associació i impartien els ensenyaments bàsics a l'alumnat de diferents edats (fins i tot a adults).

El Centre d'Educació Domiciliària Auxilia era un Centre legalment constituït i, com Centre d'Educació Especial, havia d'anar ajustant-se a les necessitats reals i per descomptat a la normativa que intentaven millorar les situacions irregulars en l'àmbit escolar.

Des d'Auxilia, es va anar analitzant la situació i característiques de l'alumnat al que atenia i l'aula va passar a atendre alumnat fins a 18 anys, uns amb atenció exclusiva (no assistien a cap altre Centre) i altres amb suport educatiu (anaven al col·legi i se li donava suport puntualment quan i el que necessitaven).

Després de l'engegada de la Llei 13/1982, de 7 d'abril, d'Integració Social dels Minusvàlids (LISMI), molt d'aquest alumnat que s'atenia va poder accedir al sistema general educatiu, tenint la possibilitat d'exercir el seu dret a l'educació, amb els recursos humans i materials que necessitaven en funció de la seua discapacitat.

No obstant això, des de l'inici del Centre, sempre han existit xiquets, xiquetes i joves que han necessitat romandre en la seua casa llargs períodes després d'intervencions quirúrgiques o han patit malalties reumàtiques, respiratòries, renals, oncològiques, etc. que els impediexen l'assistència normalitzada al centre escolar. Tots ells tenien dret a rebre atenció escolar malgrat les seues circumstàncies.

Des d'una perspectiva d'educació inclusiva, s'han d'executar accions escolars, socials i comunitàries que eliminen les barreres que impedeixen la participació dels estudiants en l'aprenentatge, acceptant i valorant les diferències individuals.

Al novembre de 1985 es va definir el Centre com Unitat Itinerant de caràcter privat. La Unitat estava autoritzada a fer classe en els seus domicilis als/les xiquets/es i joves en edat escolar, sempre que no pogueren assistir a un centre escolar ordinari o adequat a les seues necessitats. A nivell legal, l'alumnat es vinculava a l'efecte de matrícula al centre escolar que li pertanyera per zona amb la finalitat d'obtenir el major grau d'integració possible.

Amb l'entrada en vigor de la Llei Orgànica 8/1985, de 3 de juliol, Reguladora del Dret a l'Educació (LODE) i el sistema de concerts educatius, el Centre va ser classificat com d'Educació Especial per a discapacitats físics.

Açò va suposar un increment del finançament i va permetre contractar a nou personal educatiu per a cobrir les demandes, cada vegada més creixents, de l'alumnat atès. Es va signar un concert educatiu en 1986 per a tres anys.

El Centre va aconseguir consolidar-se i va seguir atenent a l'alumnat en edat escolar en el domicili. Es va deixar d'atendre a l'alumnat en hospitals que disposaven d'unitat pedagògica.

Es procurava que les hospitalitzacions foren més curtes i el temps de tractament i recuperació a casa fora el més llarg ja que era allí, en un ambient més normalitzat, on s'aconseguia una millor recuperació.

La Pedagogia Hospitalària és considerada una ciència que pretén donar resposta a aquelles situacions que, en la conjunció dels àmbits sanitaris i educatius, la societat va demandant, ampliant-se l'atenció en hospitals amb programes d'atenció al xiquet/a convallescent, és a dir, concebant la convallescència en el domicili com una prolongació del període d'hospitalització. És entesa com una constant comunicació experiencial entre la vida de l'educand i la vida de l'educador, i aprofita qualsevol situació, per dolorosa que pugui semblar, per a enriquir a qui la pateix, transformant el seu sofriment en aprenentatge (Lizasoáin, 2000).

Fonamentant-se en aquesta concepció pedagògica, Auxilia desenvolupà el seu treball en el Centre. En 1989 es va renovar el concert amb la Conselleria d'Educació durant un període de 4 anys. Per aquells anys de funcionament del Centre, va haver molta demanda del servei que no va poder ser atesa per falta de professorat. En 1992 es va sol·licitar una ampliació de l'aula que va ser autoritzada i es van aconseguir dues unitats pedagògiques i quatre professors en plantilla. A més, els concerts es renovaven cada quatre anys sense dificultat.

En l'actualitat el Centre d'Educació Especial Auxilia (C.E.E. Auxilia) compta amb tres unitats d'Educació Especial itinerants (una

d'elles de caràcter provisional), un concert en règim general amb la Conselleria d'Educació, i ha passat a estar gestionat per la Fundació privada Auxilia València, legalment constituïda.

El Centre atén a l'alumnat que resideix en la ciutat de València i la seua àrea metropolitana i que cursen primària i educació secundària obligatòria amb problemes tant de discapacitat física (paràlisi cerebral, distròfies musculars, espina bífida, etc.) o malalts crònics (oncologia, artritis crònica juvenil, malalts de ronyó, etc.) que es troben matriculats en centres ordinaris i que, temporalment, no poden assistir al seu centre educatiu amb regularitat per agreujament dels problemes de salut que pateixen, per indicació en determinats tractaments, convalsescències, etc.

No obstant això, cada vegada és més freqüent l'alumnat de secundària afectat per malalties psiquiàtriques. La majoria d'aquest alumnat presenta trastorns de conducta associats que dificulten l'atenció acadèmica.

PROCÉS D'ATENCIÓ EDUCATIVA INTEGRAL

L'atenció que es presta des del Centre consisteix en una formació integral que abasta totes les àrees importants per al desenvolupament de l'alumnat. És una atenció personal i individualitzada i es treballa per aconseguir l'objectiu de garantir situacions de normalitat mitjançant l'atenció acadèmica.

Les activitats les desenvolupen els professors d'Educació Especial, així com la treballadora social i els voluntaris de l'Associació Auxilia. En aquests moments, el Col·legi d'Educació Especial Auxilia compta amb tres professores de pagament delegat (una per cada unitat), tres professores a jornada completa i dues a mitja jornada i una treballadora social.

Les famílies que desitgen que els seus fills/as siguin atesos pel C.E.E. Auxilia, ho

sol·liciten per escrit (adjuntant un informe mèdic que justifica la necessitat i acreditant que la durada de l'hospitalització domiciliària és superior a dos mesos) al centre educatiu on es troba matriculat el xiquet/a. El centre ordinari adjunta a la sol·licitud un informe amb el nivell d'aprenentatge i una proposta curricular a treballar, i remet la sol·licitud a la Conselleria d'Educació.

L'inspector d'educació és qui s'encarrega de valorar les sol·licituds d'atenció domiciliària. Les sol·licituds són estudiades segons els criteris i procediment marcat per l'*Ordre de 21 de novembre de 2006 de la Conselleria de Cultura, Educació i Esport*, en relació a l'alumnat que requereix compensació educativa i atenció domiciliària en processos d'allunyament periòdic del centre escolar a causa de malaltia o convalsescència de llarga durada.

Segons aquesta ordre, s'entén per atenció domiciliària de llarga durada aquella que requereix una permanència domiciliària continuada o una alternança entre períodes d'hospitalització i períodes de permanència domiciliària no inferior a dos mesos per curs escolar.

Les funcions de la treballadora social dins del desenvolupament del Centre són, entre altres: a) recepció de la sol·licitud d'atenció domiciliària de l'inspector d'educació (en-carregat de derivació); b) entrevista amb la família; c) realització de visites domiciliàries i informes socials; d) intervenció i resolució de problemes sorgits en el desenvolupament de les classes; i) informació i assessorament a les famílies sobre recursos socials d'utilitat; f) coordinació amb serveis socials, personal sanitari, centres escolars ordinaris i serveis psicopedagògics escolars.

Un alumne/a és atès generalment per més d'una professora del Centre. L'atenció educativa es perllonga durant el temps que resulte necessari. Quan el metge autoritza la incorporació de l'alumne/a al Centre ordinari, el C.E.E. Auxilia deixa de treballar.

ÀREES DE TREBALL DEL C.E.E.

L'activitat desenvolupada en el domicili s'inicia amb un coneixement previ de la realitat tant acadèmica com sociosanitària de l'alumnat per part del professorat (edat, situació clínica, curs, nivell d'aprenentatge, necessitats inicials).

Els objectius pedagògics generals en els quals es basarà la intervenció seran els següents: 1) elaborar programes flexibles i individualitzats partint dels interessos, expectatives i nivell de competència curricular que presenta cada xiquet/a; 2) establir les mesures necessàries perquè l'alumnat no perdi el contacte amb els seus companys i tutor del centre on es troba matriculat; 3) mantenir la inquietud per aprendre i exercitar l'hàbit de treball; 4) afavorir l'ocupació constructiva del temps lliure mitjançant activitats estructurades que contribuïsquen al desenvolupament integral del xiquet/a; 5) motivar constantment per a l'establiment de relacions positives; 6) organitzar activitats terapèutiques i específiques en casos concrets. Els principis metodològics a aplicar seran, entre altres, l'operativitat i normalització (Guillen & Mejía, 2002).

Després d'aquest coneixement inicial, es programarà la intervenció amb objectius definits per a cadascuna de les àrees que es treballarà amb l'alumnat i que quedaran arreglades en el Pla de Treball individual. La primera de les àrees de treball és l'*àrea atenció acadèmica i relació amb el col·legi* i constitueix el gruix de l'activitat educativa desenvolupada.

L'alumne/a atès no es desvincula del centre escolar en el qual es troba matriculat. Els professors que van a la seua casa visiten abans el col·legi d'origen de l'alumne, parlen amb el seu tutor/a i s'informen dels objectius que ha d'aconseguir, ja siguin els corresponents al cicle o nivell o a una adaptació curricular individualitzada. Des del Centre es persegueix que l'alumnat atès a casa haja

arribat a les mateixes competències que els seus companys/as de classe quan torne a la seua classe ordinària.

S'intenta seguir la mateixa dinàmica educativa que en classe i fins i tot que facen els mateixos exàmens que els seus companys/as. El seguiment i avaluació es fa conjuntament amb el professorat del centre ordinari on està matriculat l'alumne i es remeten informes amb l'avaluació qualitativa del treball realitzat. A més, la implicació de la família en el procés d'aprenentatge és fonamental.

No obstant això, una educació integral que abaste tots els aspectes que tenen a veure amb el xiquet/a o jove, no es pot centrar tan sols en l'acadèmic, sobretot quan l'alumnat i la seua família, es troben en una situació extraordinària com és una malaltia o una convalescència. Per això, en el Centre es treballa des de l'*àrea de salut i rehabilitació*.

L'estat físic afecta, entre altres coses, al treball acadèmic a casa. Els pares informen de les visites mèdiques, tractaments, efectes secundaris dels mateixos,... al professor que adapta l'atenció acadèmica a l'evolució mèdica de cada xiquet/a. En el cas que l'alumne/a estiga hospitalitzat part del curs, els professors del Centre mantenen contactes amb el professorat de les aules hospitalàries per a conèixer la seua situació i la seua evolució acadèmica.

L'*àrea de relació amb la família* és essencial per al treball dels professors en el Centre. Són necessàries unes condicions ambientals i materials determinades per al desenvolupament de l'activitat acadèmica. A més en la relació amb la família es tenen en compte les aportacions realitzades per ambdues parts: tant la família com el professorat tenen en compte les aportacions de l'altre i es col·labora amb l'objectiu final d'augmentar la qualitat educativa i de vida.

Des de l'*àrea d'autonomia personal*, es treballen situacions com la sobreprotecció familiar ocasionada per la situació de malaltia que viu el xiquet/a o jove. Els pares eviten donar-li responsabilitats al seu fill/a a causa

de el seu estat. Des del Centre, s'orienta a la família o se'ls deriva a altres professionals que complementen la intervenció realitzada des de l'àmbit educatiu com la treballadora social, psicòlegs, etc.

Des d'aquesta àrea també es treballa l'accessibilitat física en el domicili: l'eliminació de barreres que redueixen la mobilitat total o parcialment així com l'adquisició d'ajudes tècniques garantint així la seua autonomia.

Des de l'àrea de relació amb l'entorn s'intenta mantenir les relacions amb altres xiquets/as del seu grup d'iguals, companys/es de classe, amics/gues del carrer, fins i tot veïns i familiars. Mantenir aquestes relacions és essencial per al desenvolupament i la socialització. Des del Centre s'intenten detectar i evitar les situacions d'aïllament social de l'alumnat.

Amb l'ajuda de voluntaris de l'associació Auxilia, es procura que l'alumnat s'integre en activitats d'oci en el seu barri, amb xiquets/as de la seua edat i d'acord als seus interessos i preferències. En ocasions, la integració no és possible a causa del tipus de malaltia que pateixen, pel que la realització d'activitats lúdiques es realitza de forma individual, ja siga en el domicili o en el seu entorn pròxim.

VALORACIÓ DE L'EXPERIÈNCIA I PERSPECTIVES DE FUTUR

"Em dic Laura i tinc 15 anys, fa tres anys em van diagnosticar càncer i tota la meua vida va canviar de cop i volta. La quimioteràpia em va impedir seguir fent el que abans feia, jugar, anar al col·legi, eixir amb les meues amigues,... totes les coses normals que es poden fer amb 12 anys. En aquells moments tan durs per a mi i per a la meua família, va aparèixer Auxilia, es van oferir a fer-me classes particulars perquè no perdera el curs quan tot allò passara. Puc assegurar que em van donar molt

més que classes particulars: no solament em van ajudar amb les assignatures, també em van animar en els pitjors moments, quan tot es venia baix. Malgrat que la quimioteràpia no em deixava seguir les classes amb normalitat, aquells dos anys vaig estudiar gràcies a l'obstinació i als ànims dels professors d'Auxilia, i vaig aconseguir aprovar segon i tercer com qualsevol altra xiqueta normal"

Laura és una de tantes alumnes ateses pel centre des de la seua creació fa més de trenta anys. En la seua valoració expressa la seua satisfacció pel suport educatiu rebut pels professionals d'Auxilia, que van garantir la seua educació durant els dos anys que va durar el tractament de quimioteràpia per a la curació de la seua malaltia. El seu sentiment és compartit per la totalitat de l'alumnat atès i pels seus familiars, que sempre han mostrat un alt grau de satisfacció amb l'atenció rebuda des del Centre.

El Centre d'Educació Especial Auxilia constitueix un projecte pioner en l'àmbit educatiu i des del seu començament, el projecte desenvolupat ha atès a gran nombre d'usuaris/es. En els seus primers anys de funcionament, el Centre va arribar a atendre en un curs lectiu (en hospitals, domicilis particulars i en el propi local de l'associació) a uns setanta alumnes, entre xiquets, joves i adults.

La demanda d'atenció sempre s'ha vist incrementada. En 1985, el perfil de l'alumnat es va redefinir i es va limitar al deixar de l'atenció en hospitals, així com a l'alumnat major de 18 anys, i açò va suposar una reducció en el nombre de xiquets/as i joves atesos. No obstant això, des de llavors ha augmentant la qualitat en l'atenció així com el nombre d'hores dedicades a cada alumne/a. En el curs 2009-2010, el Centre ha atès a un total de 39 alumnes dels quals 28 cursaven educació primària, 9 secundària, 1 educació infantil i 1 educació especial. En relació a les malalties de l'alumnat, 24 patien malalties oncològiques, 6 malalties cròniques, 5 discapacitat física i 4 problemes de malformació d'ossos i de salut mental.

A més de l'increment en la demanda d'atenció, ha vist incrementada tant la seua professionalització com el suport de les administracions. Actualment, les relacions amb l'Administració han millorat amb l'assignació d'un inspector d'educació per a les unitats pedagògiques dels hospitals i l'atenció domiciliària.

En el futur, des de la Fundació Auxilia es seguirà insistint en la necessitat d'atenció al llarg de tota l'educació obligatòria així com en la renovació dels concerts per a donar continuïtat al projecte.

El C.E.E. Auxilia és un recurs necessari en la societat actual ja que dona resposta eficaç a una necessitat existent i no coberta pel sistema educatiu. És un exemple de projecte de coordinació dels àmbits educatiu i social a través del treball d'un equip interdisciplinari de professionals en estreta col·laboració amb el professorat dels centres educatius i que treballen la integració escolar de l'alumnat atès a més d'altres àrees de treball necessàries per al seu desenvolupament formatiu i d'autonomia personal.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

AUXILIA VALENCIA (1996): *25 años de historia*. Valencia.

BAYSINGER, M., HEINEY, S., CREED, J. & ETTINGER, R. (1993): A trajectory Approach for Education of the Child/Adolescent with Cancer. *Journal of Pediatric Oncologic Nursing*, nº 10. pp. 133-138.

Coordinación General de Formación Integral Auxilia Valencia (1989): *Plan de Formación Integral Auxilia*. Valencia.

C.E.E. Auxilia (2002): *El cole a casa. 25 años*. Valencia.

C.E.E. AUXILIA (2010): *Memoria curso académico 2009/2010*. Valencia [documento interno].

GUILLÉN, M. & MEJÍAS, A. (2002): *Actuaciones educativas en aulas hospitalarias: atención escolar a niños enfermos*. Ed. Narcea; Madrid.

LIZASOÁIN, O. (2000). *Educando al niño enfermo. Perspectivas de la Pedagogía Hospitalaria*. Ed. Eunate; Navarra.

SARTO, M.P. & VENEGAS, M.E. (2009): *Aspectos clave de la educación inclusiva*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad; Salamanca.

SERRADAS, M. (2003): La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio-familiar. *Revista Pediatría* vol.24, nº.71, pp.447-468.

ORDRE de 21 de novembre de 2006, de la Conselleria de Cultura, Educació i Esport, per la qual es determinen els criteris i procediments per a l'atenció hospitalària i domiciliària de l'alumnat que requereix compensació educativa en educació primària i educació secundària obligatòria.

El Trabajo Social en residencias para personas mayores dependientes. De la burocracia a la empatía

PATRICIA MARCOS TORTAJADA

Diplomada en Trabajo Social por la Universidad de Valencia. Directora de la Residencia de Ancianos de Cáritas Interparroquial de Burriana. Colegiada 1267.

Recibido: 28 de enero de 2011 · Aceptado: 12 de septiembre de 2011

RESUMEN

Las residencias para personas mayores dependientes aparecen como uno de los grandes ámbitos de intervención de los trabajadores sociales incluso mucho antes que apareciera la famosa “Ley de Dependencia”. A través de este artículo viajaremos por esas funciones propias para descubrir un trabajo social más allá de la burocracia que nos precede y más cercano al desconocido perfil social y humano que nos caracteriza.

PALABRAS CLAVE: Personas mayores, escucha activa, empatía, cercanía.

ABSTRACT

Senior citizens' homes for the dependent have come forward as one of the major areas of intervention by social workers even long before the famous “Law of Dependence” appeared. Through this article we will take a look at these particular functions to discover a type of social work beyond the bureaucracy preceding us and nearer to the unknown social and human profile that characterizes us.

KEY WORDS: *The elderly, active listening, empathy, proximity.*

CORRESPONDENCIA
patriziamarcos@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos la atención a personas mayores ha dado un giro más que considerable influida tanto por los cambios socioculturales (incorporación de la mujer a la vida laboral), demográficos (creciente envejecimiento de la población) o socioeconómicos (imposibilidad de permanecer en entorno habitual y necesidad de institucionalización del anciano), entre otros.

La realidad de las instituciones destinadas a atender a este colectivo también ha ido adaptándose a las necesidades, y de aquellos asilos atendidos principalmente por religiosas en los que se ofrecía básicamente comida y techo se ha pasado en los últimos 10 años a modernos centros residenciales que han profesionalizado su personal, ofrecen una gran cartera de servicios y actividades, desarrollan Sistemas de Calidad y materializan la Ley de Dependencia y sus legislaciones correspondientes.

La terminología es cambiante, y ahora se habla de “*personas mayores dependientes*” para evitar lenguaje despectivo y peyorativo, de “*programas y protocolos de actuación*” que roban tiempo de atención directa al residente, de “*sistemas de calidad*” que burocratizan las tareas desempeñadas.... Terminología toda moderna e innovadora, pero que se ha dedicado a embellecer la forma sin humanizar el contenido.

FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN CENTROS RESIDENCIALES PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

La **Orden de 4 de febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social**¹, regula las

¹ ORDEN de 4 de febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores.

funciones básicas que pueden resumirse en (textualmente):

“Atención social individual, grupal y comunitaria.

La atención social individual incluye la acogida y adaptación al centro, tramitación de documentación, seguimiento de los procesos de incapacidad, integración en la comunidad y en el centro, seguimiento de hospitalizaciones, elaboración de programas específicos y tramitación de ayudas técnicas. La atención grupal se orienta a la convivencia en el centro y al fomento de actividades de estimulación de las relaciones entre los usuarios.

La comunitaria se basa en la coordinación con profesionales y recursos del sistema de servicios sociales y del sistema sanitario, al objeto de establecer cauces de comunicación, rentabilizar recursos, establecer las oportunas derivaciones y diseñar programas de prevención.

Atención social familiar.

Tiene por objeto informar, orientar, asesorar y acompañar a la familia durante el proceso de atención al usuario en el centro. Incluye información general a las familias sobre el centro al ingreso del residente, sobre el desarrollo del plan de atención, apoyo y motivación a la familia, intervención familiar y organización de actividades que faciliten las relaciones del residente con su familia.”

Considerando que la misma Orden regula la dedicación profesional mínima fijada en 5 horas semanales por cada 40 plazas o fracción de forma proporcional, resulta fácil imaginar al trabajador social ahogado en su despacho tras una gran mesa inundada por papeles, más papeles y algún que otro más extraviado. ¿Le dará tiempo a conocer a los residentes del centro a los que atiende? Resulta bastante improbable.

Tal y como recogen Bonet y Fontanals², el trabajador social que desarrolla su trabajo en ámbitos residenciales cuenta con innumerables herramientas de trabajo tales como informes familiares, informes sociales, historias de vida, informes destinados a tramitar incapacitaciones, diagramas de relaciones familiares y sociales, eco mapas..., todo ello normalmente con estructura propia y adaptada en función de las necesidades y características de los centros y sus residentes.

Entre los programas y protocolos que puede desarrollar dicho profesional, según la Generalitat Valenciana³, se encuentran entre otros aquellos relacionados con:

- Atención en el proceso de ingreso.
- Valoración geriátrica integral.
- Plan de atención personalizado.
- Satisfacción de residentes y familiares.
- Sistemas de participación de los residentes en la toma de decisiones. Consejo de usuarios.
- Adaptación al centro. Acogida e integración del residente.
- Relación con la familia, compañeros y con la comunidad.
- Documentación del residente. Dossier actualizado.

Además, el trabajador social en residencias suele encargarse de gestionar el Sistema de Calidad del centro, ya sea un formato interno u otros acreditados, como las normas ISO o similar.

Realmente se trata de una figura profesional con suma eficacia, eficiencia, y sobre todo, con gran rentabilidad.

EL TRABAJADOR SOCIAL COMO CONFIDENTE DE LA PERSONA MAYOR

Trabajar asistiendo a mayores exige gran responsabilidad por parte de todo el equipo profesional que debe cuidarlas ya que se trata de personas frágiles sobre los que se ejerce un gran poder sin tener plena consciencia de ello.

De ese modo, y consciente de que se trabaja con ancianos con gran cantidad de problemas psicofísicos, afectivos y de una soledad y cercanía a la muerte bastante importantes⁴, es muy necesario tratar de orientar las intervenciones profesionales más hacia una humanización de las mismas que a encarnizarse a teorizar y burocratizar sin más. Cada persona es única e irreplicable, por lo que se debería tratar como tal, no como simples números y frivolisando las intervenciones profesionales.

Desde los centros residenciales, debemos trabajar a través de un planteamiento humanístico, personalizado y solidario que reivindique la dignidad plena de la persona mayor. Debemos trabajar desde el respeto y la defensa de la vida en todas sus dimensiones: física, psíquica, social y espiritual.

Aunque el anciano esté en un estadio degenerativo de su vida muy avanzado, no podemos dejar de pensar que se trata de un ser humano. Con sus miedos, sus angustias, sus crisis psicofísicas, su tristeza, su dolor... El acompañamiento de los profesionales en la etapa final de la vida es quizá más importante que cualquier otra intervención que hayan podido realizar con el anciano en los últimos, pongamos, diez años de relación y convivencia. La calidad y calidez humana nos dignifica como profesionales sociosanitarios, y sobre todo, nos ayuda en nuestro proceso de autorrealización como personas singulares.

2 Bonet, R. y Fontanals, D. *Una nueva visión del trabajo psicosocial en el ámbito asistencial*. Herder. Barcelona. 2003.

3 Generalitat Valenciana. Conselleria de Bienestar Social *Indicadores para la mejora de la atención residencial*. Martín Impresores, S.L. Valencia. 2002.

4 Charazac, P. *Psicoterapia del paciente anciano y su familia*. Síntesis. Madrid. 2001.

Se trata de un panorama poco alentador: personas mayores dependientes a nivel físico o psíquico sino ambas, institucionalizadas la mayoría por no poder permanecer en su entorno familiar (hijos que no pueden o no quieren hacerse cargo, barreras arquitectónicas insalvables en domicilio habitual, malas condiciones de salubridad...), conflictos familiares varios o situaciones de desamparo, sin redes sociales cercanas, problemas económicos... y como factor común a casi todos ellos de manera cubierta o encubierta: el sentimiento arraigado de soledad. Los próximos años, tal y como indica Tobío⁵, no se presentan mucho más optimistas, pues los niveles de dependencia crecen, y los ancianos y sus familias retrasan el ingreso en residencias hasta que ya es imposible permanecer en el entorno familiar o, de otro modo, dejan de ser "útiles" para la sociedad...

Una de las tareas fundamentales en residencias es la de "cuidar", y muchas veces se cae en el error de que "cuidar" significa "dar de comer, lavar y medicar al abuelo". Por el contrario, en términos generales el cuidar se refiere a la preocupación por el compromiso y el deseo de actuar en beneficio de las personas con las que se tiene una relación estrecha⁶.

Como dice Goleman⁷, hay que trabajar en el "cuidado emocional del paciente" que en muchos casos queda como una frase vacía. No hay duda que existe una relación entre salud y sentimientos, y los profesionales que trabajan en este ámbito deberían interiorizarlo.

Sobre todo el trabajador social, pues tiene el gran privilegio de poder dedicar parte de su tiempo a escuchar al anciano. A sentarse mientras realiza su informe social pertinente

te y le ofrece la oportunidad de expresarse, de recordar, de compartir, de interactuar, de sentirse importante por un momento... Es aquí donde todo aquello que aprendió en la universidad sobre técnicas de comunicación, escucha y empatía, relación con el usuario o confianza con el otro cobra su máximo sentido.

Por propia experiencia personal, es en estos pequeños ratos, lejos del despacho, de protocolos y Sistemas de Calidad, donde más disfruta el trabajador social de la labor que está realizando y que mayor satisfacción personal puede reportarle en su quehacer diario.

Y quizá sea uno de los pocos ámbitos de actuación del trabajador social donde realmente se pueda desarrollar con tanta libertad y cercanía, pues las relaciones interpersonales que se crean entre residente y profesional llegan a términos de una familiaridad y complicidad importantes.

J.C. Bermejo⁸ habla de una necesidad en los profesionales que no se debería menospreciar. Textualmente: "la ayuda a los demás pasa por un buen manejo de la propia vulnerabilidad de tal manera que ésta se convierte en recurso". Habla de profesionales integrados, en los que conocimientos, habilidades y actitudes encuentran un equilibrio; donde la persona sabe, sabe hacer y sabe ser.

"La persona sabe, sabe hacer y sabe ser"... Algo tan importante y a la vez tan complicado... Cuando el futuro profesional del trabajo social decide estudiar para "ayudar a los demás", nadie le explica nunca lo difícil que es esta tarea en la que constantemente se ha de aprender y adaptar para poder crecer tanto en lo profesional como en lo humano.

Siempre se dice que en el trabajador social hay un marcado tinte vocacional "ser", pero necesita de un conocimiento teórico-práctico "saber" salpicado de unos valores psicosociales "saber hacer".

5 Tobío, C. y cols. *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Colección Estudios Sociales. Nº 28. Fundación "La Caixa". Barcelona. 2010.

6 Ladrón, M^a J. *Qué entendemos por bioética de los cuidados*. Manual de Bioética. Ed. Alcalá. Madrid. 2001

7 Goleman, D. *Inteligencia Emocional*. Kairos. Barcelona. 1997.

8 Bermejo, J.C. *Apuntes de relación de ayuda*. Sal Terrae. Madrid. 1988.

Por otro lado los bioeticistas Beauchamp y Childress⁹ ya indicaban en 1979 los cuatro principios fundamentales en los que se deberían basar los quehaceres profesionales ya conocidos por todos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Pues el trabajador social no sólo se dedica a rellenar formularios y expedientes interminables, sino que posee una cultura nutrida de distintas disciplinas como la psicología, la economía, la antropología, la sociología, la bioética,... Y es esa diversidad la que le facilita el trato con personas, el interés por los cambios sociales, el flujo del conocimiento... y sobre todo, el entender al otro y ponerse en su lugar. Algo que al resto le parece tan complicado pero que al trabajador social "le sale" casi de manera innata.

A MODO DE REFLEXIÓN

A pesar de que las legislaciones que regulan las funciones y tareas del trabajador social a fecha actual no son del todo alentadoras, se ha avanzado notablemente en los últimos años, pues antaño era impensable encontrar esta figura profesional en una residencia y saber definir además sus tareas. A fecha actual prácticamente todas las Comunidades Autónomas tienen reguladas dichas competencias dentro del territorio nacional¹⁰.

Es importante poseer además de la titulación correspondiente (ya sea "diplomado" o "grado")¹¹, unas bases sólidas en educación en valores, en relación de ayuda, en compromiso con los demás, en psicología de la vejez, en habilidades sociales, en escucha ac-

tiva, en empatía, en, podría decirse, calidez y calidad humana.

Esa cercanía y proximidad al residente distinguirá al trabajador social de la figura burocrata y mecánica que muchas veces le precede y etiqueta injustamente.

La "residencia" es el "hogar" de la persona mayor. Como tal, necesita que el profesional "le arregle los papeles" (sobre todo los de la Ley de Dependencia, tan farragosos para él), pero también necesita que le sirva de confidente, de apoyo, que escuche sus problemas socio familiares y personales, sus miedos y angustias. Necesita sentirse comprendido e importante durante un momento por otra persona cercana a él.

Muchas veces el trabajador social se encuentra en la disyuntiva de tener que ejercer como mediador entre residente y familia, comunidad, juzgado, administración... Parece que sus funciones y posibilidades son inagotables y crecen a merced de los cambios sociales.

Para casi cualquier profesional que quiera desarrollar su labor en residencias, cualidades como la tolerancia, la paciencia, la simpatía y el buen humor, la sinceridad, la cercanía, la amabilidad o la atención personalizada deberían ser referentes casi tan importantes como la formación de base para poder trabajar con personas mayores.

La tercera edad en residencias es un campo en el que el trabajador social, si la legislación y sus horarios lo permite, puede desarrollarse más allá que en su faceta meramente profesional. Pues también existe un espacio óptimo para el crecimiento personal y social.

BIBLIOGRAFÍA

BEAUCHAMP, T.L. y CHILDRESS, J.F. (1999): *Principios de ética biomédica*. Masson. Barcelona.

BERMEJO, José Carlos (1988): *Apuntes de relación de ayuda*. Sal Terrae. Madrid.

9 Beauchamp, T.L. y Childress, J.F. *Principios de ética biomédica*. Masson. Barcelona. 1999.

10 LARES FEDERACIÓN. Los requisitos de acreditación de residencias para personas mayores. Normativas autonómicas sobre ratios y formación mínima del personal para residencias privadas para personas mayores. Author. Madrid. 2010.

11 VI Convenio Colectivo Laboral para el Sector Privado de Residencias para la Tercera Edad, Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal en la Comunidad Valenciana. www.docv.gva.es/datos/2008/12/16/pdf/2008_14397.pdf

BONET, R. y FONTANALS, D. (2003): *Una nueva visión del trabajo psicosocial en el ámbito asistencial*. Herder. Barcelona.

CHARAZAC, Pierre (2001): *Psicoterapia del paciente anciano y su familia*. Síntesis. Madrid.

GENERALITAT VALENCIANA. Conselleria de Bienestar Social (2002): *Indicadores para la mejora de la atención residencial*. Martín Impresores, S.L. Valencia.

GENERALITAT VALENCIANA. Conselleria de Bienestar Social (2005): *Orden que regula la autorización y funcionamiento de los centros de servicios sociales especializados para la atención de las personas mayores*. Quiles Artes Gráficas, S.L. Valencia.

GOLEMAN, David (1997): *Inteligencia Emocional*. Kairos. Barcelona.

LADRÓN, M^a José (2001): *Qué entendemos por bioética de los cuidados*. Manual de Bioética. Ed. Alcalá. Madrid.

LARES FEDERACIÓN (2010): *Los requisitos de acreditación de residencias para personas mayores. Normativas autonómicas sobre ratios y formación mínima del personal para residencias privadas para personas mayores*. Author. Madrid.

TOBÍO, C. y cols. (2010): *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI*. Colección Estudios Sociales. Nº 28. Fundación "La Caixa". Barcelona.

VI Convenio Colectivo Laboral para el Sector Privado de Residencias para la Tercera Edad, Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal en la Comunidad Valenciana. www.docv.gva.es/datos/2008/12/16/pdf/2008_14397.pdf

Mediación en conflictos versus mediación en Trabajo Social

ANA MARTÍN MUÑOZ

Mediadora en conflictos. Abogada. Trabajadora Social
Vocal de la Junta Directiva del Grupo de Mediación del Iltre. Colegio de Abogados de Granada

Recibido: 7 de abril de 2011 · Aceptado: 29 de septiembre de 2011

RESUMEN

El objeto de este artículo es apuntar las diferencias entre la mediación formal profesional y las actuaciones de mediación que se llevan a cabo desde el Trabajo Social, para lo cual, brevemente y con carácter previo, se desbrozan las confusiones que genera el término mediación por razón de sus distintas acepciones y se repasan su objeto y objetivos como intervención distinta y específica a la que se realiza desde otras profesiones.

PALABRAS CLAVE: Mediación, trabajo social, gestión y resolución de conflictos.

ABSTRACT

This article sets out to indicate the differences between formal professional mediation and the mediation actions carried out by Social Work. To this end, the confusion generated by the term mediation through its different senses is briefly examined as a preliminary approach, then going over its object and objectives as a different specific type of intervention to the sort performed by other professions.

KEY WORDS: *Mediation, social work, conflict management and settlement.*

CORRESPONDENCIA
anamartin@puntodemediacion.com

LA MEDIACIÓN: UNA SOLA DENOMINACIÓN PARA TAN DISTINTAS ACEPCIONES

La incorporación de la mediación al panorama profesional actual supone una doble novedad. Una, la apuesta por otro método de resolución de conflictos distinto al históricamente imperante en nuestro ordenamiento jurídico, cual es el método judicial y dos, la introducción de una acepción, técnica y especializada, de un término muy arraigado en el lenguaje común.

No es novedosa, en cambio, la aparición de resistencias y desconfianzas ante la incorporación de nuevos recursos a la Administración de Justicia, ya sean alternativos, ya complementarios, al inveterado proceso judicial. También el arbitraje y la conciliación las padecieron. La evolución que la aceptación de la mediación haya de experimentar en el futuro dependerá, como en aquéllos, de la forma en que se regule la nueva figura, principalmente, de las garantías jurídicas con las que se le revista y de la confianza que esta metodología consiga inspirar a la ciudadanía en general y a los profesionales en materia de conflictos en particular.

La debida difusión y conocimiento de la mediación acabará con las confusiones generadas por su uso coloquial y corriente, poniendo fin a la inercia actual de quedar incorrectamente subsumida en su acepción común. Un proceso similar experimentó la negociación a partir de su desarrollo por la escuela de Harvard en los años setenta del siglo XX.

La RAE, que aún no se ha pronunciado sobre su significación técnica y específica, define la mediación como "1. Acción y efecto de mediar (mediar: llegar a la mitad de algo). 2. Interceder, rogar por alguien. 3. Interponerse entre dos o más que riñen o contienden, procurando reconciliarlos y unirlos en amistad".

En estas acepciones comunes la mediación es posible tanto si existe un conflicto como

si no. Así, en el primer caso, una madre que media entre sus hijos, la amiga que lo hace en un conflicto en la pandilla, el párroco en un conflicto de la comunidad, una funcionaria en un conflicto entre compañeros de trabajo, un médico en un conflicto en su consulta, un maestro en un conflicto en su aula, una abogada en el ejercicio de su función, un trabajador social en el ámbito de su intervención, la ONU en un conflicto internacional,... En cambio, otras mediaciones, en este mismo sentido coloquial, tienen lugar sin necesidad de conflicto previo: la mediación de seguros, la financiera, la inmobiliaria, la cultural,...

Por contra, la mediación en su acepción técnica de método alternativo de resolución de conflictos (ADR) presupone siempre un conflicto entre al menos dos partes y la aplicación de una específica metodología en orden a su gestión y resolución, aspecto éste que la diferencia de cualquier mediación de tipo informal.

Es evidente que la mediación llevada a cabo con actitudes y aptitudes conciliadoras y de forma espontánea por algunas personas, profesionales o no, ha existido siempre y tiene un valor inestimable para la vertebración de la paz social (tanto como vía natural de resolución de los conflictos sociales, como recurso preventivo de la cronificación de los mismos); pero esta mediación no tiene nada que ver con la mediación especializada, que, de manera formal y estructurada, llevan a cabo los mediadores profesionales y tampoco se puede confundir con algunas funciones y actuaciones puntuales desarrolladas en otras profesiones como, por ejemplo, la abogacía, psicología y, por lo que en este artículo nos interesa, el trabajo social.

Las mayores dificultades con las que tropieza la mediación para su reconocimiento y consolidación como intervención profesional diferenciada en el ámbito de los conflictos son, pues, dos: una, el desconocimiento generalizado del significado técnico de la mediación frente a su arraigada acepción común y otra, la confusión simplista de que es objeto con otras intervenciones profesionales.

Respecto a si la mediación en conflictos en su sentido técnico y formal constituye o no una profesión propiamente dicha, debe tenerse en cuenta la versatilidad que hoy por hoy presentan las profesiones, el ritmo acelerado de los cambios en el mundo profesional y la profesionalización creciente de saberes y prácticas jóvenes que responden a nuevas necesidades sociales. Todo lo cual hace que el debate para determinar los presupuestos que convierten una actividad en profesión no esté cerrado y, mucho menos, sea unánime. Sin ahondar en el tema, se habla de profesiones reguladas, no reguladas y abiertas, profesiones tituladas (subespecie de las reguladas), profesiones tituladas sin colegio profesional, colegio profesional sin profesión titulada, profesiones colegiadas, no colegiadas,...

Con independencia del concreto nivel de desarrollo que su regulación tiene en España², podemos afirmar que la mediación presenta los principales aspectos que vienen teniendo en cuenta para gozar de la consideración de profesión: es una disciplina con un cuerpo especializado de conocimientos y habilidades prácticas; la adquisición de estas competencias teóricas y prácticas se adquieren mediante una formación específica y

habilitada³. Se trata de una actividad reglada y con autorregulación; tiene una importante función social; puede constituir actividad permanente del profesional y ser su fuente de retribución; es objeto de asociaciones profesionales, que determinan el perfil profesional, impulsan su normativa y promueve su desarrollo; y cuenta con una ética profesional propia.

En cualquier caso y con independencia de las distintas posturas que puedan mantenerse en este debate, lo que resulta unánimemente incuestionado es que la mediación formal es una intervención profesionalizada, esto es, requiere una específica cualificación en el profesional que interviene, tanto en sus competencias objetivas (aptitudes y conocimientos del método y técnicas de la mediación) como subjetivas (actitudes idóneas para facilitar la comunicación).

OBJETO Y OBJETIVO DE LA MEDIACIÓN EN CONFLICTOS

Podemos definir la mediación como la intervención profesional de naturaleza interdisciplinaria consistente en facilitar las condiciones en la percepción, comunicación e interrelación de las partes en conflicto, a fin de que ellas mismas logren alcanzar los acuerdos necesarios para resolverlo.

La mediación se caracteriza por sus propios objetivos, método y técnicas, efectos, deontología y roles desempeñados por el profesional y las partes intervinientes.

El mediador es un profesional imparcial y neutral que, con la oportuna capacitación, facilita la comunicación y negociación entre las partes mediante un procedimiento diseñado al efecto.

Las principales fortalezas de la mediación son precisamente sus notas definitorias:

³ En España esta habilitación solo se ha desarrollado a fecha de hoy por la normativa autonómica y con criterios todavía no unificados por la legislación estatal.

¹ Prueba de este frondoso debate es el informe del Ministerio de Educación y Ciencia de 11 de abril de 2007, o las orientaciones para la evaluación y modificación de la normativa sobre profesiones reguladas, del Ministerio de Economía y Hacienda.

² A fecha de hoy, solo existe normativa autonómica y, excepto en el caso de la ley catalana, que incluye la mediación civil y mercantil, solo regula la mediación familiar.

A nivel estatal se encuentra en tramitación un proyecto de ley de mediación para incorporar al Derecho español la Directiva 2008/52/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de mayo de 2008, sobre ciertos aspectos de la mediación en asuntos civiles y mercantiles. Sin embargo, su regulación va más allá del contenido de esta norma de la Unión Europea, en línea con la previsión de la disposición adicional tercera de la Ley 15/2005, de 8 de julio, por la que se modifica el Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de separación y divorcio, en la que se encomienda al Gobierno la remisión a las Cortes Generales de un proyecto de ley sobre mediación. La aprobación de esta ley dará también cumplimiento a ese mandato de la Ley 15/2005.

- 1) Tratarse de una intervención interdisciplinar, por lo que permite un tratamiento de los conflictos más completo y eficaz que desde una sola perspectiva o ámbito profesional.
- 2) Tener un alcance concreto y preciso, lo que se traduce en su corta duración.
- 3) Su carácter flexible y ausente de formalismos, lo que minimiza el impacto de estrategias de tipo procesal en la esencia del conflicto.
- 4) Favorecer soluciones no solo desde la legalidad de la norma jurídica, sino desde la justicia inter-partes, lo que potencia el voluntario cumplimiento.
- 5) Propiciar "soluciones a medida", lo que justifica un elevado nivel de satisfacción para las partes implicadas.
- 6) La potencial mayor durabilidad que presentan los acuerdos alcanzados en mediación como consecuencia de los números 4) y 5).
- 7) Resultar especialmente eficaz en aquellos conflictos en los que sus protagonistas habrán de seguir manteniendo relación entre sí.

Como disciplina y práctica profesional, su ámbito de actuación se restringe y agota en la gestión y resolución de conflictos. Este desdoblamiento a la hora de trabajar con conflictos se justifica en la doble dimensión, estática y dinámica, que presentan. La resolución se centra en el primero, considerando el conflicto como una situación y enfatizando el papel de los acuerdos en su solución. La gestión, en cambio, focaliza en la dimensión evolutiva que presentan los conflictos considerados como procesos y hace más hincapié en el manejo de dinámicas para su desarrollo constructivo y/o superación, que en la adopción de acuerdos.

Ahora bien, ¿es la mediación un método aplicable a todos los conflictos? No. El ámbito de aplicación de la mediación tiene por objeto únicamente los conflictos en los que se den los siguientes requisitos:

- 1) Al menos dos partes implicadas, ya sean personas físicas, jurídicas o colectivos.

- 2) Que tengan capacidad para participar en la mediación.

- 3) Que tengan voluntad de resolver el conflicto en este concreto ámbito de resolución.

En consecuencia, no serán mediables:

- 1) Los conflictos individuales o intrapsíquicos.
- 2) Aquellos en los que las personas que intervienen no están legitimadas para tomar las decisiones que implica la resolución del conflicto, por ejemplo, por falta de la necesaria representación.
- 3) Aquellos en los que las partes o alguna de ellas no tiene voluntad real de resolverlo en mediación, pretendiendo fines espurios a la misma, por ejemplo, instrumentalizar la mediación de cara a un proceso judicial.
- 4) Aquellos en los que alguna de las partes carece de la necesaria capacidad cognitiva o volitiva, por estar afectadas por algún tipo de enfermedad mental, miedo, coacción, adicción,...

Por tanto, la mediación no abarca ningún otro tipo de intervención más que la gestión y resolución, no de todos, sino de algunos conflictos.

Más allá de los matices que incorporan los distintos modelos existentes de mediación, podemos afirmar que el objetivo básico de esta intervención consiste en transformar una dinámica de confrontación en una dinámica de colaboración, logrando que las partes implicadas trabajen juntas en la solución de su problema.

Veamos a continuación cuáles son las diferencias que a este respecto introducen los principales modelos de mediación.

En el modelo de Harvard⁴ lo esencial es llegar a acuerdos y se trabaja con el enfoque de la "resolución de problemas", que fundamentalmente consiste en separar las personas de los problemas, pasar de las posiciones a intereses y evaluar las distintas alternativas.

⁴ Desarrollado fundamentalmente por Fisher y Ury.

Este modelo lineal se basa en la negociación colaborativa asistida por un tercero.

En el modelo transformativo de Bush y Folger, el objetivo de la intervención se centra en desarrollar el potencial de cambio de las personas mediante la comunicación y las relaciones interpersonales de las partes y no incluye necesariamente el logro de acuerdos.

En el modelo circular-narrativo de Sara Cobb, llegar a acuerdos es esencial, pero no es el objetivo único de la intervención. Se vale del enfoque de la transformación de discursos mediante la comunicación y la interacción de las partes, no del esquema lineal de Harvard.

LA MEDIACIÓN Y EL TRABAJO SOCIAL

Trabajo social y conflicto constituyen un binomio inseparable. Ya desde el punto de vista macrosocial, los conflictos con fundamento en la injusticia social y las estructuras que la perpetúan, ya desde el punto de vista microsociales, los conflictos inherentes a la interacción de las personas con su entorno. El trabajo social interviene tanto en unos y otros desarrollando una función correctora y superadora de los desajustes que implican dichos conflictos.

Sin embargo y como se desprende de la definición de la FITS, el campo de actuación del trabajo social es mucho más amplio, comprendiendo no solo la resolución de conflictos, sino fomentar el bienestar del ser humano, promoviendo cambios sociales e individuales, potenciando su realización y desarrollando políticas sociales y actividades humano-sociales destinadas a satisfacer las necesidades y aspiraciones de individuos y grupos.

Por tanto, es cierto que el trabajo social y la mediación persiguen entre sus fines promover el cambio a partir de la superación de los conflictos en las relaciones humanas me-

dante la autodeterminación. Sin embargo, este punto de encuentro no debe inducir a erróneas confusiones entre ambos tipos de intervención por las siguientes razones:

1) El campo de actuación del trabajo social es mucho más amplio que el de la mediación.

2) En el trabajo social la gestión y resolución de conflictos y la producción de los cambios necesarios para ello son solo un instrumento para alcanzar su primordial y superior objetivo, cual es mejorar el nivel de bienestar y calidad de vida de las personas. La mediación, en cambio, agota su actuación en la gestión y resolución de los conflictos que aborda. El bienestar de las personas que se pueda producir como consecuencia de la intervención en mediación no es un objetivo específico de la misma, sino un efecto colateral positivo.

3) La metodología empleada en trabajo social para la resolución de conflictos es la propia del trabajo social, pues dicha resolución supondrá una más entre las actuaciones previstas por el trabajador social dentro del plan de intervención que haya diseñado para el caso, y ello sin perjuicio de que incorpore ciertas técnicas provenientes de otras disciplinas, como pueda ser la mediación. Sin embargo, la mediación no emplea la metodología del trabajo social, sino la suya propia y específica en aras a la consecución de su único objetivo, la resolución del conflicto.

Muchos trabajadores sociales tienen la creencia de hacer mediación en el ámbito del trabajo social y es innegable que la mediación constituye una de las funciones del trabajo social (Art. 2 del Código Deontológico). Ahora bien, ¿qué tipo de mediación ejercen los trabajadores sociales cuando intervienen como tales?

Con el fin de incrementar el bienestar y promoción de las personas, el trabajo social ha desarrollado la función mediadora que le es propia de dos maneras:

1) En los procesos de inserción e integración social, mediante la intermediación entre los que se encuentran en situación de dificultad

y las instituciones o las organizaciones sociales; y entre organizaciones e instituciones de apoyo a personas con necesidades.

2) Mediante el empleo de técnicas de mediación con aquéllos con los que establece una relación de ayuda para la búsqueda de soluciones a las diferentes situaciones-problema en que se encuentran.

Retomando las aclaraciones previas en torno a la mediación profesional hechas al inicio, podemos concluir que la mediación que desarrollan los trabajadores sociales en su ámbito propio de trabajo se ubica realmente en la acepción coloquial del término, no en su significación técnica-especializada en materia de resolución de conflictos.

Efectivamente, por un lado, mediación e intermediación no son términos sinónimos, pues persiguen objetivos distintos y constituyen metodologías diferentes y, por otro, no se puede confundir el método con las técnicas.

Por tanto, los trabajadores sociales solo estarán llevando a cabo mediación profesional cuando el objeto de su intervención sea específicamente mediar en un conflicto, para lo que deberán contar con la cualificación necesaria al efecto y desarrollar dicha intervención conforme a los principios, procedimiento y deontología propios de la mediación. El empleo aislado de técnicas de mediación en el contexto de cualquiera otra intervención no la convertirá en mediación, pues no son ellas, sino el método en el que las imbricamos y el objetivo que nos proponemos con él, los que definen y determinan nuestras intervenciones, diferenciándose así unas de otras.

La mediación supone un nuevo espacio de intervención en conflictos sociales, tengan o no trascendencia jurídica, se desarrollen en el ámbito familiar, escolar, comunitario, laboral, intercultural, sanitario, penal, organizacional,... En este sentido entiendo que la mediación es un recurso social, judicial y político de carácter transversal, que presenta un incuestionable y enorme potencial, aunque todavía en fase iniciática.

Cualquiera que sea el ámbito de aplicación de la mediación, su metodología es esencialmente la misma, a salvo, como en cualquier área de conocimiento, la necesaria especialización que exige la complejidad de la realidad social⁵.

Qué duda cabe que la mediación constituye una actividad profesional ineludible en la sociedad actual, demandada e impuesta por las elevadas cotas de litigiosidad social y el carácter multifactorial, versátil y complejo que hoy presentan los conflictos. Pero esta necesidad por un lado y el escaso desarrollo que aún tiene entre nosotros la mediación por otro, no deben despojarla de su especialización y, por tanto, de la necesaria cualificación competencial para su ejercicio, más al contrario, precisamente por ello todos, profesionales, colegios, organismos e instituciones debemos velar por las necesarias garantías para que la mediación tenga la oportunidad de desarrollar todo su potencial y pueda llegar a ser una verdadera alternativa a la judicialización de los conflictos sociales.

BIBLIOGRAFÍA

Borisoff, D. y David, A. (1991): *Gestión de Conflictos*. Madrid, Díaz de Santos, S.A.

Código Deontológico de la Profesión de Diplomado en Trabajo Social de 29 de mayo de 1999.

Diez, F. y Tapia, G. (1999): *Herramientas para trabajar en mediación*. Buenos Aires, Paidós.

Haynes, J. M. (1995): *Fundamentos de la Mediación Familiar*, Madrid, GAIA Ediciones.

Martín Muñoz, A. (2010): "La importancia, para los abogados, de llamarse mediación". Publicado en octubre 2010. Página web de la Asociación Española de Abogados de Familia (AEAFA).

http://www.aeafa.es/pdf/2010_10_MEDIACION_LAIMPORTANCIA_ABOGADOS.pdf

⁵ De igual modo se impone la especialización en la medicina, el derecho, el trabajo social o cualquier otra disciplina.

Martín Muñoz, A. (2010): "La ley de mediación familiar andaluza: un conflicto resuelto sin mediación". *Testigo de Cargo*. Revista del Ilustre Colegio de Abogados de Granada. Nº 24.

Muldoon, B. (1998): *El corazón del conflicto*. Barcelona, Paidós.

Olalde Altarejos, A.J. (2010): "Transformación de conflictos y mediación: nuevo yacimiento de empleo para el trabajo social". *Revista del Consejo General de Trabajo Social*, nº 89.

Ripol-Millet, A. (2001): *Familias, Trabajo Social y Mediación*. Barcelona, Paidós.

Suares, Marinés (1996): *Mediación, conducción de disputas, comunicación y técnicas*. Buenos Aires, Paidós.

Viscarret Garro, J.J. (2007): *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid, Alianza Editorial.

Comunicació i discapacitat visual

JOSÉ FRANCISCO MOTOS EGIDOS

Direcció Territorial de Benestar Social de València

Recibido: 12 de septiembre de 2011 · Aceptado: 23 de octubre de 2011

Text elaborat amb la col·laboració d'Encarna Canet, Departament de Treball Social de la Universitat de València.

RESUMEN

En totes les professions que tenen a veure amb la interacció humana és d'absoluta importància la comunicació com a mecanisme per arribar a les persones. En el treball social la comunicació és la eina bàsica del nostre treball, donat que totes les nostres intervencions es basen en comunicar: l'entrevista, la intervenció, la informació i l'assessorament, les coordinacions amb altres professionals, la docència, les reunions d'equip, els informes, la supervisió...

PALABRAS CLAVE: Comunicació, disminució visual, comunicació accessible.

ABSTRACT

In all the professions that involve human interaction communication is of absolute importance as a mechanism to reach people. In social work communication is the basic tool in our work, given that all our interventions are based on communicating: the interview, the action, information and consultancy, coordination with other professionals, teaching, the team meetings, reports, supervision, and so on.

KEY WORDS: *Communication, visual impairment, accessible communication.*

CORRESPONDENCIA
jose.motos@hotmail.com

LA COMUNICACIÓ, EINA BÀSICA DEL TREBALL SOCIAL

En totes les professions que tenen a veure amb la interacció humana és d'absoluta importància la comunicació com a mecanisme per arribar a les persones i entendre la seua situació. En el Treball Social la comunicació és la eina bàsica de treball, donat que totes les nostres intervencions es basen en comunicar: l'entrevista, la intervenció, la informació i l'assessorament, les coordinacions amb altres professionals, la docència, les reunions d'equip, els informes, la supervisió...

Aquesta comunicació ha de ser accessible i comprensible per a totes les persones ja siguin usuaris, professionals, organitzacions etc. Per això és important adaptar-la a totes les possibles diferències que tinguen les nostres interlocutores: disminució auditiva, disminució visual, discapacitat física o psíquica, edat, cultura diferent, creences religioses...

Els canvis demogràfics experimentats en les últimes dècades a Espanya han portat profundes transformacions en la piràmide poblacional, entre elles un procés d'envelliment notable. Un dels possibles efectes és l'augment de les persones amb discapacitat, ja que l'edat és un factor determinant en l'aparició d'aquest fenomen.

A més, l'augment de la longevitat ha coincidit amb importants canvis socials que han portat al fet que institucions socials i polítiques hagin d'ajustar els seus objectius a la nova realitat, que demanda més protecció social i un suport a les persones que es troben en situació de dependència.

Per atendre a les necessitats del col·lectiu de persones amb discapacitat, es fa indispensable conèixer les seues circumstàncies: quants són, quines limitacions tenen i amb quina severitat, si disposen d'ajudes i cures. A més, és important comprendre la realitat social i la qualitat de vida d'aquestes persones, com el seu accés a l'ocupació, el suport familiar,

la discriminació o les barreres a les quals s'enfronten.

A través de les següents línies tractarem d'abordar un aspecte, al nostre entendre molt important, com és la **comunicació accessible**. Ens centrarem en el cas de persones amb **disminució visual, total o parcial**, i les seues característiques especials. L'autor ens aporta des de la seua experiència personal i formació, una sèrie de normes pràctiques per al dia a dia, i tota una sèrie de recursos que ens poden ser útils com a professionals i com a persones.

DISMINUCIÓ VISUAL

Quan parlem en general de ceguera o deficiència visual ens estem referint a condicions caracteritzades per una limitació total o molt seriosa de la funció visual. Més específicament, parlem de **persones amb ceguera** per a referir-nos a aquelles que no veuen res en absolut o només tenen una lleugera percepció de llum (poden ser capaços de distingir entre llum i foscor, però no la forma dels objectes).

D'altra banda, quan parlem de **persones amb deficiència visual** volem assenyalar aquelles persones que amb la millor correcció possible podrien veure o distingir, encara que amb gran dificultat, alguns objectes a una distància molt curta. En la millor de les condicions, algunes d'elles poden llegir la lletra impresa quan aquesta és de suficient grandària i claredat, però, generalment, de forma més lenta, amb un considerable esforç i utilitzant ajudes especials.

En altres circumstàncies, és la capacitat per a identificar els objectes situats davant (pèrdua de la visió central) o, al contrari, per a detectar-los quan es troben a un costat, damunt o davall dels ulls (pèrdua de visió perifèrica) la que es veu afectada en estes persones.

Per tant, les persones amb deficiència visual, a diferència d'aquelles amb ceguera, conserven encara una resta de visió útil per

a la seua vida diària (desplaçament, tasques domèstiques, lectura, etc.). També s'ha de tindre en compte que entre les persones amb discapacitat visual, cada persona és diferent sense que existisca un patró que aprofite per a totes, ja que cada persona tindrà uns reflexos, unes capacitats... diferents unes d'altres.

En l'actualitat el nombre de persones que pateixen algun tipus de discapacitat visual, segons dades de l'Institut Nacional d'Estadística, ascendeix a prop de 4 milions, a Espanya, amb una mitjana de nou-cents casos anuals nous.

Una persona amb discapacitat visual s'ha d'enfrontar diàriament a diverses barreres d'accessibilitat, així com a diverses situacions que poden dificultar la seua plena integració en la societat; si bé és cert que gràcies als distints avanços tecnològics que s'han donat en la societat i també gràcies a la labor de conscienciació que s'està duent a terme des de diverses associacions i organitzacions amb les diferents campanyes que han posat en marxa, com per exemple l'ONCE, s'estan realitzant grans avanços. Alguns exemples d'estes barreres poden ser: accés a la cultura, accés als dispositius que van apareixent en el mercat, accés a la xarxa, accés als nous mitjans digitals com ara la tdt, poder tindre una mobilitat completa desplaçant-se sense problemes, accés als transports públics, etc.

L'accés dels discapacitats visuals a la informació i per tant a la cultura, és quelcom molt recent. Abans d'això, els discapacitats visuals es dedicaven a la mendicitat o inclús a l'art de l'endevinació. Un exemple el podem trobar en l'obra "Els Núvols", d'Aristòfanes.

ANTECEDENTS HISTÒRICS

Al llarg de la història de la humanitat, el tractament donat a les persones amb discapacitat ha anat evolucionant lentament i de forma semblant a altres col·lectius considerats de risc d'exclusió social.

Diferents estudis i investigacions europeus confirmen l'existència de més de 37 mi-

lions de persones amb discapacitat a Europa. D'especial rellevància va ser l'any 1981, al ser proclamat com l'any Internacional de les Persones amb Discapacitat. A Espanya, l'últim gran estudi sobre este col·lectiu es va realitzar en l'any 2008 per l'INE i l'IMSERSO entre d'altres organismes. Segons els resultats de l'Enquesta sobre Discapacitat, Autonomia personal i situacions de Dependència, a Espanya en l'any 2008 hi havia 3,85 milions de persones amb discapacitat o limitació.

Les dades més rellevants al voltant de la discapacitat en Espanya, extretes de la citada enquesta són les següents:

- El 8,5% de la població espanyola té algun tipus de discapacitat. Així ho assegura l'última Enquesta de Discapacitat, Autonomia personal i Situacions de Dependència (EDAT) de l'any 2008, que xifra en 3.847.900 les persones que declaren tenir alguna discapacitat.
- La majoria són dones (2,30 milions enfront d'1,5 milions d'homes) majors de 45 anys, mentre que ells són majoria en les edats inferiors als 44. Unes xifres que semblen anar disminuint, encara que molt lleugerament, doncs "la taxa de discapacitat ha registrat una disminució del 9,0% de l'any 1999 fins al 8,5% en l'any 2008".
- Per comunitats són Galícia (11,3%), Extremadura (11,0%) i Castella i Lleó (10,9%) i les ciutats autònomes de Melilla (11,9%) i Ceuta (11,3%), les que compten amb el major índex de discapacitat. Mentre, en el costat oposat se situen La Rioja (6,2%), Cantàbria (7,0%) i Illes Balears (7,1%).
- Mobilitat (6%), vida domèstica (4,9%) i autocura (4,3%) són els principals tipus de discapacitat que caracteritzen als espanyols. "De fet, més de la meitat de les persones amb discapacitat tenen limitacions en la seua activitat a causa d'algun d'aquests tres motius", assegura l'estudi. Fruit d'açò, el 78% dels discapacitats va assegurar tenir dificultats per a poder realitzar les Activitats Bàsiques de la Vida Diària (ABVD).

- Més de dos milions de discapacitats reben ajuda de tipus assistencial, tècnica, de supervisió i de cures especials. Encara així, hi ha "més d'un milió de persones que afirma no rebre cap tipus d'ajuda per a realitzar les activitats per a les quals tenen discapacitat (el 26,6% del col·lectiu)".
- Al capdavant d'ells, nombrosos voluntaris i professionals. Dona, d'entre 45 i 64 anys i que resideix en la mateixa llar del discapacitat, és el perfil predominant de la persona cuidadora.

Ens trobem doncs, amb la minoria més majoritària i, no obstant això, roman semioculta i hi ha poca participació i integració social.

No podem negar les evidències: estem avançant amb mesures concretes de suport social en el camp de la discapacitat, en relació a períodes anteriors. S'estan aconseguint majors quotes de béns i serveis, estem emprenent accions perquè dia a dia, a nivell general, es vagen reconeixent els Drets Humans i Socials de les Persones amb Discapacitat. Però té encara que passar molt de temps fins que la societat assumisca amb normalitat la diversitat, i pogam proporcionar de forma natural a tots i totes l'atenció necessària per al seu adequat desenvolupament personal i social.

Tot comença en el segle XVIII quan un ciutadà francès, Valentín Haüy, observa en el carrer un espectacle en què diversos invidents fan veure que lligen partitures de música. Este home, commogut pel fet que la gent es reia d'eixes persones, tracta de trobar la fórmula perquè eixes persones puguen estudiar i la troba. Per a això utilitza grans tipus en relleu i així imprimeix els llibres. Funda un col·legi per a cecs a París, on acull estudiants no sols de França, sinó també d'altres països.

Però el primer gran bot és protagonitzat per Louis Braille (1809-1852), natural de Coupvray, a uns 40 quilòmetres de París. Un dia, estant en el taller de son pare -de professió guarnicioner- es va ferir amb un punxó en l'ull i a poc a poc va començar a perdre la visió. El van portar al col·legi de cecs de Pa-

rís, on prompte comença a destacar com estudiant. Coneix el capità d'artilleria francès Charles Barbier, qui havia ideat un sistema per a poder transmetre ordres als soldats en plena foscor. Este sistema consistia a escriure amb un punxó en un paper certs punts i ratlles que simbolitzaven caràcters i sons.

El sistema tenia els seus inconvenients, com per exemple l'accentuació, essencial en l'ortografia francesa, però va ser la inspiració del sistema Braille, inventat pocs anys després. En principi, el Braille no va ser acceptat per la Institució de cecs, ja que oficialment havia de continuar usant el sistema de tipus en relleu inventat per Valentín Hatty, però amb una demostració del mateix Louis Braille abans que res el col·legi va demostrar la superioritat tècnica d'este sistema.

Després de la mort de Louis Braille en 1852, el sistema Braille comença a ser ensenyat, primer en la Suïssa francòfona i posteriorment en altres països i finalment s'internacionalitzà.

El sistema Braille es compon, bàsicament, de punts en relleu, generalment agrupats en el que es denomina signe generador. Este signe el conformen els sis punts, agrupats en dos fileres verticals de tres punts. Cada lletra o signe es forma amb una determinada combinació d'eixos punts.

Este sistema permet com a màxim 64 combinacions, i la quantitat d'elements que s'han de representar perquè una persona invident pugui llegir exactament el mateix que una altra persona vident és molt ampla, per això cal recórrer a la signografia específica. Hi ha diferents signografies: matemàtica, química, grega, musical... Gràcies a aquest sistema de lecto-escriptura i als avanços tecnològics que s'han donat, una persona amb pèrdua de visió pot desenrotllar les tasques de la vida diària, feina, estudis... amb total normalitat.

Gràcies als diferents avanços tecnològics avui dia, existeixen gran quantitat d'aparells i eines, unes vegades, complicats elements tecnològics, i altres simples elements quotidians, que permeten a les persones amb

discapacitat, i més en concret als que pateixen una disminució visual, poder exercir amb total normalitat les tasques de la vida diària: treball, labors de la llar, oci, cultura... Alguns exemples d'aquests aparells abasten des d'electrodomèstics (rentadores, neveres...) adaptats amb una síntesi de veu, revisors i magnificadors de pantalla, que al costat d'una línia braille permeten manejar ordinadors, dispositius com el PacMate (dispositiu similar a una pda que permet prendre notes en classe o en un lloc de treball i que després permet la seva revisió o transmissió a un ordinador gràcies a una síntesi de veu), sistemes d'audiodescripció per a les pel·lícules, dispositius de lectura de llibres similars als llibres electrònics, utensilis de cuina adaptats... Però tot això no ha estat així des d'un principi, si no que han estat necessaris molts anys d'avanços per poder aconseguir tots ells, i sobretot, i potser més important, aconseguir una conscienciació social que les persones que pateixen algun tipus de discapacitat no són una part aïllada de la societat, si no que formen part de la mateixa i que amb la seva integració hi ha molt que guanyar, tant pels qui pateixen alguna discapacitat com per als que no, i que igual que la resta de la societat estan igual de capacitats per exercir les tasques de la vida en general.

No obstant això, hi ha diversos aspectes a tindre en contera a l'hora d'atendre a persones amb discapacitat visual, així com a l'hora d'ajudar-los en els seus desplaçaments per la via pública i en la seua mobilitat general.

ASPECTES A TINDRE EN CONTER COM A PROFESSIONALS EN L'ATENCIÓ A PERSONES AMB DISCAPACITAT VISUAL

Les persones amb discapacitat visual, per mitjà dels tècnics de rehabilitació, aprenen tècniques d'orientació i mobilitat que liaju-

den i faciliten la vida diària. Alguns exemples d'estes tècniques són:

1. Tècniques que impliquen l'ús de ferramentes auxiliars de mobilitat: les tècniques de guia vident, de bastó llarg, de gos guia.
2. Tècniques sense l'ús de ferramentes auxiliars de mobilitat: la utilització de pistes i punts de referència, les tècniques de protecció personal, de rastreig, de localització d'objectes caiguts i altres.

Però malgrat l'aprenentatge de totes estes tècniques, i les ajudes electròniques existents, per desconeixement de la gent es donen situacions que dificulten la plena mobilitat d'estes persones; és per això que a continuació passem a abordar alguns aspectes que s'han de tindre en compte a l'hora d'ajudar/atendre persones amb discapacitat visual:

(Nota: els Consells que a continuació s'indiquen s'han elaborat tenint com a referència la informació extreta de la pàgina web de l'ONCE a més de la pròpia experiència com a usuari. La pàgina web comentada és la primera que apareix a la bibliografia).

"El tracte amb una persona amb deficiència visual no té per què diferir del que tenim amb una altra persona". En general, gran part de les persones, quan tracten amb una persona amb deficiència visual, els falten recursos per relacionar-se d'una manera còmoda amb ella. Com ens dirigim a ella? Podem preguntar-li per la causa de la seva deficiència? Cal evitar determinades paraules per no ofendre-la?... són moltes les preguntes que la gent és fa a l'hora d'interactuar amb la gent amb discapacitat visual.

Aquestes i moltes altres preguntes sorgeixen en la ment de la persona el que fa que, al costat de les actituds i prejudicis que tenim sobre la deficiència visual, ens sentim moltes vegades incòmodes si hem de relacionar-nos amb aquestes persones o, en ocasions, evitem interaccionar amb elles. Fins i tot si ho fem, en lloc de prestar ajuda, que sol ser la nostra pretensió, el que aconseguim és in-

comodar i obstaculitzar el seu desenvolupament normal, en desconèixer com i de quina manera hem de dirigir-nos a la persona amb deficiència visual.

No obstant això, el tracte amb una persona amb deficiència visual no té per què diferir del que tenim amb una altra persona. Unes petites recomanacions, aplicables també a altres relacions socials, són suficients per no ficar la pota i sentir-nos còmodes si ens relacionem amb persones amb deficiència visual. En les següents pàgines mostrem algunes recomanacions senzilles perquè aconseguim una relació i comunicació relaxada i natural amb persones amb ceguesa o deficiència visual.

Cada individu és únic i la deficiència visual ha de ser considerada com una característica o condició més de la persona. A més, les diferències individuals quant a grau de deficiència visual, aptituds personals, nivell d'autonomia, etc., fan que cada persona tinga nivells diferents de funcionament. Per açò, el respecte a la persona amb deficiència visual s'ha de reflectir entre altres coses en:

- Preguntar abans d'oferir ajuda, el fet que una persona tinga una deficiència visual no ha de portar-nos a suposar que necessita de la nostra ajuda.
- No forçar a rebre una ajuda no necessària, en molts casos quan una persona sol·licita una ajuda puntual (creuar un carrer, el número de l'autobús que s'acosta, etc.) ens obstinem a imposar la nostra ajuda més enllà del que la persona necessita. La persona pot necessitar ajuda per a realitzar un encreuament, però no té perquè "suportar-nos" en tot el seu camí.
- Evitar la sobreprotecció. La sobreprotecció ve mediatitzada per la valoració que en l'àmbit subjectiu fem de el "sofriment" i "necessitats" de la persona amb deficiència visual. Hem d'evitar fer d' "àngel de la guarda", anar "netejanent el carrer" per on camina la persona o intentar en tot moment "endevinar" el que necessita.

- No generalitzar, el seu comportament no té perquè ser igual al d'una altra. Existeixen moltes diferències tant a nivell de funcionament autònom, uns poden no necessitar o necessitar mínimament la nostra ajuda i uns altres per contra la necessiten en un major nombre d'ocasions, com de caràcter ja que la deficiència visual és només una característica i les persones amb deficiència visual, igual que la població general, pot ser simpàtica, antipàtica, educada, divertida...

COMUNICACIÓ

- Cal parlar en un to normal, a poc a poc i clar. No cridar o elevar la veu, les persones amb deficiència visual, en general, escolten perfectament.
- No substituir el llenguatge verbal per gestos, doncs aquests, en molts casos, no podran ser percebuts per l'altra persona.
- Ser específic i precisos en el missatge, a fi de no confondre o saturar a la persona.
- No utilitzar paraules com "ací", "allí", "açò", "allò"... ja que van acompanyades amb gestos que no poden veure's per la persona. En aquestes situacions és preferible utilitzar termes més orientatius com "a esquerra de la taula", "a la teua dreta", "davant de la porta", "darrere de tu". En ocasions, pot ser també útil conduir la mà de la persona cap a l'objecte i indicar-li del que es tracta.
- No modifiqui el seu mode de parlar per a evitar certes paraules i expressions com "cec" o "veure": parle naturalment. Utilitze normalment les paraules "veure", "mirar", etc.; no considerar-les com a termes tabú doncs les pròpies persones amb ceguesa i deficiència visual les utilitzen normalment en les seues converses.
- Evitar exclamacions que poden provocar ansietat a la persona tals com "ai!", "ai!", "cua", etc., quan vegem un perill per a ella (una porta oberta, un obstacle en la vore-

ra, etc.). És preferible emprar una exclamació més informativa, com a "alt", amb la finalitat d'evitar que seguisca avançant i explicar-li després, verbalment, el perill o ajudar-li perquè pugav evitar-ho.

INTERACCIÓ SOCIAL

- Parlar dirigint la nostra mirada a la seua cara.
- Dirigir-se directament a ella i no al seu o la seua acompanyant.
- Quan acompanye una persona cega, procure mantindre conversació i avise-la quan se'n vaja.
- Utilitzar el nom de la persona si la coneix, perquè tinga clar que ens dirigim a ella.
- Presentar-se i identificar-se per a que sàpiga amb qui es troba. No jugar a les endevinalles del tipus "qui soc?"
- Per a saludar-la podem agafar la seua mà per a fer-li saber que volem saludar-la.
- Avisar-la quan abandonem l'habitació, en cas contrari pot dirigir-se a nosaltres pensant que encara romanem en ella. Igualment si tornem és convenient indicar-li-ho també.
- Indicar-li si hi ha altra o altres persones presents.
- Comunicar-li allò que estem fent: "estic cridant a l'encarregat".
- Per a indicar-li on seure, porte-li la mà de la persona cega al respall del seient, sabrà fer-ho pels seus propis mitjans.
- Si ha de proporcionar a una persona discapacitada visual indicacions sobre on es troba situat pròxim a ell/ella un objecte, faça-ho donant-li les indicacions com si el seu entorn es tractara d'un rellotge, és a dir, just davant d'ell seran les 12, a la dreta seran les 3, darrere les 6 i així successivament. Açò ajudarà a la persona invident a identificar amb rapidesa on es troba l'obstacle o allò que desitja trobar.
- Si ha d'entregar documentació a una persona cega perquè li la torne complimentada, aclarisca-li bé de que es tracta cada document, si és possible indique-li el nom del document, i és aconsellable que la pròpia persona li ho repetisca per a confirmar que ho comprés.
- Quan es trobe amb una persona cega en una parada de transport, pregunte-li quina línia desitja prendre. Si li ajuda a pujar, col·loque-li la mà sobre el passamanos.
- La compassió augmenta la dificultat de la persona cega. El tracte igualitari la dignifica i ajuda a desenvolupar la seua vida normalment.
- Si una persona cega accepta la seua ajuda, oferisca-li sempre el braç oposat al que porta el bastó, perquè així, podrà seguir i realitzar els mateixos moviments que vostè. Mai agafe a la persona vostè i la desplaçe cap a altre lloc ja que això pot comportar la pèrdua d'equilibri, oferisca-li sempre el seu braç i ella s'agafarà del seu braç o del seu muscle.
- Evite una sol·licitud excessiva, parle amb naturalitat, ajude discretament.
- Quan escolte que colpeja el bastó en un cantó, propose-li ajuda per a creuar el carrer i mai agafe vostè a la persona sense preguntar-li. Una vegada creuat el carrer, si la persona té dubte sobre on es troba, informe-li del nom del carrer.
- Mai es dirigisca a una persona cega per mitjà d'una altra persona, faça-ho normalment i assegure's que sap que es dirigix a ella directament mencionant el seu nom o tocant-li el braç.
- Si una persona cega li consulta una direcció, indique-li-la amb precisió, si ha de doblegar a la dreta, esquerra o seguir en línia recta.
- Per a pujar o baixar una escala comuna, col·loque-li la mà sobre el passamanos.
- El bastó no és només un símbol de cegueira, utilitzat amb la tècnica adequada, per-

met a la persona cega, la seua mobilitat lliure i independent.

- En cas que la persona discapacitada tinga problemes per a caminar, acompanye-la al seu ritme.
- En cas que utilitze crosses o bastó, cuide que altres persones no entropessen i que tinga les seues crosses o bastó sempre prop.
- Al descendir d'un mitjà de transport no hi ha que tocar el seu bastó o crosses.
- Pregunte-li si pot ajudar-lo només en el cas que la veja vacil·lant o enfront d'un obstacle.
- Encara que no el puga veure, dirigisca-li sempre la paraula i mire'l als ulls.
- Si li entrega diners, agrupe les monedes pel seu valor.

SEGURETAT I ORGANITZACIÓ DE L'ENTORN

- Mantenir un entorn ordenat. Quan es coneix la ubicació de les coses és més fàcil trobar-les i disminueix el risc de colps o xocs fortuits amb elles, per tant, és recomanable que tots els objectes es mantinguen en l'ordre habitual, i, si s'altera, informar d'açò.
- Per prevenir, colps o accidents amb objectes que, per la seua localització o situació no habitual o per ser inesperats, es converteixen en obstacles perillosos per a la persona amb ceguesa o deficiència visual, és aconsellable seguir les següents recomanacions:
 - a) Portes i finestres: hauran d'estar totalment obertes o totalment tancades. Procure que les portes i finestres romanguen totalment obertes o tancades, informe dels canvis que es produeixen en la ubicació dels mobles. Una persona amb discapacitat visual

és capaç de detectar si una porta es troba oberta o tancada, qualsevol obstacle de mitjana o gran altura, una paret, un cotxe aparcats... Però si una porta es troba a mig obrir, el més probable és que acabe tenint un accident.

- b) Cadires: hauran d'estar col·locades sota les taules o ben pegades a la paret, mai disperses per l'habitació.
- c) Armaris o calaixos: hauran d'estar tancats.
- d) Contrast: les persones amb resta visual es poden beneficiar si a més d'oferir-los les coses o indicar-los la seua situació, utilitzem fons que presenten un gran contrast amb elles.

AJUDA OCASIONAL AL DESPLAÇAMENT

Si vostè és una persona que esporàdica o ocasionalment té contacte, generalment en el carrer, amb persones amb discapacitat visual que puguen necessitar la seua ajuda per a creuar, sortejar un obstacle, accedir a un edifici, a unes escales, etc., algunes recomanacions li seran suficients perquè aquesta ajuda siga eficaç i tots dos es troben còmodes:

- Preguntar abans d'oferir l'ajuda: el fet que una persona tinga una discapacitat visual no ha de portar-nos a suposar que sempre ens necessita.
- Prestar només l'ajuda que li sol·licita: creuar el carrer, informar del número de l'autobús que s'acosta, etc., entenent que és l'única cosa que precisa i procurant no imposar-li una altra cosa no sol·licitada.
- Col·locant-nos davant d'ella, li oferirem el nostre braç perquè s'agarre. Mai haurem de situar-nos darrere ni esperar-lo.
- A una persona que utilitza gos-guia o gos pigall cal preguntar-li primer si vol agarrar-se a nosaltres o prefereix seguir-nos.

Si vostè té relació habitual amb persones que tenen discapacitat visual o simplement vol saber més, a continuació es descriu una forma d'acompanyament senzilla i eficaç.

És imprescindible establir un codi de senyals corporals, recolzat en indicacions verbals, que permeta a la persona amb discapacitat visual desplaçar-se amb seguretat i comoditat.

Com acompanyar-lo?

- Situar-se mig pas per davant per a permetre que s'agafe del nostre braç. La indicació perquè es subjecte es pot fer verbalment o a través d'un contacte directe.
- El guia i la persona amb discapacitat visual hauran de portar el braç pròxim al cos per a transmetre i rebre la informació adequadament. Tots dos estaran el més relaxats que siga possible.
- La persona guiada agafarà el braç del guia just per sobre del colze, col·locant el dit polze en la part lateral interna del braç d'aquest, mentre els altres quatre dits es tanquen sobre la part lateral externa. La subjecció ha de ser prou ferma per a mantenir el contacte però evitant que resulte incòmoda.
- La persona amb discapacitat visual anirà mig pas per darrere del guia per a poder reaccionar adequadament a la informació que aquest li transmeta.
- El pas dels dos ha de ser coordinat, adequat a la seua velocitat i a les característiques del mitjà pel qual es desplacen.
- Mentre caminen el guia pot anar donant informació sobre l'ambient o la ruta.
- El guia ha de col·locar-se habitualment en el costat oposat en el qual la persona porta el bastó.
- No s'ha d'agafar en cap cas el bastó o la roba per a guiar-lo ni espentar-lo per darrere

Com actuar quan es passa per un lloc estret?

- El guia portarà el braç cap a arrere, i amb aquest moviment indicarà que s'estan acostant a un tram pel qual no poden passar un al costat de l'altre.
- Per aquest motiu, la persona amb discapacitat visual, sense soltar-se, es col·locarà just darrere d'ell.
- Una vegada passada la zona estreta, tornaran a la seua posició inicial.
- També és possible, per a adaptar-se a les necessitats de cada persona:
 - Recolzar-se en el muscle.
 - Agarrar-se a la nostra mà.
 - Recolzar-se fermament en el braç.

Com pujar i baixar escales?

- El guia haurà d'aproximar-se sempre a la vora de l'escala en perpendicular, es parará breument i indicarà si és pujada o baixada abans de l'inici.
- Sempre anirà un graó per davant.
- Una vegada finalitzada la pujada o baixada, es detindrà breument abans de reprendre la marxa normal, per a indicar que els graons han finalitzat.
- Si hem de parar sense haver finalitzat l'escala, ho explicarem verbalment per a evitar que interprete la nostra parada com la fi de l'escala.
- En escales mecàniques és preferible que en l'inici de la mateixa col·loque la mà sobre el passamans.

Com indicar on es troba un seient?

- S'acompanyarà fins a la cadira o seient.
- Si ens acostem pel respall, col·locarem la seua mà en el mateix.
- Si ens aproximem de front, farem que els seus genolls toquen el seient, o bé podem indicar-li verbalment que es troba enfront d'ell.

- En una fila de butaques, n'hi ha prou amb col·locar la seua mà en el respall de la fila anterior, perquè li servisca de guia i avisar-li verbalment quan haja arribat al seu seient.

Gos guia o gos pigall

El "gos guia" és un gos de treball, de servei; no és una mascota, no és un gos d'exhibició; el seu comportament i tracte és totalment diferent i ha de ser respectat en la seua funció de guia i fidel company del seu amo.

- No toque o acaricie un gos guia quan es troba treballant, és a dir amb arnés, açò pot suposar distracció de la seua missió; el més adequat és ignorar-lo, així efectuarà un treball perfecte.
- No tinga por a un gos guia, mai li farà mal.
- Si vostè té un gos, controle-lo, evitant que pugua produir un accident, quan passe prop d'un gos guia.
- No oferisca llepolies o aliments a un gos guia; el seu amo s'encarrega amb cura de la seua alimentació de manera responsable i amb afecte; un gos guia està sempre ben alimentat, té horari predefinit per als efectes; d'esta manera el gos realitza el seu treball en forma més eficient.
- Si una persona cega amb gos guia es troba en necessitat d'ajuda, ho sol·licitarà. Acostes vostè pel costat dret de manera que el gos quede a l'esquerra, pregunte si necessita assistència; si accepta, ordenarà al gos que el seguisca; també pot oferir el seu colze esquerre, ell o ella ho agafarà i farà un senyal al gos per a indicar-li que està temporalment fora de treball.
- No córrega o prenga el braç a una persona cega amb gos guia sense abans parlar-li.
- Mai toque o agafe l'arnés d'un gos guia, només és útil per a la persona cega a què acompanya.
- Un gos guia està habituat a viatjar en tots els mitjans de transport tirat als peus del cec, lloc d'on no es mou fins que el seu amo li ho ordene, sense causar molèsties als passatgers.

- El gos guia, en virtut del seu rigorós entrenament, està habituat i capacitat per a entrar i romandre en tot tipus d'establiments tant de salut com comercials, restaurants, supermercats, cafès, cines, teatres, centres d'estudi o treball... sense causar alteració al funcionament normal dels mateixos ni molèsties al personal.

- Els gossos guia tenen dret de lliure accés, igual que els seus amos, a tots els llocs públics.

La rehabilitació torna a la persona cega la capacitat de desenvolupar la seua vida activa i independent. Cal que recordem que la persona cega només ha perdut un sentit, la vista, però conserva els quatre restants i tota la capacitat intel·lectual. Per això és important que nosaltres com a professionals que utilitzem la comunicació per arribar als altres, tingam determinades consideracions a l'hora d'atendre a les persones amb aquest tipus de diferències i sigam nosaltres qui ens adaptem a elles i no al revés. Tenim moltes coses que aprendre d'estes persones.

Si no fem aquest esforç i adquirim els coneixements per a fer una comunicació professional adequada a les condicions de les persones usuàries, la nostra comunicació no serà accessible a totes les persones, no estaran en igualtat de condicions i, fins i tot, no hi haurà comunicació.

Va dir Hellen Keller, poetessa cega i sorda: *"El que més danya no és la ceguera, sinó l'actitud de les persones que veuen"*.

BIBLIOGRAFIA

Per a la preparació d'aquest article s'han consultat les següents pàgines web:

Página web de Servicios Sociales de la ONCE: <http://www.once.es/new/servicios-especializados-en-discapacidad-visual/discapacidad-visual-aspectos-generales/pautas-de-comunicacion-e-interaccion-con-personas> Consultada en fecha de marzo de 2011.

Instituto Nacional de Estadística: <http://www.ine.es>

Portal sobre discapacidad y discapacitados en España:

<http://www.discapnet.es/castellano/Paginas/default.aspx>

Centro Español de Documentación sobre Discapacidad, del Real Patronato sobre Discapacidad

Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Centro Estatal de Información Documentación de Servicios Sociales (CEDISS), del Ministerio de Trabajo y AA.SS.

Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Entidades y asociaciones de profesionales especializados en discapacidad visual

<http://www.once.es>

American Foundation for the Blind (AFB)

Asociación de Profesionales de la Rehabilitación de Personas con Discapacidad Visual (ASPREH)

Association for Education and Rehabilitation of the Blind and Visually Impaired (AER)

Council for Exceptional Children (CEC)

International Council for Education of People with Visual Impairment (ICEVI)

International Society for Low Vision Research and Rehabilitation (ISLRR)

Rehabilitation Research and Training Center on Blindness and Low Vision (RRTC)

Asociaciones extranjeras e internacionales de y para personas con ceguera y deficiencia visual

AGAF. Asociación de Glaucoma para Afectados y Familiares

ANIRIDIA. Asociación Española de Aniridia

Alianza Internacional de la DMAE (degeneración macular asociada a la edad)

American Council of the Blind (USA)

Blind Citizens Australia (Australia)

Canadian National Institute for the Blind (Canadá)

Fundación Braille del Uruguay (Uruguay)

Fundación ONCE para América Latina (FOAL)

Helen Keller International (USA)

Instituto Nacional para Ciegos (Colombia)

Lighthouse (USA)

National Federation of the Blind (USA)

Royal National Institute for the Blind (Reino Unido)

Royal New Zealand Foundation for the Blind (Nueva Zelanda)

Texas School for the Blind and Visually Impaired (USA)

The Blinded Veterans Association (USA)

Unión Latinoamericana de Ciegos

Unión Mundial de Ciegos

Unión Europea de Ciegos

Vision Australia (Australia)

Asociaciones españolas de y para personas con ceguera y deficiencia visual

ACCDV. Asociación Catalana de Ciegos y Deficientes Visuales

Fundación de Ciegos "Manuel Caragol"

Retinosis España

Otras páginas de interés sobre ceguera y deficiencia visual

Interedvisual: Intervención educativa y discapacidad visual

Proyecto Tarragona: "Instrumentos de evaluación psicológica del ajuste a la discapacidad visual"

Centros y Servicios ONCE

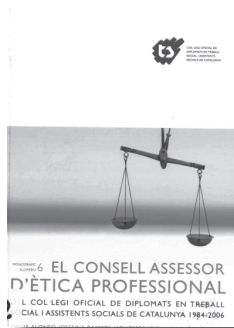
http://www.once.es/new/servicios-especializados-en-discapacidad-visual/enlaces-recomendados-sobre-discapacidad-visual/enlaces-recomendados-sobre-discapacidad-visual/sendto_form

El Consell Assessor d'Ètica Professional del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya

EMÍLIA ALONSO, JOSEFINA BASSETS, MONTSERRAT PLANS I GLÒRIA RUBIOL

Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya

FICHA



Títol: El Consell Assessor d'Ètica Professional del Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya

Autores: Emília Alonso, Josefina Bassets, Montserrat Plans i Glòria Rubiol

Edita: Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya

Data d'edició : No consta

ISBN: No consta

TRINITAT GREGORI MONZÓ

Col·legiada núm. 136. Universitat de València

Llibre publicat pel Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya amb la col·laboració de la Generalitat de Catalunya, Departament d'Acció Social i Ciutadania, organitzat en dues parts i dos annexos, per exposar l'estudi sobre aquest Consell Assessor d'Ètica duta a terme per les seues autores.

Un dels objectius de les autores era visibilitzar, fent constar per escrit, l'activitat del Consell i d'aquesta manera ajudar a conservar la memòria històrica, així com acomplir amb el que el propi Codi d'Ètica recull sobre compartir amb la comunitat professional i educacional.

El llibre està organitzat en dues parts ben diferenciades: una ens apropa a la història del Consell Assessor d'Ètica Professional, i l'altra recull el resultat de l'estudi de les consultes adreçades al Consell i de les respostes emeses.

El relat de la història ha estat elaborat a partir dels documents que hi consten al col·legi i que han estat adreçats o pertanyen directament al Consell. Així doncs, compten amb les actes de les reunions, escrits de les consultes rebudes, i les memòries anuals del Consell elevades a l'Assemblea anual del Col·legi Professional.

Se'ns mostra la trajectòria dels vint-i-dos anys d'existència del Consell Assessor d'Ètica Professional (1984-2006), creat per la primera Junta del Col·legi Professional de Catalunya, i que com primera feina a realitzar consistí en oferir un Codi d'Ètica per al Treball Social, basant-se en el que, fins aleshores, era vigent, el "Codi d'Ètica per al Treball Social" de la FITS, tasca que tingué ocupat al Consell Assessor durant la segona meitat de la dècada dels huitanta. Com recordem aquest codi va ser el primer que es publicà a l'Estat Espanyol. Hi destaquem també la tasca que dugué el Consell a treballar i arribar a aconseguir un document que fou aprovat i publicat pel Col·legi de Catalunya sobre "Confidencialitat i Secret Professional" l'any 2000.

Les pròpies autores ens fan saber que el treball realitzat solament vol ser descriptiu i deixen de banda, potser per a un altre moment, l'avaluació o interpretació dels diferents esdeveniments i tasques d'aquest Consell.

Així doncs, any per any, van descrivint l'activitat que n'ha realitzat com òrgan assessor de totes les col·legiades i col·legiats en assumptes d'ètica i deontologia, i com d'altres com ara la participació docent, en jornades i consultor de diferents entitats i instàncies.

La vida d'aquest Consell Assessor va arribar fins el 2006 per imperatiu de l'evolució de l'organització de la qual hi depenia. La redacció d'un nou Estatut del Col·legi l'any 2005 obligà a canviar el nom del Consell Assessor d'Ètica Professional pel de Consell de Deontologia Professional, seguint la línia dels organismes similars d'altres col·legis.

La segona part és la descripció de les consultes adreçades a aquest Consell, així com de les respostes que s'han emès. Aquest estudi basa la seua realització en les fonts escrites del propi col·legi professional, utilitzant, solament, les fonts orals com contrastació d'algunes dades documentals.

Al llarg dels set capítols, en els quals s'organitza el contingut d'aquesta segona part, hi trobarem des del marc conceptual per facilitar la comprensió de la recerca, a referències a la metodologia i eines utilitzades, l'exposició de les dades recollides, passant per la recollida de les queixes i denúncies presentades al llarg de la seua vigència, per reflectir al darrer capítol les respostes emeses.

A destacar en el capítol del marc conceptual la incidència que fan com referents bàsics dels treballadors/es socials dels Drets Humans fonamentals i l'aproximació sobre els valors del Treball Social (autodeterminació, promoció del benestar, la igualtat i la justícia distributiva). Per plantejar les qüestions ètiques les autores es recolzen en autors com Alberto Ballesteros i, com no, Sarah Banks. I tracten les àrees-problema en que es plantegen qüestions ètiques tal com les proposa la FITS al seu document sobre "L'Ètica del Treball Social. Principis i criteris". Fent-hi esment també a l'ètica i el treball de comunitat.

Molts són els quadres, fitxes i gràfics que, amb una presentació a tot color, s'hi van intercalant al text d'aquesta segona part, a la fi de mostrar-nos les dades d'una manera més amena.

Als comentaris finals d'aquesta segona part les autores fan un repàs per tot el treball realitzat des de la història passant per les consultes i les respostes i amb unes recomanacions finals, de les quals hi destaquem les recomanacions que fan per estudis futurs, com ara: Confidencialitat, Secret Professional i protecció de dades, Formació ètica, Base teòrica adient per a les respostes del Consell.

Finalitza la publicació amb la bibliografia i documents utilitzats (d'utilitat per posteriors treballs), un índex de quadres i gràfics i un annex amb la relació de tots els membres del Consell Assessor d'Ètica Professional des del l'any de la seua constitució (1984) fins el darrer any (2006) indicant-hi l'adscripció de cada membre a la corresponent Delegació del Col·legi de Catalunya.

Publicacions com aquesta ens fa veure la importància d'ordenar, sistematitzar, de posar per escrit tota l'experiència que, ja siga des del Col·legi Professional ja des de l'entitat o organisme on hi treballem, desenvolupem dia a dia, pel que suposa de reflexió del que es fa quan i com es fa, i, molt important, de la possibilitat de compartir els sabers amb totes i tots les/els col·legues. Solament ens resta ja felicitar al Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya per aquesta iniciativa i recolzament del treball realitzat amb aquesta publicació. Un xicotet detall, la publicació no compta amb ISBN i per aconseguir-la les persones interessades s'hauran de dirigir al Col·legi que l'ha publicat.

Te amo / Te odio Armonizar las relaciones personales

MARY O. WIEMANN

EDITUM

FICHA



Títol: Te amo / Te odio. Armonizar las relaciones personales

Autora: Mary O. Wiemann

Editorial: Aresta SC

Data d'edició: 2009 (1^a edició)

Nº de Pàgines: 160

ISBN: 978-84-936920-0-1

RAMON ROSALENY CASTELL

Col·legiat núm. 2242. Col·legi Oficial de DTS i AA.SS de València

La societat actual s'enfronta a una gran quantitat de reptes de tot tipus. Es considera, equivocadament o no, que la falta de comunicació i/o la comunicació inadequada entre els actors implicats és la causa de gran part dels conflictes. Ens referim als conflictes d'àmbit polític, d'incompliment de lleis, conflictes entre els grups socials i els relacionats amb el gènere, l'orientació sexual, la nacionalitat, la identitat ètnica, l'edat, etc., en els quals les/els treballadores socials hi estem presents.

En aquest llibre, que forma part de la col·lecció "*Comunicación y Sociedad*" editada per Aresta SC, la autora Mary O. Wiemann, nord-americana experta en comunicació i investigadora de primera línia, aporta nous avanços i un millor coneixement sobre la

disciplina emergent de la comunicació i sobre lo que aquesta pot oferir a la societat, a altres disciplines com el Treball Social i a cadascú/na de nosaltres en la nostra vida privada.

La lectura d'aquesta obra facilita la comprensió de que és el que fa competents les relacions interpersonals i ajuda a elegir conductes eficaces que incrementen la probabilitat d'obtenir relacions interpersonals fructíferes i no "castigadores".

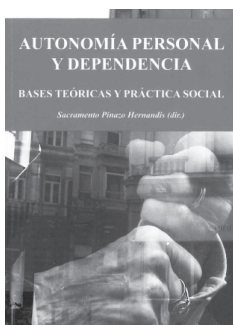
Amb un estil formal, clar i amè, sent fidel a allò que promulga, l'autora desvela, analitza i teoritzta sobre les carències actuals en molts dels processos comunicatius interpersonals i ofereix, a mode d'alternatives i mitjançant infinitat d'exemples pràctics, estratègies i conductes comunicatives eficaces i apropiades.

El text es divideix en set capítols. Al primer capítol, després de contextualitzar la complexitat de les relacions interpersonals, l'autora assenyala: *"A fin de comunicarnos competentemente primero debemos considerarnos a nosotros mismos, a la otra persona (s), la relación, la situación, y la cultura; una vez hayamos hecho estas consideraciones entonces deberemos tener presente que para comunicarnos tenemos que escoger diferentes opciones"*. Aquestes opcions poden ser verbals i no verbals, tenint les no verbals més significat, i que l'autora clarifica al segon i tercer capítol. A més, la nostra interacció social és un procés dinàmic i permanent (com deia un eminent lingüista *"No existeix la no comunicació"*) que implica, especialment a les/els professionals del treball social, l'ús de la nostra capacitat d'escolltar, que s'aborda al capítol quatre; l'autopresentació, al capítol cinc; i la gestió de les actituds de defensa i dels conflictes, al capítol sis. Així mateix, com s'explica al capítol set les relacions interpersonals es caracteritzen per un tira i afliuxa entre la necessitat d'intimitat i distància, a més, la interacció social *"sirve para iniciar, mantener y (a veces) terminar nuestras relaciones"*.

En definitiva, encara que l'autora en aquesta obra no es refereix concretament a la relació que s'estableix entre professional i usuari(a)/client(a), el fil argumental gira entorn a les relacions interpersonals. Per tant, és una obra útil per a les i els professionals del treball social ja que aporta instruments que faciliten l'intercanvi i l'enteniment de les percepcions, emocions i sentiments de la persona, el que ens possibilita a sentir amb ella, i establir una relació que afavoreixca la transformació en allò micro, en la seva realitat més quotidiana i íntima, és a dir, l'apropament.

LIBROS RECIBIDOS

FICHA



Título: Autonomía personal y dependencia. Bases teóricas y práctica social

Autor: Sacramento Pinazo Hermandis (dir.)

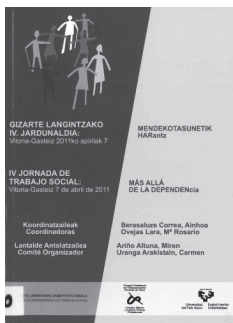
Editorial: Publicacions Universitat de València

Fecha de edición: 2011

Nº de Páginas: 234

ISBN: 978-84-370-8116-8

FICHA



Título: Más allá de la dependencia

Autor: Ainoa Berasaluz Correa y Mª Rosario Ovejás Lara (coords.)

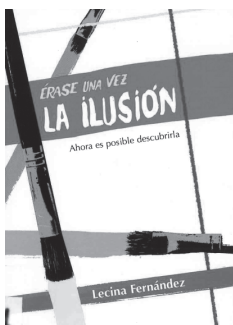
Editorial: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco

Fecha de edición: 2011

Nº de Páginas: 164

ISBN: 978-84-9860-527-3

FICHA



Título: Érase una vez la ilusión

Autor: Lecina Fernández

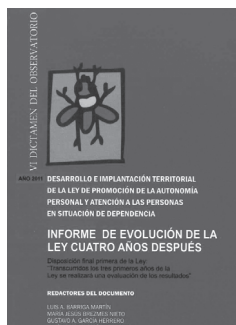
Editorial: Es ediciones

Fecha de edición: 2010

Nº de Páginas: 161

ISBN: 978-84-92760-09-1

FICHA



Título: Desarrollo e implantación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia

Autor: Luis A. Barriga Martín, María Jesús Brezmes Nieto, Gustavo A. García Herrero, José Manuel Ramírez Navarro

Editorial: Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales

Fecha de edición: 2011

Nº de Páginas: 234



Trabajo Social y Servicios Sociales

TARIFAS:

- Suscripción anual: 15€
- Número suelto: 10€

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

POBLACIÓN: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

E-MAIL: _____

TELÉFONO: _____ N.I.F.: _____

DATOS BANCARIOS

TITULAR DE LA CUENTA: _____

ENTIDAD BANCARIA: _____

DIRECCIÓN: _____

POBLACIÓN: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO DE CUENTA: _____

FECHA

FIRMA

ENVIAR ESTE BOLETÍN A:

Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales
C/ Franco Tormo, nº3, bajo izquierda · 46007 Valencia



Trabajo Social y Servicios Sociales

TARIFAS:

- Suscripción anual: 15€
- Número suelto: 10€

DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

POBLACIÓN: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

E-MAIL: _____

TELÉFONO: _____ N.I.F.: _____

DATOS BANCARIOS

TITULAR DE LA CUENTA: _____

ENTIDAD BANCARIA: _____

DIRECCIÓN: _____

POBLACIÓN: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

NÚMERO DE CUENTA: _____

FECHA

FIRMA

ENVIAR ESTE BOLETÍN A:

Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales
C/ Franco Tormo, nº3, bajo izquierda · 46007 Valencia

normas de publicación

PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

INDICACIONES GENERALES A LOS AUTORES

- Los artículos de "A fons" y "Secció Lliure" tendrán una extensión de 15 a 20 folios (letra Times New Roman nº 12, interlineado 1'5). Para la sección "Pràctica" tendrán una extensión máxima de 12 folios.
- Para la reseña de libros la extensión máxima será de 2 folios, especificándose el autor, título, editorial, lugar, fecha de publicación de la obra y ISBN, así como foto escaneada de la portada y datos de quien realiza la reseña (apellidos, nombre y correo electrónico).
- Los artículos tendrán que presentarse en documento Word.
- Las referencias bibliográficas se pondrán a final del texto, siguiendo el orden alfabético. Sólo se recogerán los autores expresamente citados en el texto. Si el autor del artículo lo considera oportuno podrá recoger bibliografía recomendada. Se recomienda no exceder de 10 referencias bibliográficas. Se presentará en el siguiente formato: Apellido/s del autor en mayúscula, nombre del autor/es en minúscula; año de publicación entre paréntesis seguido de dos puntos; título del libro subrayado o en cursiva; Editorial; lugar de publicación.
- Las notas de los autores irán a pie de página.
- Los artículos se presentarán en castellano o valenciano. Aquellas personas que lo presenten en castellano y deseen su traducción al valenciano, esta se realizará por el comité de redacción de forma gratuita.
- Los artículos irán precedidos de un breve resumen en español e inglés que no exceda de las 10 líneas.
- Los artículos incluirán título en castellano o valenciano y en inglés.
- Se relacionarán las "palabras claves" también en castellano o valenciano e inglés para facilitar la identificación informática.
- Se incluirá breve reseña del autor con nombre, estudios, profesión, lugar de trabajo y dirección de correo electrónico así como autorización para publicarla.
- Los trabajos presentados deben de ser originales, no podrán haber sido publicados con anterioridad.

El comité de redacción se reserva el derecho de modificar la forma del artículo.

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

normes de publicació

PRESENTACIÓ D'ARTICLES

INDICACIONS GENERALS ALS AUTORS

- Els articles de "A fons" i "Secció Lliure" tindran una extensió de 15 a 20 folis (lletra Times New Roman núm. 12, interlineat 1'5). Per a la secció "Pràctica" tindran una extensió màxima de 12 folis.
- Per a la recensió de llibres l'extensió màxima serà de 2 folis, especificant-se l'autor, títol, editorial, lloc, data de publicació de l'obra i ISBN, així com foto escanejada de la portada i dades de qui realitza la ressenya (cognoms, nom i correu electrònic).
- Els articles hauran de presentar-se en document Word.
- Les referències bibliogràfiques es posaran a final del text, seguint l'orde alfabètic. Només es recolliran els autors expressament citats en el text. Si l'autor de l'article ho considera oportú podrà recollir bibliografia recomanada. No excedir 10 referències bibliogràfiques. Es presentarà en el següent format; Cognom/s de l'autor/a en majúscula, nom de l'autor/a en minúscula; any de publicació entre parèntesis seguits de dos punts; títol del llibre subratllat o en cursiva; Editorial; lloc de publicació.
- Les notes dels autors aniran a peu de pàgina.
- Els articles es presentaran en valencià o castellà. Aquelles persones que el presenten en castellà i desitgen la seua traducció al valencià, aquesta es realitzarà pel comitè de redacció de forma gratuïta.
- Els articles aniran precedits d'un breu resum en valencià o castellà i anglès que no excedisca de les 10 línies.
- Els articles inclouran el títol en valencià o castellà i en anglès.
- S'identificaran les "paraules claus" també en valencià o castellà i anglès per a facilitar la identificació informàtica (un màxim de sis).
- S'inclourà breu ressenya de l'autor amb nom, estudis, professió, lloc de treball, així com el correu electrònic amb el seu permís.
- Els treballs presentats han de ser originals, no podran haver sigut publicats amb anterioritat.

El comitè de redacció es reserva el dret de modificar la forma de l'article, el títol, adaptar la bibliografia, etc., així com tot allò que siga precis per una correcta maquetació del mateix.

El comitè de redacció no s'identifica amb el contingut dels articles publicats.