

alimara

REVISTA DE TREBALL SOCIAL
NÚMERO 36 / SEGONA ÈPOCA / DESEMBRE DE 1995



**Consell Insular
de Mallorca**



Núm 36

Segona Època. Desembre de 1995

Edita: Consell Insular de Mallorca

Redacció: Servei d'Acció Social i Sanitat

General Riera, 67

07010 Palma

Tel. (971) 76 07 62

Fax: (971) 76 19 52

Cuadre portada: Antoni Marquet

Maquetació: Quid Gràfic

Impressió: Planisi S.A.

Dipòsit legal: PM - 128 - 1987

Els articles d'aquesta revista expressen únicament l'opinió dels seus autors.



Imprès amb paper ecològic,

5 PRESENTACIÓ

6 POLÍTICA SOCIAL

7 Acord de Govern: prioritat al benestar social. Damià Pons i Pons

14 DISMINUÏTS

15 Treball amb suport: no hi ha raons per a l'exclusió. Ferran Bellver
Silván

24 MENORS

25 El suport escolar a la vida quotidiana d'una llar funcional. Antònia
Cerdà, Margalida Mercant i Maria Victòria Secall

36 GENT GRAN

37 Els familiars cuidadors de persones grans. Josefina Santiago i Tòfol
Sastre

42 TOXICOMANIES

43 Abordatge de l'alcoholisme: abans i després de la seva detecció.
Manuela Caparrós Gómez i M^a Julia Monge Cañellas

47 Descripció d'un perfil de toxicòmans detectats en fases inicials del
procés adictiu. Maria Immaculada Capllonch Gamundí, Manuela
Caparrós i Fernanda Caro Blanco

55 Mirar i veure les drogodependències. El diagnòstic de llinar: un
instrument per al pronòstic. Julio Izquierdo Rodríguez i Fernanda
Caro Blanco

62 MARGINACIÓ

63 Notes sobre "exclusió i salut". Lluís Ballester Brage

74 PROSTITUCIÓ

75 La prostitució: un tema complex. Margalida Ferrando Barceló

81 Memòria del carrer. Prostitució i vellesa. Lluís Ballester i Josefina
Santiago

87 La intervenció socio-educativa sobre la prostitució de la dona: pro-
blemàtica, possibilitats i perspectives. Carmen Orte Socías i Martí
X. March Cerdà

110 VOLUNTARIAT

111 El voluntariat a la llei d'acció social. Jorge C. Torres

A la presentació del número 34 d'aquesta publicació, parlant de la nova línia editorial i de les publicacions periòdiques d'aquesta Comissió de Benestar Social, dèiem "... esperam que el 1995 sigui un període de consolidació de les dues publicacions podent-se mantenir la periodicitat prevista d'**Alimara**, dos números l'any". Per tant, aquest número 36, creim que ve a ser el número que culmina la nostra pretensió de l'any passat, en uns moments on encara no podíem assegurar un futur segur a la nova època de la revista, ja que acabàvem de posar en funcionament aquesta nova línia editorial. Per això, creim que podem dir, sense massa pretensions, que la revista està entrant en un procés de consolidació, que s'ha materialitzat en el compliment del compromís de publicar dos números a l'any. Ara bé, també creim que encara manca que tots els tècnics i professionals relacionats amb el treball social la vegin com a seva i que les demandes de publicació a la redacció siguin tantes que arribi a ser un problema, el de l'espai disponible, i no com a hores d'ara, en què la participació encara és minsa.

Passant ja al contingut d'aquest número, cal dir que l'encetam amb la transcripció de l'apartat de Benestar Social de les Bases per a un Acord de Govern (1995-99) que fonamenta el denominat Pacte de Progrés que actualment està governant la institució que edita aquestes planes. Com es pot comprovar, el dit document ve precedit d'una introducció del Conseller Damià Pons i Pons, President de la Comissió de Benestar Social, i encarregat de portar a terme aquestes línies programàtiques.

De la resta de continguts, remarcar el bloc de prostitució ja que és una temàtica que ha produït molt poca literatura tècnica i sí molta de morbosa, per tant ens alegrem de poder oferir als nostres lectors no un, sinó tres articles que vénen a omplir aquest buit.

A les darreres eleccions autonòmiques, i com es sabut, a les Illes Balears guanyà el Partit Popular amb majoria absoluta, però no a l'Illa de Mallorca. Això va obrir la porta perquè els grups polítics restants que obtingueren representació (Partit Socialista Obrer Espanyol, Partit Socialista de Mallorca-Nacionalistes de Mallorca i Unió Mallorquina, amb el suport, sense entrar a governar, d'Esquerra Unida) poguessin unir les seves forces i establir un canvi en l'administració pública que té per àmbit d'actuació la nostra illa. Aquest canvi es palesà en un acord per governar el Consell Insular a les acaballes del segle XX i que té un document que el fonamenta, les **Bases per a un Acord de Govern (1995-99)**.

La redacció d'aquesta revista, sense entrar a valorar políticament aquest fet, creu que s'ha obert una etapa diferent a la de l'anterior legislatura, basada en un primer moment en un govern estable del Partit Popular i Unió Mallorquina, per passar posteriorment a un període d'una certa incertesa per la ruptura del pacte d'ambdós partits en la qual va seguir presidint la institució el Partit Popular però amb la presidència d'algunes comissions en mans de l'oposició.

Estam, per tant, encetant una nova etapa que, en principi -tot i que aquests Acords semblen gaudir de prou estabilitat- ha de durar quatre anys. El fet més destacat que marca l'inici d'aquesta nova singladura són els treballs preparatoris per a l'elaboració del **Pla Estratègic 1996-99**. I per aquest motiu creim que les **Bases per a un Acord de Govern (1995-99)**, és el document de referència per intuir les prope-res i futures actuacions que engegarà el Consell Insular de Mallorca en matèria de serveis socials. Un document important que cal que coneguin totes les persones relacionades amb l'acció social a Mallorca. Introdueix aquest document un article del President de la Comissió de Benestar Social, Damià Pons i Pons, persona amb qui recaurà la responsabilitat de portar a terme aquestes bases.

ACORD DE GOVERN: PRIORITAT AL BENESTAR SOCIAL

Damià Pons i Pons,

President de la Comissió de Benestar Social

La política de Benestar Social es configura com una de les prioritats establertes a les Bases per a un Acord de Govern del Consell Insular de Mallorca per al període 1995-99. Per primera vegada, la institució d'autogovern de Mallorca passa a ser regida per una majoria de centre-esquerra, on el Partit Socialista Obrer Espanyol, el PSM-Nacionalistes de Mallorca i Unió Mallorquina assumeixen tasques executives, amb el suport -puntual d'acord amb el Pacte, però no incondicional- d'Esquerra Unida.

La prioritat de les actuacions en matèria de Benestar Social deriva no d'un enunciat retòric, sinó de l'extensió que aquesta matèria ocupa a les Bases per a un Acord de Govern del Consell Insular de Mallorca: tretze punts amb enunciats precisos i de gran abast. En Benestar Social l'etapa 1995-99 serà, si es duen a terme les accions anunciades, decisiva. Parlar de moments històrics ha esdevengut un tòpic d'escàs o nul valor. Però si les previsions establertes es compleixen, el període 1995-99 farà història a Mallorca. Després d'aquests anys, el Consell Insular de Mallorca entrarà en el segle XXI amb una política social renovada i de gran abast. El canvi haurà estat positiu.

La política social del Consell Insular de Mallorca per a 1995-99 no és ni un trencament radical ni una pura continuïtat. Parteix d'un element que és, per obvi, quasi revolucionari: el Consell Insular de Mallorca ha d'esser, d'acord amb l'Estatut d'Autonomia, la institució de govern de Mallorca. Una institució plenament autònoma en relació al Govern Balear. A l'etapa 1983-95, el fet que el Consell Insular de Mallorca i el Govern Balear fossin regits per les mateixes majories polítiques determinà que la institució de Mallorca actuàs gairebé com una dependència més del Govern Balear. I acabà essent una àrea subsidiària sense vertadera autonomia ni personalitat.

El resultat de la subordinació del Consell Insular de Mallorca al Govern Balear fou la degradació de la institució de Mallorca. Política dependent, transferències escasses i mal dotades, despersonalització institucional... Amb tot i això, la política social del Consell Insular de Mallorca mostrà una relativa autonomia enfront del Govern Balear. El Consell ten-

gué l'avantatge d'haver estat creat (1979) abans que la Comunitat Autònoma (1983) i havia heretat el gran llegat assistencial de l'antiga Diputació Provincial de Balears (1812-1979). D'altra banda, la Llei d'Acció Social (1987) establí que l'acció social seria competència dels Consells Insulars.

L'afirmació del Consell Insular de Mallorca en matèria de Benestar Social enfront del Govern Balear disposà d'altres armes que li permeteren una relativa autonomia. D'una banda, una infraestructura de personal i recursos més sòlida que la del Govern Balear, on la política sanitària fou, des del primer dia, prioritària sobre la social. A més a més, el Govern de la Nació, en mans dels socialistes des de 1982, afavorí polítiques socials que trobaven en el Consell Insular de Mallorca un receptor atent i diligent.

La creació i consolidació del serveis socials municipals i dels llars del Menors (1989), la llei d'atribució de competències als Consells Insulars en matèria de serveis socials (1993), el Pla Estratègic i la reforma de la Llar dels Ancians (1994)... són mostres d'un gran procés de renovació i canvi. La política social era una frontera oberta i dinàmica. L'anacrònica política benèfico-assistencial donava pas a la creació d'un sistema de serveis socials que s'estenia a poc a poc fins a cobrir la totalitat de Mallorca.

El Consell Insular de Mallorca era l'instrument que aplicava una política de creació de serveis socials ja existent a altres indrets d'Europa i a altres territoris amb una tradició social més sòlida dins Espanya. Arribada l'hora del canvi polític, de la gestió de la nova majoria de centre-esquerra, la Comissió de Benestar Social podrà dedicar els seus esforços a continuar i intensificar els esforços de creació i consolidació de la xarxa de serveis socials ja iniciada.

Les Bases per a un Acord de Govern (1995-99) contenen, quant a Benestar Social, tant elements de canvi com de continuïtat. D'entrada, l'objectiu fonamental de fer de les prestacions socials un dret dels ciutadans, no un element discrecional que pot concedir o negar el poder polític de torn. Més encara, enfront de la febre privatitzadora i de la demolició irresponsable del sistema públic de prestacions socials, una afirmació rotunda que els eixos fonamentals de la política social a Mallorca seran el Consell Insular i el Ajuntaments. I matisació important: el sistema públic no s'enfronta amb els serveis socials de la Delegació Diocesana, sinó que els té com a complementaris. Igualment, cercarà la cooperació sectorial amb les entitats sense fi de lucre. Serveis complementaris i coordinats, no antagonistes. Suma de recursos i esforços, no confrontació.

Aquesta política d'un sector públic social fort i ben dotat de recursos humans i materials, complementat amb altres entitats que actuen en el camp social, es pot fixar objectius de gran abast, sense caure en la demagògia. Per això, les Bases per a un Acord de Govern relacionen, de forma tan breu com precisa, línies d'actuació sectorial en matèria de salari social, promoció de la salut i toxicomanies, atenció a les persones marginades, Pla de Prestacions Bàsiques, voluntariat social, solidaritat amb el Ter-

cer Món, minusvàlids, menors, tercera edat i minories ètniques i immigració. Darrera cada enunciat s'anuncia una política.

A l'hora del balanç (1999), esper que una política acurada, prudent, constant i consensuada de Benestar Social, feta tant amb elements de continuïtat com de renovació, permetrà que Mallorca entri en el segle XXI com un país a nivell d'Europa. Una Mallorca que ha fet real el dret dels mallorquins a disposar d'un sistema avançat de serveis de Benestar Social.

CONSELL INSULAR DE MALLORCA

BASES PER A UN ACORD DE GOVERN (1995-99)

ÀREA: COMISSIÓ DE BENESTAR SOCIAL

ASPECTES GENERALS

- El Consell Insular constituirà un model alternatiu de gestió al del Govern conservador de la Comunitat: el respecte al medi i la racional administració dels recursos, el progrés i la justícia social, l'impuls a la llengua i la cultura seran els nostres objectius. La transparència, l'austeritat, l'objectivitat i el respecte escrupolós a la legalitat seran el marc formal de la política de la coalició.
- Des del Consell Insular s'impulsaran al Parlament les següents mesures:
 - Celebració d'un debat anual sobre els consells insulars amb la participació del President de la Comunitat, els dels consells insulars i dels portaveus parlamentaris, amb presentació i debat de propostes de resolució.
 - Revisió de la valoració econòmica de les competències transferides.
 - Regulació del sistema definitiu de finançament dels Consell Insulars.
 - Impuls als traspassos de competències, desenvolupant l'article 39 de l'EA.
 - Revisió de la Llei de transferències al CIM de les competències en matèria d'urbanisme i de patrimoni històric i artístic, en el sentit de suprimir l'obligatorietat de l'existència de les Comissions respectives d'Urbanisme i de Patrimoni, deixant als consells insulars la capacitat d'autoorganització, i eliminant la presència obligatòria de representants del Govern Balear.

- 1.- DRET AL BENESTAR SOCIAL.- El Consell Insular de Mallorca impulsarà les accions pertinents per tal que les prestacions d'Acció Social es converteixin en un dret de tots els ciutadans de Mallorca i superar així el caràcter discrecional de l'actual sistema de prestacions.
- 2.- CARÀCTER PÚBLIC DELS SERVEIS I COOPERACIÓ AMB ALTRES ENTITATS.- El Consell Insular de Mallorca promourà l'establiment d'un sistema de serveis amb la finalitat de garantir a tots els ciutadans l'accés a les prestacions socials. Aquest sistema tindrà com a eixos fonamentals el Consell Insular de Mallorca i els Ajuntaments. A més, es cooperarà amb la Delegació Diocesana d'Acció Social per tal que els serveis socials que disposa siguin consolidats i potenciats i que es converteixin en una estructura estable que funcioni coordinadament amb els serveis municipals del seu àmbit. Es potenciarà també la cooperació sectorial amb entitats sense afany de lucre, com a element complementari del sistema públic de serveis socials a Mallorca.
- 3.- SALARI SOCIAL.- El Consell Insular de Mallorca incrementarà progressivament la dotació del Salari Social, per tal d'estendre'n la cobertura a un major nombre de famílies. D'altra banda, interessarà del Govern Balear que doti el Suport Transitori Comunitari de forma proporcional al Pressupost de la Comunitat Autònoma i que la part destinada a Mallorca sigui proporcional a la població i a les necessitats socials de l'illa.
- 4.- PROMOCIÓ DE LA SALUT I TOXICOMANIES.- Les activitats que actualment duu a terme el Consell Insular de Mallorca mitjançant conveni amb el Govern Balear en el terreny de Promoció de la Salut, Toxicomanies, etc. tenen un caràcter precari que hi impedeix l'elaboració de programes a llarg termini, impulsats per equips especialitzats estables i ben finançats. En el període 1995-99, el Consell Insular de Mallorca rebrà la transferència de les competències, degudament dotades, d'aquestes matèries per tal de poder consolidar equips de treball i programes a llarg termini.
- 5.- ATENCIÓ A LES PERSONES MARGINADES.- El Consell Insular de Mallorca interessarà una definició competencial precisa en les competències d'atenció a les persones marginades. El Govern Balear tindrà la competència d'impulsar la normativa i la coordinació de caràcter interinsular. A nivell de Mallorca, la direcció del conjunt de centres d'atenció a les persones marginades (El Refugi, Hospital de Nit, Puig des Bous, etc.) correspondrà al Consell Insular de Mallorca. La institució insular rebrà aquesta competència degudament dotada a fi de poder garantir i millorar el nivell del servei. La gestió de cada un dels centres d'atenció a les persones marginades es podrà realitzar en col·laboració amb els Ajuntaments i entitats sense afany de lucre (Càritas, La Sapiència, El Refugi, etc.).

-
- 6.- **PLA DE PRESTACIONS BÀSIQUES.**- El Consell Insular de Mallorca negociarà amb el Ministeri d'Afers Socials (Govern de la Nació) i amb la Conselleria de Sanitat i Seguretat Social (Govern Balear) un finançament estable i a llarg termini del Pla de Prestacions Bàsiques que permeti la consolidació d'una xarxa de serveis socials a nivell municipal, superant així el caràcter fluctuant i precari de les aportacions econòmiques actuals que fan impossible la planificació dels serveis.
- 7.- **VOLUNTARIAT SOCIAL.**- El Consell Insular de Mallorca impulsarà la creació del Fòrum Mallorquí del Voluntariat. A través del Fòrum, el Consell Insular de Mallorca donarà suport tècnic i formatiu a les entitats que desenvolupin iniciatives de solidaritat i cooperació social.
- 9.- **SOLIDARITAT AMB EL TERCER MÓN.**- El Consell Insular de Mallorca incrementarà -fins arribar, almenys, al 0,7% del Pressupost en el període 1995-99- la seva aportació al Fons Mallorquí de Solidaritat i Cooperació. El Consell Insular de Mallorca mantindrà l'actual dotació d'infraestructura del Fons Mallorquí de Solidaritat i Cooperació fins a la plena consolidació d'aquest, amb la integració dels Ajuntaments de Mallorca i les aportacions municipals que vagin avançant cap al 0,7%.
- 10.- **MINUSVÀLIDS.**- El Consell Insular de Mallorca interessarà del Govern Balear la transferència de les competències, degudament dotades, relatives al sector de Minusvàlids. Les actuacions que durà a terme el Consell Insular de Mallorca tindran com a objectiu prioritari la inserció socio-laboral dels minusvàlids.
- 11.- **MENORS.**- El Consell Insular de Mallorca interessarà el Govern Balear la transferència de les competències, adientment dotades, relatives a l'Assistència i Protecció de Menors. L'actuació del Consell Insular de Mallorca en matèria de Menors tindrà com a objectiu el desenvolupament de programes preventius dins l'àmbit familiar i social.
- 12.- **TERCERA EDAT.**- El Consell Insular de Mallorca tindrà, en relació a la Tercera Edat, les actuacions següents:
- a) Manteniment del suport a les activitats d'esplai i lleure programades per les Associacions de la Tercera Edat.
 - b) Dotació programada al sosteniment dels Centres de la Tercera Edat.
 - c) Impulsar la creació de la Xarxa de Centres de la Tercera Edat, acordada pel Consell Insular i a realitzar coordinadament amb el Govern Balear i l'Ajuntament de Palma. Provisionalment, mentre es construeixen aquests Centres, es mantindrà l'ajuda al lloguer dels Centres, que es farà de forma programada.
 - d) Potenciar les actuacions preventives a la gent de la tercera edat (centres de dia, menjadors, assistència domiciliària, etc.) i considerar la Residència de la Tercera Edat com a
-

últim recurs, tot això amb la finalitat de mantenir les persones majors dins el seu àmbit familiar i social.

- e) Una vegada en vigor el Pla Integral per a Persones Majors, elaborat pel Govern Balear, serà elaborat el Pla Estratègic Insular per a Persones Majors, que conferirà al Consell Insular la funció coordinadora de l'oferta de places a residències de la Tercera Edat dins el seu àmbit insular.

13.- MINORIES ÈTNIQUES I IMMIGRACIÓ.- El Govern Balear transferirà al Consell Insular de Mallorca els recursos corresponents a Mallorca del Pla Nacional Gitano que seran assignats als Ajuntaments de l'Illa en proporció a les comunitats gitanes que hi resideixin. D'altra banda, el Consell Insular seguirà cooperant amb les associacions que tinguin com a finalitat el desenvolupament de la minoria gitana. En relació als immigrants, el Consell Insular de Mallorca desenvoluparà, dins el seu àmbit competencial, les polítiques d'atenció als immigrants que es derivin de les necessitats detectades per l'Observatori Permanent de la Immigració.

El Treball amb Suport, eina d'integració laboral per a les persones amb disminucions, és el tema que dóna contingut a l'article de Ferran Bellver, tècnic d'aquest Servei d'Acció Social i Sanitat, i amb qui recau actualment la responsabilitat de portar-lo a terme. El treball amb suport és un dels sistemes més efectius d'integració laboral de la gent discapacitada, encara que no l'únic.

Aquest article fou presentat per Ferran Bellver al Seminari "La discapacidad en el siglo XXI. El Plan de Acción: una propuesta de futuro", dut a terme a la Universidad Internacional Menéndez y Pelayo, a Santander, el dia 6 de setembre d'enguany. Per tant, i com es podrà veure amb la seva lectura, està estructurat per ser presentat a la dita conferència. El presentam avui, aquí, perquè el contingut dóna una visió clara del que s'ha aconseguit amb el Treball amb Suport i perquè en poques ocasions s'han publicat articles sobre el tema a revistes d'àmbit de la nostra comunitat.

TREBALL AMB SUPORT: NO HI HA RAONS PER A L'EXCLUSIÓ

Ferran Bellver Silván,

Asociación Española de "Supported Employment" (AESE)

A Espanya, el Treball amb Suport s'ha començat a desplegar amb gran esperança des de finals de la dècada dels 80 i, sobretot, en els 90 (Bellver, 1993): Barcelona, Projecte AURA, 1989; Mallorca, Programa "Treball amb Suport", 1990; Mallorca, I Simposi Internacional sobre "Supported Employment", 1991; Astúries, Proyecto "Trabajo Apoyado", 1992; San Pedro de Alcántara (Màlaga), Programa "Empleo con Soporte", 1992; Vic, "Servei de Treball amb Suport. EINA", 1992; Pamplona, "Empleo con Apoyo AGEDNA, 1992; i, posteriorment, els projectes de Tenerife SIM-PROMI i FUNCASOR; Bilbao, Eragintza; Alacant, Mancomunitat Baix-Segura; Sevilla, Paz i Bien; etc. També, i des d'un altre vessant, les universitats espanyoles, i principalment la Facultat de Psicologia de la Universitat de Salamanca, estan contribuint a la implantació i difusió d'aquesta metodologia en el nostre país. Es pot dir que juntament amb Irlanda, Gran Bretanya, Portugal, Noruega i els Països Baixos, Espanya és un dels motors del puixant desenvolupament d'aquesta alternativa d'integració laboral a Europa.

El Treball amb Suport és un model metodològic d'integració laboral que facilita la incorporació en l'ocupació ordinària de col·lectius de persones amb limitacions significatives de caràcter físic, psíquic o sensorial, a través d'un conjunt d'estratègies i procediments tècnics de suport, ajustats a les necessitats dels treballadors amb discapacitat. El model compta amb suficient evidència empírica i estudis experimentals que avaluen la seva consistència i eficàcia des de fa més de 15 anys en els Estats Units de Nord-amèrica, Austràlia, Canadà, Japó i Europa (Wehman i Kregel, 1992).

1.- Principis

Els principis en els que es fonamenta el Treball amb Suport fan referència als **drets civils** de tots els ciutadans, reconeguts a les Constitucions de la majoria de països (Constitució Espanyola, 1978: art. 35, 40 i 49): dret al treball, dret a participar en la construcció de la societat, dret a una

vida digna sense ser discriminat ni marginat sobre la base de la diversitat física, o psíquica, dret a rebre els suports i serveis que calguin a cada persona perquè realment existeixi una igualtat d'oportunitats per a tots, exponent d'una societat justa, etc.

El Treball amb Suport se centra en la persona i les seves necessitats, amb una visió de **normalització** (Wolfensberger, 1972) a tots els nivells i utilitzant com a mètode "sine qua non" la integració social, per aconseguir la qualitat de vida que els ciutadans amb minusvàlua exigeixen. La **defensa de la persona** ("person's advocacy" i "self-advocacy") està, per tant, absolutament present en tots els plantejaments que es fan en aquesta línia d'integració laboral, tenint molt esment a les preferències i desigs de l'individu en la construcció del seu projecte personal de futur, l'aportació dels serveis de suport dissenyats a la seva mesura i l'ajuda perquè superi els obstacles que dificulten la seva participació plena en la societat (Turner, 1995).

S'emfasitza l'**adaptació dels recursos i serveis a la persona**, i no adaptar la persona als recursos existents (Verdugo, 1994). D'aquí que els projectes de Treball amb Suport siguin **projectes basats en la comunitat** i no tant en estructures o edificis; persegueixen la plena inclusió social de les persones amb discapacitat, a través de l'ocupació en les empreses del mercat obert i, generalment, construeixen entre tots els que hi intervenen un **Pla Individualitzat d'Inclusió Laboral (PIIL)** que fixa els objectius més immediats a aconseguir per cada persona protagonista de la seva pròpia integració, ajudant-lo en el procés de transició d'entorns protegits a la vida independent com un adult en la comunitat, en la que l'ocupació, naturalment, juga un paper decisiu.

El Treball amb Suport se centra, doncs, en la persona i els seus drets, i desplega estratègies, procediments, tecnologies, mètodes d'ensenyament, etc., abans de dir si una persona amb determinades característiques és integrable o no. Més encara, postula que ningú no ha de ser exclòs de l'ocupació. Té un **enfocament positiu** davant l'individu considerant sobretot les **capacitats en lloc de les discapacitats** tot cercant sempre el lloc de feina que més s'ajusti al treballador, realitzant fins i tot les negociacions i les adaptacions que siguin possibles i necessàries perquè la **participació parcial** d'una persona en l'activitat d'una empresa pugui ser real (Institute on Community Integration, 1990).

En definitiva, el que el Treball amb Suport promou és el **canvi en la vida de les persones**, situant les treballadores i treballadors en ambients integrats que ofereixin més possibilitats d'interacció amb companys sense minusvàlua i que signifiquin una oportunitat nova en la seva trajectòria laboral que per ventura mai no havien tingut. Aquestes noves experiències laborals, a través de l'ocupació amb suport, **incrementen l'autoestima** del treballador i la seva **valoració social**, l'ajuden al desenvolupament personal en trobar-se molt sovint en la necessitat d'**elegir o**

prendre decisions i en la resolució de problemes, és a dir, contribueixen a augmentar substancialment la **qualitat de vida** de les persones (Matson i Rusch, 1986; McLoughlin et al., 1987; Shalock, 1988; O'Brien i Lyle, 1989; McCormack et al., 1990). Ter tot això, val la pena d'assumir el risc **-la dignitat del risc-** que suposa situar-se en aquest nou enfocament que, tot assegurant els serveis de suport i seguiment imprescindibles, és beneficiós no només per a l'individu i la seva família, sinó també per la societat en general i per a l'Estat (Wehman, 1988; Brown, 1989).

2.- Definició de "*integració laboral*"

El Pla d'Acció per a les Persones amb Discapacitat (1995-2000), eix d'aquest Seminari, no entra en la definició del terme "*integració laboral*", però consider que és necessari fer-ho, ni que sigui breument, per clarificar de què estam parlant i degut a l'ús ambigu que d'ell se'n fa moltes vegades, fet que al meu parer ha introduït confusió en el sector i ha generalitzat l'actitud que en aquest terreny tot s'hi val si disminueix l'atur en el col·lectiu.

Integració laboral és la incorporació d'una persona amb minusvàlua a un lloc de feina real d'una empresa ordinària, sigui pública o privada, on el treballador amb minusvàlua treballa juntament amb/i interactua freqüentment amb altres treballadors sense minusvàlua diferents del personal dels serveis de suport (Everson, 1992). El treballador té firmat un contracte laboral legal, segons categoria i conveni, i rep un salari just pel treball que fa, essent objecte de drets i obligacions com els altres treballadors.

De la mateixa manera que ningú no catalogaria de "*integració escolar*" la ubicació d'un nin amb minusvàlua en un centre d'educació especial, tampoc no es pot acceptar com "*integració laboral*" la mera incorporació d'una persona amb minusvàlua en un lloc de treball real, exigent, competitiu, però sacrificant precisament el concepte d'integració.

Aquí ens pot servir el principi de **proporcions naturals** (Institute on Community Integration, 1990) que propugna que els serveis per a les persones amb discapacitat han de tendir sempre a no sobrepassar les que es consideren dimensions naturals en la societat. En el terreny laboral que ara ens ocupa, aquest principi s'acompleix quan una empresa és reflex de les proporcions naturals dels distints col·lectius de població existents en la societat, per tant, si les minusvàlues en general afecten un 10% de la població (Comissió Europea, 1994), seria natural que en una empresa hi hagués fins a un 10% del personal amb alguna minusvàlua, però no més.

La LISMI (Tít. VII, art. 37) obliga l'Estat a prioritzar i a desenvolupar una política d'ocupació la finalitat primordial de la qual sigui la integració laboral dels treballadors minusvàlids en l'empresa ordinària, però a

les acaballes del segle XX no és apreciable encara a Espanya un sistema normatiu estructurat i unes mesures que facin realitat aquesta prioritització, de tal manera que el col·lectiu tingui facilitat l'accés al mercat laboral obert. És un deure inexcusable dels poders públics i de les organitzacions no governamentals contribuir amb imaginació i tenacitat al desplegament d'aquest sistema facilitador de la integració laboral en el que el Treball amb Suport està cridat a ocupar un lloc preeminent.

3.- Classificació

Dit això, podem aportar una classificació de l'ocupació per als col·lectius de persones amb discapacitat d'acord amb la integració laboral. Aquesta classificació difereix un poc de la que fa el Pla d'Acció per a les Persones amb Discapacitat 1995-2000.

CLASSIFICACIÓ DE L'OCUPACIÓ D'ACORD AMB LA INTEGRACIÓ LABORAL

1. OCUPACIÓ ORDINÀRIA INDIVIDUALITZADA

- mesures normatives facilitadores
- Treball amb suport

2. OCUPACIÓ ESPECIAL/PROTEGIDA EN GRUP

- Enclavaments
- Brigades mòbils
- Centres Especials d'Ocupació
- Mesures normatives facilitadores de transició i reconversió

L'ocupació ordinària individual és la que procura una màxima integració laboral, establint les mesures de discriminació positiva que siguin necessàries i el suport de formació en el lloc de feina i de seguiment que l'individu necessita perquè, només així, puguem dir que l'equiparació d'oportunitats en aquest camp és un fet.

Aquí s'emmarca el conjunt de **mesures facilitadores**: l'accessibilitat, la quota de reserva del 2% i el 3%, l'autoocupació, els contractes laborals especials, incentius, bonificacions, etc.

El **Treball amb Suport** s'inscriu, naturalment, aquí perquè constitueix precisament el conjunt de mètodes i estratègies que fan possible que les persones amb significatives limitacions físiques, psíquiques o sensorials puguin tenir una ocupació en les empreses ordinàries del mercat

laboral obert, posant l'èmfasi precisament en això, en el fet que són en l'ocupació ordinària i en ambients integrats, i no en estructures ni ambients especials. Això és el substancial i sobre aquesta base es fa la classificació. Que aquestes persones necessitin més o menys suport és accidental, que se soluciona amb les mesures diferencials d'equiparació d'oportunitats a què té dret cada persona.

L'ocupació especial/protegida en grup ofereix menys oportunitats d'integració laboral perquè els treballadors, majoritàriament amb minusvàlua, interactuen bàsicament entre si i no es mouen en un grup humà que reflexa la composició natural de la societat. No obstant, i a pesar de les seves limitacions, de les tres possibilitats existents en aquesta mateixa categoria, la primera -els enclavaments- és la que ofereix més possibilitats d'integració laboral i la segona potser també útil per a alguns col·lectius.

Donat que aquesta classificació està basada en la integració laboral, dins aquest segon nivell, no s'ha d'oblidar la necessitat de dissenyar **mesures normatives facilitadores de la transició** vers l'ocupació ordinària de les persones ubicades en estructures especials, com les apuntades en el Pla d'Acció per a les Persones amb Discapacitat 1995-2000 i altres; i, també, **mesures de reconversió** dels propis centres especials d'ocupació.

4.- El Treball amb Suport

Metodologia avalada per l'evidència empírica i per ingent quantitat d'estudis experimentals a nombrosos països, que la converteixen en un instrument eficaç d'integració laboral per a col·lectius importants de persones amb diferents limitacions físiques, psíquiques i sensorials (Inge et al., 1991). Actualment es beneficien del Treball amb Suport col·lectius de persones amb retard mental, amb autisme, amb problemes psiquiàtrics, amb sordesa o ceguesa, amb diferents trastorns físics, amb paràlisi cerebral, i també les persones amb traumatisme cranioencefàlic.

Les característiques del Treball amb Suport són:

- Col·locació individual en empreses ordinàries.
- Contracte laboral i salari just.
- Acompanyament del preparador laboral i suports naturals.
- Formació en el lloc de feina.
- Retirada progressiva del preparador laboral.
- Suport tècnic i seguiment segons necessitats.

Les **fases metodològiques** del Treball amb Suport solen ser:

- 1.- Recerca d'ocupació / creació d'ocupació.
Anàlisi i valoració del lloc de feina.
- 2.- Valoració dels candidats.
- 3.- Col·locació: anàlisi de la compatibilitat candidat-lloc

-
- 4.- Formació en el lloc de feina: instrucció sistemàtica.
 - 5.- Suport continuat, defensa i seguiment.

5.- Reflexions i suggeriments sobre algunes mesures facilitadores de la integració laboral

Abans de res cal felicitar els autors del Pla d'Acció per a les Persones amb Discapacitat 1995-2000 per haver-hi contemplat el Treball amb Suport, tot considerant-lo un element important per a la integració laboral. En això coincidim plenament. Per a nosaltres aquest fet té una especial significació perquè recull l'evidència de la progressiva implantació d'aquesta metodologia a nombroses localitats del territori espanyol i s'avança a considerar-lo en un Pla, tot i que el Treball amb Suport encara no s'hagi mencionat ni regulat en cap normativa de l'Estat, a nivell central. És, sens dubte, un bon auguri.

Farem aquí algunes reflexions i suggerirem algunes mesures que consideram que poden contribuir a aplanar el camí de la integració laboral als col·lectius de persones a qui servim. Amb això pretenem sumar la nostra modesta veu a la d'altres organitzacions espanyoles i organismes de l'Estat, amb molt més pes històric que nosaltres, que vénen reclamant mesures similars en els darrers temps.

En primer lloc, consideram que s'hauria de **definir un sistema de serveis de suport** i a qui compet el seu finançament, per fases, per garantir a les persones amb discapacitat el dret a una ocupació integrada en les empreses del mercat obert. En ell s'hi haurien d'establir els **mòduls de suport i les despeses** segons els col·lectius, i les fórmules de **finançament** d'aquests serveis de suport que prestarien les entitats públiques i privades interessades.

En segon lloc, s'hauria de garantir a tota persona amb discapacitat que ho vulgui l'elaboració d'un **Pla Individualitzat d'Inclusió Laboral (PIIL)**, eix director de l'activitat dels serveis de suport i de les iniciatives que potencien la inclusió sòcio-laboral de les persones. Aquest Pla, un cop definit i estructurat, s'hauria d'exigir a totes les entitats finançades amb doblers públics que prestaran els serveis de suport en les empreses ordinàries.

Tercer, resulta imprescindible ja crear un **contracte especial de formació** per a col·lectius que requereixen suport i seguiment en el lloc de feina, en la línia prevista en l'art. 34.2 de la LISMI. És evident que el "contracte d'aprenentatge" no pot ser en absolut l'instrument indicat per a la integració laboral de les persones amb discapacitat. Els que ens movem en l'ocupació ordinària des de fa més de cinc anys sentim un buit legislatiu en l'àmbit de l'ocupació temporal i hem experimentat un clar retrocés en aquest terreny amb l'última reforma laboral.

Quart, seria bo per als objectius de la integració laboral que l'Estat ha d'afrontar, arbitrar un sistema que permeti **comptabilitzar la percepció d'alguna pensió o subsidi amb una ocupació** a temps parcial o de menor productivitat, de tal manera que la persona pugui tenir uns ingressos dignes (l'equivalent al salari mínim interprofessional o superior) participant activament en la societat.

Cinquè, s'hauria d'estimular i potenciar l'aparició en tot el territori espanyol d'**Empreses de Màxima Integració Laboral (MIL)** que serien aquelles que compleixen amb el principi de les proporcions naturals, és a dir, que tindrien un 10% de treballadors amb alguna minusvàlua, connectades amb organitzacions que presten serveis de suport i seguiment. Aquestes Empreses Mil haurien de comptar, per a aquest 10% de treballadors, amb uns incentius econòmics iguals o superiors als concedits normativament als Centres Especials d'Ocupació.

Sisè, i darrer, **sobre les quotes de reserva** de 2% que obliga a les empreses de més de 50 treballadors, i del 3% que obliga a l'Administració, és preferible deixar-ho així, tot aportant **iniciatives positives en lloc de punitives** que puguin afavorir el seu compliment -com la recent Llei 13/1995, de 18 de maig, de Contractes de les Administracions Públiques, disposició addicional 8ena, que atorga preferència de contractació a les empreses que compleixin amb el 2%- o oferint uns **serveis de suport i incentius** als empresaris per ajudar-los a complir la llei. En aquest sentit, consideram completament erroni perseguir, penalitzar, multar o fins i tot suggerir alternatives al compliment d'aquesta llei (no importa que ho facin altres països del nostre entorn), tant més quan les alternatives no van precisament a fomentar la integració laboral tal com s'ha definit aquí, sinó tot el contrari. **Als empresaris no se'ls ha de demanar diners, únicament se'ls ha de demanar ocupació i facilitar-los-ho.**

6.- La AESE connectada amb la EUSE i la WASE

Abans d'acabar, vull dir només unes paraules sobre l'**Associació Espanyola de "Supported Employment"** (AESE) i les seves connexions amb altres organitzacions internacional homòlogues. La nostra ONG va néixer el 1993 per difondre i promoure el Treball amb Suport a Espanya i contribuir així a la integració laboral de centenars de persones. Està prou ben connectada amb la **European Union of Supported Employment (EUSE)**, formant part de la seva junta directiva, i a través d'aquesta amb la **World Association of Supported Employment (WASE)**, que es creà el mes de maig d'enguany.

La nostra voluntat és servir a qualsevol organització o entitat del nostre país, per petita que sigui, que vulgui posar en marxa o desplegar qualsevol iniciativa d'Ocupació amb Suport per a persones amb alguna

limitació física, psíquica o sensorial. Per això, hem presentat un gran projecte -de la mà de la Universitat de Salamanca, del Real Patronato de Madrid i de la Fundació EMI, de Barcelona- a la Unitat Administradora del Fons Social Europeu (Iniciativa Ocupació-HORIZON) que, d'aprovar-se, podrà cobrir molts projectes locals d'Ocupació amb Suport i contribuir al floriment d'aquesta línia d'integració laboral a Espanya.

D'altra banda, estam treballant ja en perspectiva europea en el Programa HELIOS II on coordinam el Grup núm. 10 ("Supported Employment") de la Secció d'Integració Econòmica; i començam a col·laborar modestament amb països sud-americans que estan començant a fer les primeres passes per incidir en aquesta línia d'actuació en el continent americà.

Des d'aquesta dimensió internacional, ens adonam del creixent impacte que l'Ocupació amb Suport té en molts països, en les persones, en les organitzacions i els governs. Des de la nostra organització estam disposats a col·laborar com millor sapiguem amb l'Administració i amb qualsevol entitat o persona preocupades per la plena inclusió social de les persones amb discapacitat perquè, a través de l'ocupació integrada, puguin aconseguir una millor qualitat de vida.

REFERÈNCIES

- BELLVER, F. (1993): **El Empleo con Apoyo en España**. *Siglo Cero*, vol. 24 (5), núm. 148, 55-61.
- BROWN, L. (1989): **Criterios de funcionalidad**. Barcelona: Milán, Fundació Catalana per a la Síndrome de Down.
- COMISIÓN EUROPEA (1994): **Libro blanco. La política social europea**. Un paso adelante para la Unión. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, cap. VI, 22.

-
- EVERSON, J.M. (1992): **Glossary of supported employment terms and concepts**. A WEHMAN, P. et al.: *Supported employment strategies for integration of workers with disabilities*. Boston: Andover Medical Publishers.
- INGE, K.; BARCUS, J.M.; BROOKE, V.; EVERSON, J. (1991): **Supported employment staff training manual**. Virginia Commonwealth University, Rehabilitation Research and Training Center.
- INSTITUTE ON COMMUNITY INTEGRATION (1990): **Competency-based training for Supported Employment Personnel**. University of Minnesota
- MATSON, J.L. i RUSCH, F.R. (1986): *Quality of life: Does competitive employment make a difference?* A F.R. RUSCH, Ed.: **Competitive employment issues and strategies**. Baltimore: Paul H. Brookes.
- MCCORMACK, B.; RAFFERTY, M.; LYNCH, C. (1990): **Values to practice**. A practical course in Normalisation for front line staff. Dublin: Open Road, St. Michael's House.
- MCCLOUGHLIN, C.; GARNER, J.B.; CALLAHAN, M. (1987): **Getting employment, staying employed**. Baltimore: Paul H. Brookes.
- O'BRIEN, J. i LYLE, C. (1989): **Framework for Accomplishment**. Georgia: Responsive Systems Associates.
- SCHALOCK, R.L. (1988): *Critical performance evaluation indicators in supported employment*. A P. WEHMAN i M.S. MOON (Eds.): **Vocational rehabilitation and supported employment**, 163 - 174. Baltimore: Paul H. Brookes.
- TURNER, E. (1995): **Self-Advocacy: Leadership Institute**. Presentació en el VIIIè Congrés Nacional sobre Supported Employment. Norfolk (VA). Virginia Commonwealth University and RRTC. Richmond (VA).
- VERDUGO, M.A. (1994): **El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR**. *Siglo Cero*, vol. 25 (3), núm. 153, 5-24.
- WEHMAN, P. (1988): *Supported Employment: toward zero exclusion of persons with severe disabilities*. A P. WEHMAN i M.S. MOON: **Vocational rehabilitation and supported employment**, 3 - 16. Baltimore: Paul H. Brookes.
- WEHMAN, P. i KREGEL, J. (1992): *Supported employment: growth and impact*. A P. WEHMAN et al.: **Supported employment, strategies for integration of workers with disabilities**, 3 -28. Boston: Andover Medical Publishers.
- WOLFENBERGER, W. (1972): **The principle of Normalization in human service**. Toronto: National Institute on Mental Retardation, York University Campus, Downsview.
-

En el número 3 del Full informatiu. Acció Social de juliol de l'any passat, publicàvem una notícia que feia referència a les LLars del Menor. En ella s'informava que des d'aquest recurs "... donant continuïtat a una tasca ja iniciada en anys anteriors, han encetat una col·lecció de documents tècnics de suport a la intervenció educativa".

Aquests documents eren, el primer, un de Primers Auxilis, i, el segon, El Suport Escolar a la LLar. D'aquest darrer és del que hem de parlar ara.

Els responsables de les llaretes es posaren en contacte amb aquesta redacció per estudiar les possibilitats de publicació de dits documents.

El que ara publicam es va veure que era un tema que anava brodat per a la revista Alimara i es féu el comentari als seus redactors.

Aquests en prengueren nota, els agradà la idea i hi introduïren un seguit de canvis fins a arribar al document que segueix i que porta per títol "El Suport Escolar a la vida quotidiana d'una LLar Funcional". Es tracta d'un estudi acurat que pot servir de quadern-guia a tots els professionals que treballen aspectes socio-educatius amb infants institucionalitzats.

En són les seves autores Antònia Cerdà, Margalida Mercant i Maria Victòria Secall, totes elles de l'Equip Tècnic de LLars del Menor.

EL SUPORT ESCOLAR A LA VIDA QUOTIDIANA D'UNA LLAR FUNCIONAL

Antònia Cerdà, pedagoga,
Margalida Mercant, diplomada en T.S. i
Maria Victòria Secall, psicòloga.
Equip Tècnic de Llars del Menor.
Consell Insular de Mallorca

INTRODUCCIÓ

Per als infants que viuen en una llar funcional, l'escola és un dels llocs de trobada continuat amb altres infants normalitzats; una bona adaptació escolar afavorirà la seva integració i sociabilitat. Així mateix, l'èxit escolar (els seus progressos en el rendiment i aprenentatge) té una gran importància per a la seva autoimatge i per equiparar-se a la resta de companys. De cara al futur, la seva trajectòria escolar condicionarà decisivament les possibilitats d'inserció personal i laboral com un membre actiu de la societat.

Dins l'activitat educativa d'un centre residencial de menors, l'estudi ha d'ocupar un lloc preferent. Ens referirem a l'estudi en un sentit ampli: no sols aquell temps que es dedica a realitzar les tasques escolars, sinó també totes aquelles altres activitats de la vida quotidiana que ajuden a desenvolupar **habilitats bàsiques** necessàries per als aprenentatges escolars.

L'APRENTATGE

"Proceso mediante el cual un sujeto adquiere destrezas o habilidades, incorpora contenidos informativos o adopta nuevas estrategias de conocimiento y acción" (Diccionario de C. de la Educación. 1983).

- En tot procés d'aprenentatge cal tenir present els següents aspectes:
- **La motivació:** L'aprenentatge s'inicia amb un procés de motivació que mobilitza les energies de l'estudiant vers l'acte d'aprendre. Mitjançant la motivació la persona s'obre activament cap als estímuls per tal d'interpretar-los, processar-los i integrar-los als coneixements ja existents. Si no hi ha motivació, se n'ha de crear; i si hi ha una motivació negativa s'ha de canviar. La motivació ha de donar sortida a les expectatives i els interessos de cada individu.

- **La percepció:** És la recollida d'informació a través dels sentits, és el moment de la codificació, de "l'input" o entrada de dades. Hi ha moltes percepcions que es realitzen allunyades de l'objecte sensible, són les percepcions induïdes a través del llenguatge i la lectura. En la percepció es manté sempre una relació "d'aquí i ara" amb les dades.
- **La integració de la informació:** Els nous coneixements tenen significat mitjançant les estructures cognitives organitzades del subjecte mateix, és a dir, dels coneixements previs. En paraules d'Ausubel: "Si hagués de reduir tota la psicologia educativa en un sol principi, enunciaria aquest: el factor particular que més influeix en l'aprenentatge és el que l'alumne ja sap. Descubrim això i ensenyem en conseqüència".
- **L'atenció selectiva:** És una capacitat de l'organisme que permet centrar-se en una part de la informació o del missatge, ignorant la resta. Es tracta d'un recurs de l'organisme per alleugerir la sobrecàrrega informativa a la qual el subjecte està sotmès en nombroses ocasions. Sense aquesta capacitat focal de l'atenció, l'experiència humana esdevindria un veritable caos i quedaria totalment desorganitzada.

En l'exercici de l'atenció, hi influeixen sempre: les limitacions dels sentits, l'estat anímic, el grau de novetat de la tasca, la intensitat dels estímuls i el nivell de fatiga.

- **La memòria:** Retenció i emmagatzematge a curt o llarg termini de la informació. També entenem la memòria com a record de les estructures prèviament emmagatzemades, amb capacitat d'evocar-les en un moment determinat. La memòria es fa necessària per a la interiorització de conductes i habilitats, i també per a la detecció i el reconeixement d'informacions.

Tota activitat d'aprenentatge cal que estigui fonamentada en el subjecte que la rep per tal de potenciar la seva **autoestima i autonomia personal**.

LA INSTITUCIÓ I L'ESCOLA

La infància és el període clau en la formació de la personalitat i el desenvolupament intel·lectual. L'infant tendeix, espontàniament, a incorporar els aspectes socials i intel·lectuals de la societat en la qual es troba. Per això fa una constant demanda a l'adult i al seu entorn. No sempre rep una resposta satisfactòria a la seva demanda i llavors es produeix el desequilibri que dificulta el normal procés maduratiu de cada individu.

Els nins institucionalitzats, freqüentment no han rebut una resposta adequada a la seva demanda d'aprenentatge i maduració. La manca d'estímuls adequats i les situacions de risc viscudes, solen provocar disfuncions en el seu desenvolupament. La desestructuració familiar i la falta de models adequats poden provocar manca d'hàbits intel·lectuals, poca autonomia i problemes d'adaptació.

L'escola per si mateixa no pot motivar suficientment el nin cap a l'aprenentatge. Normalment són la família i l'escola les que assumeixen la tasca d'estimular el desenvolupament intel·lectual de l'infant. En el nostre cas són la institució i l'escola.

Aquesta tasca de suport a l'aprenentatge escolar té tres exigències fonamentals:

- El contacte regular amb els mestres del nin.
- El respecte d'un temps diari dedicat al treball personal.
- La realització d'activitats en la vida quotidiana que afavoreixin el desenvolupament i l'aprenentatge en general.

COM AFAVORIR L'ESTUDI MITJANÇANT LA VIDA QUOTIDIANA

L'organització de la vida quotidiana és l'element educatiu fonamental d'una llar funcional. Independentment de la importància que donem a l'estudi i a l'adaptació escolar, l'estructura de vida quotidiana que tingui cada llar pot ésser afavoridora o dificultadora de la tasca escolar.

No es pot oblidar un aspecte que afecta la majoria de nins institucionalitzats i és un significatiu retard escolar que dificulta la seva adaptació en aquest àmbit. Això fa que la creació d'una atmosfera favorable a l'estudi tingui, en el nostre cas, dificultats afegides de les quals hem d'ésser tots conscients.

Aquesta tasca d'afavorir l'estudi inclou, almanco, quatre aspectes:

- l'organització del **temps**,
- la disposició de l'**espai**,
- les **actituds de reforç** de les tasques escolars per part del personal educatiu, i
- les **activitats quotidianes** que afavoreixen l'aprenentatge.

I.- Pel que fa a l'**organització del temps**, és important no caure en dos extrems igualment perniciosos: la sobrecàrrega d'activitats i l'absència d'estímul.

Cada dia hi ha d'haver moments d'activitat planificats per l'educador (per a tot el grup o individualment), però també moments personals per dedicar-los a l'oci, la intimitat o l'estudi. La vida quotidiana de la llar ha que provocar moments de gran grup, de petit grup i moments individuals, evitant el perill que el nin institucionalitzat visqui sempre "en col·lectivitat".

Per això és important delimitar "temps de respecte a l'activitat aliena", en què uns puguin estar estudiant, altres llegint, altres dedicats a tasques manuals etc..., segons l'edat, els interessos i les necessitats.

Quan no es tenen aquests hàbits o amb nins molt petits caldrà anar introduint aquests "temps" d'una manera molt reduïda (15 o 30 minuts diaris); aquest temps s'anirà allargant a mesura que es vagi interioritzant l'hàbit o l'edat del nin ho permeti. Des del Cicle Secundari, s'ha d'ajudar el nin perquè s'organitzi el temps que necessita per a l'estudi (**horari setmanal d'estudi**) i iniciar-lo en les **tècniques d'estudi**.

II.- La disposició de l'espai es també facilitadora de l'estudi i l'activitat individual.

No es pot pretendre que ningú se senti motivat a estudiar en un lloc on, a la vegada, altres estan jugant, cridant o mirant la TV, encara que d'aquesta manera estiguin tots a l'abast de l'educador.

Tampoc no es tracta de mantenir un aula supervisada per un o uns quants adults on es forci la concentració i l'estudi, ja que suposaria una mena de prolongació de la jornada escolar més enllà del que és raonable. I amb el perill que el nin acabi estudiant només quan el col·loquen en un aula i el vigila un adult sense arribar a interioritzar l'estudi com quelcom personal.

Cada nin hauria de disposar del seu **racó personal** on es pogués retirar per estudiar, llegir, pintar, escriure, etc. En principi aquest lloc ha d'estar en el seu dormitori o en una sala propera on ell disposi d'una taula i una estanteria per al seu material de feina i les seves coses. Encara que suposi més risc de deteriorament de material, és en el lloc més proper possible a l'activitat quotidiana del nin on han d'estar les seves coses.

III.- El tercer aspecte a ressenyar és el de les actituds reforçadores dels adults.

L'infant necessita molta maduresa per poder valorar l'estudi per si mateix i ésser capaç d'esforçar-se per a futures compensacions que es troben fora del seu horitzó temporal. Fins ben entrada l'adolescència difícilment participarà en tasques que no siguin gratificants per si mateixes si no es dona una pressió social -explícita i implícita- per a la seva realització.

Per a qualsevol infant, l'actitud vers l'escola que puguin tenir les persones que l'envolten representa un factor motivacional essencial. El nin arriba a percebre les qüestions escolar com un tema de molta vàlua i dona sentit a l'esforç si cada dia li demanen com s'ha desenvolupat la jornada, interessant-se pel que aprèn o pels deures, si es posen en contacte amb el professor per tal d'intercanviar informació, si es concedeix importància (en justa mesura) pels resultats obtinguts preocupant-se quan hi ha baix rendiment, si s'afavoreix la realització de les tasques escolars, etc.

A una institució aquestes actituds reforçadores no sorgeixen espontàniament com en els pares sinó que han d'esser deliberades i planificades per l'equip educatiu i, si el cas ho requereix, han d'esser revisades amb l'assessorament dels tècnics o equips de suport.

IV.- El darrer element que cal recollir és el de les **activitats quotidianes** que serveixen de suport a l'aprenentatge.

L'activitat de l'educador amb el grup no és el resultat de la improvisació ni de la seva capacitat per entretenir els infants, sinó que es regeix per uns criteris educatius.

L'elecció dels jocs que l'educador proposa o inicia; la selecció de joguines, de llibres i de materials d'activitats; la dinàmica en què es realitzen les activitats rutinàries d'ordre, neteja i alimentació; les ofertes per a l'oci i el temps lliure... han d'esser programades i estructurades per l'equip educatiu.

Moltes d'aquestes activitats poden reforçar els aprenentatges escolars sense perdre el seu caràcter lúdic o recreatiu i són uns dels recursos fonamentals de l'educador per afavorir el desenvolupament harmònic del nin i la seva integració.

ESTRATÈGIES PER REFORÇAR LES HABILITATS BÀSIQUES

Entre totes les **habilitats bàsiques** que ha d'adquirir i desenvolupar un subjecte al llarg del seu procés d'aprenentatge i que el faran capaç d'esser una persona activa en la societat, podríem destacar les següents:

- 1.- Comunicació i expressió
- 2.- Orientació espàcio-temporal
- 3.- Habilitat manual
- 4.- Observació-atenció
- 5.- Memòria
- 6.- Ordre i neteja
- 7.- Cooperació i treball en equip
- 8.- Hàbit lector
- 9.- Destresa numèrica
- 10.- Reflexió i resolució de problemes.

A l'escola aquestes habilitats han de ser dosificades, estructurades i planificades pel mestre per tal d'aconseguir resultats òptims. A la llar, l'educador ha de conèixer el nivell en què es troba a cada una d'elles el nin per tal d'afavorir, des de l'activitat quotidiana, el seu desenvolupament.

La planificació de l'educador ha d'incloure també les estratègies per tal de potenciar aquestes habilitats. És a dir, un pla flexible i adaptable a les circumstàncies i mitjans disponibles, que prevegi el reforç d'aquests aspectes.

A continuació se suggereixen una sèrie d'**estratègies** globals a tenir en compte a l'hora de planificar:

- Adequar els objectius proposats als interessos i les capacitats de cada nin.
- Estimular la manipulació, l'observació i l'experimentació sensorial en condicions de seguretat.
- Crear condicions en què el nin pugui fer "els seus experiments" en relació a si mateix, als altres i als objectes.
- Promoure situacions on el nin hagi d'optar, elegir, prendre decisions i viure'n conseqüències.
- Facilitar l'experiència del temps i l'espai.
- Estimular la curiositat, la creativitat i la fantasia dels nins.
- Crear situacions d'expressió dels sentiments, emocions i opinions pròpies, i d'atenció escolta als dels aliens.
- Apropar el nin al goig lúdic d'elements culturals fonamentals com la lectura, l'escriptura, la pintura, la música, etc.
- Proposar al grup responsabilitats que promoguin el respecte d'allò que és col·lectiu i d'allò que és individual.
- Posar al seu abast materials educatius atractius, utilitzables espontàniament o amb la motivació de l'educador.
- Reforçar i estimular el nin en cada una de les passes aconseguides, per petites que semblin.
- Avaluar periòdicament els avanços aconseguits.

Aquests criteris generals es concretaran en les **activitats** que l'educador proposi (a partir dels interessos dels nins) o que sorgeixin espontàniament d'ells, facilitades o reforçades per l'educador; i convenientment planificades faran possible la consecució de les habilitats que pretenem.

CONVÉ RECORDAR QUE?

- Les dificultats que alguns nins tenen respecte a la lectura, escriptura, càlcul..., no es resoldran repetint el que fan malament.
- S'han de cercar altres activitats de lectura, escriptura, càlcul... que siguin diferents de les que fan a l'escola; que els agradin més i els surtin bé, però que aconseguixin els mateixos objectius.
- Els deures com a activitat escolar donen seguretat al nin i són un bon canal d'informació entre l'escola i els educadors.
- Només les activitats que relacionen els conceptes adquirits amb els nous són significatives per al nin. Aquí es veu la importància de la coordinació amb el professor del nin. Aquest seria el primer objectiu de la comunicació del professor i l'educador.

SUGGERIMENTS PER A ACTIVITATS DE REFORÇ

Recollim a continuació propostes d'activitats que es poden realitzar dins el marc del "temps d'estudi" o del "temps lliure", però que tenen una incidència directa sobre l'aprenentatge del nin (cobreixen buits o reforcen aquells aspectes que per a alguns nins són més difícils d'aprendre).

1.- Per reforçar la COMUNICACIÓ I L'EXPRESSIÓ (capacitar l'infant per a comunicar-se de forma oral, escrita, plàstica i corporal).

- Exercicis articularis
- Imitació d'animals
- Expressió i comprensió mímiques. Dramatització.
- Cançons, poemes, refranys, endevinalles i embarbussaments.
- Música: audicions, representacions i cançons.
- Complementar i reforçar el mètode de lecto-escriptura
- Lectura i escenificació de contes
- Xerrar d'un tema concret i escriure'l
- Realitzar activitats amb instruccions escrites: receptes de cuina, jocs reglats,...
- Col·loquis
- Descripcions
- Lectures dirigides, silencioses i en veu alta, fent-ne un resum

2.- Per reforçar l'ORIENTACIÓ ESPÀCIO-TEMPORAL (Ser capaç de situar-se a l'espai i al temps).

- Assenyalar les parts del cos
- Jocs d'identificació del cos
- Jocs a espais tancats i oberts
- Jocs de lateralitat: (dreta-esquerra, mar i terra...)
- Jocs amb el rellotge de busques
- Jocs amb el calendari
- Jocs rítmics
- Jocs de pistes
- Parxís, oca, ...

3.- Per reforçar l'HABILITAT MANUAL (aconseguir una adequada psicomotricitat fina apta per al treball i la satisfacció personal)

- Jocs de cartes
- Jocs d'encaixar i engranatge
- Jocs d'enfilar (collars, polseres, bosses, etc.)
- Jocs de bolles, xapes, baldufa, bitlles, futbolí, etc.
- Jocs amb les mans: ombres xineses, gomes, cordons, etc.
- Modelatge: fang, plastilina, pasta de paper, ...

- Retallables: (fabricació pròpia o comprats): pepes, vestits, maquetes, etc.
- Fabricació de ninots: (cosir, pintar, fer calça, omplir, ...)
- Construccions amb deixalles
- Diaporama (diapositives casolanes)
- Guinyol: confecció dels personatges, construcció del teatre, màscares, ...
- Confeccionar decorats per a escenificacions i dramatitzacions
- Acompanyament de cançons amb siulets, potades, picar de mans, instruments...
- Papiroflèxia: amb diaris, revistes, paper xarol, seda...
- Reforç amb activitats quotidianes: vestir, desvestir, embotonar, fermar, plegar, cosir...

4.- Per reforçar l'OBSERVACIÓ i l'ATENCIÓ (millorar la percepció sensorial, potenciar la concentració i autocontrol de la imaginació).

- Jocs d'observació-atenció: Kim, gimcana, telegrama, calent-fred, veig-veig, el cap mana, a la recerca del tresor...
- Passatemps: il·lusions òptiques, jeroglífics, sopa de lletres o nombres, dibuixos amagats, descobriment d'errors
- Trencaclosques
- Escacs, dames
- Laberints
- Jocs de percepció sensorials (potenciar els sentits tapant-ne totalment o parcialment un):
 - Amb els ulls tapats: reconèixer companys, objectes, etc.; indicar procedència d'un so; reconèixer gusts; gallina cega...
 - Jocs de màscara
 - Endevinar personatges contestant sí o no
- Observar animals (mirar, tocar, escoltar) que es trobin a l'abast

5.- Per reforçar la MEMÒRIA (desenvolupament de l'habilitat memòrica)

- Jocs diversos, controlats per l'adult, per exercitar la memòria:
 - de colors
 - visual d'objectes
 - visual de xifres
 - visual de paraules
 - visual gràfica
 - visual de frases
 - auditiva de paraules
 - auditiva musical
 - poètica

- associativa
- seqüencial
- tàctil
- espacial

6.- Per reforçar l'ORDRE i la NETEJA (manifestar un comportament adequat a les situacions quotidianes)

- Comportament a taula: utilitzar sense dificultat els coberts, servir, menjar correctament
- Conductes d'higiene personal adequades a l'edat
- Cura de la roba i l'aspecte personal
- Cura del dormitori: llit, decoració...
- Cura dels llocs d'ús comú i públics

7.- Per reforçar la COOPERACIÓ i el TREBALL EN EQUIP (potenciar la cohesió del grup, i també l'autoestima i l'autonomia personal)

- Jocs amb parelles i grup
- Jocs d'equip
- Assemblees i reunions
- Assumpció de rols (posar-se al lloc de l'altre)
- Confecció de revistes, murals...
- Dramatitzacions

8.- Per reforçar l'HÀBIT LECTOR (Aconseguir el gust per la lectura)

- Animació a la lectura
- Lectura diària, afavorint l'accés als llibres
- Lectura dirigida: individual i grupal
- Escenificacions de lectures
- Pintura del que s'ha llegit
- Resums
- Llegir contes a nins més petits
- Fer-se soci de qualche biblioteca.

9.- Per reforçar l'HABILITAT NUMÈRICA (manipular adequadament el càlcul numèric, aguditzar l'enginy matemàtic, lògic i geomètric)

- Manipulacions numèriques amb loteria, dominó, daus i monedes
- Confecció de codis i missatges secrets
- Càlcul mental
- Mesuraments d'objectes i persones amb unitats naturals i artificials
- Escales i proporcions. Plànols i retolacions
- Lògica: miniarc
- Passatemps, jocs de mistos i escuradents
- Ordenació d'històries

- Analogies entre dibuixos
- Tamgram
- Geometria: dibuixos i construccions a partir de formes geomètriques
- Laberints. Figures ocultes

10.- Per reforçar la REFLEXIÓ I RESOLUCIÓ DE PROBLEMES (aprendre a definir, interpretar, representar i planificar la solució a qualsevol problema, avaluant-ne els resultats)

- Percepció d'igualtats i diferències
- Classificació
- Seriació
- Analogies
- Formulació d'hipòtesis

BIBLIOGRAFIA

Aportació documental del Departament d'orientació Educativa. Consejería de Educación. Comunitat de Madrid.

ALLIENDE, F. i altres. *Fichas de lenguaje y lectura comprensiva/3*. CEPE. - Madrid, 1987.

BARBERO SAMPEDRO, C. y otros (Grupo Azarquiel). *En acción. Matemáticas*. Editorial S. M., Madrid 1987

BELTRAN, J. *Procesos, estrategias y técnicas de aprendizaje*. Síntesis Psicología - 1993.

BLADE, D. y otros. *Casos policíacos para resolver*. Editorial Edebé.

BRUNET GUTIERREZ, J. J. *Tutoría con adolescentes*. Ediciones San Pío X - 1988

BUSTOS SANCHEZ, I. *Fichas de lenguaje y lectura comprensiva/1 y 2*. CEPE - 1987

DOMÍNGUEZ, M. J. y otros. *Programa de desarrollo escolar para alumnos lentos*. Didascalía - 1983

DOSSENA, G. P. *100 juegos para niños*. Editorial Montena - 1988

-
- FERNANDEZ BAROJA, M. F. y otros. *Ejercicios de recuperación de cálculo*. CEPE - 1989
- FROSTIG, M. y otros. *Programa para el desarrollo de las percepción visual. Niveles elemental, intermedio y avanzado*. Editorial Panamericana - 1984
- GOPLERUD, D y otros. *La recuperación escolar por secuencias de aprendizaje*. Editorial CEAC - 1985
- GOSALBEZ CELDRAN, A. *Ejercicios de atención, concentración y memorización*. CEPE -1985
- GOSALBEZ CELDRAN, A. *Ejercicios de razonamiento abstracto y razonamiento numérico*. CEPE - 1985
- GOSALBEZ CELDRAN, A. *Ejercicios de factor verbal*. CEPE - 1982
- MASNOU, F. *Els Materials*. Eumo Editorial - 1988
- MONFORT, M. y otros. *Comics para hablar 1 y 2*. CEPE - 1987
- MONTULL, J. A. *Pruebas de ingenio*. Editorial Edebé
- RIUS, M. D. y otros. *Colección técnicas de lenguaje*. Editorial Seco Olea - 1983
- RIVERA GOMEZ, J. J. *Problemas divertidos/1 y 2*. Editorial Alamo - 1982
- SEGARRA, LL. *Polimat (cuadernos)*. Editorial Teide
- SEGARRA, LL. *Matemática recreativa*. Editorial Teide
- STOCK, C. y otros. *Enseñar a pensar. Desarrollo de la actividad intelectual en los primeros años. Ejercicios prácticos*. Editorial Martínez Roca - 1986
- TONUCCI, F. *Els Materials*. Eumo Editorial - 1988
- TORRE ALCALA, A. DE LA. *Ejercicios perceptivos-motores de orientación espacial*. CEPE -1984
- TORRE ALCALA, A. DE LA. *Nuevos ejercicios temporales*. CEPE - 1987
- VALERO, J. M. *La escuela que yo quiero*. Editorial Gram - 1989
- VALLES ARANDIGA, A. y otros. *Cómo estudiar, ejercicios prácticos*. CEPE - 1986
- VILANOVA PEÑA, J. M. *Recuperación y desarrollo de la memòria*. CEPE - 1985
- VILANOVA PEÑA J. M. *Recuperación y desarrollo de la comprensión y expresión*. CEPE - 1988
- VILANOVA PEÑA, J. M. *Recuperación de la atención*. CEPE - 1988
- YUSTE HERRANZ, C. y otros. *Progresint. Programa para la estimulación de las habilidades de la inteligencia (Ciclos: inicial y medio)*. CEPE - 1989
-

L'Equip de Gent Gran del Servei d'Acció Social i Sanitat compta entre els seus projectes i des de l'any passat, amb un que té per objectiu l'ajut i suport a les persones que cuiden a persones majors.

Josefina Santiago i Tòfol Sastre, professionals d'aquest Equip i amb l'article que conforma aquest bloc, intenten fer una anàlisi del treball engegat durant aquest temps i de la informació extreta de les persones amb les que s'ha treballat, tant del seu perfil (bàsicament dones), com del procés de convertir-se en cuidador i la problemàtica i les necessitats de les persones que cuiden d'altres.

Per tant, un document que ens ofereix una primera aproximació a un treball nou a la nostra Illa. Un treball que no disposa de literatura publicada a revistes del nostre àmbit illenc, buit que pot començar a omplir aquest article.

Josefina Santiago, psicòloga, i
Tòfol Sastre, treballador social,
de l'Equip de Gent Gran
del Consell Insular de Mallorca

Aquest article és el resultat del treball iniciat a començaments de l'any 1994 amb les persones que cuiden majors de 65 anys. Es basa en entrevistes en profunditat i en l'estudi i l'intercanvi d'altres experiències. Algunes de les afirmacions que s'hi fan són hipòtesis fonamentades en l'experiència, altres són conclusions contrastades.

La reflexió està estructurada sobre la base de tres aspectes centrals:

- L'estructura familiar i l'especialització femenina del rol de cuidador
- El procés de convertir-se en cuidador
- La problemàtica i les necessitats dels cuidadors

Estructura familiar i sexe dels cuidadors

Hi ha un tema fonamental per poder comprendre el paper dels cuidadors -ja que no és freqüent trobar-los fora dels vincles de parentiu⁽¹⁾: l'estructura i la dinàmica de les famílies. Es pot dir que els cuidadors exerceixen aquest rol en famílies tradicionals, de manera que sempre s'hi troben algunes constants: presència de les dones dedicades a la llar, convivència en un mateix àmbit territorial, relació de parentiu reforçada pel contacte habitual, etc. Això no vol dir que no hi hagi cuidadors en les noves formes de convivència, però és molt més difícil, ja que les característiques d'aquestes limiten les possibilitats de les formes de suport mutu tradicionals.

Les sòlides relacions domèstiques que caracteritzaven abans les llars nuclears s'estan redefinint, com a conseqüència de la reducció generalitzada del temps de convivència a la mateixa llar de membres de diverses generacions, la desaparició de les llars formades per més d'un nucli familiar, la reducció del nombre de membres de la llar, i el fenomen del creixement de les llars unipersonals.

A la família tradicional, en les formes més normalitzades d'organització de la convivència, s'hi dona una certa divisió de papers i les

dones hi assumeixen la responsabilitat de la cura dels altres (fills, disminuïts, malalts...). La cura de les persones grans, doncs, recau bàsicament en les dones. Són les filles -o les nores- les qui s'encarreguen de les persones de generacions anteriors; les mullers, dels marits.

El procés de convertir-se en cuidador

Convertir-se en cuidadora és un procés que, bàsicament, té dos tipus de trajectòries: la relativa a les persones que progressivament hi esdevenen, i la d'aquelles persones que de forma sobtada s'han de fer càrrec d'alguna persona gran.

Un grup important de cuidadors no hi esdevé en un moment determinat, sinó que ho fa de manera progressiva, a mesura que la persona gran envelleix i va requerint atencions. També es troben persones que, per un accident o una malaltia, es converteixen en cuidadors per un període de temps breu, en el qual hi ha hagut un procés per a la negociació de la futura situació perquè ja se'n tenia una expectativa molt clara. La progressivitat implica convivència o relació normalitzada i freqüent, i també referents normatius i afectius respectuosos amb el costum.

Tots aquests cuidadors, que anomenarem **cuidadors progressius**, generalment han viscut, sempre o durant molts d'anys, amb la persona gran. En alguns casos, quan el fill o la filla es casen, la nova parella se'n va a viure a casa dels pares. En altres casos, una filla que es queda fadrina es fa càrrec dels grans; sol ser, freqüentment, la gran o la petita, o en tot cas, l'única entre els germans que és de sexe femení. Hi ha altres casos, com ara el fet d'envellir en parella i, amb menys freqüència, el retorn d'una de les filles a la llar dels pares quan s'ha separat del marit.

Les dues situacions esmentades pel que fa al cuidador progressiu no són viscudes amb tensió, no hi ha ansietat en el moment crític de prendre la decisió de fer-se càrrec dels grans. Tot i que l'atenció suposi una activitat addicional, la família es va acomodant progressivament a la nova situació i a les noves exigències, encara que la malaltia o l'accident siguin sobtats. No hi ha cap conflicte perquè hi ha hagut prou temps per poder adaptar-se a la nova situació i reorganitzar les relacions i els hàbits.

L'altra possibilitat de convertir-se en cuidador es produeix en un moment concret, bé per la viudetat de la persona gran, bé per una malaltia sobtada o bé perquè es fa palès que aquella persona no pot continuar vivint tota sola pel risc que això comporta. Aquests cuidadors, els anomenem **cuidadors sobrevinguts**.

En aquestes situacions no sol haver-hi convivència prèvia, a la mateixa casa, amb la persona gran. Els familiars decideixen crear una nova relació cuidador-cuidat que no existia abans. El fet d'assumir el paper de cuidador ha provocat en moltes ocasions conflictes i tensions, no

sols entre ell i la persona atesa, sinó també entre el cuidador i la família extensa, entre el cuidador i la família nuclear i entre la persona cuidada i la família nuclear. Es tracta del tipus de cuidador que manifesta més el seu malestar. Els conflictes sorgeixen perquè la nova situació suposa haver d'adoptar nous rols i porta implícitament un canvi en les relacions familiars, de vegades no suficientment negociades ni amb la família extensa ni amb la nuclear.

En el cas dels cuidadors progressius hi ha una elecció per part de la pròpia persona gran; tria quin dels familiars ha d'assumir el rol de cuidador. Aquesta elecció pot no ésser acceptada, però normalment la persona gran té un cert marge de decisió. L'herència i la tradició són els elements centrals d'aquest poder de selecció. És habitual que la persona triada rebi una part més important de l'herència que la resta de germans. En canvi, en els casos dels cuidadors sobrevinguts, en no haver negociat les qüestions de l'herència, pot suscitar-se o augmentar el conflicte entre els membres familiars. Cal assenyalar que a la Part Forana de Mallorca és habitual tenir una o més finques, quarterades, i casa a la vila.

En els casos dels cuidadors sobrevinguts, la persona gran no sol tenir opció d'elegir; solen ésser els familiars -especialment les dones- els qui decideixen qui se n'encarregarà. En la presa de la decisió hi influeixen factors com la proximitat del domicili, la freqüència de contactes exteriors. La capacitat de selecció del vell és més reduïda.

Tant en el cas dels cuidadors progressius com en el dels sobrevinguts, tot i que la família tengui més d'un membre que es pugui fer càrrec de la persona gran, sols n'hi ha un, el cuidador principal, com a punt de referència en relació a tota la tasca i a totes les relacions exteriors que aquesta genera (anar al metge, gestions amb entitats...). Puntualment, aquest cuidador rep ajuda d'altres membres de la família.

La problemàtica i les necessitats dels familiars cuidadors

El grup de persones entrevistades manifesten que hi ha una dependència total de la persona gran envers el cuidador. Defineixen aquesta dependència com la necessitat constant de la presència del cuidador, ja que l'atenció inclou aspectes domèstics, socials, de medicació, de mobilitat, d'higiene personal, de manteniment físic i d'afecte.

Diuen que no poden deixar-los tots sols; si han de participar en qualsevol acte social, per senzill o bàsic que sigui, ho han de planificar amb temps (reorganització de l'assistència: qui en tindrà cura, a quines hores...) El resultat és que no poden descansar ni físicament ni -sobretot- psicològicament. Aquestes situacions són generadores d'angoixa, d'ansietat, i sempre van lligades a sentiments de pèrdua (manco temps lliure, manco temps amb la parella...) i de renúncia a futurs projectes personals o de parella (viatges, treball ...).

Els cuidadors són capaços de descriure la situació i les dificultats que sorgeixen quan s'ha d'atendre una persona les vint-i-quatre hores del dia, però paradoxalment no actuen per poder descarregar-se'n temporalment. Així, per exemple, posen tot tipus de dificultats perquè una substitució en la tasca els faci fruir d'un temps d'oci sense cap obligació. No solen sol·licitar col·laboració a la família, no es produeixen intents de redefinir el seu paper com a cuidadors entre els membres d'aquesta. Les demandes d'ajuda formal, lligades al servei d'ajuda domiciliària, són per poder moure la persona gran, per a tenir-ne esment de la higiene i no per poder gaudir del lleure.

En general, el vincle entre el cuidador i la persona cuidada és molt intens i hom pot parlar d'una relació de fusió entre el dos. I com més absorbent és aquesta relació de fusió, més evidents són els efectes negatius sobre el cuidador.

En primer lloc, les dificultats de relació, especialment en els cuidadors sobrevinguts, provoquen un desequilibri important en el funcionament de la família. Fan, per exemple, que la parella hagi d'adaptar-se a les noves circumstàncies i que la seva relació esdevingui mediatitzada pel malalt. S'ha observat, també, una disminució important i progressiva de les relacions socials del cuidador, les quals en alguns casos arriben a ser nul·les: amistats, sortides de casa, participació en associacions o entitats ciutadanes, temps lliure ...

D'altra banda, les vivències anteriors poden reactivar-se. Com més temes no resolts entre cuidador i cuidat siguin presents, més dificultosa és la relació entre ells. El malalt, pel fet d'estar-hi, no deixa de ser una part activa de la vida familiar i hi pot manifestar actituds victimistes, de xantatge, fins i tot de tirania.

El cuidador pot passar d'una posició d'omnipresència i exclusió, que arriba al límit de la resistència psíquica i física, a una posició també de víctima, que pot traduir-se en el càstig o les agressions verbals a la persona que en depèn.

En darrer lloc, es troben els problemes que presenta cada cuidador a l'hora d'enfrontar-se a la seva tasca durant moltes hores al dia, i que estan relacionats amb la seva preparació prèvia, amb la seva disponibilitat, amb problemàtiques associades, amb el suport amb què compta. Són relacions que sostenen i afavoreixen cert tipus de patologia; sovint es desenvolupen processos depressius per part del cuidador.

Tot això influeix en la problemàtica del cuidador familiar, centrada especialment en les dificultats per poder crear independència en la relació amb la persona cuidada, en la manca de suport en l'assistència, en la manca d'informació i de preparació, i en la manca d'elaboració que, a nivell personal, ha de fer tot cuidador per enfrontar-se al seu nou procés vital.

Les necessitats dels cuidadors van lligades a la resolució d'aquestes problemàtiques:

- Parlar amb professionals i/o amb persones que es trobin en situacions semblants.
- Necessitat d'informació i de formació per tal d'alleugerir les seves tasques i la percepció de no fer les coses bé.
- El desig que la seva funció sigui reconeguda, i especialment pels familiars més propers. Aquesta necessitat va lligada a l'angoixa per la pròpia vellesa, perquè en estar contínuament enfrontats a les dificultats de l'envelliment, dubten si els familiars assumiran, si cal, aquest paper en el futur. Plantegen que, possiblement, són la darrera generació que estan assumint l'obligació "moral" tradicional d'ocupar-se dels grans fins a les últimes conseqüències. Hom afirma el caràcter residual d'aquesta forma d'ajuda i això només és una percepció, però pot tenir un fonament: és probable que no es continuï amb aquest tipus de cuidadors, però se'n podran trobar que tindran una més gran capacitat de negociació, que obtindran més ajuda familiar d'altres ajudes formals. Aquesta nova situació està relacionada amb el canvi del rol social de les dones, i amb els canvis que s'estan produint en les formes de convivència. Per tant, és important de fer extensible a la resta de la societat, i a les generacions joves, el reconeixement d'aquesta tasca, mitjançant campanyes informatives i divulgatives.
- Recursos com ara el SAD, els voluntaris, les ajudes no tècniques, les estades temporals... per tal de facilitar la tasca assistencial i per poder gaudir de més temps lliure.

La situació actual de la majoria de cuidadors no és una condemna, no estan condemnats a la manca de límits en la seva obligació. Com en altres situacions de relació, és possible de fer-les evolucionar cap a formes més autònomes i ajudar a aconseguir-ho és el que poden fer els diversos professionals: han d'ajudar a elaborar processos personals d'ansietat, a objectivar les situacions, a organitzar les ajudes externes (crear els recursos i administrar-los), a assessorar el procés de renegociació amb la família, en la derivació a serveis especialitzats, en les intervencions específiques (grups d'autoajuda, grups formatius, tractaments terapèutics, ...).

NOTES

(1) No es consideren aquí els casos de cuidadors professionals, com els treballadors familiars o auxiliars, ni cap tipus de relació mediada per un pagament. Tampoc no es consideren els acompanyants ocasionals.

El bloc de toxicomanies que introduïm ara està compost per tres articles, tots ells signats per diferents membres de l'Equip d'Atenció a les drogodependències del Servei d'Acció social i Sanitat.

Al primer el signen Manuela Caparrós i Julia Monge i porta per títol "Abordatge de l'alcoholisme: abans i després de la seva detecció"; és un article que va ser presentat com a ponència al 2n Encontre de Psicologia de Balears, organitzat pel Col·legi de Psicòlegs de Balears i tot i que va ser publicat a una edició del mateix Col·legi, recompilant les diferents ponències, la redacció, conjuntament amb les autores, ha cregut convenient la seva publicació a la nostra revista ja que creïm que d'aquesta manera pot arribar a un públic diferent (encara que el col·lectiu de psicòlegs hi puguin tenir accés per dues vies diferents).

El segueix l'article "Descripció d'un perfil de toxicòmans detectats en fases inicials del procés addictiu", de Manuela Caparrós, Maria Immaculada Capllonch i Fernanda Caro. El document ens parla i descriu 10 casos clínics arran de l'haver detectat, des de l'inici del seu treball, "un grup de pacients joves, de similars característiques entre si, que no havíem trobat descrits a la literatura, ni teníem experiència d'haver atès prèviament".

Tanca el bloc, l'article "Mirar i veure les drogodependències. El diagnòstic de llindar: un instrument per al pronòstic", de Fernanda Caro i Julio Izquierdo. Aquest article intenta aportar instruments metodològics per realitzar l'abordatge dels problemes d'addiccions a les drogues arran de l'experiència aportada pel treball quotidià des de l'Equip del qual formen part.

ABORDATGE DE L'ALCOHOLISME: ABANS I DESPRÉS DE LA SEVA DETECCIÓ⁽¹⁾

Manuela Caparrós Gómez i

M^a Julia Monge Cañellas, *psicòlogues del'Equip
d'Atenció a les Drogodependències, C.I.M.*

Des de la nostra pràctica professional, venim observant una sèrie de circumstàncies que dificulten l'accés de l'alcohòlic i/o la seva família a un servei especialitzat en el tractament de la problemàtica de l'alcoholisme.

Aquest és el motiu pel que ens hem detingut a estudiar algunes de les **causes que dificulten la detecció i abordatge de la dependència alcohòlica:**

En primer lloc, l'acceptació social de l'ús de l'alcohol a la nostra cultura i el **patró de consum actual** han contribuït a l'extensa consideració de l'alcohol com a menys perjudicial que altres substàncies psicoactives.

S'accepta l'ús de l'alcohol i fins i tot l'abús, però no que es sobrepassin certs límits establerts per la mateixa societat, passant de l'acceptació del consum al rebuig del consum excessiu, ja sigui ocasional o constant.

En segon lloc, l'accés de l'alcohòlic i/o la seva família als recursos assistencials sol produir-se a través de demandes o consultes per una problemàtica diferent a l'alcoholisme, encara que directament relacionada amb ella i que pot ser d'allò més variada (salut, escolaritat, econòmica, trastorns psicològics, maltractaments, separació matrimonial...) quedant així l'alcoholisme emmascarat per altra disfunció o patologia. A això s'hi afegeix que **el propi alcohòlic i/o família són els que minimitzen o oculten el consum d'alcohol**, quan possiblement és aquest l'origen del problema expressat.

En tercer lloc, és tasca del professional que rep la demanda re-situar el paper de l'alcohol dins la problemàtica individual i familiar, és a dir **contextualitzar la demanda**. Aquest primer contacte amb l'alcohòlic/a o algun membre de la seva família pot estimular la motivació cap a l'inici d'un tractament i desangoixar els afectats. Per això és necessari que el professional en qüestió, independentment del context en el que estigui treballant, pugui detectar i fins i tot diagnosticar l'alcoholisme.

És suficient que estigui sensibilitzat i informat, i no senti cap temor a abordar aspectes de l'alcoholisme que puguin facilitar la motivació i sen-

sibilització de l'alcohòlic o de la seva família per acceptar iniciar un primer contacte amb un centre especialitzat.

La dependència a l'alcohol fàcilment s'ignora, centrant-se l'atenció en altra patologia o problemàtica que es considera prioritària per ser la que motiva la demanda. Aquest seria el cas del **metge especialista o de capçalera** que se centren en la patologia hepàtica, cardíoc-vascular, digestiva; del **treballador social** que atén les dificultats econòmiques o laborals, o els maltractaments patits pels fills o la parella; de l'**advocat** que tramita una separació matrimonial o altra demanda legal; o del **psicòleg** que aborda la problemàtica de parella o els trastorns afectius de l'alcohòlic o dels seus familiars, o que atén els trastorns de conducta o de fracàs escolar dels fills. Els esmentats professionals poden no tenir en compte la problemàtica alcohòlica per subestimar-la o simplement per "acceptar" amb sentiment d'impotència estar davant un alcohòlic.

La possibilitat per part d'aquests professionals de mantenir un contacte directe amb l'alcohòlic o amb algun membre de la seva família els permet **iniciar una primera aproximació a la problemàtica**, desangoixar, motivar cap a l'inici d'un tractament i **derivar cap a un servei especialitzat**.

Derivar significa haver superat la fase prèvia de detecció que facilita i assegura que l'arribada al servei especialitzat es faci efectiva, que l'alcohòlic o familiar manifestin i exposin la demanda en el servei especialitzat.

Com comenta A. Rodríguez-Martos, el metge de capçalera té un paper "únic" i una relació "única" amb el malalt i el seu entorn. De la seva sensibilitat i comprensió en dependran la **detecció i orientació** correctes que permetin aconseguir els esforços cap a un èxit terapèutic real.

Nosaltres afegiríem que aquest paper "únic" es pot estendre a altres professionals de la salut i del camp social, sobretot pel que fa a treballar la motivació cap al tractament, la derivació a un programa de tractament específic i el seguiment i reforçament de l'evolució en el tractament en els següents contactes que mantengui amb l'afectat i/o la seva família.

Una part molt important del procés, tant des del servei especialitzat com des de la consulta mèdica o psicològica, és la realització del **diagnòstic** de la problemàtica relacionada amb l'alcohol, ja sigui l'abús o la dependència.

Per aconseguir-ho es precisa d'una adequada exploració i avaluació del context situacional de l'afectat i la seva família, que ens permetrà acostar-nos a la vertadera magnitud del problema; és a dir, per poder determinar si ens trobam davant un patró de dependència a l'alcohol o d'un trastorn per abús de l'alcohol.

Al DSM-III la diferenciació entre ambdós termes era la presència o absència d'addicció fisiològica, però al DSM-III-R es considera com a factor diferenciador la intensitat dels símptomes i conductes relacionats amb

l'alcohol. És a dir, "els símptomes de la síndrome de dependència abasten, **sense limitar-se a ella**, els símptomes fisiològics de tolerància i abstinència".

Després d'haver realitzat el diagnòstic s'inicia l'**abordatge terapèutic** amb una sèrie d'objectius a curt, mitjà i llarg termini:

• **A curt termini:**

- Desintoxicació* per aconseguir la superació/evitació de la síndrome d'abstinència.
- Tractament de la patologia associada aguda* (eventual).
- Intervenció social urgent* (eventual).

Tècniques a utilitzar: indicació farmacològica (ambulatoria o hospitalària).

• **A mitjà termini:**

- Abstinència absoluta mantinguda:* a través de la conscienciació i decisió personal (motivació) i resoldre o pal·liar la problemàtica física, psíquica i social; i aturar el deteriorament bio-psico-social.
- Responsabilitat i conscienciació* de l'alcohòlic en el tractament.
- Extinció de la conducta dependent:* adquisició d'hàbits personals i habilitats socials amb l'abstinència a l'alcohol.

Tècniques a utilitzar: interdictors alcohòlics, teràpia individual, familiar i grupal.

• **A llarg termini:**

- Recuperació integral:* consolidació d'actituds i hàbits adquirits durant el procés de tractament. Foment del desenvolupament personal per recuperar i mantenir l'autonomia necessària per poder afrontar les seves dificultats vitals.

L'alcohòlic ha d'aconseguir un estil de vida diferent al que tenia durant la fase activa de l'alcoholisme per facilitar l'adquisició i manteniment d'un millor estat de salut físic i psíquic i de benestar social.

Tècniques a utilitzar: les mateixes que les emprades a mitjà termini, però distanciant de cada vegada més els contactes amb el centre de tractament, fins a aconseguir la plena autonomia.

La relació i comunicació entre els diferents professionals que mantinguin el contacte amb l'alcohòlic i/o la seva família ha de ser fluida i constant per tal d'afavorir la consecució dels objectius plantejats a cadascuna de les fases de la intervenció.

És important destacar que aquesta intercomunicació no s'ha de limitar tan sols als professionals responsables directes del tractament, sinó que també comporta la contínua comunicació de tots els implicats en el seguiment de l'alcohòlic i/o la seva família a les diferents àrees afectades des del primer contacte i fins que finalitza la relació terapèutica, tot intervenint al llarg de tot el procés.

NOTES

(*) Aquest article va ser presentat com a ponència al "2on Encontre de psicologia de Balears", organitzat pel Col·legi de Psicòlegs de Balears, tot figurant a la publicació corresponent.

BIBLIOGRAFIA:

MANUAL ATENCIÓN ALCOHOLISMO. Centros Específicos. Sociodrogalcohol. Grupo de trabajo en alcoholismo. FAD. Madrid, 1994.

STEINGLASS, P.; BENNET, L.; WOLIN, S. y REISS, D. La familia alcohólica. GEDISA. Barcelona, 1989.

RODRÍGUEZ-MARTOS, A. Manual de alcoholismo para el médico de cabecera. SALVAT. Barcelona, 1989.

DSM-III-R. MANUAL DIAGNOSTICO estadístico de los transtornos mentales. 3ª edición. MASSON. Barcelona, 1992.

XVIII Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol. Libro de Ponencias. Barcelona, 1990.

DESCRIPCIÓ D'UN PERFIL DE TOXICÒMANS DETECTATS EN FASES INICIALS DEL PROCÉS ADDICTIU

Maria Immaculada Capllonch Gamundí, *psiquiatra*;
Manuela Caparrós Gómez, *psicòlega i*
Fernanda Caro Blanco, *treballadora social*,
de l'Equip d'Atenció a les Drogodependències. CIM

INTRODUCCIÓ

Des de l'inici del nostre treball en Equip d'Atenció a Drogodependències ens adonarem de la gran varietat de situacions que s'etiquetaven sota el mateix epígraf.

De manera especial ens cridà l'atenció un grup de pacients joves, de similars característiques entre si, que no havíem trobat descrits a la literatura, ni teníem experiència d'haver atès prèviament.

En el present article es descriuen 10 casos clínics de similars característiques, plantejant-se així:

- la importància de la detecció precoç de la toxicomania,
- algunes hipòtesis sobre el seu psicodiagnòstic i
- l'evolució fins el moment actual.

METODOLOGIA

Hem procedit a l'estudi retrospectiu de les històries clíniques del nostre Centre en els darrers sis mesos, recollint així **una mostra que complís les següents característiques:**

- temps de consum de drogues al voltant d'un any de durada (3-18 mesos);
- demanda de tractament realitzada per iniciativa pròpia o familiar, facilitant-la, en el segon cas, per ells;
- no haver abandonat el seu seguiment en el nostre centre des que iniciaren el tractament.

Amb tots ells es formalitzà el *Qüestionari de Tipologia Toxicològica de Cancrini*. Finalitzant-se, així mateix, l'esmentada tipologia per classificar la mostra en els grups descrits.

Oferim a continuació un quadre resum de les 4 tipologies descrites per Cancrini:

- Toxicomania Traumàtica,
- Toxicomania a partir de neurosi actual
- Toxicomania de transició i
- Toxicomania Sociopàtica,

tot atenent les següents variables:

- **Emergència subjectiva:** Característiques que emergeixen en el comportament de l'individu i que són concomitants amb la pròpia toxicomania.
- **Vivència de la droga:** Funció que compleix el consum d'aquesta per l'individu, "per a què" consumeix.
- **Estructura familiar:** Característiques de l'estructura i dels models de comunicació del sistema familiar del drogodependent.
- **Conducta tòxica:** Descripció de la conducta del toxicòman referida exclusivament a la seva relació amb la droga (mode de consum, conseqüències d'aquest), i amb el context terapèutic (demanda o no de tractament, evolució, etc.)
- **Orientació terapèutica:** Característiques del model terapèutic que s'aconsella.

Aquestes tipologies, aplicades a la mostra, s'han interrelacionat amb les variables que segueixen:

- temps de consum,
- via d'administració,
- tractaments anteriors realitzats,
- alteracions biològiques detectades (Hepatitis B i C, HIV)
- característiques socials: edat, sexe, estat civil, estudis, situació laboral i l'existència o no de problemes legals.

TIPOLOGIA	EMERGÈNCIA SUBJECTIVA	VIVÈNCIA DE LA DROGA	ESTRUCTURA FAMILIAR	CONDUCTA TÒXICA	ORIENTACIÓ TERAPÈUTICA
Traumàtica	Trauma psíquic (neurosi traumàtica) Estructura neuròtica pre-existent que desencadena desequilibris	El consum protegeix l'individu d'una fase de pànic o patiment violent. Efecte d'atordiment més que d'obtenir plaer. Alleugeriment davant el trauma	Fills exemplars amb rol parental. Conducta d'evitació de l'elaboració del dol. Dificultats de desvinculació. Dificultats per trobar punts de referència per verbalitzar experiència viscuda. Nucli familiar en situació d'estrés.	Desenvolupament brusc de la dependència. Abús controlat anterior. Ruptura ràpida estil de vida. Conducta autodestructiva i teatral. Consum OH i fàrmacs. Ocultació hàbit.	No aconsellable C. Terapèutica. Teràpia orientada a l'elaboració del dol. Ajudar a la desvinculació amb l'entorn familiar. Teràpia de suport.

TIPOLOGIA	EMERGÈNCIA SUBJECTIVA	VIVÈNCIA DE LA DROGA	ESTRUCTURA FAMILIAR	CONDUCTA TÒXICA	ORIENTACIÓ TERAPÈUTICA
A partir de neurosi actual	Alteracions del comportament: inestabilitat. Estat depressiu. Manifestacions de malestar inespecífic. Neurastènia-neurosi d'angoixa i trastorns psicossomàtics.	Automedicació per compensar estats depressius, ansiosos i malestar inespecífic. Dolorós desafiament i intolerància carregada de provocacions cap a família i terapeutes. "Dramatització" del patiment.	Forta implicació d'un progenitor. Paper perifèric de l'altre. Triangle pervers. Debilitat límits subsistemes. Polaritat fill bo/dolent. Model contradictori. Missatges ambigus i ambivalents.	Connotació depressiva de l'hàbit. Actitud d'exhibició. Consum controlat no greu. Sol·licita ajuda a serveis. Manté relació (entorn, família). Conducta desafiament. Complicitat terapeuta. Selectiva elecció tòxic.	Teràpia estructural-estratègica definició/diferenciació de rols i jerarquies. Aconsellable C.T. (Maxifamília). (Incorporació de l'autoritat). Control dels comportaments simptomàtics a través d'un front unit de pares.
De transició	Organització personal "transitoria": presència simultània i alterada de dinàmiques neuròtiques i psicòtiques. Alternances d'humor.	Recerca d'atorament crònic alternat amb plaer. Importància de l'ús de drogues en el control de l'angoixa, amb risc de suïcidi. Rebel·lió ideològica o tancament depressiu.	Missatges paradoxals i incongruents. Alta mistificació familiar. Relacions conjugals conflictives i insatisfactòries. Implicació ambdós progenitors. Polaritat fracassat/triomfador. Actituds d'auto-sacrifici.	Comportament tòxic ritualista, compulsiu i autodestructiu (descuit). Evolució ràpida. T. nuclear. Dependència secreta, compatible amb l'activitat laboral. Cerquen ajuda tardana. Manipulació terapèutica. Dramatitzacions intenses. Alternen fases selectives.	Intervenció contraparlax: intervencions orientades a l'acceptació de les dificultats i resistències al canvi. Protecció al joc repetitiu. Control del símptoma.
Sociopàtica	Psicòpata o sociopata. Personalitats antisocials proclives a la irreflexió i a l'acting-out. Desordre afectiu.	Embotament de les sensacions i enfravaloració d'efectes i danys. Percepció hostil de l'entorn. Experiència subjectiva sentida com insatisfactòria, dèbil i incompleta.	Model comunicatiu de família multiproblemàtica. Famílies desorganitzades i ambients marginals. Situacions de manca amb desavantatge socio-cultural. Famílies privilegiades amb desordre afectiu.	Comportaments antisocials previs a la toxicomania i posteriors. Assimilació ràpida i natural de la toxicomania. Episodis de sobredosi. Incapacitat d'establir vincles afectius adequats. Actitud desafiament davant el terapeuta. Desafecte de l'hàbit. Politoxicomania	Dificultat d'enganxament a la teràpia. <u>Cadena terapèutica per crear un procés de canvi.</u> <u>P.M. Metadona intervenció comunitària oferint marc referencial substitutiu.</u>

MATERIAL I DESCRIPCIÓ DE LA MOSTRA

S'han trobat 10 pacients que coincidien en el consum d'heroïna de més o manco un any de dependència; la majoria d'ells sols havien emprat la via esnifada i tots se sentien alleugerits un cop detectat el problema, objectivant-se una bona motivació per al tractament.

Es tracta de pacients **homes tots ells**, d'edats compreses entre els 18-23 anys, fadrins, amb bon suport familiar, molt normatius, actius laboralment encara que en el moment de la consulta algun estava de baixa laboral.

Van a la consulta, majoritàriament, ja desintoxicats i si s'ha de practicar la desintoxicació es porta a terme fàcilment i sense problemes afegits.

La desintoxicació practicada en tots els casos és ambulatoria, sense que cap d'ells requerís d'ingrés hospitalari.

Cal assenyalar que tots ells pertanyen a dos municipis contigus i es mouen en una mateixa àrea de relació social i d'oci.

Tipologia familiar

Pertanyen a **famílies nuclears tipus**, exceptuant dos d'ells que pertanyen a famílies separades (núm. 2 i 8 a les taules descriptives que s'annexen).

Totes les famílies s'incorporen inicialment al tractament, predominant el progenitor femení (5 casos) i la parella parental a la resta (altres 5 casos).

La seva actitud ha estat considerada com a col·laboradora amb predomini de la sobreprotecció.

S'objectiva debilitat dels límits en els seus subsistemes i jerarquies, dèficit de l'autoritat parental i en el compliment de normes, amb molta permissivitat.

Són famílies de nivell social mig-mig o mig-alt, resultat del seu esforç personal i laboral, no havent sabut transmetre les seves inquietuds o valors als seus fills. Aquest fet els ha afavorit una **dependència i estancament** a la pubertat, no possibilitant la seva autonomia i maduració personal.

Aquesta dependència (tant de la família com de la droga) dificulta l'elecció de relacions personals adequades. La meitat d'ells havien mantingut una relació de parella fins l'inici del tractament. Als sis mesos de tractament tots estaven sense parella.

Tipologia del toxicòman

En la major part del grup d'estudi, segons tipologia de Cancrini, apareixen trets de **toxicomania traumàtica** (o vivència de desengany) i de

toxicomania per "neurosi actual", aquesta de tipus astènic, d'angoixa, substituint les seves "dificultats actuals" per la toxicomania.

Com a trets predominants en relació al qüestionari de Cancrini es presenten:

A. Nivell d'integració abans de la drogodependència:

- Havien cursat estudis quasi amb regularitat fins a l'inici del consum.
- Havien tingut activitat laboral fins a l'inici de la dependència.
- En relació amb el grup de pares estaven integrats a un "grup normalitzat" des del punt de vista social i cultural abans del consum i la dependència.

B. No han existit trastorns psicossomàtics abans de la drogodependència.

C. La toxicomania es manifesta després d'un període traumàtic significatiu:

- vivència de desengany, entesa aquesta com una crisi d'identitat, d'adolescència amb models referencials defectuosos o poc vàlids que impedeixen la formació de criteris sòlids o presa de decisions.

D. Refereixen conflictes entre els pares: explícits o implícits.

E. El toxicòman dins la seva família estava considerat com el fill exemplar.

F. Durant el període de desenvolupament infantil havien crescut amb la seva família d'origen.

G. La conducta del toxicòman no es manifesta obertament i té tendència a ser oculta.

H. Han utilitzat indiscriminadament qualsevol substància.

I. Consumeixen més per la recerca de plaer que per l'atordiment.

J. No es descriuen episodis de sobredosi.

K. No s'han manifestat conductes antisocials greus ni abans ni després de l'inici de la drogodependència.

RESULTATS:

A la descripció de la mostra ja hem referit el resultat de la formalització del Qüestionari de Tipologia Toxicològica de Cancrini.

De la resta de variables estudiades en destaquen:

Taula I: CARACTERÍSTIQUES SOCIALS

- Edat entre 18-23 anys.

Es planteja una situació de *detenció del procés maduratiu*, es troben tots ells en una època que podem denominar *d'adolescència tardana*.

- Tots són homes i fadrins.

- Medi de procedència: rural.
- Estan actius laboralment tots ells, exceptuant un que estudia 2n. de BUP.
- Tots tenen el suport de la seva família i no tenen causes legals pendents.

Taula II: CARACTERÍSTIQUES I CONSEQÜÈNCIES DEL CONSUM

- El temps de consum varia entre 3-18 mesos, essent la droga principal d'addicció l'heroïna esnifada i tan sols en dos casos via intravenosa.
- Cap d'ells havia estat tractat anteriorment per aquest problema i a nivell físic no presentaven els problemes hepàtics més comuns. Tots ells foren *vacunats contra l'hepatitis B* donada la seva bona disposició i evolució.
- Cap d'ells tenia anticossos contra el virus de la immunodeficiència adquirida.

Taula III: TRACTAMENT SEGUIT I EVOLUCIÓ

- Tres d'ells segueixen un programa lliure de drogues i la resta programa de manteniment amb Naltrexona, administrant-se, en molts casos, més per disminuir l'ansietat dels familiars, que no perquè creguem que ells la necessiten com a forma de control.
- Tots ells han començat tractament psicològic en diferents vessants: individual, familiar i just comencen teràpia grupal.
- Tres d'ells precisaren tractament antidepressiu per presentar una *depressió clínica* prèvia o afegida.
- Sols hi ha hagut 2 recaigudes puntuals, verbalitzades per ells mateixos i que s'han pogut reconduir sense més problemes. Actualment tots estan abstinentes.

DISCUSSIÓ

Partim de la hipòtesi que una detecció precoç del consum en els adolescents, juntament amb una intervenció ràpida, eficaç i integral, generarà un major èxit terapèutic.

Detenint l'abús de drogues en una etapa inicial del procés addictiu, s'impedeixen futures disfuncions en altres àrees del desenvolupament bio-psico-social.

Entenem aquest tipus de consum com l'expressió d'un conflicte en una etapa crítica del cicle vital, no tant com una conducta establerta o arrelada íntegrament en la personalitat del pacient, sinó com un símptoma d'una disfunció relacional (inter o intrapersonal).

CONCLUSIONS:

Aquest tipus de toxicòmans donen la impressió d'estancar-se a la pubertat. Són inestables emocionalment, *depressius*, verbalment agressius amb els pares als que intenten culpabilitzar (agressiu-dependent). S'han produït vivències de desengany o crisi d'identitat, potenciades per la pèrdua que suposa abandonar la pubertat i enfrontar-se a una vida adulta per a la que no es troben preparats. Presenten marcats *trets d'immaduresa* potenciats per un context familiar sobreprotector i dependent que entorpeix l'evolució del seu creixement.

Creim que són pacients de bon pronòstic, contribueixen a l'elevat *índex de retenció del Centre* i són els que presenten manco recaigudes. Si aquestes es produeixen, es verbalitzen amb rapidesa, com a conseqüència de la transferència positiva que estableixen amb els terapeutes. Crida l'atenció que tan sols es produeixin dues recaigudes puntuals, que siguin verbalitzades tot d'una per ells mateixos i de fàcil reconducció.

Responen a un programa multimodal de teràpia individual, familiar i grupal ja que:

- No presenten gravetat de la situació quant a les possibilitats de tractament, afavorint la integració laboral, personal, social i la realització d'un projecte d'autonomia.
- La seva actitud davant la proposta de teràpia és favorable mantenint un vincle constructiu amb el professional un cop establerta la relació inicial.

Aquest programa multimodal es pot aplicar gràcies a la bona coordinació amb professionals d'altres àrees i centres (Centres de Salut i Unitats de Treball Social principalment), als seus propis recursos i al bon suport familiar que presenten.

Creim que és molt important que es puguin atendre aquests pacients de la manera més àgil possible ja que així *es prevé* la cronificació de futurs problemes que serien més greus. El bon resultat terapèutic aconseguit fins ara és per als terapeutes un incentiu per seguir treballant en aquesta línia, potser amb més optimisme, i al capdavant amb majors possibilitats per aconseguir l'èxit terapèutic pel suport positiu que suposen.

Aquest article no és més que una petita ressenya a mode d'introducció i exposició del que esperam serà en el futur una propera comunicació tot i haver aprofundit en l'estudi d'aquest grup de pacients i a la vista de la seva evolució durant un període de temps més perllongat.

TAULES DESCRIPTIVES SITUACIÓ PACIENTS

TAULA I: CARACTERÍSTIQUES SOCIALS

	Nre. Assignat a cada pacient									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
EDAT	20	19	20	18	18	18	20	23	20	18
SEXE	v	V	v	v	v	v	v	v	v	v
ESTAT CIVIL	s	S	s	s	s	s	s	s	s	s
SITUACIÓ LABORAL	Activ	Activ	Activ	Activ	Activ	Aturat	Activ	Activ	Activ	Estudiant
SUPORT FAMILIAR	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
ANTECEDENTS LEGALS, RELACIÓ AMB LA JUSTÍCIA	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
MEDI DE PROCEDÈNCIA	RURAL	RURAL	RURAL	RURAL	RURAL	RURAL	RURAL	RURAL	RURAL	RURAL

V= Varón
S= Soltero

TAULA II: CARACTERÍSTIQUES I CONSEQÜÈNCIES DEL CONSUM

	Nre. Assignat a cada pacient									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TEMPS DE CONSUM	12 MESOS	12 MESOS	12 MESOS	3 MESOS	5 MESOS	6 MESOS	12 MESOS	5 MESOS	12 MESOS	18 MESOS
SUBSTÀNCIA CONSUMIDA	HEROÏNA	HEROÏNA	HEROÏNA	HEROÏNA	HEROÏNA	HEROÏNA	HEROÏNA	HEROÏNA	HEROÏNA	HEROÏNA
VIA D'ADMINISTRACIÓ	ESNIFADA	INTRA-VENOSA	ESNIFADA	ESNIFADA	ESNIFADA	ESNIFADA	ESNIFADA	ESNIFADA	ESNIFADA	INTRA-VENOSA
TRACTAMENTS ANTERIORS	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI
HEPATITIS B	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG
C	NEG	POS	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG
HIV.	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG	NEG

TAULA III: TRACTAMENT SEGUIT I EVOLUCIÓ

	Nre. Assignat a cada pacient									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PROGRAMA LLIBRE DROGUES PM.NLX	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
DIAGNÒSTIC CIE-10	F11-FIX-20 F32-1-10	F11-FIX-20	F11-FIX-20	F11-FIX-20	F11-FIX-20	F11-FIX-20	F11-FIX-20	F11-FIX-20	F11-FIX-20 F32-1-10	F11-FIX-20 F32-1-10
PSICOTERÀPIA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
TRAC. PSQU. CONCOMITANT	X ADT								X ADT	X ADT
Nre. RECAIGUDES	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0

F11-FIX-20 = Síndrome de dependència a opiàcs actualment en abstinència

F32-1-10 = Episodi depressiu moderat

ADT = Antidepressius tricíclics

MIRAR I VEURE LES DROGODEPENDÈNCIES

El diagnòstic de llindar: un instrument per al pronòstic

Julio Izquierdo Rodríguez, metge i psicòleg.

Fernanda Caro Blanco, treballadora social.

Equip d'Atenció a les Drogodependències. CIM

A mesura que la nostra pràctica professional ens fa incidir en el coneixement de les persones i famílies drogodependents i encara que pugui semblar una frase feta, buida de contingut, estam de cada vegada més d'acord amb la idea que la problemàtica de les drogodependències és un fenomen complex. No només perquè ens trobam amb una gran **diversitat de substàncies** consumides per **individus de característiques diverses** que cerquen en el consum (i fins i tot en el tractament) respostes diferents, sinó també perquè es **consumeixen en circumstàncies, ambients i contextos diferenciats**.

Hores d'ara potser no calgui dir que hi ha una distància considerable del pare de família alcohòlic -aparentment integrat- a l'adolescent-nin de barris marginals que inicia la seva escalada a partir de les coles inhalables, al jove de classe mitja-alta consumidor de drogues estimulants els caps de setmana, a l'esportista dopat amb anfetamines, a l'heroïnòman o politoxicòman que consumeix preferentment per via intravenosa, al drogodependent malalt mental... A vegades una sola cosa els fa comparables: la relació de dependència que han establert amb una o varies drogues.

Amb això, de cap manera volem dir que, per complexa, aquesta problemàtica sigui inabordable, sinó que necessàriament ha d'anar acompanyada d'un enfocament global, ample, però sobretot ha de ser observada des d'una perspectiva:

- **globalitzadora**: considerant totes les interrelacions que s'estan donant entre la substància, l'individu i el seu context;
- **flexible**: eliminant estereotipus, mites i idees preconcebudes;
- **i particularitzada**: considerant l'individu drogodependent com una persona diferenciada de la resta del col·lectiu, tant en les seves característiques com en les seves necessitats i els seus recursos.

Observar, mirar les drogodependències, però també aprendre a veure-les, per tal d'oferir propostes de tractament adequades i, per tant, eficaces.

L'observació i el coneixement de cadascun dels individus que inicien tractament és, òbviament, un procés que s'ha d'estendre a tot el programa de tractament. Però hi ha un moment especialment indicat per a aquesta tasca: **la fase de diagnòstic**.

Aquesta fase, gairebé inicial, que succeeix immediatament després de l'acollida de l'usuari, té un valor fonamental en la teràpia. El diagnòstic representa els fonaments sobre els quals podrem construir l'edifici/entramat terapèutic.

El diagnòstic és la fase del tractament que ens ha de permetre:

- determinar el tipus de programa de tractament a desenvolupar;
- el tipus d'intervenció que s'ha de prioritzar, en quin moment o aspecte del procés de tractament s'ha de posar l'accent;
- quin és el perfil del professional més idoni per responsabilitzar-se, o portar el pes més gran, del cas;
- el pronòstic inicial que feim vers la rehabilitació i el grau possible o previsible d'assoliment dels objectius plantejats.

Des de l'inici de la nostra feina a l'**Equip d'Atenció a les Drogodependències** ens plantejarem la necessitat de fer una recollida sistemàtica, sistematitzada i rigorosa de les dades de les persones que accedeixen al servei perquè ens permetés elaborar un bon diagnòstic, a la vegada que ens possibilités una reflexió continuada sobre la nostra feina. Estam parlant de la necessitat d'establir una metodologia no només per a la intervenció terapèutica, sinó també per al diagnòstic de la situació a resoldre.

Aquesta metodologia ens permet protegir-nos d'un dels aspectes que, al nostre parer, fan encara més complex i més irresoluble el problema de les drogodependències: l'apassionament amb què moltes vegades s'aborda. No resulta del tot fàcil, encara que sí profitós, prendre un cert distanciament per tal d'intentar mirar i veure els fets amb l'objectivitat justa.

Entenem que la recollida de dades que conforma el diagnòstic ha de considerar un ample ventall d'aspectes:

- **mèdico-sanitaris i psiquiàtrics**: existència o no de patologies orgàniques o psicopatològiques, ...;
- **toxicològics**: droga/gues d'elecció, anys de consum, tractaments previs, característiques del consum actual, ...;
- **psicològics i relacionals**: nucli de convivència, relació amb els seus membres, implicació personal al tractament, relació amb el seu entorn.
- **socials**: domicili, situació laboral, situació judicial, integració a la comunitat.

Tot això ha d'anar acompanyat de l'observació des de diferents perspectives o disciplines, és a dir: l'observació i el diagnòstic interdisciplinari.

Afinant encara més en la fase de Diagnòstic i mitjançant un procés de debat intern de l'Equip, ens varem proposar realitzar el que anomenam un **diagnòstic del llindar**.

El que presentam a continuació no és més que un projecte d'investigació que està en procés de validació. Així, a partir de les hipòtesis que plantejam podrem determinar fins a quin punt el diagnòstic de llindar és o no un instrument vàlid per al pronòstic, a la vegada que permetrà determinar quins aspectes haurem de modificar per millorar aquest pronòstic.

I, què és això del llindar? Doncs el llindar no és més que la caracterització que feim dels drogodependents (toxicòmans i alcohòlics) que accedeixen al servei classificant-los per grups diferencials amb dos objectius bàsics:

1. Determinar intervencions estratègiques individuals:

- prioritzant sobre aspectes de salut i millora de la qualitat de vida;
- incidint amb major intensitat en el procés psicològic individual;
- atenent estratègies d'atenció-intervenció familiar;
- afavorint una millora dels aspectes socials;
- derivant cap a altres recursos més idonis, ...

2. Realitzar un pronòstic sobre l'evolució previsible del cas.

Tenim coneixement, per la literatura existent, de la caracterització de tres llindars diferencials:

- alt
- mig i
- baix

Alt llindar: es refereix principalment a drogodependents amb una bona quantitat de recursos tant personals com del seu medi social i familiar, que pronostiquen una bona i ràpida evolució en el seu tractament.

Baix llindar: serien aquells drogodependents amb greus dificultats tant sanitàries com psicològiques, relacionals i socials, que els posen de vegades en situacions de marginalitat, i amb els que el seu pronòstic de rehabilitació i normalització és baix.

Mig llindar: són aquells drogodependents que es trobarien a mig camí entre uns i altres.

Però aquestes definicions resultaven un tant vagues, imprecises. Així que, per tal de saber amb més concreció de què parlàvem quan ens referíem a un o l'altre llindar, ens vàrem arriscar a establir una puntuació a cada llindar, atenent-nos a variables prèviament formulades.

Variables:

- Domicili
- Família:
 - nucli de convivència
 - familiar responsable
- Toxicologia:
 - anys de consum
 - tractaments previs
 - consum actual

- Salut:

- VIH
- Patologia orgànica crònica
- Alteracions psicopatològiques

- Implicació en el tractament

- Situació judicial

- Situació laboral

- Ocupació del temps lliure

La puntuació de cada variable es va determinar mitjançant la interrelació d'aquestes amb el grau de normalització, risc o conflicte observat i que, respectivament, caracteritzen l'alt, el mig i el baix llinar.

Així, la puntuació proposada i que ha de validar-se va ésser la següent:

Domicili:

- Amb domicili: 0 punts
- Amb domicili inestable: 5 punts
- Sense domicili: 15 punts

Convivència:

- Amb família normativa: 0 punts
- Amb família en conflicte: 3 punts
- Sense família: 5 punts

Familiar responsable:

- Amb familiar responsable vinculat al procés: 0 punts
- Amb familiar responsable poc vinculat al procés: 3 punts
- Sense familiar responsable: 5 punts

Anys de consum:

- Menys de 2 anys: 1 punt
- De 2-5 anys: 2 punts
- De 6-10 anys o més: 3 punts

Tractaments previs:

- Cap tractament: 0 punts
- 1 Tractament: 1 punt
- De 2-5 Tractaments: 2 punts
- Més de 6 tractaments: 3 punts

Consum actual:

- Baix: 0 punts
- Mig: 1 punt
- Alt: 3 punts

VIH:

- No portador: 0 punts
- Portador asintomàtic: 3 punts
- SIDA: 16 punts

Alteracions psicopatològiques:

- Sense: 0 punts
- Lleus: 1 punt
- Moderades: 3 punts
- Greus: 15 punts

Patologia orgànica crònica:

- Cap o lleu: 0 punts
- Moderada: 1 punt
- Intensa: 3 punts

Implicació personal en el tractament:

- Motivats: 0 punts
- Mitjanament motivats: 3 punts
- Poc o gens motivats: 7 punts

Situació judicial:

- Sense relació amb la justícia: 0 punts
- Amb antecedents judicials: 2 punts
- Amb antecedents penals: 7 punts

Situació laboral:

- Amb treball estable: 0 punts
- Amb treball inestable: 1 punt
- Sense treball: 3 punts

Ocupació del temps lliure:

- Bona: 0 punts
- Mitja: 2 punts
- Baixa o nul·la: 3 punts

La **puntuació global** quedaria de la següent manera:

- Alt llinar..... els que sumen de 0-14 punts
- Mig llinar entre 15-30 punts
- Baix llinar..... + de 31 punts

Posteriorment varem subdividir el mig llinar, ja que donava un marge massa ample, en:

Mig-Alt: de 15 a 20 punts

Mig-Baix: de 21 a 30 punts

Per tal de fer un símil, i encara que resulta fictici per estereotipat, segons aquesta classificació, un drogodependent d'*alt llinar* prototípic seria:

- Una persona amb domicili fix; amb família normativa (es refereix a famílies socialment normatives, encara que relacionalment hi hagi conflictes); que compta amb un familiar responsable implicat en el tractament; amb pocs anys de consum i pocs intents de tractament anteriors; sense patologia orgànica crònica i sense psicopatologies greus; sense antecedents penals (encara que sí els tenguí judicials) i amb una situació laboral més o manco normalitzada.

- El cas prototípic de baix lllindar seria diametralment oposat al perfil anteriorment descrit, encara que hem destacat tres variables, per considerar-les significatives ja que aporten al tractament unes característiques molt definides:

- trobar-se sense domicili.
- amb manifestacions clares de SIDA, (No portador asintomàtic)
- tenir una psicopatologia greu.

Si es donen aquestes tres situacions, encara que les altres variables sumin 0, es considera un individu de baix lllindar.

Consideració especial rep la variable "implicació personal en el tractament", encara que no resulti tant significativa com les anteriors.

Una altra variable a la que havíem donat una puntuació alta i que incidia de manera important en la definició d'un perfil de baix lllindar és la de "antecedents penals"; però en posteriors revisions del diagnòstic de lllindar ens varem adonar que l'aportació d'aquesta variable no té gran valor, ja que es refereix a situacions anteriors a la demanda de tractament i pot estar incidint o no en el moment en què es fa la demanda.

Una altra variable que cal ressenyar és la de "tractaments previs": hem considerat com indicador d'alt lllindar no haver realitzat tractaments previs, o haver fet pocs intents de tractament, ja que estam en la línia de demostrar que una detecció precòsc també en el tema de les toxicomanies possibilita un pronòstic més favorable. La idea de "tocar fons" com a punt de partida d'un bon procés terapèutic, pot ser sigui ja una idea que cal anar rebutjant. Però això, tal vegada, serà motiu d'una altra discussió.

Presentam a continuació els resultats sobre el diagnòstic de lllindar d'una mostra:

Característiques de la mostra:

- Volum: 199 casos.
- Toxicòmans i alcohòlics, homes i dones, en diferents fases del seu tractament i que es trobaven en seguiment en el moment de la recollida de dades (maig del 95)
- Han fet demanda als Centres Comarcals de Palma, Inca i Manacor.
- El diagnòstic de lllindar correspon al moment de l'inici del tractament.

DIAGNÒSTIC DE LLINDAR SOBRE UNA MOSTRA D'INDIVIDUS EN SEGUIMENT

	ALT		MIG-ALT		MIG-BAIX		BAIX		TOTAL	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
PALMA	8	11,43	17	24,28	29	41,43	16	22,86	70	100
INCA	23	35,94	15	23,44	16	25,00	10	15,62	64	100
MANACOR	4	6,15	2	3,08	30	46,15	29	44,62	65	100
TOTALS	35	17,58	34	17,10	75	37,69	55	27,63	199	100

La contractació dels diagnòstics de l'indar i dels resultats de les intervencions estratègiques ens permetran extreure una sèrie de conclusions sobre diverses qüestions fonamentals:

- la millora en l'utilització de les estratègies adequades en cada cas individual;
- un adequat funcionament i planificació de la feina concreta del nostre equip;
- una reflexió sobre quins recursos, tant interns com externs, són necessaris des d'una perspectiva més globalitzadora.

Com a conclusió final es podria afegir que la coordinació i optimització de recursos no hauria d'estar basada en creences, modes o pressions socials i institucionals, sinó en una avaluació rigorosa que ens permetés anar apropant-nos a estratègies terapèutiques més exitoses.

Esperam, amb aquestes modestes i encara poc elaborades aportacions, haver obert una línia de discussió i estudi que resulta força interessant, sobre tot per a les millores que pot aportar a la nostra feina i per la possibilitat que ens ofereix d'incorporar models d'atenció més eficaços.

Forma aquest bloc un sol article signat per Lluís Ballester i que porta per títol "Notes sobre "Exclusió i Salut". L'article fou presentat pel seu autor com a ponència als Encontres Tècnics sobre Metodologia de la Intervenció Social Integral per a la Lluita contra l'Exclusió. En ell se'ns parla d'exclusió, d'integració i de privació. Lluís Ballester posa sobre la taula el fet que en els processos de privació-exclusió hi intervenen tres aspectes: els processos culturals (integració socio-cultural, creences personals i valors socials, etc), els processos institucionals (accessibilitat als serveis de salut, configuració dels sistemes de serveis, estructura de l'administració i competències, etc.) i, per últim, els socials (desigualtats socials en l'accés i consum dels recursos socials, desigualtat en les oportunitats, estructuració i dinàmica de la població en el territori, estructura de la família, etc.). En definitiva, un article que pot ajudar a definir millor les estratègies de les polítiques d'inserció social.

NOTES SOBRE "EXCLUSIÓ I SALUT" ⁽¹⁾

(Ponència presentada a: "Encontres Tècnics sobre Metodologia de la Intervenció Social Integral per a la Lluita contra l'Exclusió". València, 21 a 23 de juny de 1995)

Lluís Ballester Brage

*Responsable de la Unitat de Planificació i Estudis
Servei d'Acció Social i Sanitat del CIM*

Exclusió, integració, privació

El concepte d'exclusió es defineix en relació al concepte d'integració, considerant com excloents entre si a ambdós conceptes, i a la vegada com definitoris d'un únic procés. En una primera aproximació ja s'inclou la noció de procés. A la nostra manera d'entendre ambdós conceptes reconeixem dit procés, però creiem necessari interpretar-lo com lligat a la dinàmica de les necessitats socials i els valors socials. És a dir, interpretam l'exclusió com una situació que pot caracteritzar-se en relació a les diferents situacions de privació i a les ruptures i obstacles per a desenvolupar les trajectòries vitals en determinat context social, siguin dits obstacles purament materials o culturals.

Pel que fa a la situació de salut, entesa com complexa associació de diverses variables, no serà tan sols la malaltia (el tipus i la gravetat, l'afectació que produeix, etc.) les que determinin l'exclusió, sinó una sèrie de fenòmens com la consideració social negativa de la síndrome, la mancança de recursos socials, etc. De tal manera que el concepte d'exclusió s'ha d'interpretar com lligat al de PRIVACIÓ, és a dir, lligat a la dinàmica de les necessitats i els valors socials. En dita dinàmica hi ha tres aspectes fonamentals que influeixen en els processos de privació-exclusió:

1. Processos culturals (integració social-cultural, creences personals i valors socials, etc.).
2. Processos institucionals (accessibilitat als serveis de salut, configuració dels sistemes de serveis, estructura de l'administració i competències, així com del conjunt d'iniciatives socials).
3. Processos socials (desigualtats socials a l'accés i consum dels recursos socials i les oportunitats, estructuració i dinàmica de la població en el territori, estructura de la família, consideració del cicle vital i familiar, etc.).

Tant la salut com l'assistència sanitària estan relacionades amb l'estructura de la societat. La forma en la qual la societat està organitzada i estructurada té una influència significativa en el tipus i distribució de les malalties. (Rodríguez i Miguel, 1990: pp. 34 a 46). Aquesta, fins i tot, delimita i dona forma a la resposta organitzada a la malaltia: el sistema sanitari. (Miguel, J.M. de 1983). Analitzar la malaltia o el sistema sanitari sense estudiar la seva connexió amb l'estructura social i la interacció social significa oblidar una de les parts crucials de la dinàmica de les necessitats⁽²⁾. Per establir la connexió entre estructura social i salut, s'ha d'investigar la forma en la qual factors socials de la importància de l'estructura de les organitzacions, la distribució dels recursos, la manera d'entendre el treball i el temps lliure, la percepció de la salut d'una comunitat afecten la salut i la malaltia, així com la resposta social a tals fenòmens.

La salut, tant com el fet d'emmalaltir, és doncs multifactorial i les condicions econòmiques, de treball, de vivenda, urbanístiques, culturals, etc., influeixen de forma definitiva en la malaltia (Duran, M^a A., 1983). De tal manera que una situació de necessitat viscuda individualment només s'explica socialment. Es constitueix, reconeix, expressa i resol o no, socialment. Utilitzant la diferenciació dels tres processos anam a assenyalar com es produeix aquesta interrelació de factors i es generen processos d'exclusió diversos.

1. Processos culturals

Processos culturals que s'expressen en dos nivells diferenciats:

- a. Per una banda, en la conducta individual-familiar basada en creences relatives a la salut;
- b. Per altra banda, en la relació entre necessitats i valors socials a un nivell més general, que s'expressa en les demandes col·lectives i els fonaments normatius (no legals) del consens social.

1.a. Creences sobre la salut

Generalment, entre la població, es tenen idees més o manco correctes sobre el que és rellevant quant a la pròpia salut. Idees sobre el que s'ha d'evitar o fer per mantenir-se sa i per curar les malalties que es tradueixen en comportaments. Per exemple, la mateixa demanda als serveis sanitaris, el "silenci de les necessitats", o el fet d'autodiagnosticar-se tenen a veure amb dites creences. El fet que la quantitat de fàrmacs subministrats als infants sigui directament proporcional a la quantitat de fàrmacs presos per la mare (Maia, Becker i Katlic, 1986) mostra la importància dels efectes de dites creences.

Per sistema de creences relatiu a la salut s'entén un conjunt de valors, normes, coneixements i comportaments lligats a la salut. Per individualitzar i comprendre els factors que influeixen en la posada en marxa d'accions autònomes i individuals lligades a la gestió de la pròpia salut o al propi malestar, s'han definit alguns models explicatius que Becker resumeix sota l'expressió "*models de comportament lligats a la salut*" (Becker, 1979). A partir de dits models Becker ha definit el seu *Health Belief Model* (HBM) que es basa en cinc factors:

- Predisposició a la malaltia.
- Gravetat de la malaltia.
- Obstacles per a dur terme l'acció aconsellada.
- Beneficis induïts de l'acció aconsellada pels usuaris.
- Elements de reforç.

Per a Becker la decisió de realitzar una acció depèn d'una certa "motivació per a la salut", que encara està influïda pels missatges, les informacions, els models que el subjecte rep, directa i/o indirectament, del sistema sanitari i d'altres fonts qualificades, obté els seus continguts de l'experiència subjectiva de l'individu i de les seves condicions socio-estructurals. Una experiència personal de dificultat d'accés als serveis, de manca de reconeixement del malestar, de consideració social negativa, de no acceptació incondicional, etc. poden anar desenvolupant una cultura personal-familiar negativa, una separació dels patrons normalitzats de motivació per a la salut i d'evitació de la malaltia.

En aquest plànol es trobaria un primer nivell d'exclusió, només aparentment voluntària. La consideració dels comportaments lligats a la salut i malaltia com expressió d'un sistema de "creences", d'una sub-cultura, permet superar algunes interpretacions mecanicistes que han fundat actuacions clíniques i treballs preventius basats en la següent hipòtesi: qui no té hàbits sans o qui no acudeix amb una demanda clarament formulada als serveis de salut és perquè no té informació; aleshores, si aportam la informació que manca, dites conductes desapareixeran. Hi ha una elaboració personal-familiar que no es redueix a patrons racionalistes de dit estil.

1.b. Necessitats i valors socials

La relació entre necessitats i valors és sistemàtica (Pía Lara, 1992: p. 124). Cada un dels sistemes culturals diferenciats té les seves pròpies pretensions de validesa. Tal com ja Max Weber havia destacat:

"(...) els distints sistemes de valors existents lliuren entre si una batalla sense solució possible". (M. Weber, 1980. pp. 215 i 216)

No només és una cosa que es pugui reduir a la diferència de llengües que utilitzam (com deim les coses), sinó a la diferència de llenguatges (quines coses deim). Les representacions dominants entre els ciutadans "normals" i integrats en relació amb les denominades "poblacions de risc" constitueixen un factor de primer ordre per a l'èxit o el fracàs de les polítiques destinades a la inserció social dels subjectes exclosos.

La població que expressa valors mitjans de la comunitat, basa les seves teories sobre la malaltia en una sèrie de creences que es nodreixen de diverses fonts: experiències personals, anuncis de farmàcia, enciclopèdies mèdiques, comentaris de premsa i d'altres mitjans de comunicació, divulgacions de la tecnologia i del diagnòstic i tractament tecnològic... El seu model de malaltia és el de la màquina supercomplicada avariada, amb paràmetres exactes -la temperatura o la tensió arterial són xifres precises i qualsevol desviació és signe d'alarma-, màquina que no permet pèrdues de fluid -fatalitat d'hemorràgies o d'excessos- i que, per tot això, requereix una vigilància contínua similar al manteniment del cotxe utilitari: el metge, com el mecànic, medeix nivells o alça el capot per veure l'interior de la màquina humana mitjançant la radiologia, o mitjançant el correcte reglatge prevé accidents o aconsella ritmes de vida.

La malaltia mental ens permet veure com es produeix un procés d'exclusió sobre la base d'una expressió de la diferència, encara que puguem fer-ho extensiu a la SIDA o a les toxicomanies, per exemple. La malaltia mental no és aliena a aquest estereotipus popular de la màquina espanyada: les malalties mentals són malalties del cervell sobre les quals tenen influència directa els esdeveniments vitals i l'estrés, davant els quals ni l'individu ni la seva família tenen capacitat de defensa o d'amortiment. La complementarietat entre cervell malalt i indefensió social seria la fórmula d'aquest imaginari social del boig que reenvia no tant al perill d'antany com a l'incordi social.

El malalt mental és percebut des del primer cop de vista com una persona rara: mai no se sap com reaccionarà, no ens entén als normals i mai no arribarem a conèixer els seus sentiments, tan allunyats dels nostres; és egoista i descontrolat; no té en compte els sentiments ni els pensaments dels altres; es bota les normes... El resultat és una visió del malalt al qual se li nega la capacitat per a la conducta comunicativa: deixa de ser una persona que emet missatges per convertir-se en un ser, conductes del qual són símptomes segregats pel seu cervell malalt. D'aquí que el tractament ideal per al malalt mental, des de l'òptica del saber popular, sigui el rebuig suau. Els malalts mentals únicament han de retornar a la comunitat quan estiguin completament curats -curació significa tornar a estar com abans del seu trastorn- i, mentrestant, han de permanèixer en clíniques, ben atesos, amb portes obertes, donat que, en general, no són perillosos. L'estereotipus popular remarca l'especificitat d'un espai diferenciat per a la anormalitat psíquica entesa aquesta com a violació de les normes socials implícites d'educació, decència, adequació als rols, etc.

En aquest moment ens trobam davant un segon nivell d'exclusió basal en la naturalitat de la segregació que es va gestant sobre la consideració social de cada fenomen. El respecte, l'acceptació incondicional de la diferència, el pluralisme d'esferes culturals de valor és la base per a la relació entre els diversos sistemes condicionants materials i institucionals que produeixen exclusió, i que en múltiples ocasions s'associen sistemàticament a l'exclusió cultural, fent que aquesta sigui molt més difícil de superar.

2. Processos institucionals

Entre els diversos condicionants institucionals, es poden identificar aquells que interfereixen en la determinació de les necessitats, aquells que defineixen el que es pot considerar com a necessari. Un exemple estudiat per Mildred Blaxter (1980), és el condicionament de les valoracions per part dels serveis ja existents, de manera que com assenyala, en ocasions el problema de determinar les necessitats d'un col·lectiu es confon amb el problema de dissenyar els criteris de selecció per a determinats serveis. De la mateixa manera que algunes institucions defineixen la seva funció i clientela en termes de la seva pròpia estructura i de la seva pròpia ideologia o en funció dels recursos disponibles⁽³⁾. La frontera entre salut i malaltia o entre normalitat i discapacitat, entre necessitat i no necessitat es pot veure afectada per les decisions dels professionals o dels administradors dels sistemes de serveis, sense possibilitat de rèplica per part dels usuaris, però atemptant als pretesos fonaments objectius de les seves pròpies estimacions.

3. Processos socials

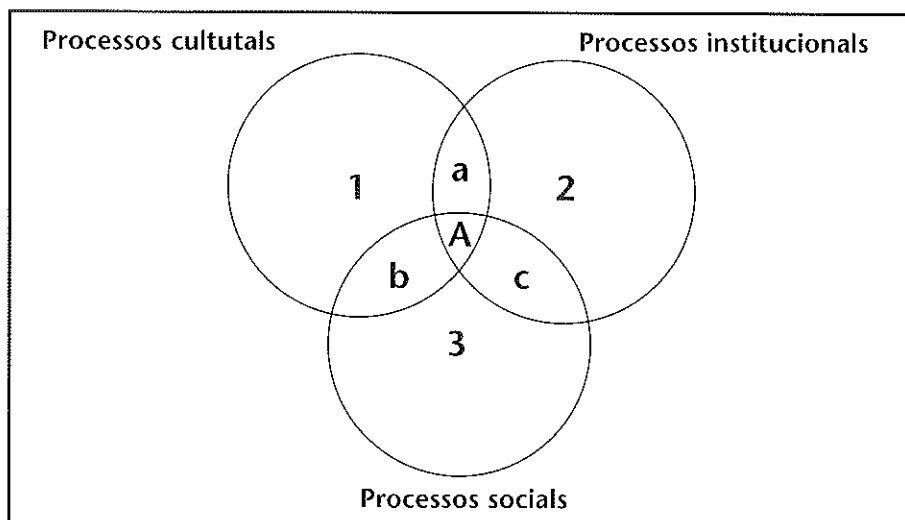
Tant la salut com el sistema sanitari han de ser analitzats com a parts integrants de la societat. Darrera els alts nivells de vida aconseguits per les societats avançades s'amaguen grans diferències socials. En el cas de la salut, els models teòrics dominants (metge, sanitari, econòmic) se centren en la sanitat (assistència sanitària) com la principal font de salut. Obliden el paper de la *dinàmica* social en la gènesi, desenvolupament i inclús curació de la malaltia, i en això radica precisament una de les raons de les seves limitacions explicatives. Aquestes tradicions teòriques interpeten les diferències socials en salut racionalitzant-les com a simples diferències assistencials o en la distribució dels recursos. Amb això el problema es fragmenta: es converteix en l'objecte d'una política específica (la política sanitària) i s'allunya i separa de la resta de l'activitat política i social.

Com destaca J.A. Rodríguez (1988: p.: 75), la salut i la malaltia no es distribueixen en la societat de forma aleatòria⁽⁴⁾. Certs grups socials estan malalts més sovint que altres, i algunes poblacions moren en edats més primerenques que altres. Les diferències en mortalitat i esperança de vida entre els diversos grups i classes socials han estat suficientment observades en diverses investigacions. Aquí s'hauria d'aprofundir en la diversificació de les formes de desigualtat. Juntament amb la diferenciació basada en el control dels recursos, estan apareixent noves formes de desigualtat i noves formes de pobresa. És evident l'increment de l'anomenada *desigualtat horitzontal* (a través del cicle vital, entre diversos àmbits de vida) en relació a la vertical (entre diverses classes socials), encara que aquesta darrera no ha reduït la seva importància. Les diverses formes de desigualtat no estan representades només per les relacions de classe econòmicament definides, sinó que al sistema vertical de desigualtat de classe se superposa, complicant-ho, fragmentant-ho i en part neutralitzant-ho el conflicte de classe, el sistema horitzontal de la discapacitat dels àmbits de vida. (Picó, 1987: p. 21) A continuació s'apuntaran alguns elements sobre les xarxes socials que puguin ajudar a diferenciar aquestes estructures comunitàries que se solen identificar com "àmbits de vida".

Exclusió, unitats de convivència i xarxes socials

Tenint present la necessitat d'interpretar cada cas concret com expressió dels tres processos anteriors, s'han anat definint els grups més desafavorits com lligats a tres fenòmens⁽⁵⁾:

1. Toxicomanies.
2. SIDA.
3. Malalties mentals cròniques.



Dites situacions es poden estudiar des de diversos nivells d'exclusió, més o manco profunds en funció de la concurrència o no de diversos processos de privació-exclusió. Un quadre resum relativament simple ens pot donar tres nivells, segons es doni només un, dos o els tres processos d'exclusió:

La situació extrema es podria caracteritzar com aquella en la qual el subjecte amb una determinada malaltia, o en una situació de dèficit/risc per a la seva salut, no té recursos personals per a l'autonomia, existeix una consideració social negativa, dita situació es produeix en un context que limita el seu accés als sistemes d'ajuda (sanitari o social) i, tot això, en el marc d'una privació de condicions bàsiques i de recursos (unitat de convivència, xarxes socials).

Però, en aquest punt, pareix que pot ser adequat introduir un element nou. La salut i l'exclusió tenen com a protagonistes al conjunt de la societat, de tal manera que qualsevol política d'inserció social, de superació de l'exclusió, més enllà de les simples prestacions econòmiques o asilars, passa per una consideració de la pròpia comunitat. Des d'aquest plantejament, la consideració de les unitats de convivència i de les xarxes socials es fa fonamental.

Sobre la base de les investigacions existents, es pot distingir entre famílies "de risc" en el nivell de la prevenció i en el nivell terapèutic. Famílies de risc des del punt de vista de la prevenció són aquelles amb pocs recursos (privació de condicions bàsiques), poca experiència (inclosa una escassa socialització) sobre temes de salut, escassa assistència recíproca entre els components, escàs suport per part de la xarxa informal i d'altres grups de referència, alta conflictivitat interna i rebuig d'autocontrol. Atenent-se a diverses investigacions pareixeria que aquestes eventualitats caracteritzarien prop del 30% de totes les unitats de convivència, percentatge que naturalment augmenta considerablement en les àrees més subdesenvolupades i en els països menys modernitzats.

Les famílies de risc des del punt de vista terapèutic són molt similars a les precedents, afegint-se'ls la incapacitat de relacionar-se amb l'exterior (en l'ús dels serveis informals i sobretot formals) i un més accentuat rebuig/incapacitat/conflictivitat per dur a terme accions d'autocura. Estructuralment es tracta freqüentment, segons l'obtingut de les investigacions de camp, de:

famílies multiproblemàtiques complexes (molts membres i escassos recursos de tot tipus);

unitats de convivència amb un únic component (especialment gent gran);

famílies monoparentals amb fills dependents i pocs recursos personals;

però, també per parelles sense fills (en moltes ocasions molt joves o molt grans).

Està clar que la manca d'un grau elevat d'instrucció i una ocupació professional amb baixa qualificació incideixen sobre les situacions de risc més que quan incideix el simple nivell de renda (privació de manteniment). Aquesta darrera variable és també menys determinant, sempre als efectes del grau de risc, si no està associada al tipus de "cultura profana" de la salut que la família pot tenir, la qual depèn d'ajudes socialitzadores que augmenten la capacitat d'autocura o de recurs de xarxes de suport sanitari autònom.

Pel contrari, ha hagut qui, com L. Pratt (1976), ha intentat una precisa identificació de la família capaç de salut, anomenant-la *energized family*. Aquesta darrera estaria caracteritzada per *lligams flexibles però estables*, avaforides per una organització de parella paritària en la distribució de les tasques i del poder, amb modalitats comunicatives transparents, que evita tant el tancament de les relacions familiars cap a l'exterior com l'excessiva obertura o disminució (pèrdua d'identitat) de dites relacions.

Aquests apunts només es poden acceptar com indicadors per al diagnòstic i el pronòstic d'exclusió, no tant per prendre com a model paradigmàtic a un tipus de família i demonitzar la resta.

Altra línia d'anàlisi és la centrada en les xarxes socials. Cada vegada més freqüentment les reflexions sobre els comportaments lligats a la gestió de la salut i de la malaltia, i sobre la incidència i difusió d'algunes patologies (tant físiques com psíquiques) focalitzen l'atenció sobre les xarxes socials (*social network*). L'individu no és considerat ja com àtom aïllat que, basant-se en les seves circumstàncies socials i demogràfiques, assumeix determinats comportaments i administra la seva salut i la seva malaltia segons cànons culturalment admesos i compartits, sinó com individu inserit en una àmplia xarxa de relacions i coneixements, comportament del qual pot ser explicat i comprès en funció de les característiques relacionals i estructurals de les seves xarxes socials de referència (*social network*):

- El comportament de l'individu pot ser comprès i explicat com una funció de les seves xarxes de referència.
- La pertinença a una o més xarxes pot ser considerada com expressió de l'estratègia realitzada pel subjecte per satisfer les seves necessitats.
- A causa de què les necessitats són múltiples, els subjectes tendeixen a pertànyer al mateix temps a més d'una xarxa, encara que òbviament de forma no rígida (tant en el sentit que, baix determinades condicions, l'individu entra i surt de les xarxes, com en el sentit que les xarxes, quant a què permeten nous contactes i informacions, són tendencialment dinàmiques i estan en continu canvi).
- Xarxes d'alta densitat suporten sobretot afecte, seguretat, béns no instrumentals o bé serveis, gaudiment del qual requereix un cert nivell de "confidència" i mútua confiança entre els subjectes que intercanvien els serveis.

- Xarxes de baixa densitat suporten sobretot béns instrumentals, informacions i nous contactes.

Entre les múltiples xarxes a les quals pot pertànyer un subjecte és possible individualitzar algunes xarxes particulars, que pel tipus de vincles que les constitueixen es caracteritzen per ser, generalment, d'alta densitat i de fort suport (en sentit ampli) pel subjecte. Els vincles són predominantment de parentiu, d'amics, de veïnatge: vincles, per tant, basats en relacions cara a cara, consolidats per encontres i intercanvis freqüents. Tals vincles constitueixen l'esquelet de les xarxes de parentiu, d'amistat, de veïnatge que poden estar compresos en la més ampla categoria de les xarxes de la "sociabilitat" primària. Encara que en una política de serveis orientada pel criteri de satisfacció de les necessitats és fonamental que l'individu pertanyi, al mateix temps, tant a xarxes d'alta densitat com a xarxes de baixa densitat, les xarxes de sociabilitat primària adquireixen una importància no menyspreable de cara al benestar, en sentit ampli, del subjecte i, per tant, de cara a la seva salut, per dos motius fonamentals:

- a) Primer, perquè estan, sobretot, centrades en vincles de suport emocional, psicològic i afectiu, que "protegeixen" el subjecte, augmenten les seves capacitats d'adaptació a l'exterior i reforcen la seva identitat, el seu sentit de "pertinença".
- b) Segon, perquè dins de dites xarxes "circulen" una sèrie de "serveis", de canvi de prestacions (per exemple, companyia o assistència personal, individualitzada i flexible) que responen a necessitats que, degut a la seva naturalesa, no poden ser sempre socialitzades externament i, per tant, satisfetes per sistemes de serveis institucionalitzats.

De tal manera que el desenvolupament de xarxes socials, el desenvolupament de processos comunitaris, és un dels requisits perquè les polítiques d'inserció social puguin tenir èxit a llarg termini. Almenys, la superació de les formes primàries d'exclusió (processos culturals), només es pot basar en el desenvolupament de dits processos.

NOTES

- (1) Aquest text és un resum d'algunes hipòtesis de treball sobre les quals s'està treballant en relació a la formulació de les estratègies d'una política d'inserció social; per suposat que no pretén desenvolupar una tesi inequívoca i indiscutible.
- (2) Els mateixos indicadors de l'estat de salut més utilitzats, com la mortalitat, morbiditat i incapacitat es basen en l'agregació de dades de

salut individual. Mostren la distribució dels nivells de salut en una comunitat i poden mesurar certes desigualtats entre grups socials, però no expliquen les causes que generen les diferències observades (Blaxter, M. 1980; Carr-Hill i Blaxter, 1982).

- (3) L'anomenat "efecte Mateo" té relació amb aquests condicionants institucionals.
- (4) Se sap que les condicions de vida tenen repercussions directes en l'estat de salut o en l'aparició de determinades malalties. Amb aquest propòsit han estat realitzats estudis epidemiològics, anàlisi de la relació entre variables socials, demogràfiques i econòmiques i variables com salut i malaltia. Valgui com exemple una de les quals s'ha convertit en un dels paradigmes: Una comissió del Departament de Salut i Seguretat Social del govern anglès, presidida per Sir Douglas Black, realitzà una revisió bastant complexa de l'evidència existent sobre desigualtats socials en els nivells de salut i en els serveis sanitaris del seu país (D.H.S.S., 1980). Els resultats eren molt clars. Les taxes de mortalitat tendeixen a créixer a mesura que el nivell socio-econòmic baixa, a totes les edats i sexes. En el moment del naixement i durant el primer mes de vida moren dos nadons de treballadors mensuals no especialitzats per cada un que mor en els grups de professionals. Durant els 11 mesos següents de vida 4 nines i 5 nins, fills de pares treballadors manuals no especialitzats morien per cada nina o nin fill d'un professional.

Altres indicadors de salut, com la percepció subjectiva de salut, els indicadors de factors de risc o els relatius a la utilització de serveis sanitaris, també es distribueixen de manera desigual entre diversos grups socials.

- (5) A aquest respecte cap consultar els treballs d'Aguilar, Gaviria, Goizueta i Laparra (1992) sobre exclusió, en especial els capítols dedicats a "Toxicomanies", "Alcoholisme", "SIDA" i la resta dels dedicats a salut i exclusió.

Bibliografia citada

Aguilar, Gaviria, Goizueta i Laparra (1992): **La exclusión**. Madrid, Consejería d'Integració Social-Comunitat de Madrid.

Becker, M.H. (1979): "Psychosocial aspects of health-related behavior". En: H.E.Freeman, S.Levine i L.G. Reeder (eds.), **Handbook of medical sociology**. N. Jersey, Prentice Hall.

-
- Blaxter, Mildred (1980): **The meaning of disability. Sociology of social and medical care series.** Londres, Heinemann.
- Carr-Hill, R.A. i Blaxter, M. (1982): "Indicators of Health, Poverty and their Joint Variation". Ponència presentada a les jornades: **WHO Consultation Meeting on Poverty, Health and Unemployment.** Aberdeen.
- D.H.S.S. (Department of Health and Social Security) (1980): **Inequalities on Health. Report of a Research Working Group in Inequalities on Health.** Londres, DHSS.
- Duran, M^a A. (1983): **Desigualdad social y enfermedad.** Madrid, Tecnos.
- Maiman, Becker i Katlic (1986): "Correlates of mother's use of medications for children", en **Social Science and Medicine**, vol. 22, 1.
- Miguel, J.M. de (1983): **Estructura del sector sanitario.** Madrid, Tecnos.
- Pia Lara, María (1992): **La democracia como proyecto de identidad ética.** B., Anthropos.
- Picó, J. (1987): **Teorías sobre el Estado del Bienestar.** M, Siglo XXI. Madrid.
- Pratt, L. (1976): **Family structure and effective health behaviour. The Energized family.** Boston, Houghton Mifflin.
- Rodríguez, J.A. (1987): **Salud y sociedad.** Madrid, Tecnos.
- Rodríguez, J.A. (1988): "El reparto del bienestar: Salud y desigualdad social en España". pp. 75-111 de: **Sistema**, 83.
- Rodríguez, J.A. i Miguel, J.M. de (1990): **Salud y poder.** Madrid, CIS.
- Weber, Max (1980): **El político y el científico.** M., Alianza.

La prostitució, un tema complex, tal com afirma el títol d'un dels articles que conformen aquest bloc. Nosaltres hi volem afegir que, a part de complex, és un tema tabú, no ja només en la societat en general, sinó que també en la literatura tècnica car els articles publicats a revistes mallorquines són ben pocs; ara per ara només podem assegurar que coneixem els apareguts a la primera època d'aquesta revista, al número 2 de juliol-agost de 1987 i al número 25-26 de maig-agost de 1991 i, en aquest darrer, se cita el treball de Gina Garcies (1987), Les mallorquines d'avui (pàg. 44 i 45). A part d'aquests treballs publicats no se'n coneixen d'altres, exceptuant, és clar els apareguts als diaris locals.

Per tant, avui, la revista Alimara té la possibilitat de posar a l'abast dels seus lectors material imprès sobre aquest tema i cobrir, en part, aquest buit existent.

Aquest bloc el conformen no un, sinó tres articles sobre la prostitució. Podem començar pel que signa Margalida Ferrando, "La prostitució: un tema complex", que ens ha permès d'introduir aquest bloc i que ens fa cinc cèntims sobre la prostitució en el seu vessant social i legal, amb les incongruències històriques de la legislació al voltant d'aquest greu problema. El segueix l'article "Memòria del Carrer. Prostitució i Vellesa", de Lluís Ballester i Josefina Santiago. L'article l'emmarcam en aquest bloc, però com molt bé indica el seu títol, també parla de vellesa; és un article que transcriu la informació extreta de les entrevistes realitzades a 18 dones de més de 60 anys que havien exercit la prostitució. Per últim, tanca el bloc l'article de Martí March i Carme Orte, "La intervenció socio-educativa sobre la prostitució de la dona: problemàtica, possibilitats i perspectives", article important pel fet que ens aporta un llistat de programes i estudis engegats a l'Estat Espanyol sobre el tema que ens ocupa; són 15 programes o estudis que es realitzen a distints punts de l'Estat i entre ells, s'aporta la informació del program "Pis Petit" que porta a terme Caritas Diocesana de Mallorca en conveni amb l'Ajuntament de Palma.

LA PROSTITUCIÓN: UN TEMA COMPLEX

Margalida Ferrando Barceló, *advocada.*

*Directora executiva de la
Comissió Interdepartamental de la Dona*

Tractar el tema de la prostitució no és gens fàcil. Avui en dia, en la societat actual, quan se'n parla sovint encara es fa des de posicions condemnatòries, moralitzants, redemptores o hipòcrites. En aquest sentit, la Resolució del Parlament Europeu d'11 de juny de 1986 sobre les agressions a la dona posa de manifest el següent: "Crida l'atenció la hipocresia d'aquelles societats que condemnen i penalitzen les prostitutes, mentre que els clients, darrers responsables de la freqüència d'aquest fenomen, no tenen taca, ni estigma, ni persecució a la qual tenir por".

Tal vegada, aquesta és la nota que ha caracteritzat des de sempre la prostitució: l'existència d'una doble moral i l'estigma que marca les prostitutes.

Aurora Rivièrre, en el llibre *Caídas, miserables, degeneradas. Estudio sobre la prostitución en el siglo XIX*, fa referència al fet que en aquest segle es considerava que, malgrat el caràcter subversiu, pertorbador i transgressor de la prostitució, les prostitutes eren la representació d'un mal necessari i que la població masculina, que de forma generalitzada feia un ús privat de la prostitució, menyspreava públicament les prostitutes. Segons Aurora Rivièrre, les prostitutes decimonòniques i les actuals professionals del sexe tenen en comú l'estigma que marca la seva ocupació. Les prostitutes han estat estigmatitzades i marginades com a pecadores, com a agressores d'un ordre moral i com a degenerades per viure una sexualitat fora del matrimoni, i també com a portadores de malalties.

Per altra banda, la prostitució es pot abordar des de diversos punts de vista: social, legal, sanitari, ètic, etc., i dins cada un d'aquests, des de plantejaments diferents.

Així, per exemple, dins el moviment feminista mateix hi ha dues posicions bàsiques: Una, de majoritària, que considera la prostitució com una manifestació del sistema patriarcal de dominació sobre la dona, que arriba fins a l'explotació física del cos femení. L'origen de la prostitució no estaria tant en la misèria o en la crisi econòmica com en l'estatus sexual assignat a les dones basat en la desigualtat dels sexes i en la dominació d'un sexe per l'altre. Segons aquesta teoria, la prostitució atempta contra els drets humans i constitueix un dels aspectes més seriosos de la discriminació de les dones; en conseqüència, és necessari eliminar totes les formes

de prostitució (tràfic de dones, turisme sexual, prostíbuls, pornografia, etc.) que no fan més que reduir les dones a la condició d'objectes sexuals i de mercaderia comerciable. L'altra posició, que sorgeix bàsicament del contacte entre grups feministes i prostitutes, considera la prostitució com una professió més, a la qual s'accedeix des dels mateixos nivells de llibertat i decisió que a una altra feina; per això, la prostitució s'ha de legalitzar i les prostitutes s'han d'organitzar, i han de defensar el seus drets com a treballadores. Des d'aquesta visió, es diu que la conquesta de la llibertat per les dones passa per la seva independència econòmica i que la prostitució és un mitjà per assolir-la. La prostitució és, per tant, un dret de totes les ciutadanes i ciutadans. En canvi, per a les seguidors de la primera opció, aquesta postura resulta molt perillosa, ja que opinen que la prostitució és una forma d'explotació, per tant, no es pot considerar un dret. L'únic que sí és un dret humà és estar lliure de qualsevol tipus d'explotació.

Alicia H. Puleo, a *Conceptualizaciones de la sexualidad e identidad femenina: voces de mujeres en la Comunidad Autónoma de Madrid*, diu que en el tema de la prostitució es produeix una divisió entre tres posicions:

"Esquematizando, por un lado, encontraríamos quienes la ven un trabajo como cualquier otro y consideran que los reparos de otras participantes se deben al prejuicio social relacionado con la sexualidad que hace de ésta un tema especial y algo donde se jugaría el valor de las mujeres. A este argumento se agrega el de la prostitución masculina. Se sostiene que la venta del sexo también es requerida por las mujeres cuando poseen medios económicos para comprar placer. El razonamiento subyacente es que no se trata de un fenómeno necesariamente patriarcal.

Frente a este enfoque, se levantan las voces de quienes ven la prostitución una forma extrema de explotación del cuerpo de las mujeres. Desde esta perspectiva, se rechaza que la prostitución sea un trabajo como cualquier otro. Se sostiene que es necesario solidarizarse con las prostitutas pero no se debe intentar dignificar la profesión en sí misma ya que es uno de los pilares del patriarcado. Se critica la regulación de la prostitución por ser una forma más de favorecer al cliente a costa de las mujeres y se apunta a la abolición acompañada de un cambio total en la conceptualización de la sexualidad.

Entre ambas posiciones, existen numerosas opiniones dubitativas que admiten la necesidad de quitar el estigma a esta actividad reconociéndola como un trabajo más pero parecen conservar un sentimiento contrario a esta afirmación basado en la relación de la prostitución con la opresión patriarcal. Algunas intervenciones insistieron en los condicionantes económicos de la prostitución como límite de la libertad de elección de las mujeres que se prostituyen. Otras veían la diferencia entre la prostitución y otros trabajos en la invasión del espacio corporal asociado a la intimidad y al propio ego."

Deixant a part les distintes teories, la realitat ens demostra que, si bé no totes, la gran majoria de dones prostitutes voldrien trobar una feina per tal de poder abandonar la prostitució, ja que moltes d'elles s'han vist forçades, per diversos motius, a dedicar-s'hi.

Ara bé, també és cert que la prostitució ha deixat d'existir com un tot homogeni. La prostitució, sota l'aparent estabilitat i permanència, és un fenomen canviant com qualsevol activitat humana; per això, avui en dia, hi ha diferents formes de prostitució i en l'exercici d'aquestes hi conflueixen causes diverses. En conseqüència, tal i com va dir Félix López, catedràtic de psicologia, en un encontre sobre la prostitució a Madrid, el més raonable és solidaritzar-se amb les persones que volen abandonar la prostitució i ajudar-les, facilitar-los la integració social, respectar les que assegurin que l'exerceixen lliurement i garantir-los els mateixos drets de què disposen tots els ciutadans i ciutadanes.

Des del punt de vista jurídic, tampoc no hi ha unanimitat. Enfront del problema que suposa la prostitució, s'hi plantegen propostes i iniciatives diferents, que van des de la despenalització de la prostitució i penalització del proxenetisme fins a la penalització dels clients o la liberalització de la prostitució i el proxenetisme.

La separació entre l'ordre moral i l'ordre jurídic que inspira el dret penal europeu des de finals del segle XVIII va afectar, entre d'altres delictes, el tractament de la prostitució. La prostitució, condemnada abans per la moral com a pecat, a partir d'aquest moment només podia ser perseguida pel dret en la mesura que afectàs els drets d'altres persones o el seu exercici estàs vinculat a un fet delictiu, com el tràfic de menors, la privació de la llibertat a la prostituta, etc.

Ara bé, malgrat la prostitució com a tal no es consideràs delicte, es va creure convenient reglamentar-la partint de la base de criteris sanitaris i, sobretot, com a sistema de control i vigilància de l'expansió. Així, es varen començar a dictar reglaments que establien on, quan, qui i en quines condicions es podia exercir la prostitució. A les prostitutes les obligaven a inscriure's en registres, a sotmetre's a controls ginecològics que s'anotaven a cartilles, les prohibien freqüentar determinats llocs i la prostitució només es podia exercir en establiments autoritzats que havien de reunir una sèrie de condicions.

Ben aviat sortiren veus contràries a aquesta política de reglamentació i control que, a més, es va demostrar absolutament ineficaç.

El moviment abolicionista de la reglamentació trobà, bàsicament, el seu suport en dues fonts: per una part, l'avanç de les ciències mèdiques i, per l'altra, el moviment feminista. Ambdós denunciaren l'anti-constitucionalitat de la reglamentació, ja que anava en contra del dret a la llibertat i a la igualtat, qüestionaren l'eficàcia, des del punt de vista preventiu, de les revisions mèdiques que deixaven fora els homes clients, criticaren el caràcter denigrant dels controls que, a l'empara del reglament, tractaven de forma diferent de la resta de la població les prostitutes, especialment les més marginals, i posaren de manifest l'existència de la doble moral sexual per l'un i l'altre sexe. També començaren a llançar una sèrie de propostes per millorar les condicions de les

prostitutes, com ara augmentar-ne el nivell educatiu, divulgar informació sobre les malalties venèries etc.

Amb el canvi de segle, el desenvolupament industrial, la millora dels transports i les comunicacions, el creixement urbà i altres factors varen actuar com a impulsors de l'augment de la prostitució. En aquest moment, el control de la prostitució per part dels poders públics es va centrar més en el tema del tràfic internacional de dones que en el tema de la reglamentació sanitària, ateses la complexa organització i les dimensions que assolí el mercat internacional del sexe. Amb aquest propòsit es varen organitzar conferències i congressos internacionals per adoptar mesures concretes contra aquest comerç.

El primer congrés internacional per a la repressió del tràfic de blanques es va realitzar l'any 1899 i l'any 1902 es va dur a terme una Conferència Internacional a París per tal d'establir una legislació internacional conjunta per al control del tràfic de dones. Amb les mesures adoptades en aquesta conferència es va signar, finalment, el Conveni de 18 de maig de 1904. A aquestes accions internacionals, els en seguien d'altres, com el Conveni de Nacions Unides de 1949 per a la repressió del tràfic de persones i de l'explotació de la prostitució aliena, i per l'adopció per part dels diferents països de mesures complementàries.

A Espanya, la legislació sobre la prostitució es caracteritza per les deficiències tècniques i pel fet que en molts d'aspectes sorgeix una base moralitzadora.

Des del Decret Llei de 3 de març de 1956, el qual, en l'article 1 estableix que : *"Velando por la dignidad de la mujer, y en interés de la moral social, se declara tráfico ilícito la prostitución"*, la nostra legislació, seguint els convenis internacionals, és abolicionista de la reglamentació, però sense considerar la prostitució delictiva en si mateixa. Ara bé, d'acord amb aquesta declaració d'il·licitud del tràfic de la prostitució, es permet que, fins i tot per via governativa, s'adoptin mesures de seguretat que funcionen com a autèntiques penes, primer partint de la Llei de "vagos y maleantes" i després d'acord amb la Llei de perillositat i rehabilitació social de 1970, que en l'article 2.4 estableix: *"Serán declarados en estado de peligrosidad, y se les aplicarán las correspondientes medidas de seguridad y rehabilitación... los que habitualmente ejerzan, promuevan, favorezcan o faciliten la prostitución, así como los dueños, empresarios, gerentes, administradores o encargados de locales o establecimientos, abiertos o no al público, en los que, con su conocimiento, se realicen las indicadas actividades"*.

És cert que diverses reformes han anat millorant la regulació dels delictes relatius a la prostitució, sobretot la Llei orgànica 3/1989, de 21 de juny, d'actualització del codi penal que, entre d'altres aspectes, va modificar la denominació dels delictes contra l'honestetat per delictes contra la llibertat sexual, entre els quals s'inclouen els delictes relatius a la prostitució. Aquesta modificació va ser molt important ja que posava de manifest

que en aquest tipus de delictes el bé jurídic protegit era, precisament, la llibertat sexual i eliminava la connotació moral de l'altra denominació. A més, partint d'aquesta llibertat sexual es varen començar a considerar delictes, sense cap tipus de dubte, determinades agressions contra les prostitutes que abans resultaven molt difícils de condemnar. Així i tot, la reforma va ser insuficient. Tal com va dir el magistrat De Vega Ruíz en una sentència de 1992 : "Los delitos relativos a la prostitución constituyen quizás hoy día una de las asignaturas pendientes que el legislador tiene ante sí. Se trata de una temática extensa y variada, posiblemente por eso regulada confusamente por simple acumulación de situaciones alejadas en cualquier caso de un rigor científico absoluto y exacto".

Actualment, els supòsits penalitzats amb relació a la prostitució són activitats de terceria (proxenetisme, rufianisme, terceria locativa) consistents a cooperar o protegir; determinar mitjançant engany, violència, amenaces o abús; retenir en contra de la seva voluntat; promoure, afavorir, facilitar, ajudar o sostenir; viure en tot o en part a costa de l'explotació de la prostitució; ser l'amo, el gerent, l'administrador o l'encarregat d'un local on s'exerceixi etc., amb la distinció entre la prostitució de majors de 18 anys i la prostitució o corrupció de menors de 18 anys, sense distinció per raó de sexe.

Segons el magistrat abans esmentat: "*Son tantas las variedades que se someten a juicio, son tantas las distintas actividades punibles que contienen, que se impone, ya, en el inmediato Código de la Democracia, una simplificación de conductas, que evite el que actividades evidentemente repudiables encuentren hoy cobijo en más de un precepto*".

Per desgràcia, pareix que l'esperat codi penal de la democràcia tampoc no acabarà de resoldre aquest problema a gust de tothom. En principi, ja s'ha plantejat el debat sobre la possible despenalització del proxenetisme.

Per altra banda, hem de ser conscients que el problema de la prostitució no s'arreglarà només i exclusivament per la via legal. És necessari abordar el tema de manera coordinada entre les organitzacions governamentals i no governamentals i adoptar mesures socials complementàries a les legals, amb la finalitat de trobar solucions als problemes que condueixen a la prostitució.

En aquest sentit, la IV Conferència Mundial sobre les Dones, sota els auspicis de les Nacions Unides i que va tenir lloc el mes de setembre de 1995 a Beijing, serà, sense cap dubte, el marc idoni per tractar aquest tema i aprofundir-hi.

MEMÒRIA DEL CARRER

PROSTITUCIÓ I VELLESA

Lluís Ballester i
Josefina Santiago

Aquest article és continuació d'anteriors treballs sobre prostitució dels quals algun resum de part de les feines anteriors ja ha estat publicat a Alimara. En aquest cas s'han realitzat 18 entrevistes en profunditat a dones de més de 60 anys que havien exercit la prostitució. El treball s'ha fet al llarg del anys 1994 i 1995, afegint a les dificultats de localització de les dones, la dificultat per parlar-ne. L'opció de l'entrevista en profunditat i l'enfocament qualitatiu parteixen de la impossibilitat de realitzar un tractament estadístic. S'han pogut fer altres experiències amb aquest enfocament estadístic (p.e.: Apellaniz i altres, 1985) però aquí no ha estat possible.

Aquestes dones es caracteritzen per orientar la totalitat de la seva vida cap a l'exterior, cap als fragments secrets de la vida dels altres, siguin clients, "xulos" o altres dones prostitutes. Tot i que qualsevol relació nova despertava esperances i por, les relacions que han establert han estat funcionals, exclusivament per als altres. De tal manera això és així que tenen una greu dificultat per poder reconèixer la seva pròpia experiència del dolor, desenvolupant una important idealització del seu passat. El seu temps actual és buit, però la seva memòria és plena d'incidents.

1. Ara i abans

Seguint la manera d'entendre la situació de les dones entrevistades, es poden diferenciar, simplificant, un ara i un abans més o menys imprecís. La situació actual és valorada de manera negativa; la situació anterior és idealitzada i millorada per la memòria. Tot i això, les converses varen poder desvetllar alguns aspectes no tan positius de la seva vida com a prostitutes. Però comencem per les seves valoracions:

Actualment: **Context:** La prostitució s'exerceix en una situació molt més perillosa. Les drogues i la SIDA són dues situacions simptomàtiques.
Trajectòria: importància de les drogues en l'origen de l'entrada al món de la prostitució i a la impossibilitat de sortir-ne.

Relacions i reconeixement: No especialització com a prostitutes, manteniment d'altres relacions. És menys important la cultura i el cercle de relacions lligats a la prostitució. S'ha convertit en una feina. S'ha facilitat l'anonimat, però també s'ha fet més difícil tenir identitat.

Abans:

Context: Menys incertesa, menys perill. Era un món més controlable i familiar, totes es coneixien i sabien quins eren els límits del que es podia fer i no fer.

Trajectòria: No drogues, la trajectòria parteix de situacions de necessitat molt més bàsiques. Es manté una certa economia de subsistència. Els components culturals són molt pobres, virtualment totes provenen de la pobresa originària o sobrevinguda.

Relacions i reconeixement: especialització com a prostitutes, dificultat per al manteniment d'altres relacions, era difícil l'anonimat. Tot s'havia de resoldre en el cercle de relacions lligades a la prostitució.

La prostitució ha estat una veritable cultura oculta que ha existit amb un mínim de signes externs, però que ha organitzat rituals, ha estructurat el temps, ha disposat de mites, etc. No s'han fet públics els seus símbols perquè són símbols segregats i a ningú no li ha interessat acceptar-los, ja que només creaven problemes. Ha estat una cultura negada, morta abans de néixer socialment.

Pràcticament els únics símbols reconeguts que disposen són els símptomes evidents de malaltia, senilitat i abandonament que es van fent evidents a partir de certa edat, tal com a boxejadors "*deixats fora de combat*". Si la dona anciana sense família és pobre per definició, la dona anciana prostituta és doblement pobre.

Les dones prostitutes pateixen una doble negació social. En primer lloc, en forma de segregació i dificultat per al reconeixement social. Hi ha una vivència d'estigmatització (en el sentit de Goffman) (1968). Però, en segon lloc, hi ha un secret establert sobre totes les relacions que estableixen amb elles els clients.

Aquesta doble negació es basa en una doble forma de relació. El rebuig és la primera relació; l'apropament per cercar la satisfacció ràpida del desig és la segona.

Parlàvem de pobresa, però moltes vegades es tracta de dones personalment molt reforçades internament per l'adversitat. De fet, la negació no els arriba, les "putes" no neguen la seva història, es reconeixen com a "putes", és a dir, com a membres d'un ofici amb disciplina i nivells de qualitat diferenciats. Una de les qüestions que els ajuda al reconeixement és el que al llarg dels anys s'ha mantingut la demanda dels seus serveis.

No entren a fer valoracions crítiques de cap tipus, només recullen una part dels criteris morals que han pogut conèixer, però no els hi crea mala consciència ni un rebuig contra la societat.

2. Experiència emocional

La seva experiència emocional té relació amb una desordenada vida familiar (canvi d'amants, soledat, inexistència de relacions estables) o ocultació de part dels fets privats (abandonament dels fills, separació de la família, etc.). Què significa la felicitat, és quelcom associat a l'afecte i fidelitat d'alguns homes ja majors i/o d'alguns fills. També hi ha una altra manera d'entendre la felicitat, com estar entretingudes i no pensar.

Però, ¿quina ha estat la seva experiència de la relació amb tants d'homes al llarg de la seva vida? Com recorden aquesta experiència? Són conscients que els seus clients eren persones que descarregaven els seus problemes en altres perquè, senzillament, desitjaven deslliurar-se'n. Després d'haver-les utilitzat com una paperera emocional, al llarg d'un nombre relativament extens de relacions, el més freqüent era l'abandó o el canvi d'actitud, tractant-les amb menyspreu, com si s'haguessin convertit en escombraries. El que dipositaven els seus clients eren els sentiments que no podien suportar, o no podien suportar tot sols, tals com la soledat, l'avorriment d'una relació que s'ha mort, etc. De tal manera que aquestes dones han realitzat una certa funció de sosteniment, una funció de contenedor.

Com totes recorden, la denigració sempre va ser la contrapartida necessària de la relació. Els sentiments positius estan separats dels negatius, de tal manera que aquests últims necessiten trobar un receptacle més o menys voluntari per ser ennegrits (denigrar, del llatí *denigrare*, significa ennegrir). Hi ha hagut casos en els que la denigració era molt aparent, i no ho era la part positiva d'agraïment pel plaer, els casos dels "clients tirans". En altres casos es negava directament aquest plaer, ocupant la denigració un lloc molt important: eren els casos dels "clients feridors". En altres casos no hi havia cap relació emocional: eren els casos dels "clients buits".

Aquestes experiències de canvi constant, de pèrdua de totes les relacions positives és tan dolorosa de suportar que dona lloc a dos efectes relacionats, per un costat l'acceptació del "*xulo*", del protector de dubtosa fiabilitat, però com a mínim que li serà més fàcil de conservar. Per un altre, la tendència a establir relacions superficials. Quan hi ha tantes pèrdues en la vida d'una persona, pot creure que és massa arriscat establir de nou relacions profundes, que pot confiar. Conscients de la pena de la separació, conscients de la inevitabilitat de la separació, aquestes dones sabien que no haurien de posar afecte en cap home amb el qual mantindran una relació durant poc temps. Sovint aquestes dones han estat bàsicament deprimides, perquè no han pogut pair les pèrdues i la vivència

constant de la desconfiança. Com va dir una dona "ets com una dona en un prestatge, que agafen per a jugar amb ella. No ets una persona, només una pepa."

Mentre que algunes dones reaccionen envers els clients amb indiferència i una certa depressió, altres eren incapaces de contenir a dintre seu aquests sentiments juntament amb la pèrdua i ho actualitzaven en forma d'irritabilitat i odi. D'aquí resultava un comportament, en ocasions, agressiu. "Si no podem gaudir de les coses bones que ells podien oferir i no donaven, tampoc ells no tindrien allò que nosaltres els hi podíem donar." De vegades, aquest comportament s'atribueix erròniament a un sentit de llibertat i alleugeriment per l'absència de regles i normes. El significat literal d'aquest comportament és així: les dones senten que són menyspreades i que no poden deixar de menysprear també elles. Són elles les que se senten rebutjades, no estimades, no tingudes en compte i desesperançades.

3. Necessitats

Al llarg de les entrevistes realitzades, en el marc de la investigació de camp, s'ha preguntat sistemàticament a totes les dones sobre el que necessitaven, i la gran majoria de les respostes s'han orientat cap als diners: "*echo mucho en falta el dinero*", "*no puedo comprar nada*", "*desde que empecé a trabajar menos lo que más noto es el dinero*". El consum i l'activitat i animació del carrer o de les cases de cites són les altres enyorances clarament sentides i expressades. Però, es pot intentar sistematitzar el conjunt de situacions de necessitat d'una altra manera:

- a. Es pot confirmar un cert nivell de satisfacció subjectiva, és a dir, no hi ha ni vivència ni expressió ansiosa associada a les necessitats. Però les condicions objectives són molt difícils i problemàtiques: ingressos insuficients, malalties i aïllament són els principals factors generadors de necessitats.
- b. Hi ha una incapacitat generalitzada per fer front a les necessitats a l'àmbit privat. No hi ha família, en sentit convencional, però tampoc relacions veïnals sòlides que permetin la resolució, sense ajuda dels sistemes públics, de les seves necessitats.
- c. Hi ha incapacitat per expressar col·lectivament les necessitats. Així com a altres col·lectius és possible una organització i una pressió pública, aquest grup no es pot o no sap expressar-se. El reduït nombre de persones en la mateixa situació, la consideració social negativa i la manca de preparació, contribueixen al manteniment del silenci d'aquestes necessitats.

- d. A part de les necessitats que requereixen ajuda professional, abans d'illes, hi ha necessitats d'un altre tipus, especialment la necessitat de ser reconegudes com a víctimes i no culpables de determinades formes de vida.

Els problemes concrets són molt diversos, des de cirrosis, alcoholisme i diversos desequilibris psíquics, fins a diverses situacions molt més comuns en aquestes edats per al conjunt de la població: problemes circulatoris, problemes sensorials (audició i visió). Pel que fa als problemes socials, els dos més destacats ja s'han mencionat: els ingressos molt reduïts i la manca d'estímul i relacions socials.

4. La vellesa com a final d'etapa

Durant la seva vida s'han hagut d'enfrontar amb molts finals i amb moltes transicions: l'entrada al món de la prostitució, la fi de relacions amb amants, el canvi d'apreciació per part dels clients, la pèrdua de persones estimades, etc. Cada final representa un comiat, una mirada vers el passat i vers el futur. Representa perdre persones i també el que s'ha conegut i el suport que s'ha pogut rebre. Amb freqüència es fan plans, es tendeix a l'autoengany i creure que les relacions i la vida seran igual que abans. Però la vellesa és un veritable final d'etapa, no hi ha engany possible, el que s'ha perdut no tornarà.

Cada canvi anterior podia significar més o menys independència o restriccions, també pèrdues de seguretat o d'altres elements. Cada una d'aquestes transicions porta a fer algun tipus de balanç: fins on s'ha arribat, què és el que s'ha aconseguit o perdut, què s'ha fet de l'experiència que està a punt d'acabar-se. Amb la vellesa dominen l'ansietat i els sentiments negatius. Els sentiments de desesperança, o l'intent de no pensar, de defugir la pena perquè tot s'acaba, significa que hi ha una pèrdua definitiva i molt més real que qualsevol anterior: *"Ara m'adon que mai no tornaré a tenir cap altra oportunitat."* *"He desaprofitat molt el temps."* *"Sent que no he fet res i que seré oblidada de tots."*

A mesura que arriben a ser conscients del final, la por d'oblidar i ser oblidades, i la de perdre allò que pugui haver estat valuós, assumeixen una importància extraordinària. Aquestes ansietats s'agreugen quan no hi queda cap prova concreta del que ha estat més positiu en la seva vida. Les fotografies, per exemple, són de gran importància, s'emboquen i es guarden amb molt de compte, i es mostren com a proves de bellesa, prova d'haver tingut amants, prova d'haver tingut determinat nivell de consum, prova dels fills que ja no se sap què fan o a on estan. Si bé això pot jugar un cert paper com a recordatori, no són més que petites ajudes per preservar internament allò que ha estat valuós en l'experiència passada. No s'esborra el passat ni es nega la pèrdua. No es pot superar una certa triste-

sa i un cert enyor d'allò que s'ha tingut, però també, amb dolor, procuren comprendre per què la seva vida no ha pogut ser d'una altra manera. El passat mai no es pot ignorar ni desfer. Poden tractar de matar-lo a dintre seu però és l'únic capital de què disposen. La nostra insistència a conèixer confirma, de qualque forma, aquesta importància del seu passat.

BIBLIOGRAFIA

APELLANIZ, A; MARTÍN-PASCUAL, E.; BARRANQUERO, M.; GOIRIENA DE GANDARIAS, J. (1985): "*Encuesta socio-sanitaria en un colectivo de prostitutas*", pp. 587 a 629. A: **Revista de Sanidad y Higiene Pública**, núm. 59, any LIV. Maig-juny 85.

BATESON, G.: **Pasos hacia una ecología de la mente**. B.Aires. Carlos Lohlé. (1989)

GOFFMAN, E.: **Estigma**. B.Aires. Amorrortu. (1968)

LA INTERVENCIÓ SÒCIO-EDUCATIVA SOBRE LA PROSTITUCIÓ DE LA DONA: PROBLEMÀTICA, POSSIBILITATS I PERSPECTIVES

**Carmen Orte Socías i
Martí X. March Cerdà.**

Departament de Ciències de l'Educació de la UIB

¿ÉS POSSIBLE LA INTERVENCIÓ SÒCIO-EDUCATIVA SOBRE LA PROSTITUCIÓ?

Una de les qüestions que, des de la perspectiva de la intervenció social, planteja més problemes, de caràcter econòmic, cultural, polític i sociològic, és, sense cap dubte, la problemàtica de la prostitució. En aquest article volem reflexionar sobre aquest fenomen social des de la perspectiva de la intervenció sòcio-educativa, com una de les formes per poder abordar aquesta problemàtica, malgrat les dificultats de tot tipus que aquest enfoc implica.

Efectivament, i dins aquest context plantejat, ens hem de demanar si la prostitució pot ser objecte d'intervenció sòcio-educativa; es tracta d'una qüestió que s'ha de plantejar en una doble direcció: per una part s'ha de tenir en compte que existeixen pocs programes d'intervenció educativa dins l'àmbit de la prostitució, així com, també, programes des d'una perspectiva global i sectorial -sanitària, social, econòmica, urbanística, laboral, etc. Aquest fet dels pocs programes, tant a nivell d'Espanya com a nivell internacional, d'intervenció sòcio-educativa a l'àmbit de la prostitució, no és més que un reflex de la preocupació política, social i professional en relació a aquesta problemàtica. I a tot això se li ha d'afegir la dificultat de dur a terme aquesta intervenció des de l'educació.

Però, per altra part, s'ha de tenir en compte que la prostitució per les seves característiques, per la seva problemàtica i per les seves derivacions, pot ser objecte d'intervenció sòcio-educativa, malgrat l'escepticisme que aquest fet pot implicar. Així, la filosofia sobre la que fonamentam aquesta possibilitat és el fet que la prostitució, o almanco algunes manifestacions i tipologies, pot ser objecte d'intervenció per les seves característiques d'exclusió social, per la problemàtica social, sanitària, psicològica, familiar, laboral, etc. que duu associades.

Efectivament, si l'educació social pretén millorar les relacions entre els individus i incidir sobre aquelles situacions socials que es poden optimitzar a través d'una acció educativa, resulta evident que la prostitució de

forma genèrica i de forma específica permet aquesta educació social. S'ha de tenir en compte que la prostitució en totes aquelles manifestacions i tipologies que es caracteritzen pel seu caràcter marginal i per tenir una sèrie de problemàtiques associades -malalties de transmissió sexual, droga-addicció, problemàtiques associades als fills, problemàtiques associades a la vellesa, absència o manca de recursos econòmics, problemes de salut o altres situacions problemàtiques de caràcter personal i social- necessita d'una intervenció que possibiliti no només la inclusió social, sinó també la resolució de totes aquelles problemàtiques associades.

D'aquesta intervenció global i educativa, podem excloure aquells sectors, aquelles manifestacions i tipologies de prostitució que no només no generen problemes d'exclusió social, sinó que a més estan assumides com a professió; altres manifestacions de la prostitució que haurien de ser objecte d'intervenció socio-educativa -encara que també policial, sanitària i psicològica- és la prostitució de menors.

Per tant, la delimitació de la prostitució com un fet personal i social susceptible d'intervenció socio-educativa l'hem caracteritzat en base als dos supòsits anteriorment delimitats -exclusió social i problemàtiques associades- i a la voluntat d'intervenció per part de les persones que exerceixen la prostitució.

Tanmateix, aquest plantejament i aquesta delimitació de la prostitució com a objecte d'intervenció socio-educativa, també ha de tenir el seu significat en la perspectiva de la intervenció sobre la societat; és a dir, es tracta de potenciar la competència social del context en relació a aquesta problemàtica. Aquest enfoc d'intervenció socio-educativa, que té com objecte el desenvolupament d'una conducta prosocial en relació a aquesta problemàtica, resulta fonamental si es vol que la primera intervenció sobre el subjecte o subjectes de la prostitució sigui eficaç des de totes les perspectives i dimensions.

Malgrat tot el que s'ha dit, resulta important constatar el fet que la intervenció socio-educativa sobre la prostitució s'ha de contextualitzar dins un enfoc més global, integrant perspectives i elements de caràcter legal, policial, sanitari, urbanístic, econòmic, etc.

Així doncs, la prostitució és objecte d'intervenció socio-educativa -o si es vol des d'una perspectiva acadèmica i disciplinar, des de la Pedagogia de la Inadaptació Social- en tant que pretén la inclusió social de les persones i dels grups que exerceixen la prostitució, la resolució de les problemàtiques associades des de la perspectiva de l'educació i de la formació, i la construcció d'una conducta prosocial cap a la prostitució des de la societat.

Però malgrat la possibilitat real de la intervenció socio-educativa, és necessari tenir en compte les dificultats que aquesta intervenció implica perquè sigui possible i eficaç; així, aquestes dificultats, que són diverses i plurals, es poden concretar de la següent manera:

En primer lloc hem de constatar les dificultats en el coneixement d'aquesta problemàtica; efectivament, l'aproximació a aquesta realitat és la primera dificultat en una intervenció d'aquestes característiques. S'ha de tenir en compte que la prostitució és un fet complex i plural, és un fet que afecta a persones que, per diverses raons, amaguen aquesta activitat, és un fet que té elements amagats i latents. I això implica, doncs, un difícil abordatge per les dificultats en la seva concreció i en la seva especificitat.

Però aquesta dificultat de coneixement de la prostitució per la delimitació d'aquesta problemàtica, també té la seva concreció en la forma de coneixement; es tracta, en qualsevol cas, d'una vegada abordat el problema delimitar la metodologia més adequada per conèixer aquesta problemàtica de la prostitució. En aquest context, cal partir del fet de la necessitat de pluralitzar els mètodes de coneixement d'aquest fenomen social a través d'enfocs quantitatius i qualitatius, d'entrevistes i de qüestionaris, de tècniques d'observació i d'enquestes, etc. Només, doncs, des d'una triangulació metodològica serà possible conèixer la qüestió de la prostitució en qualsevol espai, en qualsevol municipi o en qualsevol temps.

Així doncs, la dificultat de conèixer aquesta problemàtica és la primera que hem de resoldre per poder dur a terme una intervenció socio-educativa sobre la prostitució. Es tracta de resoldre dues qüestions fonamentals: És possible conèixer la problemàtica de la prostitució?, i en el cas que sigui possible, com dur a terme aquest coneixement?

En segon lloc hem de constatar les dificultats legals en el coneixement d'aquesta problemàtica. Efectivament, una de les qüestions que dificulta el poder dur a terme una intervenció socio-educativa sobre aquesta problemàtica de la prostitució és, sense cap dubte, que té un nivell de definició legal contradictòria i "underground". Cal tenir en compte que la prostitució, si bé no està legalitzada, tampoc no està prohibida a nivell real; fins i tot cal tenir present que el tractament legal de la prostitució no és homogeni en funció dels diversos països.

El fet que ens trobem davant una indefinició sobre la legalitat de la prostitució, dificulta la intervenció en relació a ella mateixa. Cal tenir en compte que la perspectiva legal és un element fonamental no només en la definició de la problemàtica de la inadaptació social -de qualsevol manifestació de la mateixa- sinó també en la intervenció sobre ella, ja que la delimitació legal de la prostitució és un element bàsic en tant que marc de referència per resoldre aquesta problemàtica. Per tant, per poder dur a terme una intervenció adequada es necessita una clarificació legal d'aquesta problemàtica de la prostitució.

En tercer lloc, ens hem de referir a les dificultats d'intervenció socio-educativa a causa de la contradicció social que existeix entre una situació de no legalització de la prostitució i una acceptació d'aquest

fenomen per part de la societat. S'ha de tenir present que malgrat la no legalització d'aquesta problemàtica, resulta evident la proliferació d'aquest fenomen a nivell de la realitat, a través dels mitjans de comunicació social, a través de la publicitat de la mateixa, etc. Fins i tot es pot constatar l'existència d'una certa hipocresia social i moral que dificulta qualsevol programa d'intervenció. Es tracta, en qualsevol cas, de plantejar que la percepció social sobre la prostitució és un condicionant fonamental en la delimitació de la intervenció a realitzar.

En quart lloc ens hem de referir a la conceptualització plural de la prostitució; efectivament, una qüestió que dificulta el poder abordar aquesta problemàtica és, sense cap dubte, l'existència de diverses tipologies, actituds, percepcions, característiques i manifestacions de la prostitució. Aquesta pluralitat de la prostitució no només dificulta el seu coneixement, sinó, sobretot, la intervenció sobre les diferents manifestacions. Efectivament, la qüestió fonamental sobre la que és necessari reflexionar es refereix a la tipologia de prostitució que es pot i s'ha d'intervenir. Es tracta, en qualsevol cas, de plantejar els criteris i les prioritats que han de marcar la intervenció a realitzar en aquest àmbit. A més, i a tot això, se li ha d'afegir el fet que la prostitució té diferents accepcions ideològiques i morals en funció de les persones o dels grups que treballen o analitzen aquesta problemàtica.

En cinquè lloc ens hem de referir a la percepció que sobre l'activitat que realitzen tenen les persones que exerceixen la prostitució, en tant que dificultat per a la intervenció socio-educativa. S'ha de tenir en compte que per a alguns sectors, la prostitució és una professió que practiquen com a forma de guanyar-se la vida o el fet que per a altres sectors, la prostitució és, fonamentalment, una forma conjuntural d'activitat que no planteja cap problema ni cap motiu d'intervenció. Efectivament, la prostitució en tant que fet plural implica percepcions diferents en relació a l'acceptació de la intervenció; fins i tot, en el cas que es pugui acceptar la necessitat d'una intervenció, resulta necessari clarificar el tipus d'acció a realitzar. Amb tot, el fet que no existeixi la consciència ni la necessitat de la intervenció, no implica que la mateixa no s'hagi de realitzar per raons de salut pública, per raons de protecció dels menors o per raons de benestar personal i qualitat de vida. En sisè lloc ens hem de referir, com a dificultat per dur a terme una acció socio-educativa, a la poca consciència existent per part dels poders públics, socials, sanitaris i educatius per dur a terme programes d'intervenció en relació a aquesta problemàtica. Efectivament, de l'anàlisi de programes i de projectes d'intervenció social, sanitària o educativa que hem duit a terme, podem constatar que la prostitució no és una prioritat dels responsables polítics que treballen aquesta problemàtica. Fins i tot, en aquest sentit, cal assenyalar que la intervenció sobre la problemàtica de la prostitució es duu a terme a partir,

fonamentalment, d'organitzacions d'iniciativa social. Per tant, si la dona, en tant que subjecte i grup amb problemes de desigualtat i de marginació, no és objecte d'intervenció prioritària, la qüestió de la prostitució ho és encara menys.

Finalment, ens hem de plantejar com a dificultat d'intervenció socio-educativa el fet que en relació a la prostitució coexisteixen problemes legals associats, interessos econòmics ocults o altres problemes socials relacionats. Aquest fet, i les implicacions policials sobre el tema, dificulten la realització d'una intervenció global sobre el mateix, així com la intervenció socio-educativa.

Tots aquests elements i factors, doncs, s'han de tenir en compte per poder dur a terme una intervenció sobre aquesta problemàtica, que no només ajudi a resoldre els problemes de marginació que aquesta activitat pot implicar, sinó que ajudi a resoldre els problemes associats que en alguns grups i subjectes la prostitució pot implicar.

LA INTERVENCIÓ SOCIAL SOBRE LA PROSTITUCIÓ: UNA REVISIÓ DOCUMENTAL

Malgrat la prostitució hagi estat objecte al llarg del temps de molts comentaris, opinions i anàlisis, hem d'assenyalar i constatar els pocs estudis, investigacions i actuacions realitzades per poder conèixer i intervenir sobre dita problemàtica.

A més, i a tot això, s'hi ha d'afegir que la prostitució en els seus diferents nivells, modalitats i manifestacions no es caracteritza, precisament, per ser objecte de programes d'intervenció. Es tracta, tanmateix, d'una problemàtica social complexa, difícil i polèmica, amb poques demandes socials d'intervenció, a pesar de les necessitats sanitàries, econòmiques, educatives, psicològiques, socials o laborals que implícita i explícitament duu acompanyada.

Per altra part, l'existència de programes d'intervenció s'ha de correlacionar, fonamentalment, amb els problemes sanitaris que aquest fenomen ha implicat al llarg de la història -amb les malalties clàssiques de transmissió sexual- o en l'actualitat -amb la SIDA. Només la relació de la prostitució amb les esmentades malalties ha suposat, bàsicament, l'existència de programes d'intervenció d'una forma més significativa i important a nivell quantitatiu i a nivell qualitatiu.

Així doncs, el coneixement dels programes i investigacions que es duen a terme a nivell internacional sobre la prostitució pot ser una bona forma d'aproximació a una realitat confusa i amagada, que ens pot permetre saber les perspectives d'actuació sobre aquest fenomen social. No es tracta de dur a terme una revisió exhaustiva sobre aquesta qüestió, sinó simplement constatar les línies més significatives d'actuació sobre aquesta problemàtica.

Dins aquest context, en aquest apartat, ens proposam fer una revisió documental dels estudis i programes d'intervenció sobre la prostitució, a partir de diverses fonts documentals secundàries entre els anys 1970 i 1993. Es tracta, doncs, d'una revisió teòrica⁽¹⁾, ja que no realitza la descripció, l'anàlisi o l'avaluació de cap programa d'intervenció de forma específica, sinó que revisa tot el que s'ha escrit, investigat i executat a partir de diverses fonts secundàries. Tanmateix en aquest enfoc teòric, la revisió té una doble dimensió metodològica. Per una part, en tant que suposa constatar la utilitat de la revisió documental, la descripció d'unes fonts determinades i la posada de manifest d'una metodologia concreta d'anàlisi documental. I, per altra part, en tant que suposa conèixer les línies d'investigació i d'intervenció que en relació a aquest fenomen social s'han duit a terme.

Aquesta revisió s'ha realitzat mitjançant la consulta documental de les següents fonts: Resources in Education (RIE), Current Index to Journals in Education (CIJE), Psychological Abstracts (PA), Dissertation Abstracts International (DAI), American Doctoral Dissertations (ADD), Comprehensive Dissertation Index (CDI) i Masters Abstracts (MA). D'aquests documents secundaris d'abast internacional, s'han seleccionat a partir dels descriptors de Dona i Prostitució, els articles que ens permetin conèixer tot allò que s'ha produït sobre el tema durant el període plantejat.

En aquest sentit, els elements metodològics de la revisió documental són els següents: la selecció dels documents s'ha realitzat entre els anys 1970-1993; el buidatge de la informació acumulada s'ha realitzat a través de la tècnica de l'anàlisi de contingut; la classificació de la informació per tipus de documents, rellevància temàtica, procedència geogràfica; selecció i anàlisi dels programes d'intervenció socio-educativa, etc.

Tanmateix, i abans d'entrar a analitzar els resultats obtinguts, resulta important i significatiu constatar una sèrie de fets en relació a la revisió documental:

- 1.- El tema de la prostitució apareix com a conjuntural dins un conjunt de temàtiques generals.
- 2.- La prostitució en la quasi totalitat dels casos no apareix com el centre de la investigació, sinó fonamentalment com un apartat d'altres estudis.
- 3.- Els estudis o articles sobre prostitució apareixen com a conseqüència d'altres factors, tals com la SIDA, la droga o altres aspectes.
- 4.- La majoria de les dades analitzades reflexen la situació de la prostitució des d'una perspectiva anglosaxona.

En qualsevol cas, ens trobam amb aquesta revisió en un procés inicial de recerca en relació a una temàtica complexa, difícil i amb moltes perspectives; així doncs, es pretén situar aquesta problemàtica dins un context internacional a partir d'estudis, d'investigacions i de reflexions.

Finalment, s'ha de realitzar una crítica a les fonts, ja que les mateixes encara que siguin fiables, no reflexen tota la realitat científica i tots els programes que s'estan duent a terme en relació a aquesta qüestió.

Així, de l'anàlisi documental realitzada, podem extreure diverses conclusions, que presentarem per una part en forma de descripció de les dades més significatives i, per altra, en relació als programes d'intervenció socio-educativa pel que fa a la prostitució. Per tant, dels resultats obtinguts podem extreure les següents conclusions:

- 1.- La majoria dels documents analitzats són fonamentalment articles, investigacions i estudis comparats, essent de destacar les poques publicacions sobre programes d'intervenció. Per tant, resulta evident que es tracta de plantejaments d'estudis i de tesis doctorals, així com d'articles d'interès social de marcat caràcter teòric.
- 2.- Una important quantitat de documentació recollida i analitzada resulta ser, des de la perspectiva de la temàtica de la prostitució, no significativa, ja que el tractament de la mateixa es realitza de forma indirecta. Aquest fet és, en aquest sentit, una demostració clara de la forma com s'aborda l'anàlisi d'aquest problema social.
- 3.- Una qüestió molt important i significativa de la informació recollida és el tipus de temàtica analitzada; així, en aquesta perspectiva, resulta fonamental destacar que la majoria de documents analitzats es refereixen a la situació de la dona, des de la perspectiva de les condicions que envolten a la dona prostituta (condicions econòmiques, culturals, socials, d'emigració, territorials, etc.).

Al mateix temps, s'han de destacar els estudis i articles sobre prostitució lligats a la SIDA, a les drogues, a les conductes "anormals" (sado, fetixisme, etc.), a la qüestió legal de la prostitució per part d'organismes internacional, etc. A més, s'ha d'assenyalar l'escassa documentació existent sobre els abusos sexuals o la prostitució infantil i juvenil.

- 4.- Una altra dada característica i significativa de la documentació analitzada és el fet que la majoria d'ella es refereix a la prostitució femenina, essent gairebé inexistent els estudis sobre prostitució de menors i la prostitució masculina. Aquest fet, sumament interessant, implica dues qüestions: per una part, constata un fet real i, per altra, constata que la preocupació segueix essent per a la prostitució femenina, malgrat l'increment progressiu de la prostitució masculina en els darrers anys.
- 5.- La majoria de les investigacions realitzades sobre la prostitució es refereixen a la mateixa des de l'òptica del que es pot denominar de "baix standing", ja que l'estudi i l'anàlisi de la prostitució "d'alt standing" resulta complicada i complexa des de la perspectiva de l'accés a la mateixa. S'ha de tenir en compte que la prostitució de carrer és la que, d'alguna manera, preocupa a la societat i a la població. A més, la prostitució "d'alt standing" està lligada a interessos econòmics i professionals concrets, la qual cosa la fa més impermeable a l'anàlisi i a la intervenció.
- 6.- S'ha d'assenyalar un increment progressiu dels estudis i de les publicacions sobre la prostitució en els darrers anys; en aquest sentit, es pot

constatar que durant la dècada dels anys 80 s'ha produït un increment progressiu de treballs sobre la prostitució. A més, durant l'any 1990 s'ha produït el nombre més elevat de publicacions i de treballs sobre aquesta problemàtica. Aquest fet suposa la constatació que s'està incrementant la preocupació social i científica cap a aquest tema; i això resulta positiu des de totes les perspectives.

- 7.- La majoria dels treballs publicats procedeixen del món anglosaxó i més concretament dels Estats Units, no només perquè les fonts consultades són d'aquest país, sinó també per ser la zona on, en comparació amb altres territoris, es produeixen més estudis i investigacions. Per altra part, s'ha d'assenyalar que els estudis sobre el tercer món són encara molt deficitaris i els pocs que existeixen es refereixen a la prostitució (dels habitants d'aquests països) en els països més desenvolupats i en les ciutats nord-americanes més importants.

A més, i a nivell anecdòtic, s'ha d'assenyalar, quant a les fonts analitzades, la no existència de cap document referit a l'Estat espanyol, la qual cosa ens suscita dues possibles hipòtesis: d'una banda, que les fonts utilitzades no recullen els treballs que es realitzen, i d'altra que els pocs treballs que hi ha en el nostre país bé no es publiquen o bé no tenen la qualitat adequada.

- 8.- Malgrat els pocs treballs sobre programes d'intervenció existents, resulta evident la importància dels mateixos, pel fet de realitzar-se i per la transcendència que poden tenir des del punt de vista pràctic.

Així, la descripció d'aquests programes presenten les següents característiques:

Núm. 1. Autors: D. Schram i M. Glovengo; Any de publicació: 1991; Procedència: EUA. Programa per a adolescents sense família.

Núm. 2. Autora: J. Mandanaro; Any de publicació: 1990; Procedència: EUA. Programa de base comunitària, centrat en la prevenció de la SIDA, dirigit, entre altres col·lectius de drogaaddictes, a dones prostitutes.

Núm. 3. Autors: J. Hepworth i M. Shernoff; Any de Publicació: 1989; Procedència: EUA. Programa d'educació i prevenció de la SIDA, dirigit a grups específics amb pràctiques de risc, destacant les dones prostitutes, entre altres col·lectius. També es dirigeix a minories ètniques, a pares de nins pre-escolars, a pre-adolescents i a adolescents.

Núm. 4. Sense autor; Autor: Centre d'Informació de la Dona; Any de publicació: 1988; Procedència: Tailàndia. Centre d'Informació de la dona que ofereix programes d'entrenament de les habilitats professionals.

Núm. 5. Autors: A. McMullen i J. Richie; Any de publicació: 1987; Procedència: Gran Bretanya. Programa de suport i assessor-

rament per ajudar a joves implicats en qualsevol tipus de prostitució.

Núm. 6. Sens autor; Any de publicació: 1987; Procedència: EUA. Manual per ajudar els professors de secundària a despertar l'interès dels alumnes a conèixer l'abast de la SIDA.

Núm. 7. Autor: I. Carlson; Any de publicació: 1987; Procedència: EUA. Programa dirigit a l'assessorament dels fills de les prostitutes.

Núm. 8. Autor: F. Kausner; Any de publicació: 1987; Procedència: EUA. Programa dirigit a oferir alternatives, altres camins per legalitzar la situació d'immigrants que exerceixen la prostitució.

Núm. 9. Autors: R. Newton, L. Handelsman i M. Mitchell; Any de publicació: 1986; Procedència: EUA. Programa dirigit a la intervenció sobre prostitutes adolescents.

Núm. 10. Autora: B. Carlson; Any de publicació: 1985; Procedència: EUA. Programa sobre "Infància en perill" dirigit a ajudar i a orientar els menors que se'n van de la llar i que poden caure en la prostitució.

De l'anàlisi d'aquests programes podem extreure'n les següents conclusions:

- a) Els programes d'intervenció sobre la prostitució es duen a terme a partir de l'any 1985 fins al 1991.
- b) La majoria dels programes es duen a terme als Estats Units.
- c) En la majoria dels programes, la SIDA i la prostitució d'adolescents tenen un paper fonamental.
- d) La majoria dels programes tenen un caràcter preventiu i pretenen una actuació directa.
- e) La majoria dels programes presenten un enfoc i un plantejament comunitari.

En qualsevol cas, resulta significatiu comentar els pocs programes d'intervenció existents en relació a aquesta problemàtica de la prostitució, signe inequívoc que ens trobam davant una realitat complexa, en la que les dificultats d'intervenció són evidents des de tots els punts de vista i les perspectives. Tanmateix el fet que ens trobem davant una realitat d'increment dels estudis i programes d'intervenció constata un canvi d'orientació significatiu.

LA PROSTITUCIÓ A ESPANYA: UNA REVISIÓ DE PROGRAMES I D'ESTUDIS

Una vegada realitzada la revisió documental sobre els programes i estudis sobre la prostitució a partir, fonamentalment, de la literatura anglosaxona, en aquest apartat anam a realitzar una revisió d'estudis i de programes sobre la prostitució a Espanya.

Aquesta revisió s'ha realitzat a partir de la documentació obtinguda de la investigació que actualment s'està duent a terme sobre la realitat de la prostitució en el nostre país; així, aquesta revisió s'ha fonamentat sobre la informació proporcionada per comunitats autònomes, ajuntaments i institucions privades espanyoles de caràcter social⁽²⁾.

Amb tot, s'ha de partir del fet dels pocs programes, estudis i recursos existents a Espanya sobre la prostitució; tanmateix, la informació rebuda -que no és ni pretén ser exhaustiva, encara que sí és significativa- resulta important per poder analitzar les característiques i les tendències més importants en relació a aquesta problemàtica.

Per poder fer l'anàlisi utilitzarem una sèrie d'indicadors i uns criteris que ens permetran realitzar una classificació més clara sobre la institució o programa, objecte de la nostra investigació:

Títol del Programa

1.- Regió

2.- Institució que el duu a terme

3.- Any de realització

4.- Tipus de Document

5.- Objectius

6.- Característiques

7.- Altres aspectes del programa

Abans de començar a desenvolupar aquesta fitxa de cada institució o programa, és necessari constatar que la informació que mostrarem la varem obtenir durant el primer semestre de l'any 1994 i que resulta una síntesi i resum dels programes més significatius.

I. PROGRAMA D'ATENCIÓ A LA DONA PROSTITUTA

1. Regió: Comunitat Autònoma de Madrid
2. Institució que el duu a terme: Médicos Mundi
3. Any de realització: Des de febrer de 1993
4. Tipus de Document: Programa d'intervenció i Dades de les Intervencions realitzades.
5. Objectius:
 - a) Conèixer la realitat de la prostitució
 - b) Disminuir l'adquisició i difusió del VIH
 - c) Detectar les necessitats d'aquest col·lectiu
 - d) Canalitzar els programes i les necessitats detectades en els recursos socials i sanitaris.
6. Característiques: La idea fonamental és que el recurs ha d'anar a la prostituta i transmetre la idea de "serietat" amb una presència sistemàtica a través d'una Unitat Mòbil.
7. Altres aspectes del programa: El document inclou les dades d'intervenció (nombre de prostitutes, de seguiments, de preservatius, de xeringues,

derivacions realitzades). Les dades personals a nivell d'edat, de nacionalitat, de lloc de residència, d'estat civil, de nivell d'estudis, del nombre de fills, de la cobertura sanitària, del consum de drogues, de les proves i resultats del VIH, de l'ús de preservatius amb el client i amb la parella.

II. CENTRE DE DIA: UNA EXPERIÈNCIA PILOT ALTERNATIVA D'INTERVENCIÓ I SUPORT

1. Regió: Comunitat Autònoma de Madrid
2. Institució que el duu a terme: Associació per a la Prevenció i la Reinserció de la Dona Prostituta
3. Any de realització: El centre va començar les seves activitats a partir de l'1 de juliol de 1990
4. Tipus de Document: Programa d'Intervenció i Memòria de les Intervencions realitzades.
5. Objectius: L'objectiu és oferir models alternatius d'intervenció i serveis de suport que possibilitin a aquestes dones prostitutes i als seus fills, accedir a noves i millors situacions de vida
6. Característiques: El Centre de Dia ofereix a les possibles usuàries els següents serveis:
 - a) Detecció i primer contacte
 - b) Acollida
 - c) Suport individualitzat
 - d) Intervenció social
 - e) Assessoria jurídica
 - f) Formació amb continguts de formació humana (Taller d'habilitats socials, Curs d'educació per a la salut, Curs de cultura general) i també continguts de formació pre-laboral (Taller de jardineria, Taller de pintar i empaperar parets, Taller d'acabament d'estores, Taller de tècniques de recerca de feina). Tot això es realitza a través d'una metodologia participativa
7. Altres aspectes del programa: A la Memòria s'inclou la descripció del centre, les característiques de la població atesa, els serveis que ofereix el centre, el personal i els ingressos i despeses del centre.

III. ATENCIÓ A COL·LECTIUS AMB NECESSITATS SOCIALS ESPECÍFIQUES: DONA

1. Regió: Comunitat Autònoma de Madrid
2. Institució que el duu a terme: Àrea de Serveis Socials i Comunitaris de l'Ajuntament de Madrid
3. Any de realització: Gener de 1993
4. Tipus de Document: Full publicitari de l'Ajuntament de Madrid "Per un Madrid Solidari"

5. Objectius: Si bé l'Ajuntament de Madrid ens va enviar la informació que a l'actualitat no es duïen a terme programes sobre prostitució, cal constatar que entre les actuacions que s'assenyalen sobre la dona es proposen subvencions a tallers de promoció socio-cultural, en programa d'acció directa front a la prostitució
6. Característiques: No es detallen
7. Altres aspectes del programa: No hi ha cap altra informació.

IV. CONDICIONS DE VIDA DE LES PROSTITUTES D'ASTÚRIES

1. Regió: Comunitat Autònoma del Principat d'Astúries
2. Institució que el duu a terme: Conselleria d'Educació, Cultura, Esports i Joventut del Principat d'Astúries, amb la col·laboració del Ministeri d'Afers Socials.
3. Any de realització: 1991
4. Tipus de Document: Investigació
5. Objectius: Conèixer les condicions de vida i de treball de les prostitutes per, en conseqüència, articular la forma de la seva inclusió en les polítiques socials i de salut que arriben a la resta de la població
6. Característiques: En aquesta investigació s'analitzen els següents aspectes:
 - a) El nombre, la localització territorial, la distribució per edats, la procedència i el nivell cultural
 - b) L'àmbit personal de les prostitutes
 - c) Les condicions de treball
 - d) La situació econòmica
 - e) Els sectors en condicions de desavantatge
 - f) Els problemes claus d'aquests sectors
 - g) La situació general i les possibilitats de futur d'aquest sector
7. Altres aspectes del programa: L'estudi, una vegada realitzat el diagnòstic, proposa la normalització legal d'un treball que ja està normalitzat en el mercat de serveis. A més, planteja la necessitat d'una implantació de programes assistencials cap a aquest col·lectiu.

V. ESTUDI D'HÀBITS HIGIÈNICS A LES PROSTITUTES

1. Regió: Comunitat Autònoma del Principat d'Astúries
2. Institució que el duu a terme: Conselleria d'Educació, Cultura, Esports i Joventut del Principat d'Astúries, amb la col·laboració de la Unitat de Tractament d'ETS de l'Hospital Monte Naranco d'Astúries
3. Any de realització: 1994
4. Tipus de Document: Esquema d'Investigació
5. Objectius:
 - a) Disposar de dades objectives sobre alguns hàbits en el col·lectiu de

- dones prostitutes (alcohol, tabac, drogues, etc.)
- b) Iniciar activitats de promoció de la salut en aquest col·lectiu
 - c) Modificar hàbits de risc exposicional: tabac, alcohol
 - d) Promoure activitats educatives i divulgatives en conceptes bàsics: sexualitat, higiene, ETS, prevenció
6. Característiques: L'esquema de la investigació inclou els següents apartats:
- a) Fonamentació
 - b) Objectius
 - c) Metodologia
 - d) Recursos
 - e) Avaluació
7. Altres aspectes del programa: Aquest estudi s'inclou dins el "II Pla per a la Igualtat d'Oportunitats per a la Dona a Astúries".

VI. CENTRE D'ACOLLIDA A LA PERSONA PROSTITUÏDA

1. Regió: Comunitat Autònoma Valenciana
2. Institució que el duu a terme: Institució Villa Teresita, institució privada de l'església, especialitzada en la problemàtica ocasionada per l'exercici de la prostitució. Aquesta institució fou creada el 1942 a Pamplona i posteriorment s'han inaugurat altres residències a distintes ciutats d'Espanya
3. Any de realització: Aquest centre comença a treballar a partir de 1983 fins a l'actualitat
4. Tipus de Document: Programa d'actuació i d'intervenció
5. Objectius:
 - a) Potenciar la dimensió de la trobada humana d'acollida, comprensió, companyia i amistat
 - b) Fomentar els canals d'intervenció entre Villa Teresita i tot l'entorn natural de la persona prostituta
 - c) Col·laborar amb els sectors socio-educatius especialitzats que treballen aquesta problemàtica, amb la finalitat de juntar esforços i obtenir una major eficàcia en la incorporació de la persona prostituta a la comunitat
6. Característiques: A Villa Teresita, i a través dels membres de la Institució i de voluntaris, es treballen les següents àrees: l'àrea social, la sanitària, la jurídica, la de formació d'adults i l'àrea preventiva. Per a cada una d'aquestes àrees hi ha objectius que desenvolupen la filosofia de la Institució. Les àrees més importants des de la perspectiva socio-educativa són la de formació d'adults, la preventiva i la sanitària.
7. Altres aspectes del programa: A més del Centre d'Acollida a la persona prostituta, Villa Teresita impulsa una residència materno-infantil

per atendre a mares sense suport familiar i social, i un seguiment de les persones prostitutes al carrer.

VII. PROGRAMA D'ATENCIÓ A LA DONA MARGINADA

1. Regió: Comunitat Autònoma de Navarra
2. Institució que el duu a terme: Càritas Diocesana de Pamplona
3. Any de realització: Curs 1991-1992
4. Tipus de Document: Programa d'actuació
5. Objectius: L'objectiu general d'aquest programa és el de contribuir a la reducció dels riscos sanitaris específics d'aquest col·lectiu de dones prostitutes mitjançant el desenvolupament de coneixements, actituds i habilitats tendents a l'adquisició d'un major nivell de responsabilitat en la prevenció de la malaltia i en les autocures per al manteniment de la salut
6. Característiques: Els temes objecte de desenvolupament són els següents: La salut, el coneixement del cos, la planificació i la prevenció amb l'objectiu de fomentar la responsabilitat, la prevenció de malalties de transmissió sexual, la prevenció del càncer genital i de mama, i els centres d'orientació familiar i d'educació sexual. Des de la perspectiva metodològica es pretén la participació del grup mitjançant la constitució de grups petits.
7. Altres aspectes del programa: El programa presentat s'emmarca dins un projecte de treball començat des de l'any 1987-1988 a través de diverses fases i objectius.

VIII. PROGRAMA D'ATENCIÓ A LA DONA. PROGRAMACIÓ DELS TALLERS OCUPACIONALS

1. Regió: Comunitat Autònoma de Navarra
2. Institució que el duu a terme: Càritas Diocesana de Pamplona
3. Any de realització: Curs 1991-1992. Amb tot, els Tallers Ocupacionals comencen a dur-se a terme a partir de 1983. Amb una evolució a través d'una sèrie de fases i etapes.
4. Tipus de Document: Projecte d'intervenció
5. Objectius: L'objectiu general d'aquest programa és el d'oferir una atenció integral a la dona i al transvestit marginal, tendent cap a institucions específiques -en funció de problemàtiques- de rehabilitació i si aquest no és possible, a apaivagar la seva situació de marginalitat. Dins aquest context, els objectius específics que es plantegen són els següents:
 - a) Promoure el pas de les usuàries a institucions de rehabilitació i serveis específics
 - b) Promoure la reinserció socio-laboral de les usuàries

- c) Potenciar la seva autoestima i, per tant, l'interès per la seva salut i la motivació per poder aconseguir qualsevol objectiu.
 - d) Contribuir al millorament de les seves condicions de vida i estat de salut
 - e) Fomentar la seva socialització
 - f) Ampliar el camp d'interessos i la formació cultural, en un sentit pràctic, de les usuàries.
6. Característiques: Els tallers ocupacionals són cinc, dirigits a col·lectius diferents en funció de les problemàtiques
 7. Altres aspectes del programa: A més dels tallers existeixen altres serveis, tals com el menjador, el servei militar, l'assistència jurídica, etc. Els tallers han tingut un pressupost de més de 16.000.000 de pessetes.

IX. PROGRAMA DE FORMACIÓ DE MONITORES DE CASA

1. Regió: Comunitat Autònoma de Navarra
2. Institució que el duu a terme: Càritas Diocesana de Pamplona
3. Any de realització: 1993
4. Tipus de Document: Projecte d'intervenció
5. Objectius: L'objectiu general d'aquest programa és la formació de Monitores de Casa, qualificant-les per dur a terme tasques domèstiques. Es dirigeix a dones marginades amb possibilitats d'inserció laboral; a més, i a tot això, cal afegir-hi la promoció cultural i humana de les mateixes, fer créixer l'estima i la imatge personal d'aquestes dones, potenciar la seva autonomia personal i treballar en equip
6. Característiques: Els temes d'aquest programa són sis i van des de les característiques de la dona marginada, fins a la metodologia bàsica per a la formació
7. Altres aspectes del programa: En el procés de formació de monitores cal parlar de tres etapes: selecció de les futures monitores, realització de les sessions de formació i de les reunions de revisió i dels grups d'autoajuda.

X. PROGRAMA DE CAPACITACIÓ EN LES TASQUES DOMÈSTIQUES

1. Regió: Comunitat Autònoma de Navarra
2. Institució que el duu a terme: Càritas Diocesana de Pamplona
3. Any de realització: 1993-1994
4. Tipus de Document: Projecte d'intervenció
5. Objectius: L'objectiu general d'aquest programa té com a finalitat bàsica la d'afavorir la inserció socio-laboral d'algunes de les dones marginades, en particular en el món del treball domèstic. En aquest sentit, el programa ha de dotar les dones de les següents capacitats:
 - a) realitzar tasques domèstiques amb eficàcia

- b) gestionar els seus propis recursos personals
- c) millorar el seu aspecte extern
- d) millorar la seva expressió verbal i vocabulari
- 6. Característiques: El programa de capacitació en tasques domèstiques tindrà una duració de 9 mesos. La dona en formació anirà els horabai-xes al centre ocupacional i dedicarà els matins al treball domèstic amb la Monitora de la Casa
- 7. Altres aspectes del programa: Del programa és necessari esmentar el paper important de les Monitores de Casa formades en el programa descrit.

XI. CENTRE D'INFORMACIÓ, PROMOCIÓ EDUCATIVA I SUPORT A LA DONA PROSTITUTA

1. Regió: Comunitat Autònoma d'Aragó (Saragossa)
2. Institució que el duu a terme: Grup de Treball de la SIDA de la Comunitat Autònoma d'Aragó. Aquest grup de treball està format pel Govern Autònom, l'Ajuntament de Saragossa, INSALUD, Comissió Ciutadana Anti-SIDA d'Aragó i Càritas. Aquest grup de Treball tenia dos objectius: d'una banda conèixer els problemes lligats a la prostitució i d'altra, definir les possibles línies d'intervenció
3. Any de realització: Aquest Grup de Treball es va constituir l'any 1992. El Centre que es descriu és de l'any 1994
4. Tipus de Document: Projecte d'intervenció
5. Objectius: El Centre té com a objectiu general l'atenció de l'estat de salut psicosocial de la dona prostituta, en especial d'aquella que es troba en situació de marginació social. Amb tot, els objectius concrets són els següents:
 - a) Desenvolupar pautes d'educació sanitària que disminueixin el risc de problemes de salut en el seu treball i entorn
 - b) Afavorir les relacions interpersonals i la seva autoestima, potenciant la seva capacitat d'interrelació social
 - c) Capacitar la dona prostituta marginal per desenvolupar altres activitats laborals
 - d) Contemplar la possibilitat de tractaments amb substituïts de l'opi per a aquelles persones usuàries de drogues via injecció que utilitzen la prostitució per finançar la seva addicció
 - e) Orientar sobre els recursos assistencial existents i donar informació jurídica en relació als problemes d'aquest col·lectiu
6. Característiques: Les activitats que es realitzen són les següents:
 - a) Assessoria personal i individualitzada
 - b) Grups de treball d'actituds en salut, en cura i relació afectiva amb els fills en relació a les drogodependències en interrelació amb altres prostitutes, etc.

- c) Contactes amb institucions sanitàries i socials
 - d) Formació d'agents de salut dins el propi col·lectiu que facilitin l'accés al centre al major nombre possible de dones
7. Altres aspectes del programa: Aquest Projecte, que inclou una metodologia i criteris d'avaluació, es fonamenta en un coneixement sobre l'actual situació de la prostitució que es constata sobre les diferents mancances:
- a) L'increment dels riscos de salut en els casos, fonamentalment, de la prostitució marginal
 - b) Les dificultats d'utilització dels recursos sanitaris i socials normalitzats per a les persones d'aquest col·lectiu
 - c) Una qualitat de vida deteriorada per la manca d'un entorn afavoridor de l'autoestima i benestar de la prostituta
 - d) Els problemes associats a la situació dels fills de les dones d'aquest col·lectiu

En qualsevol cas s'ha de constatar que aquest projecte comença el 1989 amb un Programa sobre la SIDA de subministrament de preservatius i d'educació sanitària individualitzada a prostitutes de la zona centre de Saragossa.

XII. EL PLAER EN ELS TEMPS DE LA SIDA

1. Regió: Comunitat Autònoma de Catalunya. Aquest projecte d'intervenció es duu a terme en el Districte de "Ciutat Vella" de Barcelona
2. Institució que el duu a terme: Equip de Prevenció de la SIDA del Departament de Sanitat i de Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya
3. Any de realització: No consta; tanmateix es pot contextualitzar durant la dècada dels 90
4. Tipus de Document: Projecte d'intervenció, documents metodològics i tríptic
5. Objectius: El Projecte dirigit a les prostitutes -en tant que col·lectiu amb pràctiques de risc en relació a la SIDA i sotmeses a la pressió econòmica per part dels clients per no prendre mesures preventives- té l'objectiu d'augmentar els coneixements d'aquest col·lectiu que tenen relació amb la SIDA i formar-les per "vendre" als seus clients el sexe més segur. A més, es pretén augmentar la seva accessibilitat als recursos socio-sanitaris i als preservatius.
Dins aquest mateix context i com a objectiu complementari es va realitzar un projecte pilot de promoció de sexe segur entre els usuaris de la prostitució, utilitzant per a aquest objectiu els "sex-shop" com llocs adequats per intervenir en el camp de la prevenció de la SIDA.
6. Característiques: El Projecte, dirigit al col·lectiu de prostitutes, es duu a terme mitjançant la metodologia pròpia del taller de salut. En

aquests tallers se les entrena en habilitats, se'ls faciliten materials de suport, etc., a través de diverses sessions i amb la utilització de diversos materials.

7. Altres aspectes del programa: És necessari destacar la utilització de tríptics i de vídeos que ajudin a la formació de les prostitutes en la pràctica preventiva. Així, es planteja la forma com han de "vendre", a un client fix, desconegut o esporàdic, la utilització del preservatiu. La utilització del vídeo també fou un suport fonamental per a la promoció del sexe segur en els "sex-shop" entre els usuaris de la prostitució. Així, en aquest vídeo de 15 minuts, s'oferien imatges de relacions heterosexuals segures. En aquest mateix context es formava als venedors dels "sex-shop" amb la finalitat que reforçassin les idees-claus transmeses en el vídeo.

Amb tot, el missatge que es pretenia donar, tant a les prostitutes com als seus usuaris, era la necessitat d'integrar cognitivament el plaer i la seguretat.

XIII. EL FENOMEN DE LA PROSTITUCIÓ FEMENINA A DONOSTIA

1. Regió: Comunitat Autònoma Basca
2. Institució que el duu a terme: Servei Municipal de la Dona de l'Ajuntament de Sant Sebastià-Donostia
3. Any de realització: Febrer-novembre de 1990
4. Tipus de Document: Investigació i propostes d'intervenció
5. Objectius: L'objectiu d'aquest estudi és el coneixement de la prostitució a Donostia, la problemàtica que implica l'exercici d'aquesta professió, així com les demandes plantejades per aquest col·lectiu. En base als estudis s'analitzen i proposen les diferents alternatives d'intervenció per a aquest col·lectiu
6. Característiques: Aquesta memòria -que consta de 150 pàgines a més dels annexos- es distribueix en els següents blocs: En primer lloc, es realitza una aproximació al fenomen de la prostitució, analitzant-se els diferents aspectes relacionals amb aquest fenomen, el marc legislatiu en el que es desenvolupa i la intervenció dels serveis socials davant aquest fenomen. En segon lloc, l'estudi se centra en la realitat d'aquest fenomen a Donostia i això es realitza, per una part, a partir de la valoració dels serveis socials d'aquest fenomen i, per altra part, a partir de les entrevistes realitzades a les dones que exerceixen la prostitució a Donostia. I, finalment, s'acaba amb unes propostes d'intervenció des dels serveis socials per cobrir les demandes plantejades per aquest col·lectiu: en aquest sentit, les propostes fan referència a prostitutes a nivell d'economia i de sanitat, dones prostitutes d'edat avançada, ajut i suport a dones que desitgen abandonar la prostitució i prevenció

-
7. Altres aspectes del programa: Per dur a terme aquest estudi s'ha comptat amb la col·laboració de dones que exerceixen o han exercit la prostitució, de professionals que han investigat el tema, d'institucions que treballen la prostitució a Euskadi i a la resta de l'Estat, de professionals de serveis socials, etc.

XIV. CENTRE D'ATENCIÓ A LA DONA "LEONOR DÁVALOS"

1. Regió: Comunitat Autònoma d'Andalusia. En concret, el Centre té el seu àmbit territorial d'actuació a la ciutat de Sevilla, a la zona d'Alamda d'Hércules, zona en la que tradicionalment s'ha exercit la prostitució
2. Institució que el duu a terme: Ajuntament de Sevilla i Institut Andalús de la Dona
3. Any de realització: Aquest Centre es va inaugurar durant l'any 1990 i des d'aleshores està realitzant diversos programes d'actuació a l'àmbit general de la dona i en concret de la dona prostituta
4. Tipus de Document: Un document en el que es descriuen les característiques del Centre (Fonamentació, localització geogràfica, finalitat, objectius generals i específics, nivells d'intervenció, metodològics, activitats, tècniques i instruments, recursos i temporalització) i altres documents en els que es concreten diversos programes d'atenció a la dona prostituta
5. Objectius: L'objectiu general del centre és el d'oferir a les dones que exerceixen la prostitució els mitjans i recursos existents en el centre i a altres serveis que els possibilitin la resolució dels seus problemes, la normalització de les seves vides i la dels seus fills, amb la col·laboració i la participació de la comunitat. D'aquest objectiu general se'n deriven els següents objectius específics:
 - a) Facilitar un lloc de trobada entre dones amb problemàtiques semblants
 - b) Contribuir a les relacions mare-fill/a
 - c) Conèixer la població de dones que exerceixen la prostitució
 - d) Promocionar la participació de les dones
6. Característiques: En el Centre s'han dut a terme els següents programes:
 - a) Programa d'atenció individualitzada per a les dones que requereixen una intervenció tècnica especialitzada
 - b) Programa d'atenció a dones que exerceixen la prostitució i als seus fills menors
 - c) Programa de prevenció de situacions de risc, promoció de dones joves i adolescents
 - d) Programa d'atenció a la dona adulta que exerceix la prostitució
 - e) Programa d'atenció a dones velles que exerceixen o han exercit la prostitució
 - f) Programa de complementació dels centres de promoció de salut i de les malalties de transmissió sexual

- g) Servei d'atenció temporal a la infància
7. Altres aspectes del programa: En els documents utilitzats es concreta, entre altres aspectes, el finançament dels diversos programes, l'organigrama de funcionament, la col·laboració institucional i els professionals responsables; entre els professionals que duren a terme dits programes cal assenyalar l'existència de l'educador.

XV. PROGRAMA "PIS PETIT"

1. Ciutat: Palma de Mallorca
2. Institució que el duu a terme: Càritas Diocesana de Mallorca en conveni amb l'Ajuntament de Palma
3. Any de realització: Dècada dels anys 90
4. Població a la que es dirigeix: Atén una població de dones prostitutes que o bé viuen o treballen en el barri "chino" de Palma de Mallorca, amb un nivell cultural baix i que duen a terme la seva activitat en situacions de marginació, de drogodependència o de malalties cròniques
5. Objectius: Els objectius més importants i significatius del Pis Petit són els següents:
 - a) Ajudar la dona prostituta, fonamentalment jove (18-40 anys) a integrar-se dins de la societat
 - b) Aconseguir que prengui consciència de la seva situació
 - c) Reforçar la seva imatge positiva per evitar que se senti marginada
 - d) Estimular-la perquè surti de l'ambient del prostíbul
 - e) Proporcionar-les formació per incrementar el seu nivell cultural
 - f) Proporcionar-les informació en relació als recursos socials i sanitaris als quals tenen dret
6. Característiques: El programa es divideix en tres fases:
 - a) Captació i contacte: Es contacta amb la dona prostituta en el seu propi lloc de treball, intentant establir una relació de confiança per conèixer la seva problemàtica. A partir d'aquesta relació se la deriva als diversos serveis existents en la comunitat en relació a la problemàtica que presenti, o bé als del propi recurs del Pis Petit. Dit treball es coordina amb l'Ajuntament amb la finalitat d'evitar duplicitats en les intervencions
 - b) Taller: Es tracta d'un servei diari que s'ofereix els matins i que compta amb 15 places. L'objectiu d'aquest Taller és aconseguir una integració social, amb la qual cosa es pretén l'adquisició d'hàbits de treball, realitzant per aquesta finalitat activitats manuals específiques. Per a la realització d'aquest treball la dona cobra unes 700 pessetes per hora. Paral·lelament a les activitats manuals es fan xerrades informatives, classes d'alfabetització, excursions, etc.
 - c) Reinserció: una vegada assimilats els objectius de la segona fase s'intenta que la dona tramiti la sol·licitud de la tarja de la Seguretat Social i que s'apunti a la borsa de treball de l'INEM

D'aquesta fase es fa un seguiment de la dona per poder-li oferir orientació en qualsevol moment que ho necessiti. En el cas que la reinserció s'aconsegueixi, es pretén la creació de grups d'autoajuda.

Igualment, es duu a terme una intervenció sobre els fills de la dona prostituta, en el cas de tenir-los, perquè assisteixin a l'escola, rebin l'alimentació adequada, tinguin la higiene necessària. Dita intervenció es realitza en coordinació amb els centres de salut, les escoles infantils, les escoles públiques, etc.

7. Altres aspectes del programa: Per dur a terme el programa es compta, a més de les quatre religioses que estan sempre disponibles, amb un equip de professionals format per una assistent social, un educador de carrer i monitores de taller. Així mateix, es pot comptar amb la col·laboració d'advocats, psicòlegs, metges, etc.

A les Illes Balears, a més del Programa del Pis Petit, cal ressenyar l'existència de diferents estudis realitzats sobre la prostitució. Així hem de fer esment a un Estudi sobre la Prostitució en el Casc Antic de Palma de Mallorca, realitzat pel Centre Municipal de Serveis Socials de l'Ajuntament de Palma de Mallorca l'any 1991, i el Diagnòstic del Projecte de Prospecció de la Prostitució en el "barri chino" de Palma de Mallorca, realitzat per ALCARI l'any 1992.

De l'anàlisi d'aquests programes podem deduir les següents conclusions:

- 1.- La majoria dels programes i estudis analitzats es duen a terme durant la dècada dels anys 90. Malgrat la informació sol·licitada és d'aquest període, cal destacar que la majoria de les intervencions sobre aquesta qüestió es duen a terme a finals dels anys 80 i a principis dels 90. Amb tot, algunes institucions tenen una important tradició històrica en aquest camp.
- 2.- Si bé l'anàlisi realitzada no és ni pretenia ser exhaustiva, cal ressenyar que les comunitats autònomes amb més problemàtica de prostitució i una major consolidació dels serveis socials són les que més intervencions han realitzat. Amb tot, cal destacar l'absència d'informacions més profundes sobre aquesta problemàtica per part dels serveis socials públics i de les diverses iniciatives socials privades.
- 3.- En els programes d'intervenció sobre la prostitució cal destacar la participació d'organitzacions d'iniciativa social, des dels serveis socials comunitaris i de les organitzacions de dones.
- 4.- A més dels programes d'intervenció cal destacar la presència d'estudis i d'investigacions sobre aquesta problemàtica. Aquest fet és important ja que el coneixement d'aquests fenomen és una de les qüestions a resoldre.
- 5.- Els programes d'intervenció es dirigeixen, fonamentalment, a la prostitució marginal o bé a aquella que presenta problemàtiques socials i sanitàries associades. Fins i tot, en aquest sentit, cal constatar que la quasi totalitat de programes se centren sobre la prostitució femenina.

- 6.- Si bé els programes són plurals i diversos en els seus objectius i en els seus plantejaments, cal ressenyar que des del punt de vista socio-educatiu es dirigeixen a l'educació sexual de les prostitutes, a la formació i a la inserció socio-laboral d'aquest col·lectiu, a la formació cultural de les mateixes, al treball educatiu amb els fills de les dones prostitutes, i a la prevenció amb els col·lectius i grups de risc. En aquest sentit cal constatar la importància progressiva del model educatiu-preventiu-comunitari en la resolució d'aquests problemes, intentant superar, en aquesta perspectiva, al dimensió purament individual del tractament d'aquesta problemàtica.
- 7.- En qualsevol cas s'ha de destacar, malgrat la seva progressivitat, l'escassa presència de professionals de l'educació en la resolució d'aquesta problemàtica. Amb tot, la manca de professionalització en la intervenció sobre aquest fenomen és una característica a destacar.

De tots aquests programes i estudis, podem assenyalar la importància i la necessitat de la intervenció socio-educativa sobre aquesta qüestió, partint de la visió global i integral que el tractament d'aquesta problemàtica exigeix. Des d'aquesta reflexió resulta necessari el disseny d'un model d'intervenció socio-educativa sobre la prostitució que tenguim en compte aquesta globalitat del problema; però això hauria de ser objecte d'un altre article.

NOTES:

(1) Aquesta revisió s'ha basat en un treball fet a l'assignatura de Pedagogia de la Inadaptació Social que es fa al Departament de Ciències de l'Educació de la UIB. En aquest treball hi participen les següents estudiants: Teresa Moyà; Catalina Nolla; Isabel Reynés; Mònica Roch; Catalina Mateu; Joana M^a Mairata; Magdalena Puig; Joana M^a Amengual i Bel Heras.

(2) Aquesta revisió s'ha basat en un treball fet a l'assignatura de Pedagogia de la Inadaptació Social que es fa al Departament de Ciències de l'Educació de la UIB. En aquest treball hi participen les següents estudiants: Rosa Albalat; Miquela Escalas; Antònia M^a Genestra i Cristina Servera.

El voluntariat és el bloc que tanca aquesta Alimara 36. Del voluntariat creim que tothom en parla però molt poca gent hi exerceix; totes les institucions diuen que el fomenten però a l'hora de la veritat podem comprovar com de voluntaris n'hi ha ben pocs. Per això qualsevol iniciativa tendent al foment d'aquest col·lectiu sempre serà valorada com positiva per aquesta redacció.

L'article que avui ens presenta Jordi Torres analitza els punts obscurs i no definits de la nostra actual Llei d'Acció Social en relació al voluntariat social, a part de posar sobre la taula el fet de la no existència d'una llei de voluntariat, analitzant els pros i els contres d'aquest fet. Avala aquest article, l'experiència que ha anat adquirint Jordi Torres amb el treball realitzat el darrers temps amb diversos grups de voluntaris mallorquins.

EL VOLUNTARIAT A LA LLEI D'ACCIÓ SOCIAL⁽¹⁾

Jorge C. Torres

Assistent Social

La nostra Comunitat Autònoma, a diferència d'altres CA de l'Estat Espanyol⁽²⁾, no té una legislació específica que reguli el tema del voluntariat.

Aquesta absència de legislació a nivell autonòmic, no ha estat obstacle perquè, fins ara, dos ajuntaments de l'illa, Inca i Palma, hagin reglamentat la col·laboració del voluntariat amb les esmentades corporacions⁽³⁾.

Per altra part, s'ha de dir que l'única regulació que trobam del tema del voluntariat a nivell insular, si bé es refereix a un altre àmbit d'actuació -que no necessàriament ens ha de servir de referència pel tema que ens ocupa- és el reglament del Cos de Bombers Voluntaris, aprovat pel CIM l'any 1988.

La primera qüestió a destacar de la nostra Llei d'Acció Social (LAS) és que no hi ha cap article o títol dedicat específicament al voluntariat. Tan sols en quatre dels 35 articles que conformen la Llei, apareix la denominació "voluntariat social", i a cap d'aquests apareix una definició del terme que ens clarifiqui en què està pensant el legislador quan utilitza la dita expressió i quines diferències hi ha, si és que n'hi ha cap, quan es refereix a la "Iniciativa o Entitats Privades Sense Ànim de Lucre" (EPSAL).

Per tant ¿quina interpretació hem de fer d'aquest ús indistint del legislador, d'aquests dos termes: voluntariat social i entitats privades sense ànim de lucre? Vol donar a entendre que és el mateix? Que el voluntariat social és una part del sector privat no lucratiu? O bé, que les entitats privades sense ànim de lucre poden fer, entre altres coses, voluntariat social?

En fi, com que no és l'objecte d'aquesta col·laboració discórrer sobre aspectes terminològics o conceptuals i amb la finalitat de no incórrer en interpretacions errònies, ens referirem per separat al tractament legislatiu que d'aquestes dues denominacions fa la nostra Llei d'Acció Social.

VOLUNTARIAT SOCIAL

El voluntariat social apareix quan s'enumera com a principi bàsic la col·laboració amb l'EPSAL, i diu que aquesta serà especialment promo-

guda i impulsada pel Govern de la Comunitat Autònoma, pels Consells Insulars i pels Ajuntaments. "En especial es fomentarà el voluntariat social".

A l'article 8, de prestacions tècniques, es diu que *"els serveis socials fomentaran l'associacionisme i el voluntariat social"*; i a l'article 9, quan més específicament es refereix als serveis que han de donar aquests, a més de referir-se als serveis d'informació i d'ajuda a domicili, menciona el de cooperació social, *"amb la finalitat d'impulsar l'associacionisme en relació amb la problemàtica dels serveis socials i l'assistència social, i impulsar especialment el voluntariat social, que permeti la millor atenció i la màxima integració de tots els afectats per situacions de marginació social"*.

A l'article 17 es refereix a les competències dels ajuntaments i a l'apartat 10 els assigna a aquests *la responsabilitat de potenciar la formació, la difusió i el suport al voluntariat social*.

En resum, la LAS i sota la denominació de voluntariat social estableix que totes les administracions públiques de les illes l'han de fomentar, en especial els ajuntaments i, més concretament, els serveis socials generals, des del Servei de Cooperació Social.

ENTITATS PRIVADES SENSE ÀNIM DE LUCRE

En aquest cas la LAS ja és més prolixa a l'hora d'utilitzar i referir-se a les entitats privades sense ànim de lucre.

La primera referència que s'hi fa és a l'exposició de motius, quan el legislador, analitzant la problemàtica de l'acció social a la Comunitat Autònoma de l'any 1987, menciona que les EPSAL *han acudit a cobrir les insuficiències del sector públic i que han actuat sense garanties suficients a causa de l'absència de marc normatiu...*, raó per la qual es planteja que *"els poders públics hauran de coordinar i ordenar aquesta, en línia amb els criteris de la Carta Social Europea"*.

La Llei com a marc de l'ordenació del sistema d'Acció Social es proposa la participació i la col·laboració de les EPSAL, i estableix que *l'eficàcia en la gestió determina la necessitat d'utilitzar tots els serveis disponibles, incloses les EPSAL*.

Per altra part, el punt més sorprenent d'aquesta primera part de la Llei, d'exposició de motius, és quan es refereix al finançament del sistema (sector públic i sector privat), i es planteja *substituir les subvencions per la firma de concerts que permetin una col·laboració estable amb les EPSAL*.

Ja en el seu articulat, la primera cosa que deixa clara la Llei, és que és *d'aplicació i obligació per a totes les EPSAL que actuïn en el territori de la Comunitat i col·laborin amb l'Administració en la prestació de serveis socials*.

A l'article 10, atorga a les associacions, entitats o persones individuals del sector privat sense ànim de lucre, *la possibilitat de crear serveis socials específics amb ajuts financers de les Administracions Públiques*.

COMPETÈNCIES DE L'ADMINISTRACIÓ

Als tres nivells de l'Administració Pública (govern, consells i ajuntaments) de la Comunitat Autònoma, la LAS atorga competències respecte de les EPSAL.

Al Govern Autònom:

- La inspecció i el control de les EPSAL.
- La creació d'un Registre que les oficialitzi.
- L'assistència tècnica a les EPSAL.
- La tutela de les fundacions i les associacions de caràcter benèfic-assistencial.

Als consells insulars:

- Col·laborar amb el Govern en el Registre d'Entitats.
- L'assistència tècnica a les entitats sense ànim de lucre.
- La concertació de serveis amb l'EPSAL.

I finalment als ajuntaments:

- Concertar serveis amb les EPSAL.
- Fomentar la col·laboració d'aquestes en la solució de la problemàtica social.

L'article 19 està monogràficament dedicat a la col·laboració de la iniciativa privada amb l'Administració per a la prestació dels serveis socials, sempre que aquestes Entitats compleixin els següents requisits:

- Aprovació oficial dels seus estatuts.
- Inscripció en el Registre d'Entitats.
- Absència de finalitat de lucre.

L'article 20 desenvolupa el control que l'Administració farà a les EPSAL i menciona la intenció de substituir les polítiques de subvencions per un finançament per concert. *Finançament al qual tindran preferència les associacions privades declarades d'interès social o d'utilitat pública* (art. 21).

Finalment, l'article 26 referit al Consell Superior d'Acció Social, estableix la participació de les entitats privades amb responsabilitats o que col·laborin en la gestió dels Serveis Socials.

En resum, la LAS en relació amb les EPSAL bàsicament fa tres coses:

- **Justifica el seu paper i argumenta la necessitat que aquestes col·laborin amb l'Administració.**
- **Dóna a les administracions de les illes la responsabilitat d'impulsar, formar, assessorar i ajudar-les en el seu finançament.**
- **I estableix els mecanismes que garanteixin el control i la supervisió d'aquest sector.**

Fins aquí l'exposició de com la LAS de la nostra Comunitat Autònoma preveu i tracta el tema del voluntariat i/o entitats privades sense ànim de lucre.

Queda per al lector -o per a una altra col·laboració - fer l'anàlisi del nivell i els àmbits de compliment que les diferents administracions de

les nostres Illes fan en relació a les obligacions que els atorga la referida Llei.

LLEI DEL VOLUNTARIAT

Una altra qüestió és la necessitat, o no, de desenvolupar normativament aquest tema, mitjançant la promulgació a nivell autonòmic d'una llei o decret. Actualment són cinc les comunitats autònomes que tenen normativa específica, de diferent rang (llei, decret), sobre el voluntariat (Catalunya, Aragó, Andalusia, Madrid i Castella-La Manxa). En aquest cas no hi ha coincidència sobre si l'objecte de regulació ha de ser el voluntariat en general o concretament el voluntariat social.

A nivell estatal hi ha un Projecte de Llei del Voluntariat (MAS), aprovat per Consell de Ministres aquest estiu i pendent de tramitació al Congrés de Diputats. Aquest Projecte ha suscitat qualche crítica, sobretot pel que fa a les mesures previstes per incentivar el voluntariat (concessió de préstecs, obtenció de beques, ingrés a residències, etc.)⁽⁴⁾

La necessitat de comptar amb una normativa que reguli l'acció del voluntariat, és un del debats que té plantejats el mateix sector i en relació al qual convendria fer passes... que serveixin per aprofundir en la reflexió i l'anàlisi.

En aquest sentit, aportam els avantatges⁽⁵⁾ i els inconvenients que es podrien derivar de l'existència d'un marc normatiu per al voluntariat.

Avantatges:

- Suposa una seguretat legal i una garantia per a la pròpia llibertat d'acció del voluntariat.
- Es diferencia i es garanteix l'àmbit d'intervenció d'un treball en règim de voluntariat i el d'un treball assalariat.
- Implica l'existència de criteris per regular els possibles conflictes entre el voluntari i l'organització.
- Garanteix les prestacions públiques de suport al voluntariat.

Inconvenients:

- Pèrdua de llibertat i autonomia de les associacions de voluntariat.
- Burocratització del voluntariat i pèrdua de la seva força com a moviment social reivindicatiu.
- Instrumentalització de les associacions i actuacions del voluntariat, per cobrir els dèficits i/o deficiències del sector públic.
- Fiscalització i control excessiu de les associacions per part de l'Administració.

I una altra qüestió del debat plantejat, són els continguts que aquesta normativa haurà de regular. Fa 10 anys, es va realitzar a l'Estat Espanyol una enquesta sobre "El voluntariat en el camp de la marginació

Social"⁽⁶⁾ en què entre altres qüestions es demanava quins aspectes de l'activitat voluntària calla que fossin regulats. Per ordre d'importància o prioritat s'assenyalaren els següents:

- La preparació i la formació del voluntariat
- Els nivells de responsabilitat pública i privada.
- L'Estatut del voluntariat (drets i deures).
- La captació i el reclutament del voluntariat.
- Els sectors d'actuació.
- Les normes d'actuació.

Les legislacions autonòmiques mencionades bàsicament regulen els següents aspectes:

- Definició del voluntariat (voluntari i entitat).
- Principis inspiradors (solidaritat, gratuïtat, etc.).
- Àmbits d'actuació.
- Estatut del Voluntariat.
- Requisits i obligacions entitats de voluntariat.
- Infraestructura i mesures de suport.
- Òrgans de participació de les entitats.

En aquest sentit, sembla convenient que qualsevol iniciativa per legislar sobre el tema que ens ocupa, hauria de d'incloure la consulta al nombre més gran possible d'associacions afectades, o almanco, d'una mostra representativa a bastament de la pluralitat i la varietat del sector.

Per altra banda, també hi ha opinions que diuen que no es tracta de tenir una legislació específica per al voluntariat, sinó de tenir una Llei d'Associacions nova o Llei del Foment de la Participació Social, que actualitzi -amb principis democràtics i participatius- la "franquista" i "pre-constitucional" Llei d'Associacions de 1964, encara avui vigent.

Reforçar la participació del moviment associatiu en la presa de decisions que afectin les polítiques de benestar social (?) i crear les condicions (fiscals i financeres) que evitin l'excessiva dependència econòmica de les associacions en relació a l'Administració, són els dos reptes que hauria d'escometre qualsevol marc normatiu que pretengui "potenciar" el voluntariat i la imprescindible col·laboració entre aquest i l'Administració.

NOTES

- (1) S'adjunta com a annex un "Índex-vocabulari" sobre el voluntariat a la Llei d'Acció Social.
- (2) Catalunya (Llei 25/1991 -BOE nº 21 del 24/01/92)
Aragó (Llei 9/1992 -BOE nº264 del 03/11/92)
Andalusia (Decret 45/1993 - BOJA nº58 del 25/05/93)
Madrid (Llei 3/1994 -BOE nº 151 del 25/06/94)
Castella-La Manxa (Llei 4/1995 - DOCM nº 19 del 21/04/95)
- (3) Inca (Reglament BOCAIB nº 52 del 28/04/94)
Palma (Reglament BOCAIB nº 141 del 17/11/94)
- (4) El País (25/12/94- Cartas al director)
- (5) "Conclusions del Seminari sobre el Voluntariat: reconeixement i marc jurídic a Espanya". Creu Roja 1989

Annex: ÍNDEX-VOCABULARI

ASSESSORAMENT: articles 14.9, 15.6 i 16.10
ASSOCIACIONISME: articles 8, 9, 14 i 15
Col·laboració SECTOR PÚBLIC: articles 19 i 21
CONCERTACIÓ: articles 15.8 i 16.6
CONTROL: articles 14 i 20
COOPERACIÓ SOCIAL: article 9
CREACIÓ SERVEIS: article 10
ENTITATS SENSE ÀNIM DE LUCRE: articles 3,6,10,13,15,16,19 i 20
ENTITATS INTERÈS SOCIAL: article 21
ENTITATS UTILITAT PÚBLICA: article 21
FINANÇAMENT: articles 10, 11, 14, 20 i 21
FOMENT: articles 6, 8, 9 i 16.10
FORMACIÓ: article 16.10
FUNDACIONS: article 14.10
INICIATIVA PRIVADA: articles 11, 14, 16 i 26
INSPECCIÓ: article 14
PARTICIPACIÓ: article 26
REGISTRE: articles 14.8 i 15.4
REQUISITS ENTITATS: article 19
SUBVENCIONS: articles 20 i 21
SUPERVISIÓ: article 14
TUTELA: article 14.10
VOLUNTARIAT: articles 6, 8, 9 i 16