

MÀSTER D'ÈTICA APLICADA A LA INTERVENCIÓ SOCIAL,
1a. edició, 2010-2012

A QUI LI DIC?

LA DETECCIÓ DE L'ABÚS SEXUAL INFANTIL I EL TRASPÀS D'INFORMACIÓ ENTRE PROFESSIONALS

Vanesa Català Raya

Treball final de màster

Aquesta obra està subjecta a una llicència de [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 No adaptada de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/)



ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ.....	5
2. OBJECTIUS DE LA RECERCA.....	8
3. FONAMENTACIÓ TEÒRICA.....	9
3.1. ASPECTES CIENTIFICOTÈCNICS DE L'ASI.....	11
3.1.1. DEFINICIÓ.....	11
3.1.2. FASES DE L'ASI.....	17
3.1.3. CONSEQÜÈNCIES DE L'ASI.....	19
3.1.4. INDICADORS.....	20
3.1.5. PERFILS DE FAMÍLIES.....	28
3.1.6. PERFILS DE LA PERSONA ABUSADORA.....	31
3.1.7. FACTORS DE RISC I FACTORS DE PROTECCIÓ.....	32
3.1.8. MITES I REALITATS.....	35
3.1.9. RESUM DELS ASPECTES DESTACABLES.....	37
3.2. MARC DEL SISTEMA PÚBLIC DE SERVEIS SOCIALS DE CATALUNYA. .	39
3.2.1. DEFINICIÓ I ESTRUCTURA DE SPSS.....	41
3.2.2. FUNCIONS DELS SERVEIS SOCIALS BÀSICS.....	42
3.2.3. PRINCIPIS RECTORS DE LA LLEI DE SERVEIS SOCIALS.....	45
3.2.4. RESUM DELS ASPETES DESTACABLES.....	49
3.3. MARC JURÍDIC.....	50
3.3.1. EN RELACIÓ ALS DRETS DE LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA. .	51
3.3.2. EN RELACIÓ A LA PROTECCIÓ DE LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA.....	54
3.3.3. EN RELACIÓ AL TRACTAMENT DE LA INFORMACIÓ.....	57
3.3.3.1. CODIS DEONTOLÒGICS.....	61
3.3.4. RESUM DELS ASPECTES DESTACABLES.....	67
4. FONAMENTACIÓ EMPÍRICA.....	69
4.1. METODOLOGIA.....	70
4.1.1. EL GRUP DE REFLEXIÓ.....	71

4.2. LES SESSIONS DE TREBALL.....	73
4.2.2. SEGONA SESSIÓ.....	78
4.2.3. TERCERA SESSIÓ.....	88
4.2.4. QUARTA SESSIÓ.....	89
4.3. CONCLUSIONS.....	92
5. REFLEXIÓ FINAL.....	96
BIBLIOGRAFIA.....	102

1.INTRODUCCIÓ

Fa 8 anys que treballo com a educadora social a un centre obert. Es tracta d'un servei diürn i en el medi que porta a terme una intervenció socioeducativa (de prevenció, capacitació/suport i tractament) amb infants i les seves famílies per eliminar i/o reduir situacions de risc social que han estat detectades pels Serveis Bàsics d'Atenció Social, de qui formem part i a qui vol dirigir-se aquesta reflexió.

Una de les problemàtiques davant la qual ens hem trobat eventualment és la sospita d'abús sexual infantil.

No és fàcil ni còmode utilitzar l'expressió *abús sexual infantil*, així, amb totes les paraules (en endavant, ASI). No és fàcil tampoc iniciar una exploració/observació d'un nen o una nena que hagi pogut rebre o estigui rebent aquest tipus de violència. El tabú del sexe relacionat amb la infància implica un escàndol social que impedeix el seu reconeixement com a problema en el qual tothom hi ha de prendre part. Les característiques específiques d'aquest tipus de maltractament infantil el perpetua en l'esfera íntima. Crec que aquesta és una de les principals dificultats davant la qual ens trobem els/les professionals a l'hora de determinar el grau de certesa de la nostra sospita, moment en el qual caldria activar el protocol d'actuació del qual disposem.

Però hi ha més coses. Podríem parlar de l'impacte en l'entorn més immediat a l'infant i en els/les professionals que reben els casos; de la incertesa que envolten els indicadors d'ASI amb els quals es treballa a nivell tècnic i que tendeix a afeblir una sospita que es resisteix a esdevenir certesa.

Els protocols d'actuació deixen molt clar el circuit a seguir davant un cas de sospita fonamentada, certesa de diagnòstic¹ o de revelació per part de l'infant però sembla que no disposem d'orientacions suficients en el moment previ a l'activació del protocol que, a nivell de fases de la intervenció es correspondria amb la detecció.

En una formació que vaig rebre sobre els abusos sexuals infantils, les formadores afirmaven que *només es detecta allò que es pensa*; és a dir, que si jo no tinc present que aquest tipus de violència pot ser un motiu, per exemple, del canvi de comportament d'aquell infant, no ho detectaré i cercaré altres explicacions, amb el risc de convertir en invisible el veritable problema. Implica, doncs, que el moment de la detecció és fonamental per donar resposta a les necessitats de l'infant que pateix. Tanmateix, és una fase que sembla que queda desatesa a nivell d'instruments, principis a tenir en compte, orientacions per la intervenció.

Amb tot, la complicació de la qüestió no finalitza aquí. Per això el títol: *A qui li dic?* Els i les professionals realitzem un seguit d'observacions i comprovacions que es converteixen en informació. Si jo tinc una sospita en base a aquesta informació obtinguda de la meva intervenció, és possible que arribi un moment en què m'hagi de plantejar contrastar-la amb altres professionals que també intervenen en el cas per tal de poder-la dotar d'una major fiabilitat. I en aquest punt és quan ens trobem amb un dels problemes al voltant d'aquesta qüestió ja que per prendre la decisió que ha de donar resposta a la meva pregunta, m'haig de plantejar com queda la protecció dels drets

¹ La definició que en dóna el Protocol marc d'actuacions impulsat pel Síndic de Greuges (2006;4) és:

Situacions de sospita fonamentada d'abús sexual o de maltractament greu, en les quals, tot i els indicadors detectats, el diagnòstic no permet confirmar en aquesta primera valoració la certesa de maltractaments i en les quals, sens perjudici de l'eventual intervenció penal, esdevé necessària la protecció immediata del menor

Situacions greus i amb certesa de diagnòstic. Són situacions en les quals el professional que atén un menor comprova que hi ha indicadors evidents que una altra persona n'ha abusat o l'ha maltractat greument. Aquesta situació inevitablement comportarà la intervenció del sistema protector i del sistema penal des de l'inici i la protecció immediata de l'infant.

de la infància i la confidencialitat de la informació de què dispo; ambdues, obligacions que haig d'atendre per raó del meu lloc de treball. I la decisió que prengui s'ha de basar en bones raons. El propòsit és cercar-les.

Aquest treball s'estructura en una primera part de fonamentació teòrica. El procediment que s'ha seguit ha estat la recerca bibliogràfica. Es basa en els aspectes tècnics a tenir en compte per la detecció de l'ASI, la ubicació dels SBAS dins el sistema català de serveis socials, el marc jurídic dels drets i de la protecció a la infància i l'adolescència així com de qüestions relatives al tractament de dades, de la confidencialitat de les informacions de què disposem els/les professionals, l'obligació de secret, complementat amb la deontologia professional, que ens pot orientar a l'hora de prendre les decisions més adequades a la nostra praxi.

La segona part del treball és empírica. El procediment ha estat portar a terme un grup de reflexió ètica amb professionals del Consorci de Benestar Social del Pla de l'Estany-Banyoles. Partint de casos pràctics de sospita d'ASI, les persones participants han concretat els principals problemes (alguns dels quals relacionats amb l'ètica aplicada) davant els quals s'han trobat a la fase de detecció/intervenció. Les aportacions extretes de les diferents sessions en les quals es van treballar part dels objectius d'aquesta recerca ens permeten concretar la realitat i una primera deliberació sobre quina podria ser la bona pràctica general.

La tercera part utilitza la fonamentació teòrica i els material del treball de camp per presentar la reflexió final que pretén donar resposta als objectius plantejats en aquesta recerca.

2.OBJECTIUS DE LA RECERCA

La qüestió *A qui li dic?* és el punt de partida dels objectius principals d'aquesta recerca, que són els següents:

- Identificar aquelles etapes/procediments/actuacions en les quals el traspàs d'informació confidencial que es requereix portar a terme amb altres professionals pot comportar problemes ètics (i quins són aquests problemes ètics que es plantegen o es poden plantejar) i reflexionar-hi.
- Donar-hi resposta: quins aspectes cal tenir en compte per tal de donar una resposta adequada als problemes identificats (bones pràctiques, en el sentit de concretar unes actuacions que garanteixin uns valors ètics comuns a la nostra intervenció)

De l'assoliment d'aquests, es desprenen els objectius secundaris:

- Sensibilitzar sobre la dimensió ètica de la confidencialitat de la informació de la persona usuària
- Promoure bones pràctiques en el tractament de l'ASI des de SBAS
- Analitzar realitats concretes que permetin disminuir les situacions d'incertesa del/la professional de SSB quan intervé en sospita d'ASI

La finalitat és pretensiosa: millorar la qualitat de les intervencions dels/les professionals de l'acció social per mitjà de l'ètica aplicada.

3. FONAMENTACIÓ TEÒRICA

La intervenció professional en l'acció social que tingui la pretensió de donar resposta a les problemàtiques que tracta, ha de contemplar diferents dimensions que condicionen la seva orientació.

Per una banda, els aspectes científicotècnics que, a partir de disciplines com l'antropologia i la psicologia, ens permeten posar nom a conjunts de comportaments, indicadors i característiques comunes que presenten les persones que atenem. Es fonamenten en estudis de casos reals i en l'experiència de la comunitat de professionals. Pel tema que ens ocupa, per exemple, ha de permetre al professional descriure, de manera diferent, una sospita d'ASI d'una desatenció per manca de competències parentals, sense deixar de banda que el fet de treballar amb persones provoca que cada situació mantingui la seva particularitat; és a dir, que les ciències socials no es basen en el mètode científic de les ciències experimentals sinó en representacions mentals i en processos d'observació que vénen acompanyats de cert grau de subjectivitat.

Per altra banda, cal atendre els aspectes legals que defineixen el marc d'actuació, les obligacions i limitacions dels professionals i els serveis. El marc jurídic concreta quins són els drets i les obligacions de la ciutadania i, per tant, què està permès fer i què no (i les seves conseqüències) en una societat de manera que comporta una dimensió moral. Alhora, determina les funcions que corresponen a cadascun dels serveis públics.

Però no és suficient. El/la professional de l'acció social també ha de tenir en compte la vessant ètica de les seves intervencions, és a dir, ha de poder donar explicacions i motius d'allò que fa o deixa de fer quan les anteriors dimensions queden curtes per justificar una determinada actuació, una presa de decisions o bé quan es troba davant una col·lisió de drets fonamentals que cal ponderar per donar la millor

resposta possible.

Per tot això, i per dotar de cos el treball de camp i la reflexió final, la fonamentació teòrica d'aquest treball contempla els següents apartats:

1.ASPECTES CIENTIFICOTÈCNICS: descripció de la problemàtica que tractem, en aquest cas, de l'ASI. Recull les principals definicions, la prevalença, els indicadors que ens permeten fer una aproximació diagnòstica així com trets diferencials dels sistemes familiars abusius, els factors de protecció/risc i els mites al voltant de l'ASI, als quals cal atendre per evitar que limitin la nostra capacitat de detecció.

2.MARC DEL SISTEMA CATALÀ DE SERVEIS SOCIALS: situa els serveis bàsics d'atenció social en el marc del Sistema Català de Serveis Socials, delimita les funcions que corresponen al primer nivell d'atenció social, els/les professionals i els principis rectors de les actuacions dels serveis socials segons la darrera llei aprovada en aquesta matèria.

3.MARC JURÍDIC: destaca alguns apartats de les principals lleis de protecció de la infància i l'adolescència, drets i deures, principis fonamentals de les actuacions dirigides a la infància. Inclou els apartats vinculats a textos legals que determinen el tractament de les dades i de la informació de les persones usuàries dels serveis socials així com l'obligació de secret professional. Com a complement, es recullen els apartats dels codis deontològics dels principals perfils professionals dels serveis socials en relació al traspàs de la informació i al tractament de les dades de les persones usuàries.

3.1. ASPECTES CIENTIFICOTÈCNICS DE L'ASI

3.1.1. DEFINICIÓ

Abans d'entrar a cercar una definició de l'abús sexual infantil, em sembla interessant tenir en compte algunes dades sobre la prevalença d'aquest tipus de violència envers la infància i l'adolescència.

Un dels estudis més exhaustius sobre els abusos sexuals infantils a Espanya és el que va portar a terme el Dr. F. López Sánchez (1994). L'estudi va contar amb una mostra de 2000 persones adultes d'entre 18 i 60 anys. Entre altres dades, se'n pot extreure que entre el 23-25% de les dones i el 10-15% dels homes haurien estat víctimes d'aquesta tipologia de maltractament.

Segons Ingles et al. (2000), l'ASI a Catalunya, a l'any 2000 era el 6% del total dels infants maltractats.

L'estudi més recent és el de Pereda (2007), elaborat amb població universitària, que situa la dada de prevalença en un 17,9%.

Amb tot, el Marc Conceptual del Pla Director d'Infància i Adolescència de Catalunya (2009) adverteix que les xifres subestimen la població real que ha patit algun tipus de maltractament en general. I sembla ser que això és degut al fet que els estudis que es porten a terme sobre la prevalença dels maltractaments infantils es caracteritzen per la diversitat de criteris, en les fonts d'informació i en la metodologia emprada en l'elaboració de cada estudi i que solen extreure les dades, bàsicament, de la població atesa pels serveis socials, és a dir, dels seus expedients. Aquesta observació significa que les víctimes d'ASI són més de les que es detecten, justificant la necessitat d'atendre el tema, també en aquest treball com una aportació més a fer.

És obvi que ens cal una definició de la problemàtica que volem tractar com a referència comuna per l'anàlisi posterior.

A la bibliografia que ha estat consultada per l'elaboració d'aquest treball, podem trobar diverses definicions sobre què s'entén per ASI. He fet una selecció de les que em resulten més pertinents. Es troben ordenades cronològicament. Són les següents:

Kempe (1978)

"La participació de nens i/o adolescents, dependents i immadurs, en activitats sexuals que no estan en condicions de comprendre, que són inapropiades per la seva edat i desenvolupament psicosexual, per les quals són incapaços de donar el seu consentiment i que transgredeixen els tabús i les regles familiars i socials"

Nacional Center of Child Abuse and Neglect (NCCAN) (1987)

"Els contactes i interaccions entre un nen i un adult, quan l'adult (agressor) utilitza el nen per estimular-se sexualment a ell mateix, al nen o a una altra persona. L'abús sexual també pot ser comès per una persona menor de 18 anys quan aquesta és significativament major que el nen (víctima) o quan l'agressor es troba en una posició de poder o control sobre un altre menor".

Sanderson (1995)

"La implicació de nens i adolescents dependents en activitats sexuals amb un adult, o qualsevol persona de major edat o més gran, en la qual el nen s'utilitza com un objecte sexual per la gratificació de les necessitats o dels desitjos de la persona de major edat, i en la qual el nen és incapaç de donar consentiment com a conseqüència de la desigualtat de poder en la relació".

Barudy (1998)

Parteix de la definició de maltractament a la infància exposant que:

“Tots els infants han de rebre les cures necessàries amb la finalitat d'assegurar-los la vida, el benestar i un desenvolupament harmoniós al mateix temps que els seus drets socials, econòmics, cívics i polítics són respectats, permetent el desenvolupament de les seves potencialitats per tal que tots tinguin les mateixes possibilitats de viure, ser lliures i feliços.

Segons aquests principis, tota acció o omissió comesa per individus, institucions o per la societat en general, i tota situació provocada per aquests que privi als infants de cures, dels seus drets i llibertats, impedit el seu ple desenvolupament, constitueixen, per definició, un acte o una situació que nosaltres anomenarem mals tractes o negligència”.

Concreta la tipologia de maltractaments de la següent manera:

“Les interaccions actives es refereixen als comportaments i discursos que impliquen l'ús de la força física, sexual i/o psicològica que per la seva intensitat i freqüència provoquen danys en els infants; en aquest cas parlarem de maltractament actiu o violència per l'acció. A diferència d'aquesta, el maltractament passiu es refereix a l'omissió d'intervencions i/o discursos necessaris per assegurar el benestar de l'infant. El maltractament passiu correspon a les situacions de negligència o violència per omissió”.

I defineix l'ASi com a *violència sexual envers als infants* de la manera següent:

“Els abusos sexuals corresponen a un tipus de maltractament actiu que anomenarem indistintament violència sexual. Aquí el missatge maltractador és tramés pels comportaments sexuals de l'adult. Aquests missatges constitueixen un profund i greu atemptat a la integritat física i/o psicològica de les víctimes, i els podem comparar amb una temptativa d'assassinat moral dels nens”

Protocol de coordinació contra els abusos sexuals i altres maltractaments a infants i adolescents a la demarcació de Girona (2007)

En referència al concepte de maltractament:

“Un infant és maltractat quan és objecte de violència física, psíquica i/o sexual, de fet o per omissió, ja sigui per les persones o les institucions de les quals en depèn el seu desenvolupament o per qualsevol altra persona”.

Concretant, en el maltractament sexual:

“És la situació en la qual un infant o un/a adolescent és utilitzat/da per satisfer els desitjos sexuals de la persona adulta, ja sigui presenciant o participant en activitats sexuals que no comprèn o per les quals no està preparat/da d'acord amb el seu desenvolupament i a les quals, per tant, no pot donar consentiment (incest, violació, tocaments, seducció verbal, masturbació en presència d'un/a menor, pornografia...)”

Una de les definicions que considero més completes ens l'ofereix la referència que presento a continuació:

Cantón Duarte i Cortés Arboleda (2010)

“L'abús sexual infantil s'ha de definir a partir dels conceptes de coerció i asimetria d'edat (López, Hernández i Carpintero, 1995). La coerció (ús de la força física, la pressió o l'engany) ha de considerar-se per si mateixa com un criteri suficient per etiquetar una conducta d'abús sexual infantil a un menor. Per la seva part, l'asimetria d'edat impedeix la veritable llibertat de decisió i fa impossible una activitat sexual consentida, ja que els participants tenen experiències, grau de maduresa biològica i expectatives molt diferents. L'adopció d'aquesta perspectiva té l'avantatge d'incloure també les agressions sexuals que cometen uns menors contra altres [...] Es parteix del supòsit

que un nen dependent, immadur evolutivament, no ha d'implicar-se en activitats sexuals que no comprèn plenament o per les quals no està capacitat per donar el seu consentiment. Aquesta perspectiva ètica té l'avantatge de no fer necessària la demostració del dany resultant de l'abús.”

Els mateix autors afegeixen:

“segons Berliner i Elliott (1996) [...] El contacte sexual entre un adolescent i un nen més petit també es pot considerar abusiu quan existeix una disparitat significativa d'edat (5 anys o més) [...]L'activitat sexual pot incloure penetració, tocaments o actes sexuals que no impliquen contacte, com l'exposició o el voyerisme”.

Al meu criteri, és la que respon a un major nombre de situacions abusives vers els infants ja que clarifica tres conceptes: la coerció (explícita o implícita), l'asimetria d'edat (marcant els 5 anys o més de diferència quan es tracta d'abús entre menors) i la perspectiva ètica. Respecte a aquest tercer concepte, considero un punt clau de la definició el fet de determinar que, per una banda, independentment de les repercussions que pugui evidenciar o no la víctima (a l'apartat corresponent sobre les conseqüències de l'ASI ja es comenta que no totes les persones que han patit ASI presenten els problemes que es tenen identificats com a conseqüències de l'abús), el fet es considera igualment abusiu i, per l'altra, constata el supòsit que cap menor està capacitat per donar el seu consentiment a implicar-se en activitats sexuals, per la seva condició de permanent desigualtat vers l'adult. Crec que prendre aquest supòsit com a punt de partida permet als i a les professionals acotar què és l'abús i pot evitar confondre'ns. Per exemple, tenir al davant una situació d'ASI i explicar-ho com a *coses de nens* (en el cas de jocs abusius entre menors) o bé, costums o maneres de relacionar-se mal entesos entre pares i fills/es

(determinades abraçades, tipus de petons, interaccions afectivo-sexuals confuses), interpretacions que no permeten una postura valenta del/de la professional davant aquesta realitat.

Barudy (1998;73) afegeix un aspecte que em resulta interessant destacar en aquest punt. És el fenomen que ell anomena *cosificació* de la infància i que seria el fet de convertir a l'infant o adolescent en una *cosa* que utilitzen els adults. Segons aquest autor, aquest fenomen es dóna quan les funcions parentals no estan garantides dins el si de la família (val a dir que fa referència a l'ASI intrafamiliar, que com veurem més endavant és el més freqüent). En aquest moment hi ha el risc que els adults utilitzin els seus fills i filles per resoldre conflictes històrics (relacionats amb els seus ancestres) o bé conflictes de relacions en la mateixa família. En relació amb l'ASI, s'utilitzaria l'infant com a objecte sexual, per treure'n un benefici o bé per satisfer desitjos propis de la persona abusadora.

3.1.2. FASES DE L'ASI

Es considera que l'ASI respon a un procés gradual de sexualització de la relació entre la víctima i la persona agressora. En aquest sentit, s'acostumen a diferenciar les següents fases²:

1a FASE: L'ATRACCIÓ

–Accés i oportunitats d'estar a prop de la víctima. En molts casos d'abús, la persona abusadora és molt propera a l'infant/adolescent, perquè és de la pròpia família o bé perquè forma part de l'entorn per on habitualment es mou la víctima

–Relació entre la víctima i la persona abusadora. Aquesta relació facilita l'oportunitat i proporciona el poder i l'autoritat que la persona abusadora necessita.

–Manipulació de la persona abusadora per convèncer a la víctima. Aquesta relació permet modificar els valors i les percepcions de la víctima introduint els valors de la persona abusadora. En aquest moment apareix la manipulació a partir d'arguments com *ets especial, la nostra relació és especial, ets la persona a qui més m'estimo*.

2a FASE: LA INTERACCIÓ SEXUAL

–L'apropament a les conductes sexuals és gradual. Es passa de jocs comuns on no hi ha contacte físic a sol·licitar a l'infant/adolescent que es deixi anar amb jocs on ja és present aquest contacte físic (pessigolles, massatges) per acabar amb conductes més sexuals (tocaments mutus, masturbació)

² Informació extreta del material facilitat a la formació sobre La intervenció en ASI amb la Fundació Vicki Bernadet

3a FASE: EL SECRET

-Aquesta fase també és gradual. És quan es fa servir tota la càrrega de manipulació i d'imposició del poder de la persona agressora. Segons la resistència que mostri la víctima, es passarà a l'ús d'amenaçes i de la violència.

-La persona abusadora pot posicionar-se com a víctima per tal de fer entendre que si l'infant/adolescent explica què fan, l'empresonaran. Alhora, també responsabilitza a la víctima del benestar de la seva pròpia família, perquè no podrien suportar la situació que s'ha creat entre elles.

-Aquesta situació pot tenir una durada considerable en el temps. Per aquest motiu és possible que la víctima es trobi amb l'aparició del plaer sexual fisiològic. En aquest punt, la culpabilitat de la víctima augmenta en la mateixa proporció que també augmenta el poder de la persona abusadora sobre ella

4a FASE: LA REVELACIÓ

-És un moment de màxima importància respecte al recolzament social que ha de tenir la víctima. Quan aquesta explica o bé es descobreix què ha passat, cal que es senti recolzat de manera incondicional i que senti que els altres creuen en ella. Aquesta circumstància facilita que les repercussions de l'abús siguin menors.

-Si no es creu la revelació de la víctima i, a més, encara el perjudica, la persona abusadora rep més poder encara del que ja tenia sobre ella. Per la víctima, la situació és incomprensible: les persones que l'havien de protegir abans i durant l'abús, tampoc ho fan en el moment que ella fa la revelació.

3.1.3. CONSEQÜÈNCIES DE L'ASI

Entre altres investigadors sobre el tema que ens ocupa, Cantón Duarte i Cortés Arboleda (2010;26) afirmen que l'ASI no provoca necessàriament unes conseqüències negatives sobre la víctima en tots els casos i que en un 40% dels casos, aquesta no presenta problemes com els que es tenen detectats que són conseqüència d'aquest tipus de violència i que són els següents (segons els mateixos autors):

- problemes interpersonals i psicològics (depressió, conductes i idees suïcides, ansietat, menor autoestima, problemes relacionats amb la seva sexualitat)
- diagnòstic d'estrès posttraumàtic (pors, ansietat, problemes de concentració)
- menor competència social: tendència agressiva/retraïment
- danys en l'àrea de la confiança cap a les altres persones
- conducta sexualitzada (masturbació excessiva, preocupació sexual, exhibicionismes, agressió sexual) que provoca rebuig/sanció social i/o estigmatització; victimització d'altres infants
- problemes cognitius: sentiments de culpa, vergonya
- conductes antisocials i problemes de conducta greus

Canton Duarte i Cortés Arboleda (2010;27) destaquen, però, que quan hi ha conseqüències negatives de l'abús, aquestes "semblen mantenir-se després d'haver controlat els possibles efectes dels factors familiars i contextuals associats a l'abús".

Relacionen la manca d'evidència de les conseqüències dels abusos a l'edat i a l'estadi evolutiu però també a les característiques del fet abusiu (freqüència, durada en el temps, ús o no de la força per la seva consumació, proximitat de relació amb la persona abusadora).

3.1.4. INDICADORS

Donat que ja partim d'una definició concreta que ens permet saber de què estem parlant, crec que és coherent dedicar un extens apartat a com podem determinar que la situació que atenem correspon a aquesta definició. Així, és obvi que ens cal algun tipus d'instrument per mesurar quina aproximació té la situació que hem detectat respecte a l'ASI. Faig referència a l'aproximació (en aquest cas, diagnòstica) perquè els llistats d'indicadors amb els quals hem de treballar els/les professionals en el procés de detecció (que és la part de la intervenció que ens ocupa en aquest treball) tenen la limitació que ja s'ha presentat com a dificultat des de la introducció: la incertesa.

I és que encara que es pretengui com a mètode, tots els autors que han explorat aquest tema coincideixen en afirmar que la presència de diversos indicadors d'ASI no determinen l'existència del mateix.

Alonso, Font, Val i Rodríguez (1999;110) adverteixen que: "una de les problemàtiques més greus en el tema de l'abús sexual infantil consisteix en el fet que els indicadors que mostra el nen o la nena víctima d'abús no conformen un quadre unificat i diferenciat sinó que estan presents en altres quadres psicopatològics de la infància".

El programa de prevenció EP, NO BADIS, de Alonso, Font, Val i Rodríguez(1999;32) anteriorment citat, també insisteix en la dificultat de la detecció dels abusos: "excepte en una consulta mèdica o hospitalària és difícil de fer-ho, si no és per algunes característiques i lesions de tipus físic derivades d'una agressió". Alhora, els autors/es d'aquest programa remarquen que la sospita o la detecció s'acostumen a fer en base a les característiques de comportament de l'infant/adolescent i aquest fet "situa al professional en un terreny més relliscós, ja que difícilment disposarà de proves clares i concretes de l'abús". En aquest sentit, podem extreure'n una justificació de la necessitat de contrastar la informació de què disposem amb altres

àmbits i professionals, donat que els indicadors directes dels infants ens proporcionen una lectura de possible inconsistència.

Per la seva banda, Barudy (1998;37) planteja que: "Les manifestacions d'aquest tipus de maltractament [fa referència a la violència sexual] poden ser visibles només en situacions en què hi ha hagut penetració anal o vaginal però, encara en aquests casos, no sempre hi ha mostres físiques, per la constitució anatòmica dels nens. Des del punt de vista de la visibilitat del fenomen, la violència sexual és només parcialment visible en la mesura en què els indicadors directes estan sovint absents i per tant la detecció i el diagnòstic han de fer-se per mitjà d'indicadors indirectes i, sobretot, facilitant la revelació per part de les víctimes". I en aquest punt, l'autor destaca la importància dels programes de prevenció, per facilitar aquestes revelacions i per tal que els infants siguin capaços de reconèixer-se de manera precoç com a víctimes d'aquest tipus de violència.

Barudy (1998; 72) també planteja que el paper social que s'atorga a la família és una dificultat més en el procés de detecció i en la legitimació de la intervenció social amb elles. Segons aquest autor, la dificultat rau en dos aspectes: que els adults han de solucionar els problemes familiars per ells mateixos i, per altra banda, que socialment, "es delega a la família el poder de manejar l'agressivitat, les cures i la sexualitat a l'interior de la seva vida privada", provocant el que ell anomena un "tancament de les fronteres" de la família nuclear respecte a la protecció de la infància.

Crec que no és sobrer destacar aquí que molts dels/de les autors/es que han aprofundit en la problemàtica de l'ASI coincideixen en insistir que la prevenció primària i secundària³ són les millors vies per

³. Segons Save the children (2001; 92):

Prevenció primària: s'intervé amb la població en general (pares, infants, professionals) amb la finalitat d'incrementar els seus coneixements i proporcionar-los pautes de relació positives i d'autodefensa. Es porta a terme quan l'ASI encara no s'ha donat, afavorint la seva detecció. És el nivell de prevenció més eficaç donat que si té èxit redueix la incidència dels casos d'ASI.

Prevenció secundària: dirigida a la població "de risc" pel fet de pertànyer a un col·lectiu concret i que mostren major probabilitat de patir ASI, tot i que no es contempla una relació causa-efecte necessària. La intervenció es dirigeix a evitar que la situació de vulnerabilitat d'aquesta població en risc s'agreugi per una vivència com la de l'ASI.

combatre'l.

Malgrat tot, penso que és innegable la utilitat d'aquests instruments per l'aproximació que comentàvem i la necessitat d'anar-los ajustant a les realitats que hem d'atendre. L'article 79 de la LDOIA (Llei 14/2010, del 27 de maig, de drets i oportunitats en la infància i l'adolescència) planteja la necessitat d'elaborar llistes d'indicadors i recomanacions: "el Departament competent en infància i adolescència, en col·laboració amb altres departaments de la Generalitat, les universitat i els col·legis professionals i altres entitats dedicades als infants i als adolescents, han d'elaborar llistes d'indicadors i factors de risc [...]" A l'espera que aquest propòsit es materialitzi i se'n faci difusió, sembla ser que, de moment, cal consultar la bibliografia disponible.

Segons la LDOIA , "l'indicador consisteix en una definició i en uns elements de detecció objectius, fonamentats en dades científicament sistematitzades i en l'experiència pràctica"

Per la seva banda, Mayoral (2011;149) ens diu que "l'indicador és la dada que ens indica que la situació pot ser perjudicial per a l'infant o l'adolescent. És una eina metodològica o estàndard de referència per facilitar el coneixement objectiu de la realitat de l'infant o l'adolescent i el seu entorn. La seva finalitat és valorar els fets que han d'estar acreditats (no poden ser meres suposicions) i vincular-los a una situació de risc".

La proposta de llistat d'indicadors que em sembla més completa i adient és la que es va presentar en el curs Intervenció en l'abús sexual infantil que vaig cursar l'any 2010. L'impartien les psicòlogues i la fundadora de la Fundació Vicky Bernadet de Barcelona (abans es deia Associació FADA). Aquesta fundació treballa per la prevenció, la difusió i la formació com a objectius prioritaris, amb la finalitat de sensibilitzar sobre l'ASI tant professionals de diversos àmbits com la societat en general. Disposen d'assessorament jurídic i tractament terapèutic a persones directament o indirectament afectades per l'ASI. L'àmbit

d'actuació és estatal i també pot actuar en altres països, tal i com s'exposa a la seva plana web⁴

A continuació es presenten tres taules que corresponen cadascuna a indicadors a nivell de conducta/comportament, emocionals i físics. Les columnes laterals, marcades amb una creu, responen a les diferents franges d'edat en què es poden evidenciar els indicadors que es constaten de manera més recurrent. Per exemple, la lectura del primer indicador ens diria que els infants entre 0 i 5 anys poden presentar comportaments regressius de forma freqüent i en les altres dues franges d'edat explorades, no es manifesta prou com per tenir-ho en consideració com a indicador d'ASI.

He creuat aquesta proposta de llistat d'indicadors amb el material del Protocol d'actuació de la Comunitat Autònoma d'Aragó⁵ en casos d'ASI (molt recentment presentat, al febrer de 2012, pàgines 9 a 12) que aposta per la següent classificació segons si es consideren:

1. Indicadors altament específics d'abús: les probabilitats que hagi succeït són elevades.
2. Indicadors de probable abús: no són indicadors específics però apareixen sovint en casos d'ASI però cal tenir-los en compte i investigar-los. Amb tot, poden trobar-se associats o respondre a altres situacions.
3. Indicadors inespecífics d'abús: ocasionalment es poden associar a l'ASI però en la majoria dels casos estan relacionats amb dificultats de la família o de l'infant o bé són conseqüència de situacions de desprotecció. Amb tot, cal valorar la hipòtesi d'ASI, encara que sigui per descartar-la.

Considero que aquesta classificació és un bon instrument per tal d'acostar-nos molt més a l'aproximació diagnòstica de la qual hem parlat. Per això, en el llistat que he triat afegixo els símbols I1, I2 i I3

⁴ Per a més informació, consultar <http://www.fbernadet.org>; Barcelona

⁵ Trobo destacable que el protocol d'Aragó insisteix en que "*la hipòtesi d'abús sexual ha de ser valorada sempre, ja que és possible que sigui certa*"

segons la tipologia d'indicador (amb força coincidència amb els indicadors seleccionats tot i que es presenten altres que no estan categoritzats) que considera la classificació del protocol mencionat, com a complement científicotècnic.

INDICADORS DE CONDUCTA/COMPORAMENT	De 0-5 anys	De 6-12 anys	Més de 12 anys
Regressions	X		
Aïllament social (I3)	X	X	X
Obsessió per la sexualitat (I2)	X	X	X
Coneixement de conductes sexuals (I2)	X	X	X
Conducta de seducció	X	X	X
Masturbació excessiva/compulsiva (I2)	X	X	
Jocs sexuals amb altres (I2)	X	X	
Llenguatge sexual	X	X	X
Ser agressor/a d'altres (I2)	X	X	X
Dificultat per separar-se	X	X	
Mostrar els genitals/exhibicionisme (I2)	X	X	
Delinqüència (I3)		X	X
Robar (I3)		X	X
Fugir de casa (I3)		X	X
Ús de drogues (I3)		X	X
Dificultats per aprendre		X	X
Poca concentració-atenció		X	X
Poques relacions amb els iguals		X	X
Matrimoni prematur			X
Deixar els estudis			X
Promiscuïtat - prostitució (I2)			X

Cal tenir en compte que en aquest nivell d'indicadors hem de poder detectar el canvi. És a dir, l'infant/adolescent abans mostrava un comportament i en aquests moments en mostra un altre. A més, per fonamentar la sospita, cal que es doni la presència combinada dels diferents ítems.

EMOCIONALS/PSICOLÒGICS	De 0-5 anys	De 6-12 anys	Més de 12 anys
Síntomes d'ansietat/atacs de pànic (I3)	X	X	X
Terrors nocturns/malsons recurrents (I3)	X	X	X
Por als adults/acostament poc habitual	X	X	X
Balanceig estereotipat	X		
Obsessions (I3)	X	X	X
Depressió (I3)	X	X	X
Culpa	X	X	X
Fòbies (I3)		X	X
Hostilitat-còlera (I3)	X	X	X
Agressivitat (I3)	X	X	X
Conflictes amb la família i les amistats	X	X	X
Idees de suïcidi (I3)		X	X
Intents de suïcidi (I3)		X	X
Baixa autoestima (I3)		X	X
Tics		X	X
INDICADORS FÍSICS⁶	De 0-5 anys	De 6-12 anys	Més de 12 anys
Dolor (I2)	X	X	X
Picor/olor als genitals (I1)	X	X	X
Blaus/sagnat als genitals (I1)	X	X	X
Problemes per caminar o asseure's	X	X	X
Problemes en el son (I3)	X	X	X
Trastorns alimentaris: anorèxia/bulímia (I3)	X	X	X
Manifestacions somàtiques	X	X	X
Dolor estomacal (I3)	X	X	X
Mal de cap de causa desconeguda (I3)	X	X	X
Enuresi (abans controlava i ara, no) (I3)	X	X	X
Encopresi (abans controlava i ara, no) (I3)	X	X	X
Embaràs (I1)			X

Altres indicadors destacables que es consideren classificables com a I1 i que no figuren a les taules són (segons el Protocol d'Aragó comentat

⁶ Cal tenir en compte que els signes físics que fan referència a evidències d'agressió sexual només tenen validesa les 72 hores posteriors a aquesta agressió.

anteriorment):

- Informació fiable sobre conductes sexuals clarament inapropiades de les figures parentals (o altres adults) vers a l'infant o bé de les quals n'és testimoni
- Manifestació per part del menor d'haver estat objecte d'ASI
- Informe mèdic que confirmi l'existència d'abús o indici que està succeint.

Altres que es consideren I2 són:

- Variant particular dels jocs dels *metges, els nuvis, papes i mames*.
- Conductes inapropiades per a qualsevol edat (com ara, investigar els genitals-sobretot el recte-dels animals o intentar introduir objectes en els seus orificis)
- Que una de les figures paternes o un familiar manifesti la sospita que l'ASI està succeint
- Informació o sospita de conductes sexuals dels adults que viuen amb l'infant i que es consideren de *dubtosa* adequació

Finalment, altres indicadors destacables que es consideren I3 són:

- Hiperactivitat
- Fenòmens dissociatius
- Mentides freqüents
- Tendència a romandre a l'escola fora de l'horari habitual
- Automutilacions i altres conductes agressives
- Síndrome d'estrès posttraumàtic

Tot i que en aquest treball no hi entrarem, crec que no està de més apuntar que entenc que el/la professional que treballa amb infants i adolescents, té l'obligació de conèixer el desenvolupament de la

sexualitat infantil i les manifestacions d'aquesta en les diferents etapes de la infància, coneixement que també pot facilitar no confondre les coses i observar els indicadors d'ASI de manera més nítida⁷.

⁷ El Protocol d'Aragó posa especial atenció al fet que "les conductes hipersexualitzades insinuen un coneixement inusual del menor cap a comportaments sexuals adults i revela erotització precoç. Poder distingir en poc temps i amb el major grau de certesa possible si es tracten de conductes exploratòries inofensives [per tant, en correspondència amb l'etapa evolutiva de l'infant] o bé, indicadors de que està succeint quelcom més greu, és de gran ajut per la detecció de l'ASI".

3.1.5. PERFILS DE FAMÍLIES

El Protocol de Coordinació contra els abusos sexuals i altres maltractament a infants i adolescents a la demarcació de Girona (2007;46), destaca que hi ha un seguit de factors familiars associats als indicadors que hem destacat i que caldria tenir en compte des dels Serveis Socials. Són els següents:

- Habitatge precari/amuntegament
- Ingressos econòmics molt escassos i inestables
- Consum habitual de drogues/alcohol
- Relacions conjugals conflictives
- Existència de simptomatologia psiquiàtrica
- Absència de suports funcionals (familiars, amics, veïns, etc)
- Dificultats d'accés als recursos (educatius, sanitaris, etc)
- Manifestació de problemes de relació amb el/la menor (hiperactivitat, actitud introvertida o provocadora, etc)
- Absència de supervisió sobre les activitats del/ de la menor (desconeixement del que fan, on van, si assisteixen a classe, quin és el seu grup d'iguals, etc)
- Utilització del/de la menor com a recolzament habitual a la feina o a les feines domèstiques (cura dels germans, etc)
- Manifesten dificultats del/de la menor per relacionar-se amb el grup d'iguals; es queixen de característiques marginals de les seves amistats
- Els progenitors dificulten o impedeixen als/ a les professionals contacte amb el/la menor.

Save the Children (2001; 124) afegeix altres aspectes a atendre i que sembla ser que es repeteixen com a característiques de les famílies d'infants que han patit ASI. Val a dir que, defugint de l'ús del terme *família desestructurada*, pel seguit de connotacions estereotipades que suscita (associada a unes circumstàncies socials i econòmiques

determinades) prefereixen parlar de *manca d'harmonia a la família* perquè:

- No satisfà les necessitats de l'infant/adolescent en el seu desenvolupament
- No garanteix l'exercici de les funcions parentals
- Presència de fenòmens de violència a la parella, alcoholisme, toxicomania o problemes de salut mental
- Presència de maltractament psicològic sota l'aparença d'una família normalitzada

Per la seva banda, Cantón Duarte i Cortés Arboleda (2010;21) afirmen que les famílies de les víctimes d'ASI coincideixen en presentar trets (en comparació amb famílies d'infants/adolescents no abusats) com ara la menor cohesió, la major desorganització i la disfuncionalitat familiar.

També s'hi associen els problemes de comunicació, la manca de relacions emocionals i de flexibilitat i l'aïllament social.

Aquests mateixos autors (2010;22) nomenen a Finkelhor (1993) per afirmar que "les famílies que no supervisen adequadament ni les relacions ni les activitats de l'infant, provoquen que augmenti la vulnerabilitat d'aquest. També augmenta la vulnerabilitat quan l'infant és objecte de maltractament físic o d'abandonament físic o emocional ja que acceptarà amb major facilitat l'atenció, l'afecte o les estratègies d'intimidació de la persona abusadora".

Per la seva banda, Barudy (1998; 27) emprà el terme *cicle transgeneracional de la violència* per explicar que, dins la família, "quan la violència es transforma en una manera crònica de comunicació interpersonal i de grup [...] i "quan el patiment de les víctimes, resultat d'aquesta violència, no ha estat verbalitzat i/o socialment reconegut, el risc que s'expressi per mitjà de comportaments violents sobre altres persones és molt alt [...] Aquests

nens en arribar a adults poden reproduir ecologies familiars similars a les que van viure, on els seus fills podran ser també objecte de violència i abús de poder”

Amb tot, cal advertir la dificultat d'establir un perfil de família determinat ja que els casos d'ASI es donen en un ampli ventall de tipus de família

Segons les dades estadístiques, la majoria dels casos d'ASI es donen en el si de la família (l'ASI intrafamiliar és d'entre un 65 i un 85%)⁸.

⁸ Dades extretes de la plana web de l'associació RANA, <http://www.asociacionrana.org>; Palma de Mallorca

3.1.6. PERFILS DE LA PERSONA ABUSADORA

En la mateixa línia, es fa difícil estipular un perfil concret de persona abusadora tot i que es tendeix a afirmar que “les persones que abusen sexualment dels infants solen ser persones manipuladores, integrades socialment, que sovint desenvolupen habilitats interpersonals importants i que solen tenir una gran capacitat de persuasió” (Save the Children, 2001; 113).

Tanmateix, sembla que podem parlar amb més rigor de les estratègies que utilitzen les persones abusadores que del seu perfil, donada la variabilitat del mateix. Així, hem de saber que una persona abusadora acostuma a fer ús de:

- Confiança original o creada (familiars, amics, coneguts, educadors...)
- Sorpresa
- Confusió de carícies i situacions
- Engany de diferent tipologia
- Premis/recompenses
- Corresponsabilització de la víctima
- Amenaces verbals
- Violència física
- Aprofitar la vulnerabilitat de la víctima

Segons Cantón Duarte i Cortés Arboleda (2010; 17), de la majoria d'estudis que analitzen a la seva guia, podem afirmar que entre el 80-92% de persones abusadores són homes.

Arribats a aquest punt, podem introduir la idea que l'ASI hauria de tenir una dimensió integral, tal i com es concep en la violència de gènere (tot i que no entrarem en aquest tema ja que ens desviaríem dels objectius principals d'aquest treball).

3.1.7. FACTORS DE RISC I FACTORS DE PROTECCIÓ

Quan es valoren situacions de risc social, cada vegada més sovint s'aconsella fer una diagnosi comparada entre factors de risc i factors de protecció⁹, amb la intenció de poder oferir una visió més ajustada a la realitat i amb major rigorositat.

Per això em sembla necessari aquí tenir en compte també els factors de protecció i els factors de risc, com a complement del procés de detecció de l'ASI (EP! No BADIS!, Alonso, Font, Val i Rodríguez, 1999;28):

MICROSISTEMA	FACTORS DE RISC	FACTORS DE PROTECCIÓ
POSSIBLE VÍCTIMA	<ul style="list-style-type: none"> -No tenir coneixements sobre el que és adient o no en les activitats sexuals -Necessitat alta d'atenció i afecte -Baixa autoestima i baixa confiança en si mateix/a -Abandonament emocional -Passiu o no assertiu -Submís o obedient -Baixa capacitat per a prendre decisions o resoldre problemes -Molt confiat 	<ul style="list-style-type: none"> -Coneixement sobre el que són les conductes adients i el que no en sexualitat -Assertiu -Alta autoestima i sentiments d'autoeficàcia -Xarxa de recolzament social -Bona capacitat per a resoldre problemes i prendre decisions
MICROSISTEMA	FACTORS DE RISC	FACTORS DE PROTECCIÓ
POSSIBLE	-Ser home	-No haver patit abús sexual

⁹ Segons Mayoral (2011; 148-149):

Factors de protecció: potencien el desenvolupament de l'infant/adolescent reduint les probabilitats que aparegui una situació de risc o desemparament.

Factors de risc: conjunt de condicions mesurables per mitjà de variables o indicadors que, d'acord amb dades científicament demostrades, participen en les situacions de risc o desemparament.

Els factors de risc fan referència a les condicions o circumstàncies de l'infant, la seva família o el seu entorn, que poden contribuir a fer aparèixer o augmentar una situació perjudicial per a ell.

<p>PERSONA AGRESSORA</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Sentir atracció sexual pels infants -Fantasies sobre relacions sexuals amb infants -Poca capacitat de control -Identificació narcisista amb els infants -Ús de drogues per desinhibir-se -Història d'abusos o violacions -Sentiments de baixa autoestima, solitud, vulnerabilitat, dependència -Poques habilitats interpersonals, especialment amb l'altre sexe -Alt nivell d'estrès -Necessitat de sentiments de control i poder -Haver patit abús sexual infantil en la pròpia infància -Tenir problemes de parella/familiars 	<ul style="list-style-type: none"> infantil -En cas d'haver-los patit, consciència d'allò que suposa, tant per la víctima com per la persona agressora -Bona història familiar, amb un bon model patern -Habilitats interprofessionals -Valors de respecte vers la infància -Empatia -Bones habilitats per prendre decisions -Alta autoestima -Xarxa de recolzament social -Habilitats per a les relacions de parella
<p>MACROSISTEMA</p>	<p>FACTORS DE RISC</p>	<p>FACTORS DE PROTECCIÓ</p>
<p>XARXA DE RECOLZAMENT SOCIAL I CULTURAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Veure els infants/adolescents com a propietats de les persones adultes -Acceptació social dels abusos -Fàcil accés a les víctimes -Fàcil accés a la pornografia infantil -Presentar als nens als mitjans de comunicació amb clars significats sexuals -Resistència del sistema legal a castigar a les persones agressores 	<ul style="list-style-type: none"> -Oposició a l'ús dels infants/adolescents com a font de satisfacció de la sexualitat -Ràpida i consistent persecució de les persones agressores pel sistema legal -Èmfasi en la igualtat entre home i dona -Educació sexual en la infància -Xarxa de recolzament social per a la família -Valoració alta dels infants -Baixa tolerància respecte a les

	<ul style="list-style-type: none"> -Repressió de la sexualitat -Manca de xarxes de recolzament per a les famílies -Masclisme: foment del poder i dominació -Subcultura patriarcal -Creure que els infants/adolescents sempre han d'obeir als adults -Poca relació afectiva entre els homes i els infants durant la criança -manca d'educació sexual -Desvalorització de la infància -Negació dels abusos sexuals 	<ul style="list-style-type: none"> conductes sexuals coercitives -Consciència social del problema dels abusos sexuals infantils i desenvolupament d'esforços per evitar-los -Investigació en aquest camp
--	---	---

3.1.8. MITES I REALITATS

Alonso, Font, Val i Rodríguez (1999; 23) adverteix que “una de les dificultats més importants a l’hora de detectar un abús sexual consisteix en el fet que una sèrie de falses creences disfressi la realitat a ulls d’un possible observador”

A la seva plana web, l’Associació RANA¹⁰ presenta el següent quadre amb els mites i les realitats al voltant de l’ASI. M’ha semblat important destacar-ho en aquest punt:

	MITES	REALITATS
FREQÜÈNCIA	<ul style="list-style-type: none"> •L’abús sexual infantil és poc freqüent •En l’actualitat es produeixen més abusos que abans 	<ul style="list-style-type: none"> •A Espanya, el 23% de les dones i el 15% dels homes han patit abusos sexuals en la seva infància •Ara es coneixen millor, abans no s’estudiaven ni es denunciaven
DETECCIÓ	<ul style="list-style-type: none"> •Si li passés a un infant/adolescent del nostre entorn, ens n’adonariem •Davant la detecció, la família sempre denunciaria 	<ul style="list-style-type: none"> •Només un 2% dels casos d’abusos sexuals dins de la família es coneixen alhora que es donen •En moltes ocasions, es detecta l’abús però no es creu a la víctima, se’l culpabilitza o bé no es denuncia
CARACTERÍSTIQUES DE L’ABÚS SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> •Només es donen en determinades classes socials •Els abusos sexuals van acompanyats de violència física 	<ul style="list-style-type: none"> •L’abús sexual pot donar-se en qualsevol nivell socioeconòmic o cultural •Només en un 10% dels casos es donen associats a violència física. Generalment, hi ha una manipulació, enganys i amenaces que no fan necessària la violència física
PERSONES AGRESSORES	<ul style="list-style-type: none"> •Són exclusivament homes •La persona agressora és un pertorbat mental, un malalt 	<ul style="list-style-type: none"> •Un 13% són dones •Són persones d’aparença normal, d’estil convencional, d’intel·ligència

¹⁰ <http://www.asociacionrana.org>; Palma de Mallorca

	<p>psiquiàtric o una persona amb un elevat grau de desajust psicològica</p> <ul style="list-style-type: none"> •Són sempre desconeguts/Són sempre familiars 	<p>mitjana i no psicòtics.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Poden ser tant de la família (entre 65-85%) com persones desconegudes (15-35%)
VÍCTIMES	<ul style="list-style-type: none"> •Els nens i nenes no diuen la veritat •Són responsables dels abusos •Poden evitar els abusos •Només el pateixen les nenes 	<ul style="list-style-type: none"> •Poques vegades inventen històries que tinguin a veure amb haver estat abusats sexualment. Només el 7%de les declaracions resulten ser falses •La responsabilitat única dels abusos és de la persona agressora •Els infants/adolescents poden aprendre a evitar-los, però generalment, quan els passa, els enganyen o amenacen i se senten confosos, de manera que no saben reaccionar adequadament
EFFECTES	<ul style="list-style-type: none"> •Els nens i les nenes que han patit abusos en la seva infància es convertiran en abusadors quan siguin adults •Els efectes són sempre molt traumàtics 	<ul style="list-style-type: none"> •Pot ser una de les conseqüències però no sempre és així •La gravetat dels efectes depèn de factors com la freqüència de l'abús, el grau de parentiu entre víctima/persona agressora, la intensitat de l'abús, etc
DENÚNCIA	<ul style="list-style-type: none"> •NO és obligatori denunciar-ho •El nen o la nena perdrà a la seva família i les conseqüències seran pitjors •La privacitat és un assumpte de la família i ningú s'hi ha de posar 	<ul style="list-style-type: none"> •És obligatori denunciar-ho •L'infant/adolescent té dret a ser protegit i a que se li asseguri una llar on no li farà mal ningú •En el cas dels abusos no parlem de privacitat sinó d'atemptar contra els drets de l'infant
PREVENCIÓ	<ul style="list-style-type: none"> •L'abús sexual no es pot prevenir 	<ul style="list-style-type: none"> •En molts casos es pot prevenir

3.1.9. RESUM DELS ASPECTES DESTACABLES

- Els percentatges de prevalença de l'ASI són prou alts com per donar importància a atendre aquest tipus de problemàtica

- Valoro com a definició adequada d'ASI aquella que inclou tres aspectes fonamentals:

- 1.Asimetria d'edat (més de 5 anys de diferència de la persona abusadora respecte de la persona abusada

- 2.Coerció (no hi ha decisió lliure sinó supeditada a la força o la manipulació)

- 3.Perspectiva ètica: cap menor es troba capacitat per consentir una interacció sexual amb un adult ja que es reconeix una desigualtat permanent. Aquesta perspectiva ens pot facilitar no confondre les coses

- Es fa una proposta combinada entre diferents fonts per intentar ajustar els indicadors d'ASI així com la recomanació que l'ASI sigui sempre una hipòtesi a descartar.

- Els dèficits en el procés de detecció es concreten en:

- 1.Els indicadors dels quals disposem mantenen cert grau d'incertesa ja que la manifestació d'aquest tipus de violència no és única i els mateixos indicadors poden respondre a altres tipus de situacions de risc. Aquesta certa inconsistència de l'observació genera la necessitat de contrastar la informació amb altres professionals.

- 2.El paper social que s'acostuma a donar a la família provoca que problemes que haurien de ser de tota la ciutadania quedin blindats a l'exterior en l'esfera íntima de la mateixa, que es guarda amb recel

- 3.La manca de formació específica en ASI per part dels professionals que es troben en contacte amb els infants i els adolescents, així com no tenir el suficient coneixement dels estadis evolutius de l'infant per poder detectar amb major agilitat què és un comportament propi de l'edat i què no.

4. Tot i que la majoria de casos d'ASI són intrafamiliars, el ventall de tipologia de famílies és molt ampli
5. Tot i que la majoria de persones abusadores són homes, el ventall de perfils és molt ampli i ens hem de limitar a conèixer el tipus d'estratègies que poden utilitzar
6. La visibilitat de les conseqüències de l'ASI, quan hi són, depèn de diversos factors: l'edat de l'infant, l'estadi evolutiu, l'ús o no de la força, el grau de proximitat amb la persona abusadora, els factors de protecció de la família.
7. Les falses creences al voltant de l'ASI disfressen la realitat

3.2. MARC DEL SISTEMA PÚBLIC DE SERVEIS SOCIALS DE CATALUNYA

Per tal d'ubicar els Serveis Socials Bàsics, que com s'ha explicat a la introducció, és l'àmbit d'actuació de la Xarxa de Serveis Socials vers la qual es dirigeix aquesta recerca, faré referència a la Llei 12/2007 d'11 d'octubre dels Serveis Socials. La intenció és destacar els aspectes que ens poden ser útils per contextualitzar el tema que ens ocupa i completar la reflexió que es planteja al final.

Al primer paràgraf del preàmbul d'aquesta llei es destaca que "L'Estatut d'autonomia de Catalunya reconeix, en el capítol I del títol I, els drets i deures de l'àmbit civil i social, entre els quals s'inclouen els drets relatius als serveis socials. Aquests drets vinculen tots els poders públics, les disposicions dels quals els han de respectar i s'han d'interpretar i aplicar en el sentit més favorable perquè siguin plenament efectius. L'ur protecció és garantida jurisdiccionalment. Així mateix, l'Estatut estableix els principis rectors que han d'orientar les polítiques públiques i encarrega als poders públics de promoure les mesures necessàries per a garantir-ne l'eficàcia plena. Entre aquests principis cal destacar els referents a la cohesió i el benestar socials, en aplicació dels quals els poders públics, entre altres mesures, han de promoure polítiques públiques que fomentin la cohesió social i que garanteixin un sistema de serveis socials, de titularitat pública i concertada, adequat als indicadors econòmics i socials de Catalunya, han de promoure polítiques preventives i comunitàries i han de garantir la qualitat del servei i la gratuïtat dels serveis socials que les lleis determinin com a bàsics".

No em sembla sobrer afegir en aquest punt que el Departament d'Acció Social i Ciutadania (actualment, Benestar social i família) impulsa, a 2010, la creació del Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de

Catalunya, que al seu torn va promoure l'ordre ASC/349/2010, de 16 de juny, del Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya, la qual, a l'article 86,3 de la Llei 12/2007, d'11 d'octubre de Serveis Socials es concreta que "[...] correspon al Departament competent en matèria de serveis socials promoure els valors i les bones pràctiques relatives a l'ètica en l'àmbit dels serveis socials", introduint així el tema que ens ocupa en aquests moments.

3.2.1. DEFINICIÓ I ESTRUCTURA DE SPSS

Al títol II, Capítol I (Disposicions generals i tipologia dels serveis i les prestacions), article 14 de la llei que hem enunciat, trobem que el sistema públic de serveis socials (SPSS) "és integrat pel conjunt de recursos, prestacions, activitats, programes, projectes i equipaments destinats a l'atenció social de la població, de titularitat de l'Administració de la Generalitat, de les entitats locals i d'altres administracions, i també els que l'Administració concerta amb les entitats d'iniciativa social o privada"

Segons l'article 15, l'estructura del SPSS respon a una xarxa "per a treballar en coordinació, en col·laboració i amb el diàleg entre tots els actors que intervenen en el procés d'atenció a les persones, i s'estructura en serveis socials bàsics i en serveis socials especialitzats" i afegeix al punt 2 que "la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública és integrada pel conjunt dels serveis i centres de serveis socials de Catalunya que són acreditats per la Generalitat per a gestionar les prestacions incloses en aquesta llei o en la Cartera de serveis socials"

3.2.2. FUNCIONS DELS SERVEIS SOCIALS BÀSICS

L'article 16 defineix els Serveis Socials Bàsics (SSB), explicant que "són el primer nivell del sistema públic de serveis socials i la garantia de més proximitat als usuaris i als àmbits familiars".

El punt 2 del mateix article afegeix que "els serveis socials bàsics s'organitzen territorialment¹¹ i estan dotats d'un equip multidisciplinari¹² que ha de fomentar el treball i la metodologia interdisciplinaris, integrat pel personal professional necessari per al compliment de llurs funcions, amb l'estructura directiva i de suport tècnic i administratiu que s'estableixi per reglament. Els serveis socials bàsics inclouen els equips bàsics, els serveis d'ajuda a domicili i de teleassistència i els serveis d'intervenció socioeducativa no residencial per a infants i adolescents".

El punt 3 orienten sobre la finalitat dels SSB ja que es diu que "tenen un caràcter polivalent, comunitari i preventiu per a fomentar l'autonomia de les persones perquè visquin dignament, atenent les diferents situacions de necessitat en què es troben o que es puguin presentar. Els serveis socials bàsics han de donar respostes en l'àmbit propi de la convivència i la relació dels destinataris dels serveis"

L'article 17 d'aquesta llei enumera les funcions que li corresponen:

"a) Detectar les situacions de necessitat personal, familiar i comunitària en llur àmbit territorial.

b) Oferir informació, orientació i assessorament a les persones amb

¹¹ Llei 12/2007, d'11 d'octubre de Serveis Socials. Títol III. Capítol II. Article 34: *Apartat 2. L'àrea bàsica de serveis socials s'organitza sobre una població mínima de vint mil habitants, prenent com a base el municipi.*

¹² Educadors/es socials, Treballadors/es socials, Psicòlegs/es, Treballadors/es familiars, Integradors/es socials

relació als drets i els recursos socials i a les actuacions socials a què poden tenir accés.

c) Valorar i fer els diagnòstics social, socioeducatiu i sociolaboral de les situacions de necessitat social a petició de l'usuari o usuària, del seu entorn familiar, convivencial o social o d'altres serveis de la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública, d'acord amb la legislació de protecció de dades.

d) Proposar i establir el programa individual d'atenció a la dependència i de promoció de l'autonomia personal, excepte en aquelles situacions en què la persona estigui ingressada de manera permanent en un centre de la xarxa pública. En aquests darrers casos, els serveis de treball social del centre de la xarxa pública han d'elaborar el dit programa.

e) Revisar el programa individual d'atenció a la dependència i de promoció de l'autonomia personal quan correspongui.

f) Acomplir les actuacions preventives, el tractament social o socioeducatiu i les intervencions necessàries en situacions de necessitat social i fer-ne l'avaluació.

g) Intervenir en els nuclis familiars o convivencials en situació de risc social, especialment si hi ha menors.

h) Impulsar projectes comunitaris i programes transversals, especialment els que cerquen la integració i la participació socials de les persones, les famílies, les unitats de convivència i els grups en situació de risc.

i) Prestar serveis d'ajuda a domicili, teleassistència i suport a la unitat familiar o de convivència, sens perjudici de les funcions dels serveis sanitaris a domicili.

j) Prestar serveis d'intervenció socioeducativa no residencial per a infants i adolescents.

- k) Orientar l'accés als serveis socials especialitzats, especialment els d'atenció diürna, tecnològica i residencial.
- l) Promoure mesures d'inserció social, laboral i educativa.
- m) Gestionar prestacions d'urgència social.
- n) Aplicar protocols de prevenció i d'atenció davant de maltractaments a persones dels col·lectius més vulnerables.
- o) Gestionar la tramitació de les prestacions econòmiques d'àmbit municipal i comarcal i les altres que li siguin atribuïdes.
- p) Coordinar-se amb els serveis socials especialitzats, amb els equips professionals dels altres sistemes de benestar social, amb les entitats del món associatiu i amb les que actuen en l'àmbit dels serveis socials.
- q) Informar a petició de jutges i fiscals sobre la situació personal i familiar de persones afectades per causes judicials."

3.2.3. PRINCIPIS RECTORS DE LA LLEI DE SERVEIS SOCIALS

Segons la Llei 12/2007 de Serveis Socials, Títol I, article 5, els principis rectors que regeixen el Sistema Públic de Serveis Socials són els següents:

- **Universalitat:** Els poders públics han de garantir a tothom el dret d'accés als serveis socials i llur ús efectiu en condicions d'igualtat, equitat i justícia redistributiva. Aquest principi no exclou, però, que l'accés es pugui condicionar al fet que els usuaris compleixin determinats requisits i paguin una contraprestació econòmica (el conegut com a copagament) per assegurar la coresponsabilitat entre els usuaris i les administracions públiques i la sostenibilitat del sistema.
- **Igualtat:** S'ha de poder accedir als serveis socials i s'han de poder utilitzar sense cap mena de discriminació arbitrària per raó de les circumstàncies personals, de gènere, socials o territorials. Tanmateix, aquest principi és compatible amb una discriminació positiva si aquesta es justifica en una recerca de la igualtat real i facilita la integració social.
- **Responsabilitat pública:** Els poders públics han de garantir la disponibilitat dels serveis socials mitjançant la regulació i l'aportació dels mitjans humans, tècnics i financers i dels equipaments necessaris per a garantir els drets reconeguts. També n'han d'assegurar la planificació, la coordinació, el control, la continuïtat del servei si se'n determina la necessitat, l'execució i l'avaluació amb criteris d'equitat, justícia social i qualitat.
- **Solidaritat:** Les polítiques i actuacions de serveis socials s'han de basar en la solidaritat i la justícia socials com a principi

inspirador de les relacions humanes, amb l'objectiu de cooperar al benestar general.

- Participació cívica: El funcionament dels serveis socials ha d'incorporar la participació de la ciutadania en la programació, l'avaluació i el control. També s'ha de garantir la participació dels usuaris en el seguiment i en l'avaluació de la gestió dels serveis.
- Globalitat: Els serveis socials han de donar resposta integral a les necessitats personals, familiars i socials considerant conjuntament els aspectes relatius a la prevenció, l'atenció, la promoció i la inserció.
- Subsidiarietat: Inclou els principis de proximitat i descentralització. Els serveis socials s'han de prestar en l'àmbit personal més proper als usuaris.
- Prevenció i dimensió comunitària: Les polítiques de serveis socials han d'actuar sobre les causes dels problemes socials i han de prioritzar les accions preventives i l'enfocament comunitari de les intervencions socials.
- Foment de la cohesió social: Els serveis socials han de contribuir a la cohesió social incorporant elements que afavoreixin la inclusió i la integració social.
- Normalització: Els serveis socials s'han de prestar a través dels mitjans habituals, evitant els serveis que separin les persones de llur unitat de convivència i de la comunitat o que no les hi integrin, a fi d'afavorir que s'insereixin en les activitats familiars,

convivencials, laborals i socials.

- **Coordinació:** El sistema de serveis socials s'ha de fonamentar en l'actuació coordinada entre els diversos sistemes de benestar social, que inclouen l'educació, la salut, les pensions, el treball i l'habitatge, entre les administracions públiques i entre aquestes i la societat civil organitzada, amb la finalitat d'establir actuacions coherents i programes d'actuació conjunts.
- **Atenció personalitzada i integral:** Els serveis socials han d'assegurar una atenció personalitzada mitjançant la valoració integral de la situació personal, familiar i comunitària de l'usuari o usuària.
- **Respecte pels drets de la persona:** Les actuacions en matèria de serveis socials han de respectar sempre la dignitat de la persona i els seus drets.
- **Foment de l'autonomia personal:** Els serveis socials han de facilitar que les persones disposin de les condicions adequades per a desenvolupar els projectes vitals, dins la unitat de convivència que desitgin, d'acord amb la naturalesa dels serveis i llurs condicions d'utilització.
- **Economia, eficiència i eficàcia:** Els serveis socials s'han de gestionar amb criteris d'economia, eficiència i eficàcia.
- **Qualitat dels serveis:** El sistema de serveis socials ha d'aplicar criteris d'avaluació de la qualitat dels programes, les actuacions i les prestacions, prenent com a referència el concepte de qualitat de vida i vetllant perquè els serveis i els recursos s'adaptin a les necessitats socials i al desenvolupament de la comunitat.

- Continuitat dels serveis: El sistema de serveis socials ha de garantir la continuïtat en el temps de les prestacions establertes per llei i per reglament i n'ha de millorar la gestió i la qualitat, sense que es produeixi una reducció o supressió injustificada de qualsevol dels serveis que integren el sistema.

3.2.4. RESUM DELS ASPETES DESTACABLES

- Hi ha una aposta departamental per l'aplicació de l'ètica en els serveis socials en pro a la millora de la qualitat dels serveis que es presten
- Oferir les respostes adequades a les problemàtiques que podrien comprometre el benestar de la ciutadania i la cohesió social és la finalitat del SPSS
- Els SSB és el nivell més pròxim a les persones i les famílies.
- Cal treballar en coordinació, col·laboració i diàleg amb tots els actors que intervenen en els processos d'atenció a les persones
- Per llei, les funcions que hem de desenvolupar des dels SSB relacionades amb el tema d'aquest treball es relacionen amb la detecció de situacions de necessitat, la valoració i realització de diagnòstics socials i socioeducatius, la intervenció amb nuclis familiars especialment quan hi ha menors i la coordinació amb els diferents agents socials del territori.
- Per llei, s'estableixen uns principis que cal complir en les intervencions dels serveis socials en general, dels quals considero que cal destacar: la universalitat, la igualtat de tracte, la consciència de responsabilitat pública, la justícia social, la globalitat (entesa com a resposta integral a aquelles problemàtiques que així ho requereixen), la coordinació interprofessional i el respecte a la dignitat i els drets de les persones.

3.3. MARC JURÍDIC

En aquest apartat, d'una banda, faré referència a la legislació en matèria de protecció a la infància i l'adolescència i de l'altra, la relacionada amb el tractament de la informació (confidencialitat, el secret professional, dades personals de les persones usuàries de serveis socials). Pel tema que ens ocupa, ens interessa especialment què diuen les lleis respecte a com els i les professionals hem de fer ús de la informació de les persones que atenem (en relació als objectius d'aquesta recerca) de manera que no em sembla sobrer tenir en compte la confidencialitat i el secret professional, com a part important de la nostra praxi diària. Alhora, també destaco els drets de la infància i l'adolescència, donant major globalitat a aquest apartat.

Les referències s'ordenen començant per la legislació internacional, després l'estatal i finalment l'autonòmica (i en ordre cronològic ascendent). Val a dir que en alguns casos els drets i la protecció es presenten barrejats (la protecció com a part dels drets de les persones) i també s'interrelacionen textos legals de diferents rangs per completar algunes de les referències d'aquest marc jurídic, així com algunes definicions per unificar criteris.

3.3.1. EN RELACIÓ ALS DRETS DE LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA

Partim del concepte de dret com l'instrument per garantir un bé del qual tots ens podem beneficiar. El seu potencial és garantir un acord i una acceptació generalitzats que ens permetin viure com a persones.

Camps (2010; 29) cita "recordem la definició donada per Marshall, al 1949, segons la qual el ciutadà és subjecte de tres tipus de drets continguts en la Declaració Universal dels Drets Humans de 1948: els drets civils, els drets polítics i els drets socials". Aquest apunt ens serveix per contextualitzar aquest apartat¹³

De la Convenció de 20 de novembre de 1989 dels Drets dels Infants, adoptada per l'Assemblea General de les Nacions Unides en la resolució 44/25 destacaré els següents articles:

Article 1

Un infant és l'ésser humà fins als divuit anys, llevat que la legislació nacional acordi la majoria abans d'aquesta edat.

Article 3

Tota mesura, de caràcter judicial o administratiu, que s'adopti respecte a un infant, s'ha de recolzar en el seu propi interès.

Article 19

L'Estat té l'obligació de protegir l'infant contra tota mena de maltractaments, abusos i explotacions; de tipus físic, mental o sexual.

Article 39

L'Estat té l'obligació d'adoptar mesures per tal d'assegurar la recuperació física i psicològica i la reintegració social dels infants que hagin estat víctimes d'abusos, negligències, explotacions o tortures

¹³ Val a dir que Camps considera que aquesta definició és incompleta si no es tenen en compte en el mateix rang els deures i les obligacions de la ciutadania.

De la Convenció dels drets dels infants ens interessa especialment el principi del *propri interès de l'infant* ja que guarda una relació estreta amb l'evolució de la consideració de l'infant en si mateix, passant per l'*interès superior de l'infant* (l'article 2 de la Llei orgànica 1/1996, del 15 de gener, de protecció jurídica del menor, estableix que en la seva aplicació ha de prevaler l'interès superior dels menors sobre qualsevol altre interès legítim que pugui concórrer i l'article 3 de la Llei 8/1995 estableix que l'interès superior de l'infant i l'adolescent ha d'ésser el principi inspirador de les actuacions públiques i de les decisions i les actuacions que els concerneixen adoptades i dutes a terme pels pares, tutors o guardadors, per les institucions públiques o privades encarregades de protegir-lo si d'assistir-los o per l'autoritat judicial o administrativa) per complementar-se i acabar reconeixent-lo com a *subjecte de dret*, idea en la qual insisteix especialment la Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, LDOIA (Capítol I, article 3), la més recent de què disposem en aquesta matèria.

De la Constitució Espanyola de 1978 considero que cal destacar l'article 10.1 *La dignitat de la persona, els drets inviolables que li són inherents, el lliure desenvolupament de la personalitat, el respecte a la llei i als drets dels altres són fonament de l'ordre polític i de la pau social així com els articles del 14 al 29*, on s'estableixen els drets fonamentals de tota persona i les llibertats públiques; els més relacionats amb el tema que ens interessa són:

Article 15

"Dret a la vida i a la integritat física i moral

Article 18

Dret a l'honor i a la imatge i a la intimitat personal i familiar

Article 24.2

Secret professional

Article 27

Dret a l'educació

Així mateix, per les referències a la família i als infants, també cal posar èmfasi en l'article 39:

- 1. Els poders públics asseguren la protecció social, econòmica i jurídica de la família.*
- 2. Els poders públics asseguren també la protecció integral dels fills, iguals davant la llei amb independència de la filiació, i de les mares, sigui quin sigui el seu estat civil. La llei farà possible la investigació de la paternitat.*
- 3. Els pares han de prestar assistència de tota mena als fills tinguts dins o fora del matrimoni, durant la minoria d'edat i en els altres casos en què sigui procedent legalment.*
- 4. Els infants gaudiran de la protecció prevista en els acords internacionals que vetllen pels seus drets.*

3.3.2. EN RELACIÓ A LA PROTECCIÓ DE LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA

Segons Mayoral (2011; 153,154), s'entén per protecció *el conjunt d'actuacions socials reservades per quan el desenvolupament de l'infant/adolescent sembla clar que resulta seriosament afectat, en vista dels coneixements científics actuals. I per situació de risc, aquella en què el desenvolupament i el benestar d'un infant/adolescent es veuen limitats o perjudicats per qualsevol circumstància personal, social o familiar, sempre que per la seva protecció efectiva no sigui necessària la separació del nucli familiar.*

A part de les referències legals en matèria de protecció, en aquest punt també es destaquen aspectes penals al voltant del tema que ens ocupa.

El capítol II de la Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal, està dedicat al delicte d'abusos sexuals. Ens interessa recuperar els següents articles ja que ens complementa la definició d'ASI i ens situa en el grau de gravetat d'aquest tipus de violència exercida vers els infants des del punt de vista legal:

Article 18

1. Qui dugui a terme actes que atemptin contra la llibertat o la indemnitat sexual d'una altra persona, sense violència o intimidació i sense el consentiment d'aquesta altra persona, ha de ser castigat, com a responsable d'abús sexual, amb la pena de presó d'un a tres anys o una multa de divuit a vint-i-quatre mesos.

2. Als efectes de l'apartat anterior, es consideren abusos sexuals no consentits els que s'executin sobre menors de tretze anys, sobre persones que estiguin privades de sentit o del trastorn mental de les quals s'abusi.

3. La mateixa pena s'ha d'imposar si el consentiment s'obté quan el responsable es preval d'una situació de superioritat manifesta que coarti la llibertat de la víctima.

4. Les penes assenyalades en aquest article s'han d'imposar en la seva meitat superior si hi concorre la circumstància 3a o la 4a, de les que preveu l'apartat 1 de l'article 180 d'aquest Codi.

Article 182 115

1. En tots els casos de l'article anterior, quan l'abús sexual consisteixi en accés carnal per via vaginal, anal o bucal, o introducció de membres corporals o objectes per alguna de les dues primeres vies, el responsable ha de ser castigat amb la pena de presó de quatre a 10 anys.

2. La pena assenyalada en l'apartat anterior s'ha d'imposar en la seva meitat superior quan hi concorri la circumstància 3a o la 4a, de les que preveu l'article 180.1 d'aquest Codi.

Article 183 117

1. Qui cometi abús sexual amb una persona major de tretze anys i menor de setze amb la intervenció d'engany ha de ser castigat amb la pena de presó d'un a dos anys o una multa de dotze a vint-i-quatre mesos.

2. Quan l'abús consisteixi en accés carnal per via vaginal, anal o bucal, o introducció de membres corporals o objectes per alguna de les dues primeres vies, la pena ha de ser de presó de dos a sis anys. La pena s'imposa en la meitat superior si hi concorre la circumstància 3a, o la 4a, de les que preveu l'article 180.1 d'aquest Codi.

De la Llei 37/1991 de 30 de desembre sobre mesures de protecció de menors en situació de desemparament i de l'adopció del Parlament de Catalunya (DOGC 1542 de 17.1.92) modificada per la Llei 8/2002 de 27 de maig sobre mesures de protecció de menors desemparats i de l'adopció, i de regulació de l'atenció especial a adolescents amb

conducta d'alt risc (DOGC 3648 de 3.6.2002) ens interessa tenir en compte l'article 2.3 ja que ens atorga *obligació de tota persona o autoritat i, especialment aquells que per la seva professió o funció, detecten una situació de risc o possible desemparament d'un/a menor, de comunicar-ho a l'autoritat o als seus agents més pròxims, sense perjudici de prestar-li l'auxili immediat que necessiti.*

La Llei orgànica 1/1996 de Protecció Jurídica del Menor insisteix en l'obligació dels professionals a actuar en la línia abans enunciada, tant a l'article 13 com a l'article 14. Igualment, la Llei d'enjudiciament Criminal (LECRIM), als articles 259, 264 i 262, específicament per a professionals.

De forma complementària, crec que cal tenir en compte la consideració que fa l'article 15 de la 1/1996: "En tota intervenció es procurarà contar amb la col·laboració del menor i de la seva família i no interferir en la seva vida escolar, social o laboral".

En la línia de la protecció a la infància, també cal anomenar la Llei 8/1995, de 27 de juliol, d'atenció i de protecció dels infants i dels/les adolescents, del Parlament de Catalunya (DOGC 2083 de 2,8,95), de la qual destacaré l'article 25.3 "Els infants i els/les adolescents que pateixen maltractaments físics o psíquics han de rebre protecció especial de caràcter sanitari, assistencial i cautelar urgent segons que hom requereixi en cada cas i s'han de coresponsabilitzar en aquests efectes les administracions públiques"

Finalment, la LDOIA, que com s'ha comentat en apartats anteriors d'aquest treball és la llei més recent relativa a la infància i l'adolescència d'aplicació al territori català, i que promou la millora del sistema de protecció, dedica el títol V (articles del 98 al 155) de manera íntegra als règims específics de protecció dels infants i els adolescents en situació de risc social i desemparament.

3.3.3. EN RELACIÓ AL TRACTAMENT DE LA INFORMACIÓ

La informació de què disposem els/les professionals dels serveis social per raó de la nostra funció té un grau de sensibilitat determinat segons el seu contingut. Recentment, l'Autoritat Catalana de Protecció de dades (Apdcat), ha publicat una guia pels ens locals (març 2012) on clarifica determinats conceptes que ens poden ser útils per aquest treball i que aniré recuperant en aquest punt per complementar els aspectes legals que s'hi relacionen. Per exemple, concreta que "tractar informació personal vol dir accedir a aquesta informació (ja sigui perquè el mateix ciutadà la dona a l'ens local o perquè aquest la rep de terceres persones), com també emmagatzemar-la, utilitzar-la, eliminar-la o comunicar-la a qualsevol persona física o jurídica, aliena a l'ens, que no sigui la mateixa persona interessada" així com el principi de qualitat de les dades, que inclou el *principi de proporcionalitat* i el *principi de finalitat* ¹⁴(ambdós ens seran útils de recuperar en l'apartat de la reflexió final d'aquest treball). També planteja que la cessió o comunicació de dades personals (que és "tota revelació de dades personals feta a una persona diferent a la persona afectada") requereix que "respongui al compliment de les finalitats directament relacionades amb les funcions legítimes del cedent i del cessionari"

Tots els codis deontològics de les professions vinculades amb l'acció social, coincideixen en l'obligació de confidencialitat i secret professional, que en referència a les persones usuàries esdevé un dret.

¹⁴Principi de proporcionalitat: només es poden tractar les dades que siguin adequades, pertinents i no excessives en relació amb la finalitat del tractament.

Principi de finalitat: les dades s'han de destinar a la finalitat determinada, explícita i legítima per a la qual es van recollir. És contrari a aquest principi qualsevol ús que se'n faci destinat a una finalitat incompatible amb aquella per a la qual s'hagin recollit

Aquest va lligat amb el dret fonamental (reconegut tant als Drets Humans com a la Constitució Espanyola) a la intimitat de la persona. Les situacions davant les quals ens trobem els/les professionals, eventualment comporten la col·lisió d'aquests dos drets, abocant-nos a un dilema ètic que trobem referenciat en diversos textos¹⁵.

Donat que aquest treball pretén identificar quina és la millor manera de tractar la informació referent a l'ASI (quan els/les professionals hem de contrastar aquesta informació amb altres professionals quan necessitem fonamentar la sospita de què disposem), sembla pertinent tenir en compte el marc legal que subscriu aquestes qüestions.

Pel que fa al dret fonamental de la intimitat de les persones, a nivell estatal trobem la Llei Orgànica 1/1982 de 5 de maig de Protecció Civil de l'honor, la intimitat personal i familiar i la pròpia imatge que al Capítol I, Disposicions generals, Article 1, planteja que "El dret fonamental a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge, garantit a l'article divuit de la Constitució, s'ha de protegir civilment enfront de tot gènere d'intromissions il·legítimes, d'acord amb el que estableix aquesta Llei orgànica".

*Dins aquesta mateixa llei, al Capítol II De la protecció civil de l'honor, de la intimitat i de la pròpia imatge l'Article 7 concreta què es consideren *intromissions il·legítimes*, entre altres les que es destaquen a continuació:*

[...]

3. La divulgació de fets relatius a la vida privada d'una persona o família que afectin la seva reputació i bon nom, així com la revelació o publicació del contingut de cartes, memòries o altres escrits personals de caràcter íntim.

¹⁵ Entre altres:

Cruz, C. (2009;106-112) a la conferència de clausura *Els límits del secret professional*, dins el I Simposi d'Ètica Aplicada a la Intervenció social

Cruz C. (2011;4-17): "El terapeuta y sus dilemas con el secreto profesional"

Canimas, J. (2003;42-74) L'estat de la qüestió de l'ètica aplicada als serveis socials i l'acció educativa

4. La revelació de dades privades d'una persona o família conegudes a través de l'activitat professional o oficial de qui les revela.

De manera molt específica i en relació al secret professional en casos de menors, a nivell europeu trobem que al 1979, el Comitè de Ministres del Consell d'Europa. Recomanació R (79) 12, apartat 2c planteja la necessitat de "preveure les mesures per tal que la persona que ha de guardar secret professional, el pugui revelar quan les víctimes són menors".

En la mateixa línia però ja explicitant, la Llei 9/1998, de 15 de juliol, del Codi de Família de Catalunya preveu en el seu articulat que el/la professional pugui revelar el secret quan es doni el cas que, guardant-lo, pugui afectar a l'infant a nivell de salut, integritat, moralitat o educació.

L'Article 11 del Decret 279/2006 de 4 de juliol, sobre drets i deures de l'alumnat i la regulació de la convivència en els centres educatius no universitaris de Catalunya planteja que "L'alumne/a té dret que els centres educatius guardin reserva sobre tota la informació de què disposin, relativa a les seves circumstàncies personals i familiars, sens perjudici de satisfer les necessitats d'informació de l'administració educativa i els seus serveis, de conformitat amb l'ordenament jurídic, i de l'obligació de comunicar a l'autoritat competent totes aquelles circumstàncies que puguin implicar maltractaments per l'alumnat o qualsevol altres incompliment dels deures establerts per les lleis de protecció del/ de la menor"

La Guia de l'Apdcat (2012; 30), recuperant la LOPD i la RLOPD, adverteix que " [...] totes les persones que intervinguin en qualsevol de les fases del tractament de dades de caràcter personal estan obligades a guardar secret professional respecte d'aquestes dades. Aquesta obligació subsisteix fins i tot després de la finalització de les seves relacions amb el responsable"

Quant a les conseqüències penals que pot comportar l'incompliment de

l'obligació de secret professional, fem referència a la Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal, que a l'article 199 estableix que:

1. El qui reveli secrets aliens, dels quals tingui esment per raó del seu ofici o les seves relacions laborals, ha de ser castigat amb la pena de presó d'un a tres anys i multa de sis a dotze mesos.

2. El professional que, amb incompliment de la seva obligació de sigil o reserva, divulgui els secrets d'una altra persona, ha de ser castigat amb la pena de presó d'un a quatre anys, multa de dotze a vint-i-quatre mesos i inhabilitació especial per a l'esmentada professió per un termini de dos a sis anys.

A partir de la Llei 5/2002, de 19 d'abril, de l'Agència Catalana de Protecció de Dades (DOGC núm. 3625, de 29.4.2002) es crea l'autoritat Agència Catalana de Protecció de Dades amb l'objecte de vetllar pel respecte dels drets fonamentals i les llibertats públiques dels ciutadans en tot allò que concerneix a les operacions fetes mitjançant processos automatitzats o manuals de dades personals, dins l'àmbit d'actuació que aquesta Llei li reconeix, i d'acord amb les competències i funcions que se li encomanen.

També ens interessa recollir alguns aspectes de la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de dades de caràcter personal (LOPD). L'article 3 defineix les dades de caràcter personal com a "qualsevol informació referent a persones físiques identificades o identificables", el conjunt de les quals correspondria a un *fitxer*, que relacionat amb la informació de què es disposa als serveis socials, serien els expedients de les persones usuàries. L'apartat *h)* del mateix article concreta què s'entén com a consentiment de l'interessat: "qualsevol manifestació de la voluntat, lliure, inequívoca, específica i informada, mitjançant la qual l'interessat consenti el tractament de dades personals que el concerneixen". El consentiment de l'afectat es regula per mitjà de l'article 6 d'aquesta mateixa llei.

Amb tot, la Guia de l'Apdcat (2012; 12) afegeix que "La LOPD habilita les administracions públiques, i entre elles els ens locals, perquè recullin les dades necessàries per a exercir les seves funcions, en l'àmbit de les seves competències"

Igualment, el capítol IV (*Coordinació i col·laboració interadministratives*) de la Llei 12/2007 de Serveis Socials, a l'article 39, disposa que:

1. El Govern i el departament competent en matèria de serveis socials han de vetllar per garantir la coordinació i la integració adequades del sistema de serveis socials amb els altres sistemes que contribueixen al benestar de les persones.

2. Les mesures de coordinació s'han de dirigir especialment als àmbits de salut, educació, ocupació, justícia, habitatge i cultura i han de garantir l'intercanvi de la informació necessària per a detectar situacions d'alt risc social i intervenir-hi.

3.3.3.1. CODIS DEONTOLÒGICS

Segons Canimas (2011;62), el codi deontològic "defineix el que els membres d'una professió consideren bona praxi ètica".

Els codis deontològics formulen el conjunt de normes i obligacions exigibles a totes aquelles persones que exerceixen una mateixa professió, mínims deures professionals que inscriuen a la persona en un col·lectiu de referència i amb la finalitat d'evitar negligències en la seva actuació. Aquests deures no són jurídics, sinó morals. Es relacionen amb les ètiques deontològiques, que són, com ens diu Canimas (2011; 61) " les que consideren que l'acció moral correcta està determinada pel deure [...] ja que estableixen que els actes són correctes o incorrectes per si mateixos i, per tant, defensen que cal *actuar atenent el deure moral*"

La llei 12/2007 de serveis socials, al Títol VIII, article 86, també parla de deontologia professional:

1. La qualitat dels serveis socials incorpora, a més de les condicions materials, laborals i tècniques de la prestació dels serveis, l'exigència que els professionals de serveis socials compleixin els deures relatius a la deontologia professional.

2. Els deures relatius a la deontologia professional s'han d'incloure en els criteris de qualitat a què fa referència l'article 84 tenint en compte, si escau, les normes sobre deontologia elaborades pels col·legis professionals corresponents.

3. Correspon al departament competent en matèria de serveis socials promoure els valors i les bones pràctiques relatives a l'ètica en l'àmbit dels serveis socials.

Cal tenir en compte que, com diu B. Roman (2009; 17), un codi deontològic "està sotmès al canvi, per això cal actualitzar-lo contínuament, per guiar els professionals en les problemàtiques morals que sorgeixen dins la professió".

Em sembla pertinent recollir, en aquest apartat, els articles lligats a la confidencialitat i el secret professional en els quals coincideixen els diferents codis deontològics consultats dels/les professionals que treballen als serveis socials.

Tot i que acostumen a ser molt generalistes i no donen respostes concretes, considero que orienten l'acció professional.

▪ **CODI DEONTOLÒGIC DE L'EDUCADOR/A SOCIAL**

Al Capítol 2, article 8, recull com a un dels principis deontològics generals, el Principi de la informació responsable i de la confidencialitat:

"L'educador o educadora social mantindrà el secret professional en relació amb aquelles informacions obtingudes directament o indirectament entorn de les persones a les quals atén. En aquells casos en què per necessitat professional s'hagi de traslladar informació entre professionals o institucions, s'haurà de fer sempre en benefici de la persona, grup o comunitat, i basant-se en principis ètics i/o normes legals amb el coneixement dels interessats".

Al Capítol III, sobre les normes deontològiques generals, l'article 7 especifica els requisits que ha de complir l'educador/a social respecte al tractament de la informació per mantenir la seva professionalitat:

- "A) Tindrà dret a rebre tota la informació relativa a les persones amb què tingui relació a través de l'acció socioeducativa.
- B) Haurà de preservar-ne la confidencialitat.
- C) Serà conscient de quina és la informació rellevant que necessita obtenir de les mateixes persones i/o del seu entorn.
- D) Transmetrà, únicament, informació veraç i contrastada, i en tot cas separarà informació de valoracions, opinions o pronòstics.
- E) Quan hagi de transmetre aquesta informació, ho farà amb coneixement del subjecte de l'acció, el seu representant o tutor i, si és possible, amb el seu consentiment.
- F) No podrà, en cap cas, aprofitar-se per a benefici personal o de tercers, de la informació privilegiada o del coneixement de situacions o de la posició que li proporciona la seva professió".

•CODI DEONTOLÒGIC DEL TREBALLADOR/A SOCIAL

Al Capítol I, dins l'apartat de principis generals, destaca el punt 1.4. sobre la intimitat de la persona i la confidencialitat:

“Tot ésser humà té dret a la seva pròpia intimitat i que el/la DTS/AS faci un ús responsable de la informació obtinguda en la seva activitat professional. La confidencialitat és una característica essencial de les relacions que s'estableixen entre el/la DTS/AS i l'usuari/client. El professional o la professional té el deure de guardar secret de totes les matèries i dades que conegui de l'usuari/client i que hagi de demanar per a la seva activitat professional”.

Al Capítol III, sobre la responsabilitat envers les persones usuàries i clientes, destaca el punt 3.4. sobre el secret professionals, que el defineix com a que “és un valor i una garantia per a la professió, així com un dret i un deure dels diplomats i diplomades en Treball Social; un dret i un deure que romanen fins i tot després d'haver acabat la prestació dels serveis professionals”.

Al Capítol V, sobre la relació amb els/les col·legues i altres professionals, el punt 5.3. adverteix que “El/la DTS/AS ha de limitar les informacions donades a col·legues i altres professionals a aquells elements que consideri indispensables per a aconseguir l'objectiu comú, respectant el secret professional”.

I, finalment, el Capítol VII es dirigeix en exclusiva a acotar el terme secret professional:

“7.1 El secret professional és un valor i una garantia per a la professió. El client o clienta ha de tenir la certesa que es respectarà la seva intimitat.

7.2 El secret professional és un deure del treballador/a social i un dret de la persona usuària i clienta. El secret professional continua després de finalitzada la prestació del servei professional. Per tant, la interrupció de la relació professional o la mort de la persona usuària i clienta no eximeix el treballador/a social del deure de guardar-lo.

7.3 Tant la recollida com la comunicació de dades s'han de restringir a les necessitats de l'actuació professional.

7.4 No es poden donar a conèixer dades de la persona usuària i clienta sense la seva autorització, llevat que aquesta no sigui responsable dels seus actes.

7.5 La informació demanada al professional a efectes estadístics, de planificació o per altres motius, ha de ser facilitada sense les dades identificatives dels usuaris i clients.

7.6 El sistema d'informatització de les dades contingudes en els historials, les fitxes, els expedients o els informes socials ha de garantir el dret a la intimitat de la persona usuària i clienta; per tant, aquesta informació s'ha de restringir als professionals i a les professionals directament implicats.

Casos en què no es viola el secret professional:

a) Per realitzar l'activitat professional en equip interdisciplinari sempre que el que es reveli sigui necessari per a la intervenció professional.

b) Si mantenir el secret professional perjudica terceres persones.

c) Per evitar una lesió injusta i greu que el fet de guardar el secret professional podria causar al professional o la professional, o a una tercera persona.

d) Quan el/la professional en sigui rellevat pel mateix usuari i client, o pels seus hereus. Aquest acte ha de constar per escrit"

•CODI DEONTOLÒGIC DEL/A PSICÒLEG/A

Del qual en destaquem dos articles:

Article 39

La informació que el psicòleg recull en l'exercici de la seva professió

està sotmesa a dret i deure de secret professional de qual tan sols està eximit per consentiment exprés del client o per supòsits legals

Article 40

Qualsevol subjecte d'una exploració o intervenció psicològica sol·licitada per una altra persona o institució té dret a ser informat, ell i/o els seus pares o tutors, de l'exploració i del destinatari de l'informe psicològic resultant.

3.3.4. RESUM DELS ASPECTES DESTACABLES

1. Els infants i adolescents són subjecte de dret i les accions que es portin a terme han de preservar el seu interès superior com a tal, així com la resta de drets que li són reconeguts

2. Tenim l'obligació de denunciar quan es detecta una situació de risc greu per un infant o adolescent i seguir els protocols que estan previstos i acceptats per la comunitat de professionals. Aquesta és una obligació compartida amb tots els professionals que treballen amb la infància

3. Tenim l'obligació de guardar secret professional i mantenir la confidencialitat de les informació de què disposem per raó del nostre lloc de treball, fins i tot després de finalitzar la relació laboral. Aquesta és una obligació compartida amb tots els professionals que treballen amb persones, també amb la infància

4. Aquestes obligacions són drets fonamentals per les persones usuàries però això no significa que siguin absoluts

5. Tant les lleis com els codis deontològics coincideixen a considerar que el secret professional s'ha de poder trencar en determinats casos. En referència a la infància, en els casos que es valori que guardant-lo pot afectar a la seva salut, integritat, moralitat o educació

6. Quan es cedeix una informació cal atendre als principis de finalitat (determinada, explícita i legítima) i proporcionalitat (adequada, pertinent i no excessiva) i s'ha de cedir sempre que aquesta acció respongui a les finalitats relacionades amb les funcions legítimes del cedent i del cessionari.

7. Els codis deontològics, a més, afegixen:

- Principi d'informació responsable amb la confidencialitat
- Sempre en benefici de la persona i si és possible, amb el seu consentiment
- Tenir consciència de la informació rellevant que és necessària

- Transmetre informació veraç i contrastada, separant opinions, valoracions o pronòstics
- Donar la informació indispensable per la consecució dels objectius comuns

4. FONAMENTACIÓ EMPÍRICA

Donat que la motivació per aquesta recerca tenia els seus orígens en la meva experiència laboral, vaig valorar que era necessari transmetre els meus dubtes respecte al tema amb altres professionals. Principalment, per saber si eren compartits i, per tant, donaven cert crèdit a l'elaboració d'aquest treball. Posteriorment, per obtenir un seguit de materials que fonamentessin, des de l'experiència compartida, la meva reflexió. Igualment, valoro que la realització d'un treball de camp materialitzat en un grup de reflexió ètica crec que ha permès aconseguir gran part dels objectius d'aquesta recerca.

4.1. METODOLOGIA

Vaig considerar que la forma més pràctica de portar-la a terme era centrar-la al meu lloc de treball, el Consorci de Benestar Social del Pla de l'Estany-Banyoles (CBS). Al mes de març de 2012 plantejo aquest interès a la Gerència del CBS, qui em dóna el vist-i-plau i em remet a la responsable del Pla de Formació per concretar els detalls (la durada, l'espai, els horaris, la proposta de persones participants i el nombre, l'avaluació de l'experiència).

Val a dir que agraeixo la disposició i les facilitats que em van possibilitar la realització del grup, així com la concessió que es va permetre a cada persona participant de considerar que el 50% de les hores dedicades fossin laborals ja que crec que va servir com a bon incentiu per elles i, alhora, mostrava el compromís del CBS en els temes d'ètica aplicada. En part, les sinergies que es van crear a partir d'aquesta experiència han promogut que es plantegi la futura creació d'un espai permanent de reflexió ètica en serveis socials (prevista per 2013).

El paper que exerceixo en el grup de reflexió és de dinamitzadora de l'espai, per una banda, i d'aportació de materials (resum de les motivacions i els objectius de la recerca, qüestionari inicial, elaboració d'un dossier per cadascun/a dels/les participants amb els aspectes tècnics de l'ASI, la legislació principal, els codis ètics de cada professió representada, un recull de conceptes bàsics sobre ètica aplicada i el qüestionari de valoració final de l'experiència) així com la recollida del contingut de les sessions, que també s'exposa als propers apartats.

4.1.1.EL GRUP DE REFLEXIÓ

La selecció dels/les cinc professionals es va fer per mitjà de les cap d'àrea del CBS (àrea de serveis bàsics d'atenció social, àrea d'infància i família, àrea d'igualtat i gènere i àrea de convivència i cohesió)

Els criteris que es van tenir en compte a l'hora de triar les persones són els següents, per ordre de prioritats:

- voluntarietat: les persones havien de mostrar interès per participar en el grup per garantir la utilitat de les seves aportacions
- disponibilitat: havien de poder participar sense comprometre la seva funció principal al CBS
- interdisciplinarietat: disposar de diferents perfils professionals que enriquissin els continguts de les sessions des de varies perspectives. És per aquest motiu que no totes les persones participants són dels serveis socials bàsics (hauria quedat limitat a treballadors/es socials i educadors/es socials)
- experiència directa o indirecta en intervenció en casos d'ASI: per tal d'aportar casos pràctics reals per valorar en quins problemes s'havien trobat els/les professionals durant la seva intervenció i, concretament, en el moment de la detecció.

El resultat és que vaig disposar dels següents perfils professionals:

1. A nivell de característiques generals:

Professionals	Estudis	Edat	Lloc de treball	Anys al CBS
P1	Treballadora social	38	SSB ¹⁶	2008/2012
P2	Psicòloga	50	PCI ¹⁷	2004/2012
P3	Educador social	35	CO ¹⁸	2008/2012

¹⁶ Serveis Socials Bàsics

¹⁷ Pla de Ciutadania i Immigració

¹⁸ Centre Obert

P4	Educadora social	34	SSB	2007/2012
P5	Psicòloga	32	SAPV Menors ¹⁹	2010/2012

2. A nivell de formació/experiència:

Les preguntes de la següent taula es van fer per mitjà d'un qüestionari durant la primera sessió.

Professionals	Tens formació en ètica aplicada? Quantes hores?	Tens formació en ASI? Quantes hores	Tens formació en confidencialitat i tractament de la informació? Quantes hores?	Tens experiència en casos d'ASI?	Detectes problemes ètics en casos d'ASI?
P1	NO	NO	NO	NO	SÍ
P2	SÍ 35h	NO	NO	SÍ	SÍ
P3	NO	SÍ 20h	NO	SÍ	SÍ
P4	NO	NO	NO	SÍ	SÍ
P5	NO	SÍ	NO	SÍ	SÍ

De les cinc persones participants, només una d'elles (20%) té formació en ètica aplicada a l'acció social. El 40%, tenen formació en ASI, cap d'elles en té en qüestions relacionades amb la confidencialitat i el tractament de la informació.

Pel que fa a l'experiència, el 80% ha intervingut en algun moment de la seva trajectòria laboral en casos d'ASI i el 100% reconeix detectar problemes ètics en la intervenció en casos d'ASI (aspecte que ens permetrà enriquir substancialment el grup de reflexió ja que podem partir de realitats concretes).

¹⁹ Servei d'atenció psicològica a menors víctimes de violència de gènere

4.2. LES SESSIONS DE TREBALL

La dedicació del grup de reflexió va ser de 10 hores, repartides en quatre sessions de 2,5 hores cadascuna. Tres d'aquestes sessions van ser presencials i una d'elles va ser de treball individual, no presencial. Es celebren entre abril i maig de 2012.

A continuació es presenta cada sessió amb els continguts a treballar, el desenvolupament de la dinàmica del grup i els resultats destacables.

4.2.1. PRIMERA SESSIÓ

Continguts

- Presentació del tema: explico les motivacions per portar a terme el grup de reflexió i un dels casos pràctics amb el qual ens vam trobar fa quatre anys al CO, origen dels dubtes que plantejo a nivell general.
- Elaboració del qüestionari inicial: el qüestionari inicial inclou les qüestions relacionades amb la formació i l'experiència dels/les professionals participants (ja exposat a l'apartat de perfils), i una primera aproximació a què entén cada persona per ètica aplicada
- Exposició de casos pràctics per part de cada professional i identificació de problemes durant la intervenció
- Recull de sensacions.

Dinàmica del grup

La participació és molt activa. Cada persona disposa d'un full per anar responent les qüestions inicials que plantejo. Es dóna temps suficient per respondre a cadascuna d'elles. Posteriorment, recullo el full per poder buidar les dades i anuncio que portaré el buidat per la propera sessió, així com el material de suport teòric.

A continuació es proporcionen deu minuts a cada persona per exposar el cas pràctic i els dubtes/problemes amb els quals es troba o es va trobar en el moment de la intervenció. Registro els relats. Finalitzades les intervencions, compartim les sensacions i tanquem la sessió.

Resultats destacables

Quant a les definicions d'ètica aplicada, són les següents:

P1	<i>És la manera d'actuar del professional envers un cas o una persona el més correcte possible per tal de donar la resposta més adient a les necessitats en cada moment</i>
P2	<i>És allò que hauria de regir totes les intervencions dels serveis socials ja que per una part hi ha d'haver el sentit comú (en el sentit de saber distingir entre el bé i el mal) i per un altre, el respecte de totes les normes explícites (reguladores a nivell legal, professional/deontològic...) i implícites de les relacions de les persones</i>
P3	<i>Seria un conjunt de valors i la voluntat de ser coherent amb ells. Crec que l'ètica sorgeix del subjecte que sosté/emana aquests valors i per això hi ha des de les ètiques personals fins als codis deontològics (del col·lectiu professional). No sé si hi hauria alguna ètica social en similitud a la moral</i>
P4	<i>Té a veure amb la responsabilitat del professional davant els temes en els quals hi juguen els drets de les persones, allò que és correcte o no ho és en relació al context o situació social. Té a veure amb el bé consensuat per una societat, amb un marc de normes pel bé comú i com el professional ho gestiona per no vulnerar cap dret</i>
P5	<i>Realitzar el treball professional protegint i minimitzant el risc de causar danys innecessaris als usuaris i respectant els drets d'aquests</i>

He destacat les paraules clau de cadascuna de les definicions recollides. Totes coincideixen en afirmar que l'ètica aplicada és quelcom que té el seu origen en el/la professional (caire subjectiu), que ha de fer el bé/el més correcte/allò coherent/de sentit comú en base a unes normes/valors/lleis, amb la finalitat de respectar/no provocar danys/vulnerar drets. Considero que l'aproximació és prou encertada, si tenim en compte que el 80% dels/les professionals no tenen formació en ètica i que en aquesta primera sessió encara no s'ha entregat el material de suport teòric.

Seguidament, es presenten els casos exposats per cada professional i els problemes identificats en els mateixos:

P1	<p>CAS (Aquest cas el porten actualment P1 i P4 de manera conjunta) Progenitors separats amb una nena de 4 anys. La menor relata al pediatra (de manera espontània) que el company de la mare li fa fotos i li maquilla els genitals. El pediatra activa el protocol d'actuació, comunicant els fets a fiscalia de menors i a DGAIA²⁰. En paral·lel, l'àvia paterna confirma ell relat. Es posa denúncia a MMEE²¹ i s'obre investigació. El cas arriba a SBAS²² per mitjà del SAIA²³. L'educadora i la treballadora social citen a la mare per parlar dels fets. No parlen amb el company. La mare no comunica els fets al company, que n'és coneixedor quan li arriba el requeriment judicial. SBAS inicia el procés d'observació per valorar la sospita i realitzar la diagnosi del cas. Cita a la mare i a la nena en diverses ocasions i demana informació destacable a l'escola. L'escola coneix els fets per mitjà dels MMEE i l'àvia paterna. La diagnosi conclou en proposta de tancar l'expedient amb SAIA donat que no es troben més indicadors de risc en la situació de la menor, ni per part de l'escola ni per part del SBAS. Els avis paterns tornen a insistir i reiteren la denúncia. SBAS els cita i els avis expliquen que la menor relata fets que no es pot inventar. En el moment actual, estan pendents de citar tots els adults de la família per confrontar la situació. Es dona el cas que els avis paterns han anul·lat aquesta trobada en dues ocasions. A SBAS li dona la impressió que es tracta d'un conflicte entre els adults. Paral·lelament, hi ha un canvi de pediatra. El posicionament d'aquesta pediatra és començar de nou, tot i que SBAS informa dels fets tant a ella com al treballador socials del centre d'atenció primària de salut.</p>
	<p>DUBTES/PROBLEMES</p> <ul style="list-style-type: none"> •Fins a quin punt els altres professionals seran <i>neutres</i> o la seva informació es podrà interpretar com a veraç i objectiva? •On es el límit de la nostra intervenció com a SSB? •La informació que tenim a nivell personal/privat es pot utilitzar a nivell professional? Hi ha límits en això? •Ens hem de guardar tota la informació o l'hem de compartir amb altres professionals encara que valorem que fer-ho perjudicarà al cas?
P2	<p>CAS Família molt nombrosa (molts fills/es) de procedència sud-americana. Tots els membres es mostren molt hermètics. Presència d'una bebè d'un any i mig, amb cert grau de disminució i de qui no es coneix qui són els progenitors. Una de les filles té 14 anys. Comença a l'IES sense bons resultats, de manera que rep diversos suports. En situació de seguiment del cas, una de les professores parla amb P2 perquè nota <i>alguna cosa rara</i>. Passats dos anys de l'arribada de la menor, aquesta revela a la professora que ha patit ASI per part del</p>

²⁰ DGAIA: Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència

²¹ Mossos d'Esquadra

²² Servei bàsic d'atenció social: equip d'educadors/es i treballadors/es socials

²³ Servei Territorial d'Atenció a la Infància i l'Adolescència

	<p>company de la mare. Es sospita que la bebè és fruit d'aquest ASI.</p> <p>Amb 16 anys, la menor abandona l'IES i marxa del territori català amb una persona que ha conegut a través d'Internet, abandonant a la suposada filla, que en aquests moments té 8 anys. P2 parla amb l'educadora social de referència de la família per tal d'alertar sobre la possible necessitat de protecció de la petita de 8 anys, que roman al domicili amb el presumpte abusador/pare. S'inicia el procés d'observació per mitjà del seguiment a l'escola, que no destaquen cap informació rellevant ni relacionada amb cap sospita d'ASI. Es deixa d'intervenir tot i tenir dubtes del nivell de protecció de la menor.</p>
	<p>DUBTES/PROBLEMES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Què es diu i a qui se li diu que tenim una sospita d'ASI? Qui intervé? Qui parla amb la família? Com expressar la sospita d'ASI? Eventualment, davant aquests dubtes es deixa d'intervenir. • Quan es mal interpreta la confidencialitat de les dades o la privacitat de la família, a vegades, deixem d'intervenir tot i tenir la sensació que ho estem fent malament • Per confirmar la sospita hem d'esperar que passi alguna cosa més greu? • Amb famílies estrangeres tenim altres <i>miraments</i> pel que fa a la difusió de la informació que tenim • El/la professional, a vegades, es fa enrere quan la família és difícil o ens ho posa difícil per intervenir. Llavors, estem desprotegint?

<p>P3</p>	<p>CAS</p> <p>Aquest professional ha treballat en un centre residencial de menors als EE.UU. Coneix dos casos víctimes d'ASI que es troben en aquest centre per aquest motiu. Allà observa les repercussions en el tipus de conducta que presenten aquests menors i la pràctica professional en la qual l'infant abusat no es considerava una víctima a nivell pràctic (sense voler dir que calgui victimitzar-los) ni es tenien en compte en el tractament les característiques especials que poden requerir aquests casos.</p> <p>En aquests moments es troba amb un cas que ha de valorar l'abast d'una sospita d'ASI entre menors amb asimetria d'edat.</p>
	<p>DUBTES/PROBLEMES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el menor té la vivència que l'experiència d'ASI ho és com a tal

<p>P4</p>	<p>CAS</p> <p>L'educadora treballa en un casal d'infants. Una de les menors ha revelat un ASI a una de les seves amigues i li demana secret. La noia no guarda el secret i decideix ajudar a la seva amiga explicant la revelació a l'educadora social. Aquesta es planteja si han d'activar els mecanismes de protecció, per una banda, i, per l'altra, si li ha de donar credibilitat a la víctima ja que coincideix en ser una adolescent molt manipuladora. Des del casal no tenen accés a cap adult de referència de la presumpta víctima. No denuncien. Decideixen parlar amb la treballadora social i després amb l'EAIA²⁴. La informació es valida per</p>
------------------	--

²⁴ EAIA: Equip d'atenció a la infància i l'adolescència; serveis socials especialitzats.

	<p>mitjà de la mare de l'amiga que havia de guardar el secret. Aquesta mare és qui posa la denúncia. En aquest cas es van demostrar els ASI</p>
	<p>DUBTES/PROBLEMES</p> <ul style="list-style-type: none"> •Donar-li o no credibilitat a la menor? •Com validar la informació per passar el cas a EAIA? •A qui implicar de l'entorn de la menor per validar la informació sense vulnerar la protecció del menor? •Quina credibilitat donar als denunciants dels fets quan el menor sembla no tenir cap indicati d'ASI?

P5	<p>CAS</p> <p>Planteja dos casos. El primer respon a tres germans que es troben institucionalitzats per haver patit maltractaments greus. La germana mitjana presenta alguns indicadors d'ASI però aquest tema queda en segon pla. El segon cas és un menor de 5 anys que arriba al servei psicològic perquè la mare sospita que el seu ex-company n'ha abusat. El menor presenta conducta sexualitzada (tocaments als tiets materns) i fa dibuixos que es podrien relacionar amb l'ASI. Ha passat per una avaluació pediàtrica que no detecta indicadors físics d'abús. El cas es traspasa a SBAS, que inicia observació per mitjà de devolutives amb l'escola. Des de l'escola no transcendeix cap informació que es pugui relacionar amb la sospita (no es parla amb l'escola d'ASI). No es detecten nous indicadors. P5 treballa amb el menor des de l'enfoc d'haver patit una violència però no directament des de l'ASI; és molt petit. Recentment, el cas s'ha derivat a CO.</p>
	<p>DUBTES/PROBLEMES</p> <ul style="list-style-type: none"> •Fins a quin punt cal transmetre informació sobre l'infant quan l'ASI és una sospita i no una certa? Si ho fem no estem causant un risc de realitzar intervencions innecessàries que podrien perjudicar en l'evolució de la situació abusiva? •Dubtes al voltant de l'ús/mal ús que en puguin fer la resta de professionals.

Les sensacions d'aquesta primera sessió són les següents:

- *incertesa i desconcert*
- *incertesa en relació als casos plantejats*
- *sensació de no saber res de l'ASI ni de l'ètica*
- *contenta d'haver pogut expressar un cas que fa molt temps que no podia parlar amb ningú, tot i que el tema el resulti punyent.*

4.2.2. SEGONA SESSIÓ

Continguts

- Definició bàsica dels conceptes ètica, moral, ètica aplicada i problema ètic i presentació del material de suport teòric que s'ha fet arribar via correu electrònic
- Buidat dels problemes recollits durant la primera sessió per mitjà del qüestionari inicial
- Anàlisi de nous casos extrets de diferents formacions (casos del curs d'intervenció en l'ASI amb la Fundació Vicki Bernadet i altres): identificació de problemes i decisió deliberativa de la intervenció a realitzar
- Presentació del treball que es farà de manera no presencial en la tercera sessió

Dinàmica del grup

Partint de les definicions que va aportar cada professional, faig una introducció bàsica dels termes ètica, moral i ètica aplicada. També acoto què hem d'entendre com a problema/dilema ètic.

Les definicions que facilito al grup les extrec, bàsicament, de Canimas (2003;10-15) i Roman (2009;7-11). Són les següents:

MORAL: Prové de la paraula llatina *mos-moris*, que significa costum. Respon a la pregunta *Què he de fer?* , o *com he de viure?*. És un conjunt de principis, normes, preceptes, valors i actituds sobre la manera de comportar-se per tal de portar una vida que es considera justa. És el ventall de possibilitats que té la persona per triar i que afecten a ella mateixa, a les altres persones o al seu entorn. Determina que algunes coses són bones (morals) i altres, dolentes (immorals)

ÈTICA: Del grec *êthos* (caràcter, manera de ser) i *éthos* (hàbit, costum). És la disciplina filosòfica que reflexiona i orienta la moral (filosofia moral). És el saber que reflexiona sobre la moral usant el rigor conceptual i els mètodes d'anàlisi i explicació propis de la filosofia.

Respon a la pregunta *Com hem de reflexionar?* o a *Com hem de construir el fet moral?* o bé *Quins arguments avalen i sostenen el codi moral que estem acceptant com a guia de conducta?*. Ètica seria el conjunt d'enunciats descriptius que justifiquen una determinada moral. Segons B. Roman, *l'ètica és una manera d'evitar riscos així com que l'ètica parteix de la necessitat moral de justificar el que fem o no fem, precisament perquè depèn de nosaltres fer-ho o no fer-ho*. Per ella, el bé moral és *l'objecte de desig concebut de manera autònoma i universalitzable*.

ÈTICA APLICADA: La podríem entendre com la manera de concretar allò que sempre s'havia mogut en l'àmbit de la indeterminació. Cànimas diu: " [...] l'ètica deixa de ser del filòsof solitari i passa a ser una preocupació d'experts i afectats de diferents àmbits", passa a exercir una funció pública. Seria com una *actualització* de l'ètica *clàssica*. Tindria l'objectiu de construir una moral civil, de disminuir l'abstracció de valors i conceptes clàssics de la filosofia.

Certs corrents consideren l'ètica aplicada com un moviment de resistència vers al poder intervencionista de l'Estat en la vida de les persones.

També s'anomena ètica aplicada a la *ètica pràctica*. Es planteja la relació de la teoria general (ètica normativa) i del llenguatge ètic (metaètica) a les necessitats i les circumstàncies de la vida social. Pretén fer palesa l'especulació ètica en un moment històric o cultural.

Hi ha diverses corrents de pensament que consideren innecessària la

distinció entre ètica i ètica aplicada.

PROBLEMA ÈTIC: Segons Úriz Permán (2006;3), citant a S. Banks (1997;26), planteja que ens trobem amb problemes ètics quan "hem de prendre una decisió moral difícil".

Per la seva banda, Canimas considera que els problemes ètics "tenen a veure amb la manera d'acollir i reconèixer l'altre (ètiques de l'hospitalitat) i amb les diferències o dificultats per determinar el que està bé o malament, el que és correcte o incorrecte de la manera de viure i de relacionar-se amb els altres i amb l'entorn (ètiques dilèmiques)" i segueix exposant que "els problemes ètics sorgeixen quan la deontologia no ens diu què hem de fer, o el que ens diu és susceptible d'interpretacions, o tenim raons que no estan d'acord amb el que diu"

DILEMA ÈTIC

Seguint amb Úriz Permán (2006;3), és un conflicte entre principis morals/valors. Pot ser que tots dos valors siguin correctes moralment però que no es puguin aplicar alhora en una situació concreta. Llavors cal decidir entre dues accions que impliquen seguir un d'aquests valors morals.

A vegades es parla de dilemes/problemes ètics sense distinció.

Faig la devolutiva al grup que el tipus de problemes que han identificat a la sessió 1 es barregen entre l'ètica i la tècnica. Retorno un resum agrupant aquests problemes (de forma aproximada) en zones de conflicte ètic²⁵ però sense discriminar si es tracta de problemes ètics o tècnics per tal que això no ens porti a confusió o bé a algun tipus de limitació a l'hora de parlar dels casos que presentaré a la segona part

²⁵ Segons Canimas (2003;52), s'acostumen a determinar 4 zones de conflicte ètic. Són les que he tingut en compte a l'hora de presentar els problemes identificats pel grup

d'aquesta sessió.

Analitzem quatre casos més de possible ASI. Es demana als participants quin és el seu posicionament respecte a la intervenció que haurien de portar a terme en cada cas i com es plantejarien el traspàs d'informació que valorin necessari portar a terme. Només ens dóna temps a fer els casos del material de la formació amb la Fundació Vicki Bernadet ja que la participació és molt activa i interessant, produint-se algun dissens que també es recull en els resultats destacables, així com altres comentaris que no estan directament relacionats amb la qüestió que es planteja però que també s'inclouen perquè considero que donen riquesa al debat que es va propiciar.

Finalment es fa una breu explicació de la matriu que s'ha d'omplir i les preguntes que es plantegen per la propera sessió.

Resultats destacables

Els grups de problemes identificats per les persones participants en la primera sessió i segons les zones de conflicte ètic, es presenten seguidament:

1. Relacions entre els/les professionals i les persones usuàries:

- Credibilitat dels relats (indicadors/revelació expressada per l'infant i/o la família) quan, per exemple, els progenitors d'aquesta família estan en conflicte obert. Jutjar el testimoni de l'infant o protegir.
- Valorar la vivència de l'infant respecte a l'ASI (repercussions). Es va viure o no es va viure com a ASI? Això canvia la nostra intervenció?
- En quina celeritat cal treballar per exercir l'obligació de protecció. Mentre nosaltres *investiguem* (a la fase de detecció) la certesa de la hipòtesi/sospita, l'ASI es pot estar donant i, per tant, repercutint encara més en l'infant/adolescent. Necessitat que els fets siguin més greus per actuar/fonamentar la sospita.

-Perill de deixar d'intervenir per una mala interpretació de la privacitat de les famílies/confidencialitat de les dades (abandonament de la persona usuària) o per les dificultats que ens genera la pròpia família a l'hora d'intervenir (desprotecció de l'infant)

-Necessitat de ponderar el dany que es pot causar a l'infant per difondre una informació que només té caràcter de sospita. Risc de realitzar intervencions innecessàries. Risc que s'agreugi el patiment de l'infant per precipitar-se en la intervenció.

-De l'entorn familiar de l'infant, a qui impliquem i quin professional ha de ser l'interlocutor. Manca de procediment preestablert

2. Relacions amb la pròpia professió o entre professionals

- Manca de confiança interprofessional. Relativització de la confidencialitat i reacció que pot tenir l'altre professional davant la hipòtesi d'ASI (ús/mal ús de la informació). Consistència, veracitat i objectivitat de la informació que ens puguin trametre altres professionals.

-Per què complir amb l'obligació de denunciar/activar el protocol d'actuació si altres institucions (escolar, sanitària) tenen la mateixa informació i la mateixa obligació i no ho han fet?

-Risc que el fet de compartir la informació amb altres professionals perjudiqui l'evolució del cas/el tractament previst.

3. Relacions entre els professionals i la institució o organització en la qual es treballa:

-Presa de decisions segons les característiques de la institució en la qual estem treballant en aquell moment.

-No tenir clares les funcions que el/la professional ha d'exercir, de manera que es desconeixen els límits de la intervenció.

4.Relacions entre el/la professional i els principis morals o judicis predominants establerts:

-S'atorguen graus de confidencialitat diferent quan es parla d'una família segons l'origen (s'afirma que en famílies africanes la confidencialitat és més laxa; es tenen altres *miraments* pel què fa a la difusió de la informació que tenim). També passa això segons les característiques territorials: si el territori és petit, com passa a la comarca del Pla de l'Estany, la informació circula com en *un mercat*, fruit d'usos i costums, de maneres de fer força arrelades.

Quant als casos presentats, els aspectes destacables del debat que es va generar són els que apporto a continuació:

CAS 1

P és un nen de cinc anys que visita el centre acompanyat de la seva mare. La mare manifesta que P li ha explicat que el seu pare el fa jugar a un joc que no li agrada: dins la banyera el fa que es toqui els genitals mentre l'observa. El pare li ha dit a P que no ha d'explicar a ningú aquest joc. Els pares de P es troben actualment en procés de divorci

RESULTAT DEL DEBAT

•Amb la informació que es proporciona, es consensua que és clau mantenir prudència i iniciar una exploració en profunditat de la situació familiar (ambdós progenitors) i fer un seguiment escolar.

CAS 2

R és una nena de 7 anys que ve acompanyada dels seus pares. Els pares expliquen que R presenta un comportament diferent des de fa uns mesos. No vol anar a escola, té malsons i pors que abans no tenia.

R explica que no vol estar amb la monitora que vigila el pati, ja que se l'emporta a llocs on no hi ha ningú i li fa fer coses que no li agraden. En preguntar quin tipus de coses li fa fer, R explica que l'asseu als seus genolls i la prem molt fort contra el seu cos i, de vegades, li fa pessigolles.

RESULTAT DEL DEBAT

- Hi ha consens en la necessitat d'iniciar un procés d'observació directa de la menor així com una observació indirecta de l'entorn escolar.
- Es plantegen dubtes sobre l'exploració que caldria fer a la monitora ja que si es confronta directament la revelació de la nena, podríem incórrer en una actuació més pròpia dels cossos de seguretat que de serveis socials. A més, es valora que el risc de donar la informació directament pot provocar que la presumpte persona abusadora augmenti la pressió/coacció sobre la menor
- Hi ha consens en determinar que les característiques dels/de les professionals externs (en aquest cas fa referència a l'àmbit escolar) són una variable a tenir en compte ja que s'afirma que segons el/la professional que ens trobéssim en la interlocució, retindríem més o menys la informació. Els motius són: que no estem segurs de la veracitat del relat de la menor, que qüestionem la competència d'altres professionals respecte a temes com l'ASI i que el traspàs d'informació pot comportar alarmisme/posicions a la defensiva/mals usos que poden perjudicar la intervenció dels serveis socials.

CAS 3

T és una noia de 15 anys. Explica que ha mantingut relacions sexuals amb la seva professora de música de 35 anys. T es troba molt afectada emocionalment, plora amb freqüència mentre explica el què ha viscut.

Segons T la relació va començar fa uns mesos. Ella es sentia sola ja que els seus pares son molt grans i els seus dos germans, que tenen més de 35 anys, no li fan massa cas. T va trobar molt de suport en la seva professora de música. L'escoltava, la convidava a dinar, la portava al cinema. Per a T era més que una amiga. Una

tarda, la professora va començar a fer-li massatges ja que T es trobava molt tensa. La professora li va demanar que es despullés i es posés còmoda. T així ho va fer, ja que no volia semblar beneïta i confiava plenament en la seva professora. La professora va anar acariciant-la i dient-li que era molt maca. Posteriorment la va besar i van mantenir relacions sexuals. T se sentia incòmoda i no li agrada el que feien però no volia perdre la seva amistat i va accedir a mantenir relacions sexuals diverses vegades més.

RESULTAT DEL DEBAT

- Dubtes sobre la veracitat del relat de la menor. En paral·lel a la intervenció que es consensua, es planteja que cal recollir la informació sobre l'evolució de la noia a l'IES.
- Consens sobre la necessitat de posar-ho en coneixement d'algú (per una banda als progenitors, com a principals protectors de la menor i, en cas de no poder garantir aquesta funció protectora, a l'EAIA). Cal tenir en compte que l'edat de T és un factor determinant ja que seria preferible disposar del seu consentiment per fer aquesta comunicació (per tant, cal treballar-ho prèviament abans d'actuar tot i que hi ha un moment del debat que es centra en valorar aquesta *espera* ja que mentre els serveis socials es demoren per determinades qüestions, la situació abusiva pot continuar, augmentant les possibilitats de repercussió per la menor).
- També hi ha consens en el fet que caldria dirigir la intervenció cap a la denúncia per part de la pròpia menor. Es té especialment en compte que la menor afirma que la vivència és negativa (de manera que no es pot interpretar el relat condicionat pel fet que els/les menors, a partir dels 13 anys, poden consentir mantenir relacions sexuals sempre que aquest consentiment sigui lliure i no hi hagi coacció per superioritat, segons l'article 181.2 del Codi Penal). Durant el debat, es parla de la denúncia com a quelcom que quasi tots/es els/les professionals intenten evitar o delegar a altres, per les implicacions que comporta.

De totes maneres, es comenta que si tenim clara la funció que ens pertoca, no caldria tenir dubtes en aquest tema si és que la finalitat de la intervenció és protegir a la menor.

- Fora del tema, es fa un incís sobre els prejudicis que pot comportar el fet que les persones implicades en la situació (presumpte abusadora i presumpte abusada) siguin dues dones i l'afectació que això pot comportar, per una banda, a l'hora que la vivència de la menor sigui negativa per aquest fet i, per l'altra, en l'objectivitat professional per tractar el cas.

CAS 4

D té 13 anys i cursa segon d'ESO. És el nen més gran de dos germans i viu amb les seues pares a les rodalies de Barcelona. No és un nen problemàtic o rebel i la relació amb els seus pares i germà sempre ha estat molt bona. Tot i ser una mica introvertit i tímid en certs aspectes, acostuma a parlar amb els seus pares i té un gran nombre d'amics. És un gran esportista i juga a l'equip de bàsquet del poble des dels deu anys. El seu rendiment acadèmic també és bo, encara que li costa posar-se a estudiar i alguns estius ha necessitat un professor de reforç per a les matemàtiques. Des de fa aproximadament un any, però, tot ha canviat.

D va iniciar primer d'ESO amb il·lusió, tot i que estava nerviós perquè havia de canviar d'escola i traslladar-se a l'institut del poble del costat. Molts dels seus amics es traslladaven amb ell així que era una nova etapa que D tenia ganes de començar. Els primers mesos tot va començar sense problemes i el primer trimestre va tenir molt bones notes. El segon trimestre, però, va fer un canvi espectacular. D va empitjorar significativament el seu rendiment acadèmic, no portava els deures que se li demanaven i sempre estava desatent durant les classes. La seva manca de concentració es va reflectir en els exàmens, obtenint set suspensos de les nou assignatures a les quals es presentava el segon trimestre.

A part del descens en l'àrea acadèmica, va començar a aïllar-se i va deixar de relacionar-se amb els seus companys i amics, sentint-se més atret per grups de l'institut de nois més grans que els professors qualificaven com a disruptius. Va començar a fumar i beure alcohol.

L'entrenador va amenaçar amb expulsar-lo de l'equip de bàsquet degut al seu mal comportament, ja que mai arribava puntual als entrenaments i no mostrava interès a les seves explicacions ni durant els partits. Van tenir una gran discussió i

finalment va ser expulsat.

A casa també va canviar. Es tancava a la seva habitació i no volia parlar amb ningú. Els seus pares el renyaven i el castigaven per les seves contínues faltes i suspensos. Volien ajudar-lo però no sabien què fer. Des de l'escola van aconsellar duresa i van justificar els cavis de conducta de D per la seva entrada a l'adolescència i per tenir uns pares massa permissius.

D va passar a ser cada cop més agressiu i els seus pares van començar a sospitar que consumia algun tipus de droga. Algunes nits la seva mare l'escoltava plorar però si s'apropava a veure què li passava, D es negava a parlar amb ella. Una tarda, D no va anar a l'institut i quan els seus pares van tornar de la feina el van trobar que havia intentat suïcidar-se prenent unes pastilles per dormir de la seva mare.

Després de l'intent de suïcidí, D és visitat pel psiquiatre i el psicòleg del CSMIJ²⁶ i durant el tractament, D va explicar que havia estat patint ASI per part del seu entrenador de bàsquet des de que tenia 12 anys i que aquest l'havia amenaçat amb abusar també de seu germà si parlava amb algú del tema. Les conductes d'abús es van agreujar amb el pas del temps i darrerament havien arribat a incloure penetracions orals i intents de penetració anal.

RESULTAT DEL DEBAT

Hi ha dissens entre les persones participants al grup:

- No traspasar la informació: una part d'elles consideren que no s'hauria de parlar amb l'IES ja que s'ha demostrat la manca de competència dels/de les professors/es respecte als consells i observacions que destaquen durant l'empitjorament del comportament del menor. Un altre dels motius que aporten és l'estigmatització que això podria suposar per D.
- Traspasar la informació: l'altra part creu que cal fer-ho pels següents motius:

- cal considerar a D com una víctima de violència, de manera que les persones que s'hi relacionen han de conèixer la seva situació per poder

²⁶ CSMIJ: Centre de salut mental infantil i juvenil

intervenir de manera integral

- perquè el menor, en situació de vulnerabilitat, requerirà un acompanyament per la seva reincorporació a l'IES i pot presentar altres necessitats que cal atendre des dels diferents contextos en els quals es relacioni/sigui atès.

- com a actuació de sensibilització cap als professionals de l'IES sobre el tema de l'ASI

-com a actuació de prevenció en dues línies: per altres infants que hagin pogut ser víctimes de l'entrenador i per si el mateix D ha reproduït comportaments abusius amb altres infants de l'IES fruit de la seva pròpia experiència abusiva.

4.2.3. TERCERA SESSIÓ

A cadascuna de les persones participants del grup, els envio per correu electrònic la matriu i les preguntes que es presenten a continuació:

1. QUÈ FEM EN EL TRASPÀS D'INFORMACIÓ AMB ALTRES PROFESSIONALS QUAN TENIM UNA SOSPITA D'ABÚS SEXUAL INFANTIL?

<p><u>OPCIÓ 1</u> <u>DONAR SEMPRE TOTA LA INFORMACIÓ</u></p> <p>SÍ/NO QUINA? QUAN? A QUI? PER A QUÈ? (finalitat) COM?</p>	<p><u>OPCIÓ 2</u> <u>DONAR NOMÉS UNA PART DE LA INFORMACIÓ</u></p> <p>SÍ/NO QUINA? QUAN? A QUI? PER A QUÈ? (finalitat) COM?</p>
<p><u>OPCIÓ 3</u> <u>NO DONAR ALGUNES INFORMACIONS</u></p> <p>SÍ/NO QUINA? QUAN? A QUI? PER A QUÈ? (finalitat) COM?</p>	<p><u>OPCIÓ 4</u> <u>NO DONAR MAI CAP INFORMACIÓ</u></p> <p>SÍ/NO QUINA? QUAN? A QUI? PER A QUÈ? (finalitat) COM?</p>

2. Les opcions són sempre les mateixes amb o sense consentiment de la persona

afectada?

3. Què necessitem per deixar de parlar de "sospita" i anar-nos plantejant una major certesa? Es pot graduar?

4. Quins drets, valors o principis entren en contradicció/en risc segons l'opció que decidim?

5. En quin moment parlem amb la família? Abans o després de compartir la informació amb altres professionals?

6. Com prenem la decisió de compartir/no compartir la informació? Sols? En equip?

7. Què ens comporta no compartir la informació?

8. Creiem que quan menys informació tenim, menys traspassem/contrastem amb la resta de professionals? I, quan més informació tenim més traspassem/contrastem amb la resta de professionals?

9. Quina hauria de ser la norma/bona pràctica general?

Aquest treball es fa de forma individual i no presencial. Els resultats em són retornats uns dies abans de la sessió final per tal d'extreure'n les conclusions.

4.2.4. QUARTA SESSIÓ

Continguts

- Respostes del grup a les 4 opcions plantejades i a les qüestions que acompanyaven la matriu.
- Recull de les bones pràctiques que ha presentat cada professional i punts en comú
- Reflexió dels aspectes més destacables i deliberació dels mínims que cal tenir en compte en el traspàs de la informació per la detecció de casos en sospita d'ASI
- Tancament del grup i valoració de l'espai

Dinàmica del grup

Revisen les respostes de cada persona i es concreten els punts en què hi ha major coincidència, convidant al grup a reflexionar sobre quina ha de ser la norma general d'actuació en base a aquestes respostes i a clarificar alguns conceptes bàsics que queden pendents. A l'hora de

concretar es tendeix a relativitzar algunes afirmacions per donar cabuda a la particularitat de cada cas tot i que es consensuen alguns punts (que es presenten en forma de conclusions del grup de reflexió en el següent apartat d'aquest treball).

Es fa una valoració molt positiva de l'espai de reflexió que s'ha ofert.

Resultats destacables

Explico les coincidències entre les respostes que ha donat cada persona participant. Es pot concretar que:

- Tothom ha triat com a més adequada, l'opció 2 o la 3 de la matriu que he facilitat. Significa que ningú està d'acord ni en *donar tota la informació* ni en *no donar-ne cap*.
- S'identifiquen els requisits que ha de tenir tant la informació que es traspasa com la que no es traspasa.
- S'identifiquen quines són les persones (familiars i professionals) que han de rebre aquesta informació i quines, no. També hi ha coincidència amb la manera (el *com*) s'ha de fer aquest traspàs, tenint en compte la sensibilitat de la problemàtica que es tracta.

A nivell individual, les propostes com a bona pràctica són les següents:

P1	<i>Poder fer un bon diagnòstic i treballar amb la informació dels diferents actors que intervenen en el cas, però en la justa mesura, anteposant els interessos del menor a tota la resta (incloent-hi anar en contra de les seves decisions) i ser prudents i no abocar tota la informació, sinó, ser acurats i molt cauts en el traspàs d'informació. Si es pot treballar en equip, millor (sobretot amb professionals dels nostre equip), ja que compartirem un objectiu i una manera de treballar consensuada i sempre amb la finalitat de poder detectar si realment és una sospita d'abús, i si ho és, iniciar immediatament el protocol corresponent per protegir el menor.</i>
P2	-
P3	<i>Pel que fa a quina hauria de ser la bona pràctica general... ???... Diria que aniria en la línia de la formació dels professionals tant en qüestions d'abús com d'ètica i tractament d'informació, i que hi hagués alguna figura de supervisió, assessorament (ja sigui un comitè d'ètica, un professional concret amb preparació per exercir aquesta tasca), que tingués un codi deontològic propi que pogués fer suport, tant des del</i>

	<i>punt de vista tècnic com des del punt de vista més emocional per al professional.</i>
P4	<i>Poder comptar amb la suficient informació dels diferents àmbits implicats per tal de fer un bon diagnòstic que ens permeti dissenyar un pla de treball que maximitzi la protecció de l' infant i minimitzi les situacions de risc. Si podem treballar en equip molt millor i decidir a quins professionals més impliquem per a l'abordatge del cas. Ser curosos en la informació que donem i la que rebem, i fer-ne un bon ús sempre prioritzant l' interès del menor. Comptar amb eines ja sigui barems, llistat d'indicadors que ens permetin objectivar al màxim el que estem detectant, tenir ben establerts els circuits de coordinació i derivació, i comptar amb bones relacions entre professionals que ens permeti un grau de confiança suficient per a poder treballar en xarxa i donar una resposta integral a la situació.</i>
P5	<i>Crec que cada cas és únic i que no és aconsellable establir una única norma de bona pràctica general. El que podem fer és tenir presents els drets i els deures tant de l'usuari com del professional, a l'hora de prendre determinades decisions. En tot cas, la meva prioritat com a professional és intervenir en un intent d'assegurar la protecció del menor.</i>

Presenten diversos punts en comú, més o menys explicitats en el redactat i que trasllado al grup. En destaco:

- La informació: justa i necessària; cautela en el traspàs.
- Els principis/valors/finalitats: protecció del menor, interessos del menor, disminució/eliminació del risc. Tenir presents els drets i deures tant de persones usuàries com de professionals
- La manera de treballar: donar una resposta integral en base al treball en xarxa, la confiança i les bones relacions interprofessionals. El propi equip com a garantia d'objectivitat i suport professional
- La necessitat de formació en ASI, ètica i tractament de la informació

Val a dir que, per satisfacció personal pròpia, les persones participants del grup van valorar l'experiència en un 5,3 sobre 6, puntuant de forma especialment positiva la metodologia emprada a les sessions.

4.3. CONCLUSIONS

Tant per la valoració del grup de reflexió com per la dinàmica que es va crear durant les sessions, considero que es pot concloure que l'espai ha estat de gran utilitat, per les persones participants i per la consecució dels objectius plantejats per l'elaboració d'aquest treball. Principalment, de la darrera sessió però sense subestimar els resultats destacables de les precedents, les conclusions que n'extrec són les següents:

Conclusió 1: Sempre haurem de donar alguna part de la informació per tal de poder validar/contrastar la nostra sospita d'ASI

Cap de les persones participants és partidària de les opcions 1 (donar sempre tota la informació) ni de la 4 (no donar mai cap informació). Respecte a aquesta darrera, es valora que fer-ho pot comportar una situació de risc i de desprotecció ja que no compliríem la nostra funció. Per altra banda, rebutjaríem la riquesa del treball en xarxa amb altres professionals.

Conclusió 2: La informació que donem ha de complir uns requisits:

- Ha de ser la necessària en funció de la intervenció de l'altre/a professional i d'allò que ens pot aportar en referència als indicadors d'ASI
- En la quantitat justa, essencial. Evitar entrar en detalls morbosos, insignificants per la finalitat que es busca en el traspàs
- Referent a la sospita d'ASI, que és el que volem validar. Si es considera més adequat, en comptes de parlar d'ASI, parlar de *violència* que pot haver rebut l'infant per tal que el/la professional que també l'atén ho tingui en compte en la seva intervenció
- Cal donar-la el més aviat possible, encara que només es tracti d'una

sospita.

- Cal donar-la a aquells/es professionals que tinguin incidència significativa/referència en l'infant/la família o bé que pensem que poden col·laborar i/o disposar d'informació útil per arribar al diagnòstic. Quan es tracta del nostre equip de treball directe, el traspàs és imprescindible ja que els objectius de la intervenció són compartits, ens dóna seguretat i permet prendre les decisions garantir major objectivitat
- Preferiblement, cal traspassar aquest tipus d'informacions (sensibles) per mitjà d'interlocucions directes (per tant, evitar correus electrònics o comunicacions telefòniques ja que la informació es podria confondre, interpretar de forma incorrecta i també perquè es perd la riquesa de la transmissió de les emocions/reaccions de les persones a l'hora de rebre/donar aquests tipus d'informacions).

Conclusió 3: La informació que NO donem ha de complir uns requisits:

- No estar relacionada amb la sospita d'ASI
- No ens resulta fiable o exacta
- Aquella que es pugui basar en les pròpies especulacions/interpretacions del/a professional. Aquella que obtenim en base als propis prejudicis vers un determinat tipus de família, perfil de progenitor, etc.
- Que hagi d'anar dirigida a familiars o professionals sobre els quals tenim dubtes raonables que en facin un bon ús o bé que pensem que poden tenir respostes inadequades vers l'infant (culpabilització, estigmatització, alarmisme o, fins i tot, greuge de la possible situació de risc pel fet d'estar implicats d'alguna manera en el fet abusiu)

Conclusió 4: La finalitat del traspàs d'informació amb altres professionals sempre ha de ser la protecció de la infància i

l'adolescència

Entenent que protegir es provoca el màxim benefici al menor (és a dir, pel seu interès superior i provocant el mínim dany possible). Per exercir aquesta protecció, la informació contrastada es fa "necessària" ja que ens cal l'elaboració d'un diagnòstic que tingui solidesa. En tot moment cal tenir present que la nostra intervenció no causi major risc del detectat en el moment inicial.

El dret a la intimitat i el dret/l'obligació de confidencialitat poden entrar en contradicció amb el dret del menor a ser protegit però, aquest últim ha de prevaldre per sobre tant de la confidencialitat com del consentiment de la persona afectada (que en el cas dels menors es té en compte a partir dels 12 anys). Es planteja que allò que resulta difícil de concretar és el moment idoni per passar d'un a l'altre.

Conclusió 5: La família ha de formar part del procés de detecció sempre que no considerem que l'ASI pot ser intrafamiliar

Els progenitors/adults de referència són els principals responsables de la protecció dels seus infants així que els/les professionals hem de vincular amb ells i explorar quins factors de protecció poden oferir a l'infant i quins factors de risc cal atendre.

Conclusió 6: La confidencialitat ha de ser obligació compartida

Donat que de manera recurrent ha anat sortint la falta de confiança entre professionals com a factor que cal tenir molt en compte ja que pot limitar la nostra intervenció (fins i tot, bloquejar-la) i pot ser una dificultat per la detecció de l'ASI es planteja com a norma de bona pràctica que en qualsevol interlocució amb professionals externs, es recordi que l'obligació de confidencialitat respecte a les informacions que es traspassen és compartida, és a dir, és una obligació per tothom. Es planteja no donar per entès que tothom sap com ha d'usar la informació de què disposa per raó del seu lloc de treball. Per una

banda, fer-ho així proporciona major tranquil·litat al professional emissor de la informació. Per l'altra, es fa pedagogia interprofessional. Tothom està d'acord que en l'àmbit sanitari aquest tema està molt clar i molt treballat.

Conclusió 7: La major certesa no és un procés lineal ni graduable

- El diagnòstic del procés de detecció, donades les característiques de l'ASI, no deixa de ser subjectiu. Fins i tot en casos de revelació per part de l'infant/la família o en casos que existeixen proves mèdiques, el punt de partida és la sospita, més o menys fonamentada. Es reconeix el grau d'incertesa que acompanya aquest tipus de diagnòstics.
- No es pot graduar ja que no és cert que a major informació, major certesa ni major traspàs d'informació a altres professionals. Es planteja que hi ha casos dels quals es tenen moltes informacions però que el resultat és encara més confús. Allò que és necessari és que la informació, independentment de la quantitat, sigui l'adequada.
- La detecció no es concep com un procés lineal sinó com la construcció d'un trencaclosques *en forma d'àtom* (símbol que el grup de reflexió va acceptar unànimement), el centre del qual és l'infant amb els indicadors d'ASI.

5. REFLEXIÓ FINAL

La introducció d'aquest treball parteix de la constatació personal i professional que hi ha un buit prou important en el procés de detecció de l'ASI i la decisió de traspasar la informació a altres professionals com per dedicar-li certa atenció.

Els protocols d'actuació i coordinació entre les diferents institucions que s'ha de preocupar de la protecció de la infància i l'adolescència, estableixen els circuits que cal contemplar quan tenim al davant una sospita fonamentada o una certesa de diagnòstic. Però els procediments a seguir abans no s'arriba a aquests nivells és el que m'ha semblat que calia explorar, especialment relacionat amb el traspàs d'informació, que juntament amb l'observació activa de la persona professional de la intervenció social és allò que ens ha de permetre fonamentar aquestes situacions. El Protocol Marc d'actuacions impulsat pel Síndic de Greuges (2006;3) ja adverteix de la necessitat de posar especial atenció als processos de detecció i planteja com a essencial la implicació i la intervenció dels professionals de primera línia, és a dir, nosaltres com a treballadors/es dels SSB.

Les situacions de risc social són les que la xarxa primària de serveis socials hem d'explorar i estudiar per valorar el grau de risc davant el qual ens trobem. Això passa per l'establiment de relacions interprofessionals i de professional - persona/família usuària. En les seves recerques en serveis socials, ja ens diu Barbero (2011;2) que "el treball social és, en primer terme, un repte relacional" ja que el conjunt de relacions que establiment condiciona la informació que donarem, les estratègies que utilitzarem per assolir els objectius que ens marquem, el resultat de la intervenció i el límit de la mateixa.

Canimas (2003;42) defineix la professió de l'acció social com a "professió de conflicte ètic" fet que el comporta que treballem amb persones. Les persones de l'equip, les persones que treballen a altres institucions i les persones usuàries. Són les relacions que establim en cada àmbit les que comporten qüestions ètiques com les que hem tractat en aquest treball. I l'ètica l'hem de mostrar, recuperant a J.C. Mèlich²⁷, quan ens trobem cara a cara amb l'altre, quan hi som, al costat de qui pateix, amb la intenció de donar una resposta.

Aquesta resposta no és única. Mayoral (2009;7,17) ens recorda que les ciències socials no són "una ciència exacta i conseqüentment ens podem equivocar" perquè no hi ha una única solució correcta (podríem dir, èticament correcta) sinó que el cal és "buscar solucions raonades fruit d'una anàlisi i ponderació de les diferents alternatives possibles". En la mateixa línia, Canimas (2011;91) ens planteja concebre una *ètica de la complexitat*, on tots els paradigmes ètics (ètiques deliberatives, de les virtuts, deontològiques o principalistes, conseqüencialistes, de l'amor o l'hospitalitat) ens poden servir per saber si la decisió que volem prendre és moralment correcta. Sembla lícit concloure que allò que ens calen són bones raons per fer i decidir allò que fem. Aquestes bones raons considero que haurien de tenir dos fonaments bàsics: la responsabilitat, entesa, com ens diu Terricabras (1998;171) com a "poder respondre dels nostres actes, justificar i explicar les nostres decisions morals" i el respecte, que "sempre implica interès moral, preocupació i responsabilitat cap als altres", també segons Terricabras (1998;173). Aquest ha estat el propòsit d'aquest treball.

Del contingut de l'apartat de fonamentació teòrico-científica referent a l'ASI, en podem destacar dos aspectes que justifiquen aquesta recerca.

²⁷ Recupero aquí paraules de Joan Carles Mèlich durant el Seminari d'Ètica aplicada a l'acció social, impulsat per OEAIS sobre l'Ètica de la compassió, juny de 2012

Per una banda, les dades de prevalença, que ja resulten de per si prou significatives però que, si a més tenim en compte que es considera que no són reals, és a dir, que els casos són més, ens comporta la necessitat de reflexionar-hi. Per l'altra, les dificultats en la detecció d'aquest tipus de maltractament: per les seves característiques específiques (la majoria dels indicadors poden respondre simultàniament a altres situacions que no siguin l'ASI i es centren sobretot en la conducta i els aspectes relacionats amb l'infant; no és possible establir patrons de persona/família abusadora; el xantatge emocional que es provoca a les víctimes durant les diferents fases de l'abús, entre altres) i per les reaccions que pot arribar a suscitar el binomi infància/sexualitat (alarmisme, ocultació, negació), tant entre professionals com dins la família i la societat. Barudy (1998;38) cita a Polansky i Chalmert (1981) per recuperar una afirmació que en aquest punt és prou explícita: "l'abús dels nens és un fenomen tan atroç que voldríem no notar-lo; tanmateix, la indignació que suscita atreu forçosament l'atenció". El mateix autor defineix l'ASI en diversos moments de la mateixa obra com a *temptativa d'assassinat moral de la infància*.

Per tot plegat, em sembla que cal tenir molt en compte la recomanació que es fa en el Protocol d'Actuació d'Aragó, en què s'insisteix que caldria que l'ASI fos una hipòtesi a descartar en tota situació de risc que hàgim d'explorar. D'aquesta manera, salvaríem la dificultat que comentàvem més amunt del fet que només detectem allò que pensem. Encara que sembli simplista, pensar-hi (acompanyat de tenir la formació adequada) ja seria de per si una millora en la nostra pràctica professional i en el tema que hem atès en aquest treball.

En aquesta reflexió final també voldria destacar l'aportació de creuar els indicadors d'ASI amb les tres tipologies d'indicadors que diferencia

el Protocol d'actuació d'Aragó (altament específics, probables, inespecífics). Penso que dóna valor afegit a l'apartat científicotècnic i pot ser un bon material complementari per millorar la detecció.

Amb l'apartat de legislació, codis deontològics i el marc del sistema català de serveis socials, he tingut la pretensió de clarificar les funcions que ens són atorgades per raó del nostre lloc de treball, les nostres responsabilitats en vers la societat i les persones usuàries així com les limitacions de la nostra intervenció. Com a Serveis Socials Bàsics, som el nivell més pròxim a les persones i les famílies que es troben amb algun tipus de situació de vulnerabilitat. La llei de serveis socials ens legitima a detectar i intervenir en les situacions de risc social i impulsa la col·laboració de les diferents institucions per assolir objectius comuns. En el cas que ens interessa, és quelcom a tenir en compte quan ens trobem davant els dubtes que s'han plantejat en el grup de reflexió de professionals.

Saber què ens toca fer i fins on podem arribar. Tenim l'obligació de protecció i l'obligació de confidencialitat. Si ambdues són compartides per la resta de professionals i institucions que atenen a la infància i l'adolescència, em sembla que ni incorrem en cap dilema ètic ni en cap delictes quan traspassem informació amb la finalitat de contrastar les nostres observacions per fer un diagnòstic del grau de risc social que pot estar patint l'infant, l'interès superior del qual ha de ser el motiu principal de la nostra intervenció. Possiblement, en cas que deixem de traspasar informació d'una situació de risc que podria ser greu o bé, si interpretem malament la necessitat de confidencialitat de la informació per respecte al dret fonamental de la intimitat de la persona, llavors sí que penso que estaríem abandonant a l'usuari/ària i incomplint amb les nostres funcions com a agents socials. Això sí, cal fer-ho d'una determinada manera. Crec que les set conclusions del

grup de reflexió ens en dóna una aproximació que cal tenir en compte com a bona pràctica.

L'apartat que considero que ha donat més fruits a l'hora de complir amb els objectius principals d'aquest treball és la fonamentació empírica. El grup de professionals ha permès reflexionar sobre les dificultats plantejades a la introducció, sobre casos pràctics i respostes reals, sobre quins problemes identifiquen els professionals a l'hora de traspasar informació referent a una sospita d'ASI de diferent grau (des de la més intuïtiva fins a aquella que ja presenta indicadors suficients per tenir-la en consideració i activar els protocols existents). Em resulta de certa dificultat diferenciar els problemes ètics dels tècnics dins el conjunt de qüestions conflictives que han identificat els professionals i amb les quals em mostro d'acord. En base a aquest fet, crec que és útil recuperar el que ens diu Canimas (2003;43) quan parla de les conclusions que es van extreure de la primera Jornada sobre Serveis Socials d'Atenció Primària, sobre el fet que "no hi ha ètica sense tècnica: l'ètica motiva l'acció i la tècnica li dóna contingut. Ètica i tècnica són dues dimensions inseparables de la nostra pràctica professional".

No m'ha sorprès però sí que m'ha preocupat constatar la falta de confiança interprofessional que ha anat apareixent al llarg de les sessions del grup de reflexió com un dels principals problemes a tenir en compte a l'hora de traspasar la informació. Una de les conclusions del grup és recordar que la confidencialitat és compartida. Però la meva preocupació rau en el fet que, eventualment, estem treballant sense adjudicar aquest valor, aquest recurs moral, tal i com assenyala García- Marzà (2004;62-75) als nostres interlocutors. L'obra citada d'aquest autor es dedica a l'ètica de l'organització però, tal i com ell mateix apunta, el comportament esperat a l'organització és assimilable

a la persona (i per això em sembla útil recuperar-lo en aquest punt). Ens defineix la confiança com a fet social bàsic pressuposat en qualsevol tipus d'interacció, com la premissa bàsica per l'establiment d'una relació. Planteja que "aquesta actitud no caldria tenir-la si disposéssim de la informació precisa i segura sobre el comportament que tindran els altres". Però aquests altres tenen un compromís amb nosaltres i contem que no perjudicaran els nostres interessos. En les seves paraules, "els diferents interlocutors fan un contracte moral per mitjà del diàleg i de la informació que es traspassen" i resulta que en aquest tema que ens ocupa, aquest valor que hauria de ser fonamental, pot donar-se el cas que no hi sigui. Crec que és un aspecte per aprofundir en futures reflexions

BIBLIOGRAFIA

-Alonso Varea, J.M; Font Cabré, P.; Val Liso, A.; Rodríguez, J. (1999) *EP!NO BADIS! Programa Comunitari de Prevenció de l'abús sexual i altres maltractaments infantils*. Amb el suport de la Diputació de Barcelona

-Autoritat Catalana de Protecció de dades. (2012). *Guia bàsica de protecció de dades per als ens locals*

-Barbero, J.M (2011) Posiciones sociales y paradojas en trabajo social
Pedagogia i treball social. *Revista de ciències socials aplicades*

-Barudy, J. (1998) *El dolor invisible de la infancia*. Barcelona: Editorial Paidós.

-Bendicho Hernández, E (coord.) (2012) *La detección y la notificación en casos de abuso sexual infantil en Aragón*. Protocolo de actuación en la comunidad autónoma de Aragón para: Centros de Servicios Sociales y Servicio especializado de menores.

-Camps, Victoria (2010), *El declive de la ciudadanía*, Madrid: PPC, Cap 2: "Democracia sin demos".

-Canimas Brugué, J. (2003) *Informe sobre l'estat de la qüestió de l'ètica aplicada als serveis socials i l'acció educativa. Amb una proposta de constitució d'un Observatori d'Ètica Aplicada*. Fundació Campus Arnau d'Escala.

-Canimas Brugué, J. (2011). *Ètica aplicada a l'educació social*. UOC

-Cantón Duarte, J. I Cortés Arboleda, M.R. (2000). *Guía para la evaluación del abuso infantil*. Madrid: Piràmide

-Cruz, C. (2011). El terapeuta y sus dilemas con el secreto profesional, conferència inèdita i no definitiva per a la intervenció en el Seminari d'Ètica Aplicada sobre Confidencialitat i secret professional, 1 de juliol de 2011.

-Finkelhor, D. (1993). *Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse*. Child Abuse and Neglect.

-Garcia-Marzà, D. (2004). *Ética empresarial: del diàlogo a la confianza*. Madrid Trotta, CAP I,III,IV

-Ingles, A. et al (2000) *El maltractament d'infants a Catalunya. Quants? Com? Per què?*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya.

-Jiménez, A. (17 de novembre de 2002). Silencio roto. *La Vanguardia Magazine de la Vanguardia*. 64-74

-Kempe, C. H. (1978) *Sexual abuse, another hidden pediatric problem*. 1977 C. Anderson Aldrich lecture. Pediatrics, 62 (3).

-Lòpez, F. (1996). *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan los adultos* (2a edició). Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales

-Mayoral Simón, J. (2011): *El sistema de protecció a la infància i l'adolescència en la Llei 14/2010, de 27 de maig, de drets i*

oportunitats en la infància i l'adolescència. DGAIA. Barcelona.

-Mayoral Simon, J.(2009). Ètica en els serveis socials. Infància i adolescència. *Papers d'Acció Social*, núm. 8. Barcelona. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya.

-OEAIS (2009): *Els reptes ètics de la intervenció social*. I Simposi d'Ètica Aplicada a la Intervenció social. Carles Cruz Moratones (106-112) a la conferència de clausura "Els límits del secret professional"

-Pereda, N. (2007). *Prevalencia y características del abuso sexual infantil*. Child Abuse and Neglect

-Pla Director d'Infància i Adolescència de Catalunya. *Marc conceptual del Pla Director d'Infància i Adolescència de Catalunya*. Annex núm. 3 (maig de 2009). Departament d'Acció social i ciutadania. Generalitat de Catalunya. Barcelona.

-Protocol de coordinació contra els abusos sexuals i altres maltractaments a infants i adolescents a la Demarcació de Girona (2a Edició, 2007)

-Protocol Marc d'actuacions en casos d'abusos sexuals i altres maltractaments greus a menors (2006) Document impulsat pel Síndic de Greuges de Catalunya. Barcelona.

-Roman, B. (2009). Ètica en els Serveis socials. *Papers d'acció social*, núm. 7. Barcelona. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya

-Sanderson, C. (1995) *Counselling Adult Survivors of Child Sexual*

Abuse. London. Ed. Jessica Kingsley Publishers. Tercera Edició.

-Save the Children (2001). *Abuso sexual infantil. Manual de formación para profesionales*. Madrid: Save the Children España.

-Terricabras, J.M (1998) *Atreveix-te a pensar*. Barcelona La campana. Cap 8 i 9

-Uriz Permán, M.J. (2006). *La auditoria ética en Trabajo Social: un instrumento para mejorar la calidad de las instituciones sociales*. Departamento de Trabajo Social. Universidad Pública de Navarra.

A nivell de legislació:

-Constitució Espanyola de 1978

-Convenció de 20 de novembre de 1989 dels Drets dels Infants, adoptada per l'Assemblea General de les Nacions Unides en la resolució 44/25.

-Comitè de Ministres del Consell d'Europa. Recomanació R (79) 12, apartat 2c (1979)

-Decret 279/2006 de 4 de juliol, sobre drets i deures de l'alumnat i la regulació de la convivència en els centres educatius no universitaris de Catalunya

-Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal

-Llei 37/1991 de 30 de desembre sobre mesures de protecció de menors en situació de desemparament i de l'adopció del Parlament de

Catalunya (DOGC 1542 de 17.1.92) modificada per la Llei 8/2002 de 27 de maig sobre mesures de protecció de menors desemparats i de l'adopció, i de regulació de l'atenció especial a adolescents amb conducta d'alt risc (DOGC 3648 de 3.6.2002).

-Llei orgànica 1/1996 de Protecció Jurídica del Menor, a l'article 13.1

-Llei 8/1995, de 27 de juliol, d'atenció i de protecció dels infants i dels/les adolescents, del Parlament de Catalunya (DOGC 2083 de 2,8,95)

-Llei Orgànica 1/1982 de 5 de maig de Protecció Civil de l'honor, la intimitat personal i familiar i la pròpia imatge

-Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal

-Llei 9/1998, de 15 de juliol, del Codi de Família de Catalunya

-Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de dades de caràcter personal (LOPD)

-Llei 5/2002, de 19 d'abril, de l'Agència Catalana de Protecció de Dades (DOGC núm. 3625, de 29.4.2002)

-Llei 12/2007 d'11 d'octubre de serveis socials. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya

Recursos electrònics

- Col·legi d'Educadors i Educadores Socials de Catalunya. 2004. Codi deontològic de l'educador/a social. En línia. Recuperat el 3 de maig de 2012 des de <http://www.ceesc.es>

- Col·legi oficial de Treball Social de Catalunya (1999). Codi Deontològic del Treball Social. Text aprovat per l'Assemblea General de Col·legis Oficials de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials en la seva sessió extraordinària de 29 de maig de 1999. En línia. Recuperat el 10 de juny de 2012 des de <http://www.tscat.com>

- Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya (1989) Codi deontològic dels psicòlegs. En línia. Recuperat el 4 de juliol de 2012 des de <http://www.copc.org>

- Fundació Vicky Bernadet. Barcelona. Presentació de la fundació. *Manifest Abús sexual infantil: un problema social*. Recuperat el 15 de Maig de 2012 des de <http://www.fbernadet.org>

- Red de Ayuda a niños Abusados Mallorca. Associació RANA. *Falses Creences*. Recuperat el 20 de juny de 2012 des de <http://www.asociacionrana.org>