

Institut Nacional d'Educació Física de Catalunya

Departament de Teoria i Història de l'Educació

Universitat de Barcelona

Programa de Doctorat "Activitat Física i Esport"

Bienni 2001-2003

**ESPORT, INTERVENCIÓ EDUCATIVA
I EXCLUSIÓ SOCIAL.
UN ESTUDI DE CASOS.**

Per optar al títol de:
Doctora per la Universitat de Barcelona.

Tesi doctoral presentada per Cati Gómez Lecumberri.

Direcció: Dra. Núria Puig Barata i

Dr. Gaspar Maza Gutiérrez.

2009

CAPÍTOL 6.- ÀMBIT D'ESTUDI, MOSTRA I TREBALL DE CAMP

ÍNDIX DELS CONTINGUTS

- **CRONOGRAMA DE TREBALL**

- 6.1.- **DIAGNOSI COMUNITÀRIA EN EL BARRI DEL CARMEL**

- **SITUACIÓ DE LA INFÀNCIA EN RISC A CATALUNYA.**

- 6.1.1.-**EL CARMEL, UN BARRI COMPLEX**

- **BREU DESCRIPCIÓ HISTÒRICA DEL BARRI DEL CARMEL**

- **SITUACIÓ FÍSICA**

- **LA POBLACIÓ**

- **ANÀLISI DELS FACTORS DE RISC DEL BARRI**

- **ALTRES INDICADORS DEL BARRI**

- 6.2.- **PROJECTE DEL CENTRE DE REEDUCACIÓ DEL CARMEL (CRC)**

- 6.3.-**MOSTRA**

- 6.4.- **LÍMITS I INCIDÈNCIES EN EL TREBALL DE CAMP**

SÍNTESI

BIBLIOGRAFIA CAPÍTOL 6

CAPÍTOL 6.- ÀMBIT D'ESTUDI, MOSTRA I TREBALL DE CAMP

El capítol que iniciem ara està dividit en cinc apartats diferenciats i té l'objectiu d'exposar quines han estat les tasques que s'han dut a terme durant el treball de camp.

El treball de camp s'ha fet íntegrament en el Centre de Reeducació del Carmel (CRC), un equipament de l'Ajuntament de Barcelona pertanyent als Serveis Socials del barri del mateix barri. El CRC acull infants i joves de 3 a 15 anys amb problemàtiques socials de risc i d'exclusió, que afecten a diversos àmbits de la seva realitat, vulnerabilitats que van des d'aspectes socials, a aspectes cognitius, emocionals, econòmics i relacionals.

En el primer dels apartats hi trobem el cronograma que es va elaborar al principi del treball de camp. Aquest defineix les tasques i la temporalització d'aquestes, i tot i que no ha estat seguit *stricto sensu*, sí que n'ha orientat el desenvolupament general de les línies de treball.

En el segon punt (6.1), fem una breu introducció sobre la realitat social i econòmica del barri del Carmel, analitzant els aspectes i els indicadors de risc i la situació general en la que viuen els infants i joves del barri (equipaments educatius, oci, consums, equipaments esportius...). Fer aquest diagnosi ens permet percebre la situació social en la que viuen els infants i joves i les dificultats, mancances o punts forts del barri.

Més tard, per poder enquadrar millor la realitat del escenari en el que es fa la recerca, exposarem una part del projecte que es desenvolupa en el sí del CRC

(6.2), les justificacions que el legitimen, els objectius plantejats, la metodologia i els resultats que se'n van derivant. De l'explicació d'aquest punt se'n definiran la tipologia d'usuaris que empren aquest servei, i n'escollirem al seu torn, la mostra d'estudi.

Part de la informació que es dóna en aquest apartat complementa les dades recollides en el punt 2.2 d'aquesta tesi (Centre de Socialització terciària).

En els apartats 6.3 i 6.4, i de manera esquemàtica, s'especifica el com, el quan i els límits de l'aplicació de les tècniques de recerca al treball de camp del CRC.

Com la resta de capítols, aquest finalitza amb la bibliografia emprada per dur-ho a terme.

CRONOGRAMA DE TREBALL

El cronograma que es veu en la figura 6, recull totes les fases fetes en el transcurs del treball de camp. M'incorpo al CRC en l'últim trimestre del 2002 com a educadora social. Els primers mesos d'aquesta incorporació els he dedicat específicament a formar-me i informar-me sobre les condicions i estructura del projecte que es du a terme en el centre, les necessitats socials del barri i les repercussions que aquestes tenen en els infants i joves.

Amb l'evolució dels cursos escolars canvio de rol professional passant de ser educadora social a directora del Centre, fet que repercuteix no només en les tasques administratives sinó també en les tasques pròpiament educatives i de contacte directe amb les persones usuàries del Centre. Fixem-nos en el cronograma que indica la figura 6:

TASQUES	CURS 2002-2003	CURS 2003-2004	CURS 2004-2005	CURS 2005-2006	CURS 2006-2007
Incorporació al CRC	Educadora	Educadora	Educadora	Educadora/ Direcció	Direcció
Formació i informació sobre el projecte					
Formació i informació sobre el barri/entorn					
Estudi de les necessitats socials i la relació amb l'objecte d'estudi					
Elaboració i disseny de les eines de recollida de dades		-Anàlisi del contingut -Entrevistes a experts -Observació participant			
Selecció de la mostra		Selecció de 10 usuaris/es			
Aplicació de les tècniques de recerca					

Figura 6.1.- Cronograma de la recerca.
Font: elaboració pròpia.

A partir del segon curs escolar les tasques que es desenvolupen tenen relació amb l'estudi de les necessitats socials, i concretament amb l'estudi de les necessitats i límits de les persones usuàries del centre, no només dels infants sinó també de les adultes (famílies). Aquest anàlisi i la relació amb l'objecte d'estudi perdurarà ja durant tot el treball de camp i s'anirà revisant les relacions que s'hi van donant.

A partir del segon curs es comencen a elaborar i dissenyar les eines de recollida de dades, tenint en compte la implementació de les eines en el pre-test. Fins que no hem arribat al disseny definitiu han hagut de passar dos cursos escolars. Un cop han estat elaborades definitivament s'han aplicat al llarg de tot el curs escolar, i durant quatre cursos escolars, recollint així multitud de dades, tant a partir de l'anàlisi del contingut, com a partir de les entrevistes, com de la observació.

Després de fer l'anàlisi de les necessitats socials i dels menors, i de veure quines problemàtiques presenten aquests, hem seleccionat la mostra de població, escollint deu infants i joves d'edats compreses entre els 4 i 15 anys, amb característiques peculiars, però considerats tots ells i elles menors en exclusió i risc d'exclusió social.

Hem procurat que l'avaluació i la revisió sobre el procés, tant a nivell professional com a investigadora, es fes de manera continuada i sense trencaments. Revisar i valorar la feina de manera continuada ajuda a corregir els punts dèbils i a fer modificacions quan cal.

Una de les primeres etapes del cronograma fa referència a l'estudi sobre les necessitats, virtuts i límits del barri del Carmel, i com aquestes tres situacions poden condicionar les dinàmiques de l'exclusió en els menors del barri. En el proper punt, doncs, farem un anàlisi de l'estat del barri, fent èmfasi especial als indicadors de risc i vulnerabilitat que afecten directament a la població.

6.1.-**DIAGNOSI COMUNITÀRIA
EN EL BARRI DEL CARMEL**

Per a l'anàlisi de la realitat del barri del Carmel s'han utilitzat sobretot fonts documentals i estadístiques, tant a través del departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona, com a través de les dades publicades per la Comissió d'infància i Món Urbà (CIIMU) i el seu *Informe d'Infància i Món Urbà* (2005). Començaré aquest punt donant una visió global i esquemàtica de quina és la situació global de la infància en risc a Catalunya, comparant dades amb altres comunitats autònomes. Més tard ens centrarem en les dades que fan referència exclusivament al barri del Carmel i als indicadors de risc que els defineixen.

SITUACIÓ DE LA INFÀNCIA EN RISC A CATALUNYA

Segons dades estadístiques a Catalunya hi ha una progressió creixent de les tipologies del maltractament infantil i juvenil. Aquest creixement ens ha situat al capdavant de les Comunitats Autònomes en percentatge i varietat d'indicadors desfavorables per als menors.

En el quadre de la pàgina següent veurem com Andalusia és la Comunitat Autònoma que enregistra més casos de maltractaments a infants, concretament un 7'06% de la població infantil total de la Comunitat. D'aquest percentatge un 1'38% són casos de maltracte físic, un 3'04% corresponen a maltractes emocionals, un 0'2% a casos d'abusos sexuals i un 6'43% de casos de negligència o desatenció a les necessitats dels menors.

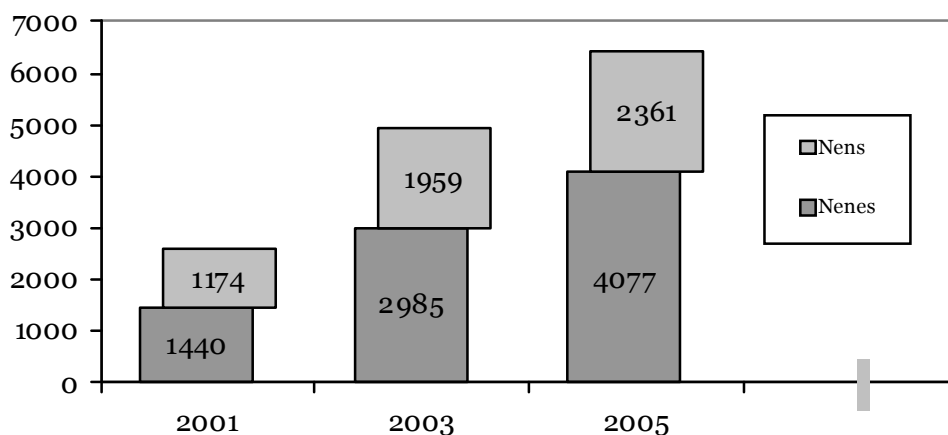
Catalunya presenta unes dades estadístiques molt semblants; en el mateix any de l'estudi s'hi va registrar 1.433 casos de maltractes, és a dir un 6'5% de la població infantil total catalana. Vegem el quadre:

COMUNITATS AUTÒNOMES	MALTRACTE FÍSIC		MALTRACTE EMOCIONAL		ABÚS SEXUAL		NEGLIGÈNCIA		TOTALS	
	Núm. casos	%	Núm. casos	%	Núm. casos	%	Núm. casos	%	Núm. casos	%
ANDALUSIA	469	1'38	1.028	3'04	68	0'2	2.176	6'43	2.389	7'06
CATALUNYA	301	1'37	613	2'78	86	0'39	1.203	5'46	1.433	6'5
CANTÀBRIA	117	0'53	172	0'75	13	0'11	404	2'25	45	2'41
MADRID	275	1'43	422	2'19	37	0'19	868	40'51	1.049	5'46
PAÍS VASC	87	1'3	176	2'62	21	0'31	249	3'71	372	5'54
TOTALS A ESPANYA	2.220	1'43	3.944	2'53	396	0'25	9.629	6'19	11.148	7'16

*Figura 6.2.- Sobre els números de casos i percentatges de maltractament a la infància a Espanya.
Font: CIIMU, 2007.*

De la totalitat de casos de maltractaments a Catalunya un 1'37% han fet referència a maltractes físics, un 2'78% a maltractes emocionals, un 0'39% a abusos sexuals i un 5'46% a casos de negligència o desatenció. Aquestes dades revelen que Catalunya està molt poc per sota de la mitjana espanyola en casos de maltractament a menors. Cantàbria per la seva banda és la Comunitat Autònoma que menys casos ha enregistrat, i per tant, la comunitat en la que hi ha menys menors en situació de risc d'exclusió.

Per gènere en totes les Comunitats Autònomes, i en tots els anys que s'han consultat, les nenes han presentat percentatges més alts de victimització, havent, a més a més, una progressió a l'alça. Vegem-ne l'esquema:



*Figura 6.3.-Gràfica sobre el número de casos de maltractament per gènere.
Font: Elaboració CIIMU a partir del Anuario Estadístico de la Secretaría de Estado y Seguridad del Ministerio del Interior.*

Els maltractament a infants augmenta en ambdós gèneres, havent 2.614 casos en el any 2001, i 6.438 en el any 2005, per bé que en el cas de les nenes hi ha un augment de més de mil casos entre els anys 2003 i 2005. En la mateixa franja de temps els casos de nens augmenten en 402, essent igualment preocupant la situació.

Un cop feta l'anàlisi de la realitat catalana i espanyola sobre els indicadors de risc en la que viuen els infants i joves, veurem sí aquesta és igualment extrapolable al barri del Carmel i quines mesures s'apliquen per a solventar-ho.

6.1.1.-**EL CARMEL, UN BARRI COMPLEX**

Sovint per poder entendre la realitat d'un espai cultural concret cal fer una mirada retrospectiva i buscar-ne els orígens primers. Aquest punt, doncs, l'iniciaré amb una breu introducció històrica de com, quan i qui va començar a construir el barri del Carmel.

Seguidament en faré un anàlisi de la situació física i demogràfica, destacant els indicadors pertinents per a la nostra pregunta de investigació (exclusió, atur, precarietat, consum de drogues, alfabetització,...).

BREU DESCRIPCIÓ HISTÒRICA DEL BARRI DEL CARMEL

A mitjans del segle XIX es comencen a construir en el barri les primeres cases i torres de la classe benestant barcelonina, que s'utilitzaven com a segones residències. Poc a poc es va anar creant un nou municipi que quedava entre les Viles de Gràcia i Horta. Amb els anys, i sobretot a partir del 1902 amb la construcció del carrer Font de la Mulassa, totes les urbanitzacions que s'havien configurat independents de la gran ciutat passen a formar part d'una Barcelona en expansió total.



*Figura 6.4.-
Residència al
barri del
Carmel.
Exemple de
finals de
segle.
Font:www.b
cn.cat*

A partir del 1930 aproximadament la zona del Carmel comença a perdre part de la seva població benestant, doncs les comunicacions amb Barcelona van fer perdre la condició residencial de la zona i moltes de la famílies van començar a vendre les seves torres. Els nous propietaris hi construïen noves cases o blocs de pisos sense un pla municipal que orientés la construcció i organitzés el sòl urbanístic.

A partir del 1948 s'inicia un procés de barraquització del barri que s'estén molt ràpidament per falta de legislació i polítiques urbanístiques. A partir del 1953 comença el període d'autoconstrucció en que cadascú prenia el terreny que volia i construïa la seva "casa". L'autoconstrucció es donà sobretot per les onades migratòries de persones d'arreu d'Espanya. De fet no va ser fins a la dècada dels setanta que, per la manca de sòl urbà, es fa un pla urbanístic (VVAA, 2001).

En aquesta xarxa de barraques i de "terres de ningú", es constitueix una associació de veïns que comença a lluitar per millorar la qualitat de vida del barri; sol·liciten reiteradament millors comunicacions amb Barcelona, la pavimentació de carrers, aigua corrent, escoles, instituts i fins i tot un ambulatori.

Amb els anys vuitanta, les associacions reivindicatives van anar donant pas a associacions culturals i educatives, amb un caràcter més marcadament socialitzador, establint així teixit associatiu i una important xarxa social.

Actualment al barri està millorant molt la qualitat de vida, si més no en l'àmbit econòmic, tot i que es reflecteixen les petjades de la seva història sobretot en la distribució i urbanització del sòl.

El barraquisme ja no es veu de manera explícita però existeix encara de manera vertical; hi ha habitatges soterranis i en grau alt d'insalubritat que dona residència als nous immigrants, que sota condicions de desigualtat viuen en llocs en condicions pèssimes (VVAA, 2001:33).

Un dels episodis que ha marcat més profundament el barri del Carmel es va donar en el any 2005. El 27 de gener d'aquest any, les obres de construcció del metro de la línia 5 provoquen un esvoranc de 35 metres de profunditat per 30 metres de diàmetre, en l'espai comprès entre el Pg. Calafell, el Carrer Conca de Trep i el carrer Sigüenza. Aquest accident, tot i no provocar danys personals, implica l'evacuació de 84 blocs i 1057 persones i el reallotjament de totes elles en hotels i pisos de protecció oficial. Posteriorment al dia 25, i per criteris de seguretat, es decideix enderrocar 4 blocs contigus al garatge esfondrat, desencadenant així un dels episodis més crítics de la història del Carmel¹. Aquest fet provoca la mobilització veïnal i l'associacionisme per a reclamar indemnitzacions i responsabilitats tant a les empreses constructores com a l'Administració regent.



*Figura 6.5.-
Enderrocament del segon dels blocs al
Carrer Conca de Trep, al gener del
2005.
Font: www.tv3.cat*

Per a solventar la crisi política i social que desencadenen els fets del 27 de gener, l'Administració pren partit i endega el projecte *Futur Carmel, som-hi!*, amb importants injeccions pressupostàries per a la remodelació integral del barri del Carmel. Aquesta remodelació inclou la construcció dels quatre blocs enderrocats, ajudes als veïns afectats i propers a la zona o (zona de l'esvoranc), compensacions econòmiques per a tots aquells comerços i negocis que van

¹ Aquest episodi es coneix com la *Crisi del Carmel* de l'any 2005. Hi ha referències continues a diaris i revistes, i articles com *Triste i Feo* (Rexach, 2005), *Todo el Carmel tendrá aydas para rehabilitar los pisos* (Peirón, 2006), o *Mai de la vida no s'hauria d'haver construït al Carmel* (Roureda, 2005).

veure perjudicades les seves economies, reconstrucció integral del CEIP Carmel i millores urbanes i en equipaments per al barri.

Es fa, a la vegada, una campanya per a la millora de la imatge del Carmel com a barri dinàmic i en creixent modernització i economia, amb el lema *Carmel Futur*.



Figura 6.6.-Logo de la campanya Carmel Futur.

En l'espai on hi va haver l'esfondrament s'hi construeix una plaça dura amb el nom de Plaça de l'Esvoranc.



Figura 6.7.-
Plaça de l'Esvoranc.
Font: www.bcn.cat

Aquests fets i la posterior resolució han marcat la realitat diària de la majoria de usuaris del centre de reeducació en el que s'ha desenvolupat el treball de camp, de manera que l'exposició d'aquestes dades és imprescindible per entendre part de l'evolució que alguns d'ells han fet. El centre de reeducació es troba situat al mateix carrer Conca de Tremp, i la majoria de famílies usuàries del nostre centre han estat *famílies afectades* per la situació de *crisi del Carmel*. Veurem doncs, en l'aplicació de les eines en el proper punt d'aquest capítol, com se'n fan contínues referències, tant en les entrevistes als educadors, com en els diàlegs dels menors del centre.

SITUACIÓ FÍSICA

El Carmel està situat al Districte d'Horta-Guinardó (Districte VII), al centre nord de Barcelona, i és limítrof amb el barri de la Taxonera, el barri d'Horta, el barri de Can Baró i el barri de la Vall d'Hebrò.

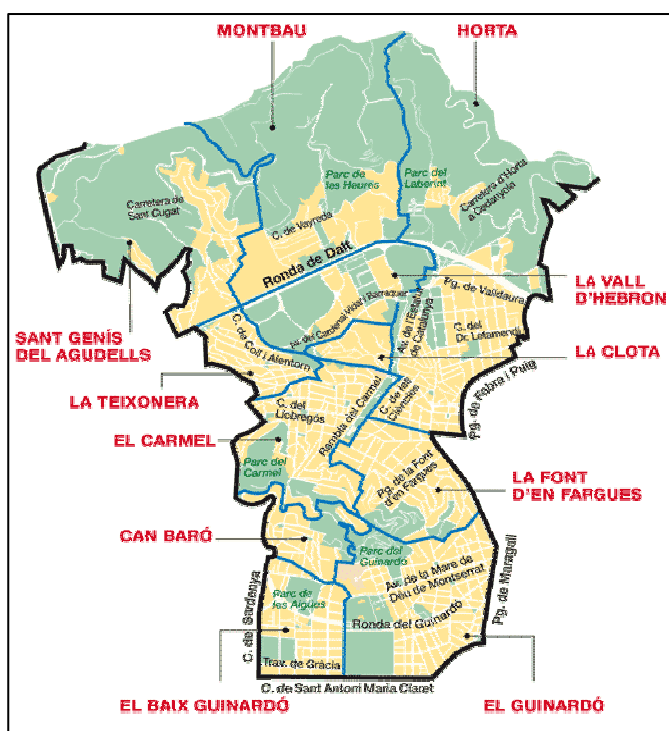


Figura 6.8.-
Mapa físic del Districte d'Horta
Guinardó.
Al sud-est hi trobem el barri del
Carmel.
Font: www.bcn.cat

El barri limita al sud-est amb el carrer Portell, al nord-est amb el Pg. de la Mare de Déu del Coll i el Carrer Lisboa, al oest amb la Rambla del Carmel i al sud amb la Carretera del Carmel.



Figura 6.9.-
Mapa limítrof del barri del Carmel.

El Carmel està situat al capdamunt d'un turó i per tant els seus carrers tenen forts pendents i desnivells. El terreny argilós del subsòl ha provocat un deteriorament continuat dels edificis, i fins i tot causa de l'esfondrament d'un edifici en les obres de construcció del metro en el any 2005.

Dins del propi barri es constaten diferències estructurals i socials entre el Carmel de dalt i el Carmel de baix, on el Carmel de baix, i degut en part per la construcció del túnel de la Rovira, gaudeix d'una millor situació econòmica i urbanística que el Carmel de dalt.

En tot el barri del Carmel no hi ha cap parc; la plaça Pastrana, com la plaça Salvador Allende, com la Rambla del Carmel, són espais públics considerats places dures.

LA POBLACIÓ

Segons dades de l'any 2004 al Districte d'Horta-Guinardó, hi ha una població total de 169.739 persones, de les quals 89.591 són dones i 80.148 són homes. Per zones d'estudi², el territori d'Horta és el que inclou el barri del Carmel, i en aquest hi trobem una població de 71.698 persones, de les quals 37.397 són dones i 34.301 són homes.

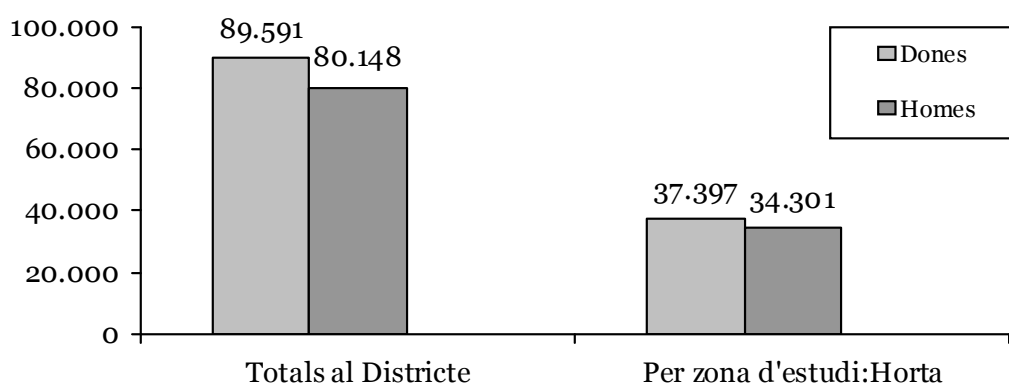


Figura 6.10.- Gràfica sobre la població resident al Districte d'Horta-Guinardó i al territori d'Horta.

Font: Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

Per percentatges i zona d'estudi, els homes representen el 47'8% i les dones el 52'2%, uns percentatges molt similars als del Districte d'Horta-Guinardó, en que els homes representen un 47'2% i el de les dones un 59'1% de la població total del Districte.

² No s'han trobat dades prou actualitzades del barri del Carmel específicament. Totes les dades fan referència a *zones d'estudi*, que en el cas del Districte que en ocupa són tres: Vall d'Hebró, Guinardó i Horta. La zona d'estudi d'Horta inclou el barri del Carmel, i per tant les dades són pertinents.

Per nacionalitats la majoria de persones que viuen a la zona d'Horta són d'origen espanyol (90'4%), que van arribar sobretot en l'època del barraquisme als anys 60. El 9'6%³ restants són persones de procedència estrangera, tot i que se sospita que el percentatge podria ser més alt, doncs hi ha un 5% aproximat de persones no censades.

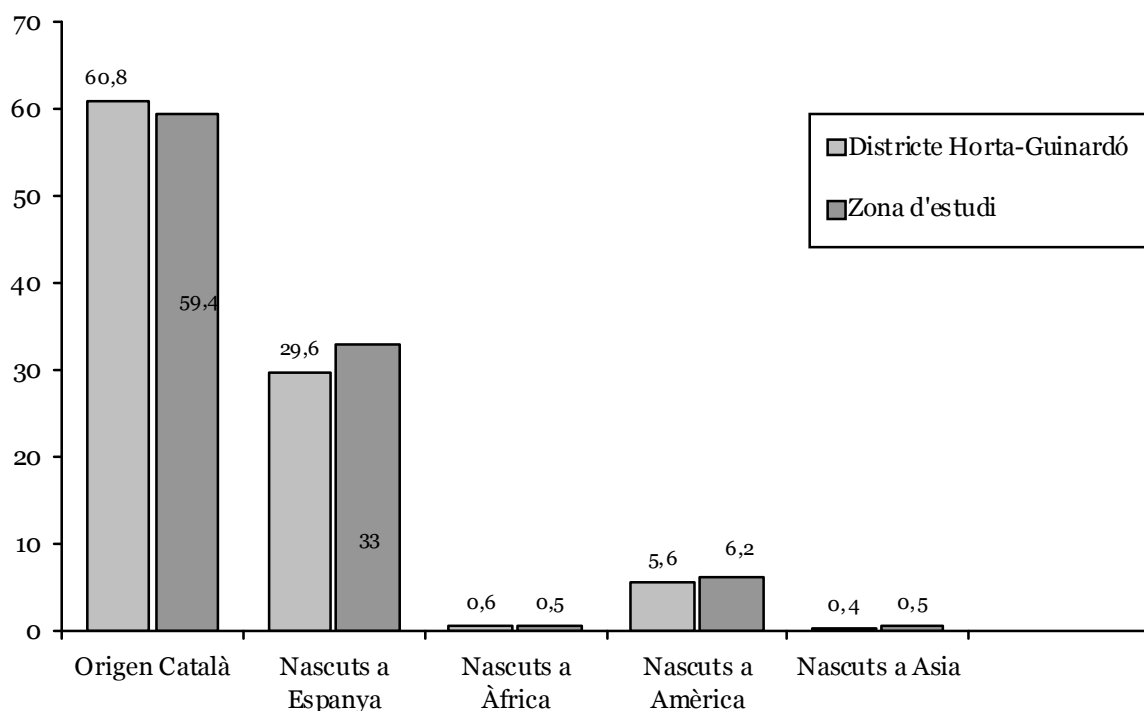


Figura 6.11.- Gràfica sobre l'origen de les persones residents al Districte d' Horta- Guinardó i al territori d'Horta.

Font: Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona.

L'indicador *d'origen català* de la gràfica fa referència a totes aquelles persones que han nascut a Catalunya (considerant que la majoria d'ells són fills i filles de persones vingudes als anys seixanta sobretot d'Andalusia). Creiem que aquesta dada és important a l'hora d'analitzar, per exemple, l'ús de la nostra llengua als centres educatius.

³ Segons l'últim informe del CIIMU (2005), aquest percentatge se situa en el 8'7%.

Segons dades de l'últim estudi fet sobre *Moviments demogràfics (2005)*, al Districte hi ha 18.765 persones d'origen extracomunitari, concentrant-se el 9'6% d'elles en la zona d'Horta, concretament amb 6.785 persones censades.

Per nacionalitats, més específicament a la zona d'Horta hi trobem sobretot persones d'origen equatorià.

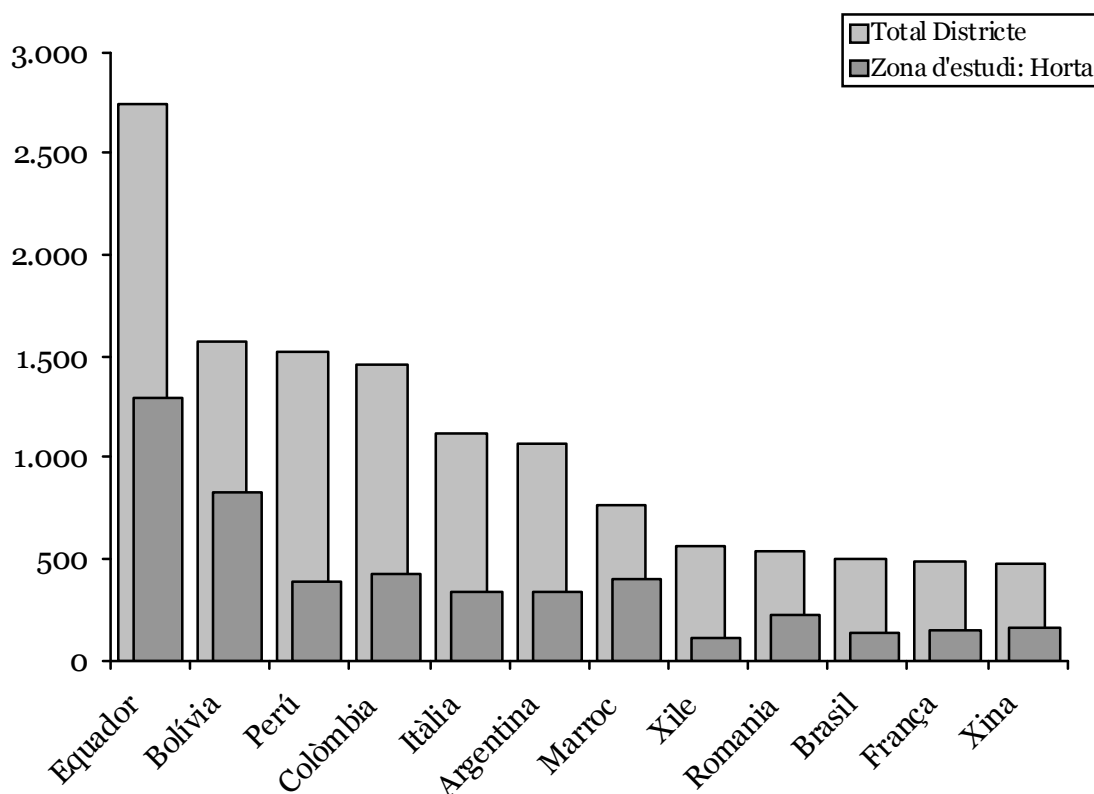


Figura 6.12.-Gràfica sobre les nacionalitats de la població estrangera al Districte d'Horta-Guinardó i al territori d'Horta.

Font: departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona, 2007.

En l'àmbit escolar a Catalunya els percentatges d'alumnes estrangers matriculats ha tingut un increment del 175% en només quatre cursos escolars. Aquest augment general es fa palès sobretot en barris com el Carmel o el Raval, on els percentatges d'immigrants residents s'incrementen exponencialment per

l'efecte crida, els reagrupaments familiars⁴ i les cadenes migratòries⁵. Vegem-ne el quadre:

	CURS 2000-2001	CURS 2002-2003	CURS 2003-2004
ALUMNES TOTALS	227.830	227.994	229.179
ALUMES D'ORIGEN ESTRANGER	6.518	14.357	18.510
ALUMNES ESTRANGERS EN %	2'9%	6'3%	8'1%

Figura 6.13.- Quadre sobre el número i els percentatge d'alumnes estrangers matriculats a les escoles catalanes.

Font: Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya, 2005.

En l'any 2000 es van matricular a les escoles catalanes un total de 227.830 alumnes, dels quals el 2'9% eren d'origen estranger. Quatre cursos més tard el número d'alumnes inscrits era de 229.179 nens i nenes, essent el 8'1% d'origen estranger. Aquest increment repercuteix en la qualitat de les intervencions educatives, dons l'atenció a la diversitat cultural i lingüística fa més complexa les dinàmiques a les aules.

Amb tot al barri del Carmel el rendiment acadèmic dels seus alumnes és baix i està per sota de la mitjana barcelonina.

D'entrada dir que només el 1'4% dels joves del Carmel tenen formació universitària, amb un 0'6% dels nois i un 0'8% de les noies. D'un total de 6.338 joves registrats, un 32'8% té com a màxim la primària acabada, un 19'7% tenen el BUP i el COU superats i un 2'1% tenen alguna diplomatura acabada.

⁴ Els *reagrupaments familiars* són un fenomen de recent sorgiment, en el que les famílies que inicialment s'han separat per motius laborals, bèl·lics,... tronen a agrupar-se en el país en el que ha emigrat un dels components de la família (Giménez, 2003:174). Els episodis de separació poden anar d'entre mesos i anys, provocant en el segon dels casos dèficits afectius i emocional en aquells menors que han hagut de prescindir d'alguna de les figures materna o paterna.

⁵ Les *cadenes migratòries* es donen quan en un país concret s'instal·len uns primers nousvinguts que ajuden i animen als seus compatriotes a acudir al mateix lloc i barri. Aquests segons nousvinguts faran un procés semblant amb altres companys i amics i així successivament, creant una cadena migratòria que sovint acaba amb la guetització de l'espai.

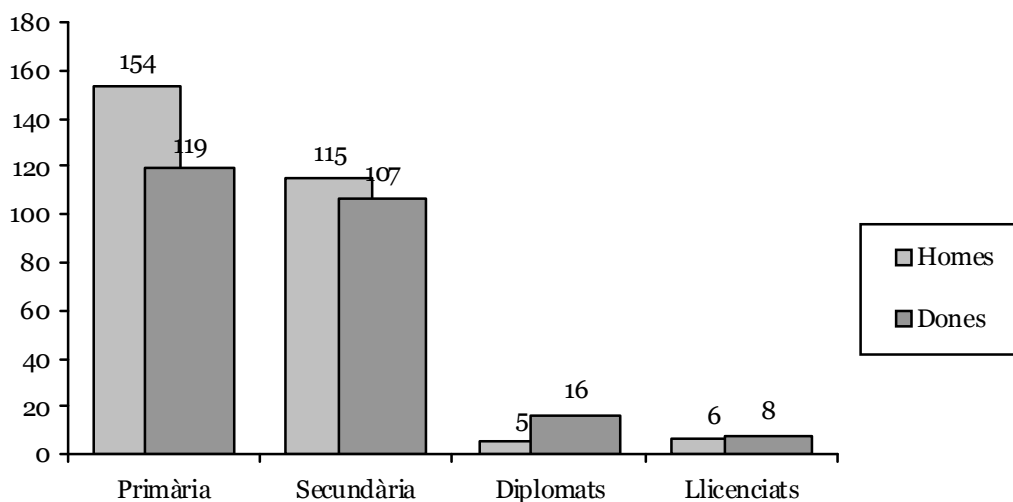


Figura 6.14.-Gràfica, sobre el nivell d'educació dels joves fins als 24 anys del barri del Carmel.

Font: Carmel Amunt, 2001:45.

Tant en la primària com en la secundària el percentatge de la població masculina és més alt que la femenina, però en els estudi superiors, els percentatges s'intercanvien, i són les noies les que continuen estudiant.

Del total de les dades hi ha un 0'5% de la població juvenil que no sap escriure i per tant estan en la línia de l'analfabetisme. En la gent gran del barri trobem un 2'2% d'analfabets totals, i un 61'3% d'avis i àvies que no tenen estudis de cap tipus.

Els percentatges d'ocupació van en el mateix sentit que les dades generals de la resta de Barcelona, i en aquest cas no destaquen per la seva precarietat.

De la població total activa només estan registrades com a tals el 54'1%, en total 38.053 persones, de les quals 13.099 estan ocupades (34'4%) i 3.603 estan buscant feina. La dedicació a les feines de la llar representen la majoria de persones no actives (4.963), juntament amb el grup de pensionistes o jubilats (6.379).

Dins dels ocupats el 58% són assalariats fixes i el 24'2% eventuais. Segueix el col·lectiu d'empresaris sense treballadors (10'2%) i el col·lectiu d'empresaris amb treballadors (3'9%). La resta de persones ocupades es distribueixen en membres de cooperatives i amb persones que es dediquen a ajuts familiars.

En tant a gènere hi ha encara molta desigualtat. Les feines de la llar només les desenvolupen un 0'1% dels homes del barri, de manera que el 99'9% de les dones segueixen el rol tradicional de treballar a casa.

Pel que fa a les edats, hi ha un progressiu envelliment de la població del Carmel, doncs molts dels joves del barri, i seguint la tònica general de molts joves de Barcelona, marxen fora de la ciutat per a trobar habitatges més econòmics, envellint-se d'aquesta manera el barri. Vegem-ne el quadre:

ANY	1991	%	1996	%	EVOLUCIÓ
INFANTS (0-14)	7.030	16'9	4.694	12'3	-2.336
JOVES (15-24)	8.015	19'3	6.819	18	-1.196
ADULTS (25-64)	21.816	52'6	21.035	55'2	-781
ANCIANS (+64)	4.615	11'1	5.505	14'5	890
TOTAL	41.476	100	38.053	100	-3.423

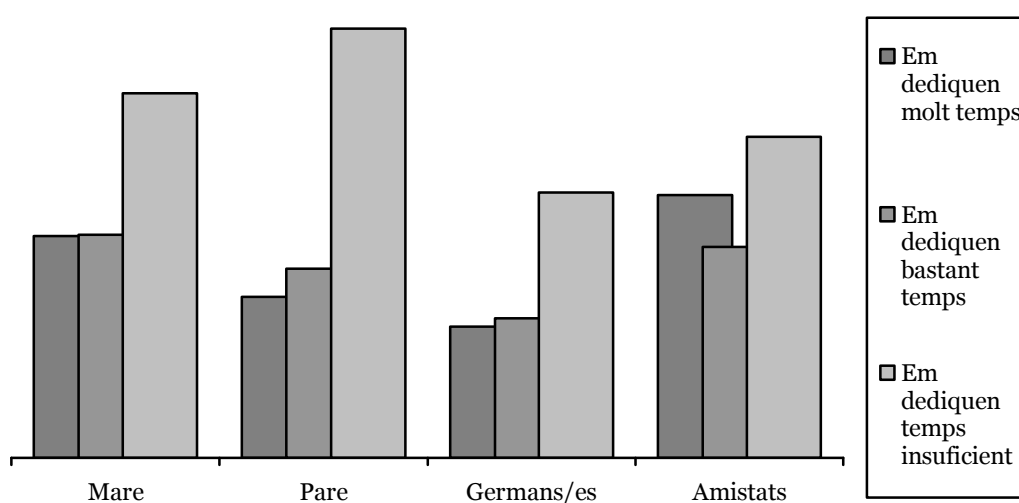
*Figura 6.15.-Quadre sobre l'evolució dels grups d'edat entre 1991 i 1996.
Font: Carmel Amunt, 2001:38.*

Veiem com els percentatges de joves i infants que van marxar del barri entre els anys 1991 i 1996 han estat de més de 2.000 persones en les franges d'edat compreses entre el 0 i 14 anys, i de unes 1.200 persones en la franja de 15 a 24 anys. Tot i que no hi ha dades actualitzades referents a aquest indicador, res fa pensar que la tendència s'hagi invertit, doncs el preu de l'habitatge ha continuat augmentant, i per tant, els joves continuen sense possibilitats d'accedir-hi.

En quan a la tipologia de relacions familiars, un estudi del Programa Interxarxes, revela que el 75% de nois i noies menors d'edat, es mostren descontents amb el tems que els seus pares els dediquen, i només un 20'7% estan conformes amb el temps dedicat.

En referència a la mare, els joves es mostren disconforme amb el temps que reben de elles en un 44%, i només un 27% hi estan satisfets.

Fixem-nos amb la gràfica sobre aquest indicador:



*Figura 6.16.-La percepció dels joves i infants del temps que se'ls hi dedica.
Font: Programa Interxarxes, 2007.*

En un 33'1% dels nois i noies entrevistats consideren que els seus amics i amigues els dediquen més temps que els seus pares i mares, fet que justificaria el fenomen dels “nens de la clau”⁶.

⁶ Els “nens de la clau” són un denominatiu usat en la comunitat educativa que fa referència a aquell conjunt de nens i nenes que tot i la seva poca edat, passen les tardes sols a casa, sense cap referent adult.

ANÀLISI DELS FACTORS DE RISC DEL BARRI

Veurem ara les dades objectivables referents als factors de risc que s'apuntaven en el marc teòric. Per a fer-ho possible he consultat les dades dels Serveis Socials del Carmel: casos atesos, casos resolts, casos detectats i casos derivats i tipologies de problemàtiques, tant dels anys 1999 com del 2005.

Coneixent els factors de risc que té el barri del Carmel entendrem l'entorn en el que viuen els joves i infants, i podrem contextualitzar amb major rigor les observacions fetes en el treball de camp.

La complexitat social del barri del Carmel justifica l'existència d'un conjunt ampli de serveis i equipaments que donen suport i seguiment a les necessitats socials de les persones en situació de risc i alt risc social del barri. Per això primerament he hagut de conèixer de quins serveis es disposa i quines diferències d'estructura i funcions hi ha entre tots aquells serveis que atenen a la petita infància, la infància i la joventut.

En el quadre següent veurem els equips de treball i els serveis que ofereix la xarxa d'atenció social del barri:

	NÚMERO D'EQUIPS	NÚMERO DE PLACES	NÚMERO DE CASOS ATEOS EN EL 2005
EAP ⁷	1		
PRE-TALLERS (15-18 anys)	1	60	
SERVEIS SOCIALS D'INFÀNCIA (0-15 anys)			372
EAlA's ⁸	1		293
CENTRES D'ACOLLIMENT ⁹	2	54	
SERVEIS SOCIALS PER A JOVES (15-25 anys)	1		347
CENTRES DE REEDUCACIÓ (3-18 anys)	2	230	230

*Figura 6.17.-Quadre sobre les serveis d'atenció social en el barri del Carmel.
Font: Departament de Justícia i Direcció General d'Atenció a la Infància i al Menor, Generalitat de Catalunya.*

L'any 2005 els Serveis Socials del Carmel van atendre 3.132 casos, el 24% referents a problemàtiques econòmiques, el 17% referent a problemàtiques de salut i el 12'4% a problemàtiques personals, entenent aquests últims com tots aquells relacionats amb la soledat, els problemes de convivència o el caràcter.

Totes les dades dels quadres següents fan referència a casos registrats empíricament (demandes fetes per usuaris i casos atesos pels Serveis Socials), però no són del tot representatives de la realitat social del Carmel, doncs hi ha casos que no són seguits ni enregistrats perquè la persona o família no fan la

⁷ Un EAP és un equip multidisciplinari compost per un professional de la psicologia, un professional de la pedagogia i una persona diplomada en treball social. Són equips d'assessorament i orientació psicopedagògica que donen suport i serveis educatius al professorat sobre alumnat en dificultats i risc social.

⁸ Els EAIA's són equips d'atenció a la infància i l'adolescència, formats per un equip també multidisciplinari, compost per un professional de la pedagogia, un de la psicologia i un assistent social. Tenen funcions de cura i protecció d'infants d'alt risc social, en fan diagnòstics, plans de millora i seguiment dels menors i de la família.

⁹ Els Centres d'acolliment són serveis residencials d'estada limitada, que s'empren quan els infants han estat separats d'urgència del nucli familiar per perill físic o psicològic. Desenvolupen funcions substitutòries de la família quan aquesta no és capaç de tenir-ne cura.

demanda d'ajut als Serveis Socials, o consideren que no necessiten la intervenció dels professionals.

a.- L'habitatge

Com s'ha dit anteriorment al Carmel hi ha certs casos de barraquisme vertical, i de condicions insalubres en l'habitatge. Un 2'39% de la població viu en pisos sobreocupats, amb 7 i més persones en una sola llar. Per altra banda hi ha 6322 persones que viuen soles, la gran majoria gent gran¹⁰. Les dades del quadre següent reflecteixen altres de les problemàtiques relacionades amb l'habitatge, tot i que no inclouen factors com la impossibilitat de moltes famílies, i especialment parelles joves, a fer front a una hipoteca. El preu de l'habitatge al barri del Carmel també està pujant, per bé que, des de la Crisi del Carmel, hi hagut un lleuger descens dels preus. Tampoc es contemplen les dades referents a la qualitat i les condicions dels habitatges (manca de aigua corrent, humitats i aluminosi). Referent al quadre destaca l'elevat nombre de persones que viuen al carrer o en ocupacions il·legals.

PROBLEMÀTIQUES EN L'HABITATGE (NÚM. DE CASOS)	136
- Viu al carrer	63
- Viu en pensió	8
- Desnonament	17
- Ocupació il·legal	6
- Mal estar o no adaptat	38
- Altres	48

*Figura 6.18.-Quadre sobre les problemàtiques de l'habitatge en el barri del Carmel.
Font: Carmel Amunt, 2004.*

De la totalitat de casos relacionats amb l'habitatge i atesos pels serveis socials, 63 han fet referència als sense-sostre, 17 a casos de desnonament i 6 casos

¹⁰ Segons dades del Departament d'Estadística de l'Ajuntament de Barcelona (Font: Padró Municipal d'habitans, 2004).

d'ocupació il·legal. Insisteixo que aquests són els casos verificables, però n'hi ha molts d'altres que romanen en la clandestinitat.

b.- Recursos econòmics

el barri del Carmel és un barri humil econòmicament parlant, on els percentatges de pobresa augmenten progressivament i el grau de precarietat laboral augmenta. És un barri que es dedica principalment al sector del comerç i dels serveis. Els Servis Socials van atendre 721 casos en respecte a aquestes problemàtiques.

PROBLEMÀTIQUES ECONÒMIQUES (CASOS ATESOS)	721
- Mancança absoluta	135
- Mancança relativa o insuficient	427
- Deutes impagats	149
- Altres problemes econòmics	10

*Figura 6.19.-Quadre sobre els casos atesos per dificultats econòmiques.
Font: Carmel Amunt, 2004.*

Del total de casos gestionats des dels Serveis Socials, hi hagut 135 famílies amb altes dificultats econòmiques per no percebre cap tipus d'ingrés. En aquests casos es concedeix, i de manera provisional, una PIRMI¹¹, fins que algun membre del nucli familiar ingressa en el món laboral. Unes 427 famílies han sol·licitat algun tipus d'ajut econòmic per ingressos insuficients i 149 famílies ho han fet per arrenjar deutes impagats sobretot referents a lloguers i matricules escolars.

¹¹ El PIRMI (Programa interdepartamental de la Renta Mínima de Inserció) és un ajut econòmic compensatori que s'atorga conjuntament amb un pla de intervenció perquè la persona receptora es compromet a formar-se, buscar feina,...en un període de temps determinat.

La manca de formació de la població adulta i de la gent gran dificulten la qualificació laboral, i com a conseqüència la formació i motivació per a l'estudi dels progenitors. Vegem-ne la gràfica:

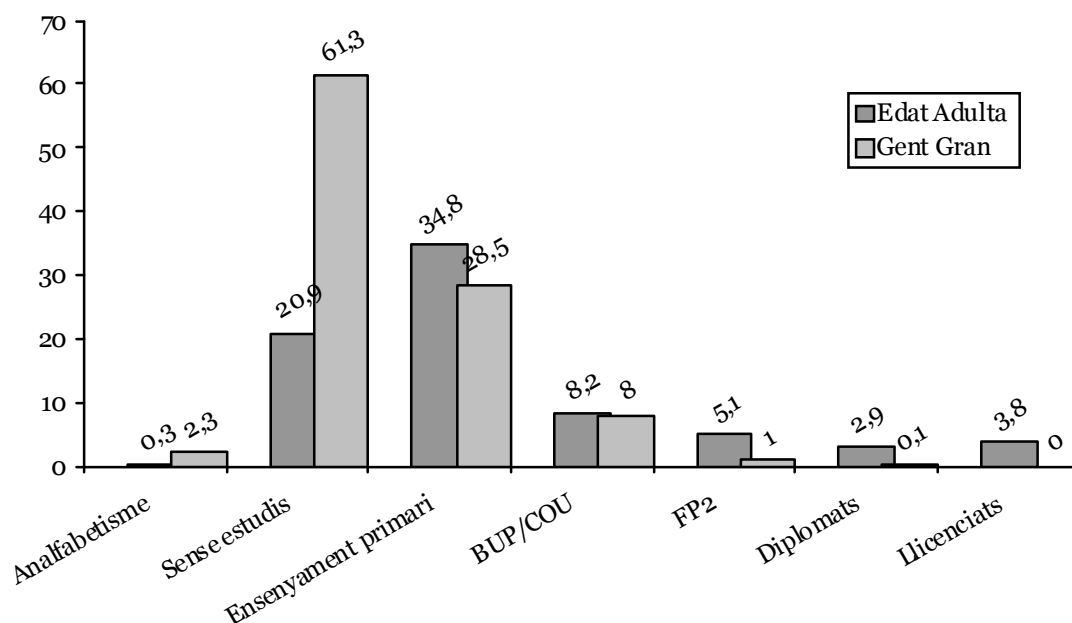


Figura 6.20.-Gràfica sobre el nivell instructiu de la població adulta i gent gran del barri del Carmel.

Font: Carmel Amunt, 2004.

Les persones d'edat adulta del barri tenen en un 34'8% dels casos estudis primaris, un 8'2% estudis fins a COU i un 6'7% formació universitària. Un 0'3% del total són analfabets i un 20'9% no tenen cap tipus de formació acadèmica.

Respecte a la gent gran un 61'3% no tenen cap tipus de formació escolar i un 2'3% són analfabets totals. D'aquesta mateixa franja d'edat no hi ha enregistrada cap persona que tingui formació universitària, i segons la estadística la majoria d'ells tenen estudis primaris.

Aquesta manca de formació repercuteix directament en la baixa qualificació i la precarietat en els llocs de feina. En aquest sentit els Serveis Socials van atendre a 269 famílies amb problemàtiques relacionades amb el món laboral, 64 casos

dels quals estan directament relacionats amb la manca de qualificació. Vegem-ne el quadre:

PROBLEMÀTIQUES LABORALS (CASOS ATEOS)	269
- Manca qualificació i formació	64
- No té feina o està aturat	150
- Problemes d'adaptació i manteniment de la feina	9
- Altres	46

*Figura 6.21.-Quadre sobre els casos atesos relacionats amb el món laboral.
Font: Carmel Amunt, 2004.*

De la mateixa manera van atendre a 150 persones amb problemes per estar a l'atur o sense feina, fet que repercuteix directament en les oportunitats que aquestes famílies puguin donar als seus infants. La taxa d'atur en el barri en el any 1995 se situa en el 9'5% del total de la població activa.

c.- Salut física i mental

En el districte d'Horta-Guinardó hi ha set ABS (Àrees Bàsiques de Salut), i en barri del Carmel n'hi ha una. Les dades que ens ofereixen mostren que, tant en homes com en dones, hi ha una lleugera disminució de la mortalitat general, essent el càncer i la Sida les causes principals de mort en els homes, i el càncer de mama i les malalties cerebrovasculars en les dones.

En referència a la salut mental, en el districte d'Horta-Guinadró van ser atesos 4217 persones, un 18% dels quals és resident al Carmel. I d'aquests casos atesos destaquen el 22'9% de usuaris d'entre 18 i 30 anys, xifra que supera les atencions de les persones de més de 65 anys.

Un últim factor de risc que afecte especialment a la població nouvinguda té relació amb les gestions que s'han de fer per a tramitar permisos de residència, permisos de treball i altres aspectes legals i jurídics. Així en el quadre següent veurem quines problemàtiques relacionades amb aquests aspectes han estat ateses.

PROBLEMÀTIQUES JURÍDIQUES-LEGALS (NÚMERO DE CASOS)	102
- Problemes llegats i herència	2
- Separacions i divorcis	23
- Cura i custòdia dels infants	7
- Incapacitat legal	5
- Desconeixement de tramitació de recursos	17
- Conflicte laboral	2
- Manca de permís de treball o residència	3
- Conflictes arrendadors-arrendataris	9
- Desnonament	1
- Conflictes comunitat-propietaris	5
- Altres	28

*Figura 6.24.- Quadre sobre les problemàtiques relacionades amb aspectes jurídics i legals.
Font: Carmel Amunt, 2004.*

En el cas de les problemàtiques jurídico-legals, destaquen totes aquelles que tenen relació amb la tramitació de papers i permisos de treball i residència (16'7%), així com totes les problemàtiques derivades de les separacions i els divorcis (22'5%).

Cal tenir en compte, en aquest cas, que moltes persones nouvingudes i amb problemàtiques relacionades amb aquests indicadors no acudeixen a l'ajut social i és a partir de les xarxes de relacions o dels ajuts que ofereixen les cadenes migratòries, que resolen la problemàtica.

e.- L'escolarització

El fracàs escolar i els problemes derivats del retard escolar, són les problemàtiques més habituals (39'5%), sobretot, en part, pel nombre de alumnes nouvinguts que tenen dificultats per seguir el ritme normalitzat de classe i la comprensió de la llengua.

El nivell d'absentisme és alt (13%), si tenim en compte que el nivell de formació i instrucció dels joves del Carmel és dels més baixos de la ciutat.

PROBLEMÀTIQUES D'ESCOLARITZACIÓ (CASOS ATESOS)	210
- Manca d'escolarització obligatòria	19
- Manca d'altres recursos formatius	17
- Absentisme	29
- Altres (fracàs escolar, retard no atès,...)	83
- Poca integració per disminució física	3
- Inadaptació cultural de les minories ètniques	5
- Altres	54

*Figura 6.25.- Quadre sobre les problemàtiques relacionades amb l'escolarització,
Font: Carmel Amunt, 2004.*

En aquest quadre queda reflectida aquella població, que estan inscrits en un centre educatiu però no hi van, i no queda reflectida tota aquella població que tot i està en edat escolar no està matriculada en cap centre.

Hi ha dificultats en que els infants assumeixin hàbits d'estudi, segurament per la desatenció dels progenitors a educar-los en l'hàbit de la responsabilitat en l'estudi i l'escola (VVAA, 2005).

I finalment hi ha un conjunt de factors de risc social que tenen a veure sobretot amb els trets caracterials i personals

f.- Factors personals

Es valoren com aquells indicadors relacionats amb les problemàtiques de relació en el nucli familiar i de parella. S'han atès un total de 201 casos d'aquest tipus i 17 casos de soledat sobretot de persones d'avançada edat.

PROBLEMÀTIQUES EN L'ÀMBIT PERSONAL (CASOS ATEOS)	364
- Problemes de relació individual	106
- Soledat	17
- Problemes greus de relació de parella	43
- Problemes de relació en el nucli familiar	158
- Caràcter	10
- Altres	30

*Figura 6.26.- Quadre sobre les problemàtiques personals ateses en els centres de Serveis Socials.
Font: Carmel Amunt, 2004.*

g.- Altres indicadors del barri

El Barri del Carmel disposa de d'una infraestructura escolar pública deficient, sobretot en la secundària i les escoles bressol. Hi ha un sol institut públic per a tot el barri amb 350 alumnes inscrits, i dues escoles bressol amb 61 places cadascuna d'elles. La resta de places que el barri genera com a necessitat s'han de compensar amb escolaritzacions privades; en aquest cas hi ha tres centres privats en els que s'imparteix l'ESO i quatre escoles bressol.

La franja escolar més ben atesa és la primària. En el barri es disposa de tres CEIP's de titularitat pública i tres escoles de titularitat privada.

Hi ha a la vegada cinc equipaments educatius i culturals de titularitat municipal, tot i que tres d'ells tenen privatitzada la gestió.

En síntesi, hem fet un repàs del perfil del barri, primerament de la seva història, després de la seva situació física i finalment dels factors socials i estructurals que el defineixen, posant especial atenció a aquells indicadors que tenen relació amb els factors de risc.

Hem analitzat els casos atesos pels Serveis Socials i altres equipaments d'ajut social, i les tipologies de problemàtica que presenta el barri (analfabetisme, aspectes laborals, salut mental,...), per conèixer millor l'entorn en el que s'ha dut a terme el treball de camp i l'entorn que freqüenten els menors que hem escollit com a mostra d'estudi.

Aquests i d'altres indicadors i baròmetres justifiquen l'existència d'una xarxa d'equipaments i serveis socials que pretenen atendre les necessitats socials de les persones que resideixen en l'entorn immediat, i els límits i dificultats dels infants i joves que es troben en situació de vulnerabilitat i exclusió social.

Un d'aquests equipaments és el Centre de Reeducació del Carmel, un centre especialitzat en atenció individualitzada per a menors amb dificultats especials, que treballa a través de diferents Unitats de Programació tres eixos d'intervenció; un de caire comunitari, un de caire grupal i un de caire personal.

6.2.-

PROJECTE DEL CENTRE DE REEDUCACIÓ DEL CARMEL (CRC)

INTRODUCCIÓ

En aquest apartat, i després d'haver fet la radiografia física i social del barri, coneixerem i analitzarem la legitimació del projecte del Centre de reeducació del Carmel. Exposarem informació que no haguem explicat en el punt 2.2 (Centres de Resocialització Terciària), i per tant, dades més concretes del CRC: els orígens del projecte i la legitimació de la seva existència.

Un cop haguem conegut les particularitats del projecte, la població usuària que en fa ús i les necessitats que el CRC els-hi atén, escollirem la mostra d'estudi. Aquesta elecció anirà acompanyada amb una descripció de cada cas, els antecedents familiars i personals, les mancances socials, les característiques caracterials, econòmiques i emocionals.

S'escull una mostra de deu infants i joves amb problemàtiques d'exclusió diverses, intentant que siguin prou representatius per a poder-ne extrapolar els resultats.

PROJECTE DEL CENTRE

El CRC està situat al centre del Carmel, té una capacitat de 90 places distribuïdes en quatre grups d'edat de 3 a 16 anys, que assisteixen dos cops a la setmana. Hi treballa un equip multidisciplinar de professionals de l'educació social, la psicologia i la pedagogia.

És un equipament municipal de gestió privada, i per tant, hi ha un concurs públic cada dos anys, amb pròrrogues d'un any, en els que es determinen les condicions sota les quals cal treballar, els objectius, la metodologia, i el plec de condicions de la gestió.

El projecte de CRC neix en el curs escolar 87-88 de la de fusió de dos equipaments municipals; per un cantó del Casal Infantil Taxonera i per un altre del Centre Obert Carmel. El primer amb una funció marcadament preventiva i educativa i l'altre amb funcions de contenció i correcció de conductes marginals per a tots aquells infants i joves en situació d'exclusió.

Amb el creixent moviment dels fluxos migratoris, el CRC, que fins al moment havia atès bàsicament població amb problemàtiques de consum de substàncies addictives, veu la necessitat de canviar els seus objectius i metodologies de treball per poder donar resposta a les noves necessitats socials.

Els nous joves i infants en situació d'exclusió eren ara tots aquells que per la seva condició de nouvinguts vivien en condicions de desigualtat econòmica i acadèmica. Calia oferir assessorament i orientació psicopedagògica a les noves famílies, que per la seva condició de "immigrant sense papers" se les considerava famílies en situació de vulnerabilitat. A partir de mitjans dels anys '90, l'Administració regula cada cop més els buits legals que hi ha en termes de regularització de nouvinguts i es comença a facilitar informació i formació per a la regularització i "legalització" de les condicions de vida dels nouvinguts, sobretot en termes laborals.

Les famílies nouvingudes no només havien de fer front a les desigualtats laborals, sinó que també presentaven problemàtiques d'integració en els aspectes funcionals i estructurals del nostre sistema, i sobretot dificultats en el seguiment i ajut de l'escolarització de les seves filles i fills.

La fisonomia del barri en pocs anys ha canviat i les problemàtiques que inicialment tenien a veure amb la barraquització i el consum de drogues, ara

s'han substituït per problemàtiques relacionades amb la integració dels nouvinguts, el fracàs escolar, la precarització econòmica i laboral, i la guetització d'alguns espais del barri.

Per a tots aquests motius, i per la descripció dels indicadors de risc que anteriorment he exposat, el CRC neix amb la voluntat d'intervenir en la franja de població més vulnerable, els infants i els joves, per possibilitar-los un espai educatiu en el que es fomenti la igualtat d'oportunitats i la democratització de la seva formació. Esdevé un equipament educatiu en el que es treballen bàsicament aspectes formatius, aspectes preventius i reeducacions.

Amb tot, els objectius teòrics que es planteja el CRC són:

- 1.- Oferir al menor un punt de trobada i interacció amb els seus iguals, per intercanviar i conèixer les seves pròpies experiències vitals. Potenciar en definitiva el capital social.
- 2.- Intervenir, en la mesura del que sigui possible, en el procés maduratiu del infant, oferint-li les eines i instruments necessaris per articular-se socialment.
- 3.- Potenciar, a través de les activitats esportives, les activitats culturals i les activitats de dinamització comunitària, espais de reflexió, de diàleg, de intercanvi de opinions i respecte a la diversitat, la multiculturalitat** i la interculturalitat**.
- 4.- Que el nen i la nena descobreixin la pròpia cultura i la pròpia identitat, sense caure en l'exclusió o l'aïllament del seu grup d'iguals, per això necessitarà un temps de viure i interioritzar experiències.
- 5.- Aplicar mesures compensatòries en els casos que les desigualtats i els desequilibris provoquin manca d'oportunitats i drets.
- 6.- Ensenyar-los com a ciutadans els seus drets i deures.

Hem explicat en el apartat 2.2, que per a l'acompliment d'aquest llistat d'objectius s'empra una metodologia de treball fonamentada en tres eixos

d'intervenció socioeducativa: Funcionament Quotidià, Atenció individualitzada i Dinamització Comunitària.

6.3.- MOSTRA

En termes generals, els menors que assisteixen al CRC i que són població derivada al programa d'AI, són infants i joves amb uns itineraris educatius, acadèmics, afectius i familiars determinats per la desigualtat i la marginació.

Són població amb escales morals i de valor diferents a les de la majoria, en els que les baralles i la violència, per exemple, són vistes com un recorregut necessari per assolir certs posicionaments i jerarquies socials (Dunning, 1992:311), o a on la indisciplina i les males paraules són indicadors de “caràcter fort” (Willis, 1998; Comas, 2003). D'altres presenten problemàtiques relacionades amb la integració, doncs per la condició de nous tenen límits per a certs aprenentatges que requereixen un domini mínim de la llengua o de les eines de desenvolupament quotidià.

A l'hora de seleccionar la mostra per a la investigació s'han tingut en compte els criteris de mostreig no aleatori, és a dir la selecció de casos individuals (Heinemann, 2003:206):

- a.-característiques personals del menor (emocionalitat, actituds, capacitats, resiliència, rendiment escolar, adaptació i motivació),
- b.- els antecedents i historial familiar,
- c.-socialització del menor i
- d.-economia familiar.

Obviaré la descripció del seu entorn en el barri, entenent que tota la mostra pertany a una mateixa realitat social, ja definida anteriorment.

Cas 1.- SÍNDROME DE PRADER WILLI. David***a.-Característiques del menor***

En D. té 8 anys, va néixer amb una hipotonia muscular severa produïda per una interrupció de l'arc reflex espinal degut possiblement a un xoc neural. Aquesta anomalia es manifestava en una mobilitat nul·la, tant en els reflexos de succió, el reflex miotàtic**, el del plor, i el del tancament de la mà. La hipotonia no li permetia moure cap de les extremitats, ni tant sols quan se li tocaven les plantes dels peus o els palmells de les mans (reflex de flexió).

El Síndrome de Prader Willi (SPW), és un defecte genètic de naixement (hi ha una irregularitat en el cromosoma 15), caracteritzat per la hipotonia muscular, gana insaciable, obesitat, desenvolupament sexual incomplet, criptorquidia**, cert retard mental, petita estatura i problemes de conducta. Afecte igualment a nens i nenes i es dona un cas de cada 10 o 15 mil naixements. El seu nom es deu als metges que el van descriure per primera vegada a l'any 1956, Dr. A. Prader i H. Willi. No té cura. Es caracteritza també per problemes de dicció, estrabisme, trastorns respiratoris o apnea durant el son, escoliosi i una gran obsessió per al menjar.

L'aspecte d'en D. és aparentment normal, tot i que té el crani i els dits de les mans en forma cònica, un frontal pronunciat i una boca petita amb les incisives centrals i laterals i les canines. La seva mobilitat és autònoma però lenta, poc coordinada i amb pocs reflexes, fet que el fa caure sovint.

Actualment i com a conseqüència del síndrome, té problemes d'obesitat (diagnosticat des dels dos anys), diabetis i cert grau d'idiòcia per una baixa activitat cognitiva**. La problemàtica és de caire cognitiva, tot i que com a

resultat del síndrome i de la poca estimulació rebuda els primers mesos de vida, ara se'n detecten problemàtiques de relació i interacció social.

b.-Historial familiar

Tant el pare com la mare el van rebutjar tant bon punt van veure que no era un nadó “normal”, i la germana gran de la mare se'n va fer el càrrec fins a l'actualitat.

El sentiment d'indefensió i culpabilitat que tenen la família biològica no els deixa assumir la situació d'en D., i tampoc accepten ajut terapèutic o psicològic. Utilitzen *l'evitació* com a mecanisme psicològic de defensa, i *l'aïllament* social en els episodis de depressió que ha patit la mare en diverses ocasions.

La figura de la tieta (germana gran de la mare) i el seu nucli familiar –dos fills i una filla majors d'edat, i el marit-, se'n fan càrrec i responsables de la seva cura i educació, tot i que no tenen la custòdia legal del nen.

c.-Socialització

El considerem un noi en risc d'exclusió social per dues causes fonamentals: abandonament i negligència per part de la família biològica, i límits en la salut física i mental.

Té poca autonomia en la resolució de tasques, i una gran dependència amb la seva família “adoptiva”, i la figura de l'adult. Coneix i entén certes normes i símbols socials, però no els té integrats en el seu *habitus*, de manera que se li dificulta la seva relació amb els iguals. No és capaç de realitzar abstraccions o comprendre idees no tangibles.

En la socialització secundària, en D. és capaç d'interactuar amb els altres (Puig, 1996:163), tant amb els adults com amb els iguals, però aquesta interacció és

d'un nivell molt elemental, a través de frases curtes i poc intel·ligibles, somriures, mirades focalitzades, plors o enrabiades. Tot i la seva capacitat d'interactuar, desconeix les habilitats socials pròpies per articular-se en el entorn: presentar-se, fer i rebre compliments, demanar ajut, demanar perdó, iniciar i mantenir converses,...

Desconeix les habilitats de negociació, d'assertivitat o de compartir. El seu capital social doncs és pobre tant en quantitat com en qualitat, doncs les poques relacions personals que estableix en la seva xarxa social sempre es generen a partir d'un interès personal.

El seu nivell de desenvolupament moral va en consonància amb la capacitat cognitiva i el seu capital social: no ha definit, de moment, les *guies de valor moral* que orienten les accions sòcio-culturals.

Emocionalment és inestable i presenta un gran optimisme i alegria quan les activitats el motiven i fortes rabietes i episodis de tossudesa quan no el motiven.

Presenta compulsió amb el menjar, i reiteradament intenta prendre el menjar a les persones que veu menjar al seu entorn. Hi ha hagut episodis puntuals de *bullying*** i rebuig sever per part dels seus companys.

d.-Economia

L'atenció especialitzada i l'estimulació específica que ha de fer en D. suposa una despesa econòmica addicional elevada que ressenteix l'economia general de la família. Com que tant la tieta com el tiet treballen no reben cap ajut econòmic per a fer front a la malaltia d'en David., doncs sobrepassen els barems mínims econòmics.

Cas 2.- MALTRACTAMENT INFANTIL. Sheila***a.-Característiques de la menor***

La Sheila és una noia de 15 anys, que ha estat víctima de maltractaments emocionals i per negligència, entenent el *maltractament emocional* com aquell conjunt de manifestacions cròniques, persistents i destructives que distorcionen el desenvolupament normalitzat (Jiménez, 1995:234), i el *maltractament per negligència* com aquella situació en que el menor es veu privat de manera permanent de satisfer les necessitats vitals i bàsiques per sobreviure (alimentació, higiene, son i cures mèdiques).

El maltracta emocional és difícil de detectar, doncs les seves repercussions es donen a llarg termini, i no són visibles immediatament; el que sí que es pot detectar són els continuats insults, humiliacions, privacions de llibertat i amenaces d'abandonament que la mare fa als seus fills i filles en públic. En aquest cas s'han donat situacions d'aïllament i reclusió dins de casa.

Es creu que els maltractes per negligència han anat acompanyats també de maltractament físics, però no hi ha proves d'aquest fet, tot i que els fills ho han verbalitzat algunes vegades. El maltracta per negligència, inclou en aquest cas, una incorrecte alimentació amb la conseqüent malnutrició i reduïda estatura (enanisme psicosocial**) i pes dels quatre fills més petits; una higiene deficitària, vestint sempre amb roba bruta i estripada i que no correspon a l'època de l'any –portar xancletes de platja al mes de desembre-, i amb un aspecte personal brut –no tenen dutxa a casa-.

Les possibles causes del maltracta, en aquest cas, venen provocats pels trastorns mentals de la mare per un cantó, i per l'estrès social, aïllament i condicions econòmiques de la família per un altre. Estaríem treballant dins

d'un model multifactorial, en el que el cúmul de tots els factors actuen i es retroalimenten interactivament.

b.-Historial familiar

El maltracta s'ha detectat dins de l'àmbit familiar i per part de la mare. Es tracte d'una família monoparental amb 5 germans de dos pares diferents, amb problemàtiques econòmiques complexes. La família cobra una PIRMI perquè la mare té la invalidesa total per ceguesa d'un ull i problemes amb l'alcohol.

La mare té un desequilibri emocional constant que l'ha dut a dos episodis d'intent de suïcidi, un dels quals el va protagonitzar davant dels seus fills. Té una molt baixa resistència a la frustració i a les situacions d'estrès, i una pobra xarxa de recursos socials i personals.

La mare és negligent també amb el control de les vacunes o revisions mèdiques dels fills i filles, i en els horaris i rituals d'aquests, doncs és habitual veure'ls a tots en el bar al vespre.

En el moment de redacció d'aquest capítol hem sabut des del CRC que la mare torna a estar embarassada.

c.-Socialització

En l'àrea escolar, són reiterades les absències. La Sheila no té l'hàbit dels deures ni del treball a casa, i la família no sol·licita ni beques ni ajuts per a material o menjador. Acadèmicament el seu rendiment escolar és alt tot i les poques hores que dedica a fer deures.

Les conseqüències del maltracta en el cas de la Shelia es van veure sobretot en la primera infància, on va tenir dificultats per assolir els graus d'autonomia propis de la seva edat, no controlava les seves emocions, no va desenvolupar el

llenguatge prelingüístic i va tenir complicacions en la iniciativa, la integració i la comprensió de les xarxes socials.

En la segona infància presenta una autoestima baixa i conductes internalitzants (aïllament, ansietat, conductes autodestructives i depressió). Té pors generalitzades i se sent responsable dels seus germans petits.

La problemàtica que dur a la S. a ser una noia en situació de risc és un cop més multifactorial: hi ha uns factors de risc social de caire familiar, uns factors de risc social de caire personals.

Malgrat tot quan està motivada és una noia activa i participativa, que interactua amb els seus iguals, i fa esforços per millorar la seva xarxa social, a través d'habilitats de negociació i expressió. Durant la practica esportiva intentà dur a terme el seu "pla social", i adopta un rol de liderat natural i estil cognitiu positiu.

d.- Economia

L'economia familiar és precària. La mare treballa a l'ONCE però passa moltes temporades de baixa per depressió i problemes amb l'alcohol. Rep ajuts dels Serveis Socials i beques de menjador per als fills i filles. No rep pensions de cap dels dos pares amb els que ha tingut descendència.

La baixa economia familiar queda reflectida en la indumentària i el material escolar que tenen els seus fills i filles.

Cas 3.- IMMADURESA DEL JO. Josué***a.-Característiques del menor***

En J. és un nen de 7 anys que presenta immaduresa del Jo i desenvolupament emocional pobre.

Té capacitat motriu correcte per agafar un llapis, però incapacitat expressiva per dibuixar, retallar o cantar. Les frases que pronuncia les construeix com un munt de paraules inconnexes entre elles i sense sentit semàntic (afàsia de Wernike**). La falta d'expressió –tant plàstica, com corporal, com verbal- és el reflex d'una indeterminació del concepte d'identificació (del Jo).

Aquesta manca de formació del propi Jo, duu implícita una immaduresa emocional, i la incapacitat per a estructurar el discurs oral representa una incapacitat d'estructurar el pensament (Vigotski, 2001).

La seva immaduresa afecte fins i tot el joc espontani, doncs en J. no és capaç de organitzar ni planificar l'espai de joc, ni decideix sobre quins objectes utilitzarà per a jugar. Aquest límit per a l'estructuració del joc repercuteix en la creació de connexions encefàliques i d'instruments i estratègies socials, perquè no participa de la interacció social que suposa jugar amb els iguals.

El diagnosi inicial ens fa creure que es tracta d'un cas d'alexítimia**.

b.-Historial familiar

La família d'en J., especialment la figura materna, exerceix un paper de sobreprotecció cap el nen, eclipsant el seu desenvolupament integral. Aquesta sobreprotecció afecta sobretot les dimensions socials, retardant l'escolarització, el contacte amb els iguals i l'estimulació a través d'altres persones diferents a ella mateixa, fins als tres anys.

La formació, disposició i connexions de l'encèfal en desenvolupament està influenciada per factors interns (els gens propis de l'espècie), i per factors extrínsecs com la nutrició o les experiències i estímuls socials. La sobreprotecció evita experimentar situacions que contribueixen eficaçment a la creació de circuits encefàlics complexos (Rosenzweig *et all.*, 1995:128).

La figura materna evita, en tots els casos possibles, els sentiments de frustració o angoixa del nen eliminant totes les dificultats que en J. pugui tenir, siguin del caire que siguin (baixar escales massa llargues, portar la cartera, desembolicar els entrepans, cordar-se els botons,...). Intervé de manera ràpida davant de la mínima dificultat del nen, o enfront de qualsevol iniciativa que aquest prengui. No utilitza mai el càstig o l'amonestació¹² i sempre parla infantilitzant les paraules i utilitzant diminutius. La família en termes generals, reforça les conductes infantils i immadures d'en J., aplaudint-li i rient-li els infantilismes que ja no corresponen a la seva edat.

Socialment els fills de les famílies sobreprotectores representen un *status simbòlic*, caracteritzat per una imatge impecable, un entorn material generós, i una correcció en les formes, que representen el conjunt familiar. El fill no val per sí sol, sinó com a part integrant d'un grup (la família).

Es considera que un "amor familiar excessiu", pot ser asfixiant per als menors. "*La semilla de la patología puede anidar en el amor excesivo*" (Nardone, 2003:60).

c.-Socialització

La sobreprotecció impedeix a en J. créixer i construir-se com a ésser social íntegre. Té una baixa resistència a la frustració i reacciona amb certa agressivitat si els seus desitjos o necessitats no es compleixen. Davant les dificultats es rendeix amb facilitat i té molt poc esperit de superació. Utilitza

¹² En una ocasió en J. va defecar al mig de la cuina i la mare no va ser capaç d'amonestar-lo, ni posar-li límits. Aquesta situació ens l'explica uns mesos després d'inscriure el nen i de que li féssim el diagnòstic com a cas d'AI.

l'evitació i la fugida com a mecanismes d'autodefensa en entorns socials com el joc. Té una baixa autoestima, és molt dependent de les opinions i criteris dels altres, i se sent incapaç i insegur amb la majoria d'activitats que es fan al centre. Sovint busca l'aprovació d'allò que fa i de les decisions que pren, tot i que després no sempre assumeix les responsabilitats que a aquestes decisions li corresponen.

Es considera un cas d'AI en risc per la seva immaduresa emocional, pel fet de no tenir una personalitat definida, entesa aquesta, com el conjunt d'actituds, valors, normes i relacions que donen la individualitat de cadascú. Aquesta indeterminació del Jo, el deixa desprotegit cognitivament a l'hora de prendre decisions, pensar-les, reflexionar-les i ser-ne responsable.

Té greus problemes amb els límits, i es troba confús en la seva cerca de l'equilibri entre allò que vol, allò que fa i allò que pensa. Aquest desequilibri li provoca situacions d'angoixa i desorientació emocional, que resol refugiant-se en un autoaïllament personal.

Dins del grup de iguals té el rol del "ignorant", doncs tampoc s'esforça per a interactuar amb els altres o participar dels jocs que altres han organitzat.

d.-Economia

La família d'en J., és una família de classe mitja treballadora que no presenta dificultats econòmiques. El seu poder adquisitiu els permet donar al nen tots els capricis que vol, descuidant així, altre vegada el treball de la frustració que tot infant ha d'experimentar per a la maduració.

Cas 4.- POBRE INTEGRACIÓ CULTURAL. Nordin***a.-Característiques del menor***

En N. és un jove de 15 anys de procedència marroquina. Té un comportament agressiu, poca resistència a la frustració i poques habilitats socials. Li costa molt respectar les normes i els límits i normalment interacciona amb els altres només a través de les molèsties i les baralles.

La violència l'exerceix tant amb els iguals com amb la seva mare i germà petit. Reacciona agressivament davant les situacions frustrants o que li generen inseguretat, donant cops a persones i objectes. Té una baixa autoestima.

Amb la seva conducta boicoteja totes les activitats que es desenvolupen en el CRC, amb constants intervencions que estan fora de context i amb reiterades crides d'atenció.

b.-Historial familiar

Família monoparental amb episodis de violència domèstica en el país d'origen. La mare va arribar amb en N. i el seu germà petit a Barcelona ara fa set anys.

La seva mare és un persona amb poques estratègies i recursos personals, analfabeta, i desorientada i desorganitzada en el funcionament diari, els horaris i rituals dels seus fills. És una dona amb poc autocontrol de la seva conducta quan se sent desbordada per les situacions. Treballa en una empresa de neteja, sense contracte ni seguretat social.

La comunicació entre mare i fills es fa sempre a través de crits, insults i faltes de respecte, fins i tot en públic. Es fan retrets un a l'altre de la situació de precarietat econòmica en la que estan, i del poc suport i recolzament que es donen.

La inconsistència de la mare per a erradicar el comportament agressiu d'en N. és un factor potenciador d'aquestes conductes, doncs no castiga ni premia els actes que fa.

Es considera que en N., la seva mare i el seu germà petit són un cas de família biresidencial**, derivat de les cadenes migratòries del barri**.

c.-Socialització

Considerem que en N. ha assolit alts graus de comportament agressiu, no només per les conseqüències d'una educació en valors poc definida, sinó també pel referent educatiu que té en la figura paterna. El pare és una persona agressiva que ha ocasionat diversos episodis de violència tant al carrer, com a la feina, com a casa, i en N. ha interioritzat aquestes conductes de manera natural i legítima en els seus entorns: l'escola, el CRC i les relacions amb les persones del carrer.

Considerem que és un cas d'exclusió, no només pel problema de l'agressió** en sí, sinó també per les conseqüències de rebuig social que aquestes agressions generen en la xarxa de relacions amb els seus iguals. L'agressivitat que manifesta supleix tot esforç per a negociar o comunicar-se assertivament amb els altres, i per tant, té un *dèficit en les habilitats socials* i en l'aprenentatge de les normes d'interacció.

El problema s'agreuja, perquè no només té dèficit en les habilitats, sinó que també té *dèficit en l'execució* d'aquelles habilitats que sí que coneix. Aquesta manca d'execució de les habilitats socials li ha vingut donada per les dificultats en les contingències de reforçament i/o control de l'estímul.

L'ansietat i la impulsivitat són respostes d'activació emocional, que impedeixen l'adquisició i l'execució de les habilitats socials, i que en el cas d'en N. han interferit en el seu procés d'aprenentatge. La por i l'ansietat produïdes per una baixa autoestima li dificulten la conducta social *d'apropament*, i ha propiciat *l'evitació* de situacions de relació i *l'aïllament social*. Aquesta *evitació* i *aïllament* li redueixen la sensació d'ansietat, però a la vegada el distancien de l'espai i oportunitats d'aprenentatge i comprensió de les habilitats socials.

d.-Economia. Greus dificultats econòmiques per la inestabilitat i precarietat laboral de la mare.

Cas 5.- PSICOSI INFANTIL. Cristian

a.-Característiques del menor

En C. és un nen de 12 anys en situació de risc per problemàtica cognitiva i familiar. És el cas més problemàtic que tenim. Al llarg dels anys se li han diagnosticat diferents trastorns, en funció del psicòleg o psiquiatra que l'ha tractat. Tots coincideixen a dir però que pateix trastorns psicopatològics donats per diferents alteracions conductuals. Actualment encara no té un diagnòstic definit clar¹³.

Alguns psiquiatres li han diagnosticat trastorns d'ansietat*, trastorns neuròtics** (obsessions-compulsions** i fòbies**), d'altres li han dit que patia trastorns psicòtics** (esquizofrènia**) i d'altres trastorn d'ansietat de separació.

Als 0-1 anys no va tenir la possibilitat d'establir una relació vinculant amb cap adult i com a conseqüència als dos anys encara no feia *exploracions* ni *experimentava* en el món de l'objecte. Als tres anys no tenia desenvolupats certs graus d'autonomia, ni la capacitat d'autocontrolar-se tant física com emocionalment. No havia desenvolupat el concepte de Jo (principi d'identitat) ni de gènere, i per tant, als quatre anys encara no era capaç d'establir contactes afectius i empàtics amb els iguals.

Als sis anys tampoc tenia una comprensió social (justícia, normes, equitat, interacció social), ni sentiments de pertinença a cap grup social. Als dotze anys té problemes d'integració de les parts del seu cos (consciència d'ésser integral) i no sap on comença i acaba ell i on comença i acaba l'objecte extern i l'entorn¹⁴.

¹³ Els menors no s'interpreten a sí mateixos i per tant, els diagnòstics els fan els adults basant-se en factors i criteris que defineixen la majoria "normal". Hi ha nivells de funcionament específics per a cada grup d'edat (funcionament emocional, cognitiu, social i fisiològic).

¹⁴ Aquesta incapacitat de percebre el propi esquema corporal li va provocar que un dia, per exemple, després d'haver rebut un cop de pilota al nas, es pensava que l'havia perdut i preguntava reiteradament si encara tenia nas. En altres ocasions s'ha arribat a espantar quan ha

A l'estiu dels catorze anys, en un episodi d'ansietat, es va clavar a si mateix un ganivet al braç esquerra.

En C. presenta *excessos conductuals* en certs actes i dèficits conductuals en d'altres, en definitiva manifesta actituds i característiques desviades clarament d'aquests nivells de funcionament establerts.

No només presenta problemàtica en el nivells de funcionament i desenvolupament regulars per a la seva edat, sinó que també té moltes dificultats en els patrons d'afrontament de les tasques evolutives pertinents a la seva edat cronològica (regulació de les funcions biològiques, vincles, auto-control, autonomia i assimilació de les normes socials).

Durant els estats d'ansietat es preocupa exageradament sobre la mort i la soledat –pregunta repetidament si es morirà algun dia, i tot i les respostes que se li donen, torna a preguntar-ho insistentment, fins a 15 vegades seguides-.

Temporalment va patir *fòbia patològica monosimptomàtica* a les pinyes dels pins. Davant d'aquestes reaccionava de manera desproporcionada i desadaptativa, i amb absència total de control voluntari o racionalitat; la intensitat del patiment i la por persistent que li provocaven les pinyes, li generaven graus de pertorbació que es manifestaven en fugides sense direcció ni control.

També ha tingut episodis de *fòbia social*, mostrant incapacitat d'actuar en escenaris socials i a interaccionar amb els altres. En aquestes situacions només podia fer front a l'ansietat a través d'actes violents.

Actualment té trastorns obsessius-compulsius; l'obsessió se li manifesta en els pensaments de destrucció i la idea de mort, és un pensament recurrent i constant que fa augmentar la seva ansietat. Per a neutralitzar-la emprava rituals

vist que tenia una mà enganxada al braç i no la reconeixia com a seva, fent moviments bruscos per intentar expulsar-se-la.

compulsius (comportaments repetitius) de destrucció violenta de tots aquells jocs que tenen rodes (cotxes, cotxets de nines i carros).

Generalment la compulsió es configura en relació a una determinada obsessió. El que no entenem és quina relació “lògica” estableix en C. entre la obsessió per la mort i els rituals compulsius per voler-la evitar (trencant cotxes de joguet). Quan trenca els cotxes verbalitza repetitivament “*así no nos moriremos, así no nos moriremos*”.

En l'últim diagnòstic que se li va fer, es deia que tenia trets esquizoides, doncs de manera esporàdica tenia pensaments de que l'estaven perseguint i sentia veus. Les seves respostes emocionals eren inadequades (per exemple, riure històricament sense cap motiu, o davant d'una situació trista).

La característica més important per la qual li van fer aquest diagnòstic, és que tenia trastorns del Jo, allunyant-se del món real i presentant postures corporals anormals (rigidesa, salts continuats o ganyotes). Nosaltres pensem però que tampoc es tracte d'esquizofrènia, perquè tot i els períodes de crisi en C és capaç d'establir connexions amb la realitat, tot i que no sempre, i no en totes les crisis (i en general amb la esquizofrènia no en són capaços).

b.-Historial familiar

La família està desbordada per la situació. La mare té sentiments de culpabilitat i es troba en depressió crònica des de l'any 1999, amb un intent de suïcidi. El pare té problemes amb l'alcohol, però treballa de manera temporal. El matrimoni se separa i s'ajunta contínuament.

En el nucli familiar hi ha també l'àvia materna, que considera que en C. no té cap problema més enllà de ser un nen “consentit”, i el sobreprotegeix fins al punt de dormir amb ell d'ençà que va néixer. A la iaia, per la seva banda també se li ha diagnosticat malaltia mental.

El pare verbalitza sovint, i davant mateix del nen, que el seu fill “és un monstre”, i que “el tancarà en un manicomi”.

c.-Socialització

Té greus límits per a l'aprenentatge. Ha après a escriure aquest any, però necessita l'acompanyament de l'adult per a escriure qualsevol paraula. Té trastorns d'ansietat que se li manifesten a través d'uns estats d'inquietud i aprensió anticipatòria sense amenaça externa evident, que li provoquen alteracions fisiològiques com les taquicàrdies. Aquesta ansietat sovint ve provocada pel contacte amb els iguals, de manera que no pot relacionar-se sinó és amb nens i nenes de tamany més reduït que el seu. Aquesta aprensió anticipatòria no té una continuïtat en la manifestació, de manera que apareix i desapareix sense causa aparent.

En ocasions té episodis de violència cap a les educadores i noies del Centre: dóna puntades de peu, llença objectes cap a les persones i insulta repetidament. Davant del trencament d'objectes, sobretot cotxes i carros de jugar, sent cert plaer libidinal, i és en les poques ocasions que riu i es diverteix.

En les unitats de programació de la dinamització comunitària, és difícil que hi participi, la família no el porta perquè faci l'activitat, i en els casos que l'hem feta l'hem hagut de suspendre perquè agredeix a altres persones del carrer¹⁵.

Té una conducta més tranquil·la quan pren la medicació, fet que ha portat als psiquiatres a medicar-lo de manera continuada.

Les ecolalies** o les situacions puntuals d'apraxies**, són motiu de burla dels seus companys, un fet més que dificulta la seva socialització.

d.-Economia

La família té dificultats econòmiques lleus, doncs reben prestacions econòmiques per malaltia mental de l'àvia, la mare i en C.. El pare, té capacitat de treballar en les temporades que no beu.

¹⁵ Des de la direcció del Centre i d'acord amb el criteri de tots els professionals que hi treballem, hem sol·licitat als Servis Socials i l'empresa gestora del projecte, el trasllat del cas d'en C. a un centre especialitzat per a malalts mentals. Aquesta sol·licitud també es va fer l'any passat i la resposta que varem obtenir va ser negativa, doncs no hi ha a Barcelona cap centre especialitzat en psicòtics per a menors de 16 anys. Creiem que el nostre centre no està preparat i que els professionals no estem prou formats per a fer front a un cas de salut mental com aquest.

Cas 6.- POBRE VINCULACIÓ FAMILIAR AFECTIVA. Antonio***a.-Característiques del menor***

L'A. és un noi de 11 anys de cultura gitana. Té problemes de indisciplina, límits i fracàs escolar. Ha protagonitzat alguns furs en supermercats, basars xinesos i botigues de roba. Viu al barri des de sempre i és fill d'una família gitana amb antecedents diversos. Al CRC té una conducta desafiant i distorsionadora, amb conductes violentes i poc autocontrol. La seva assistència al centre, tot i ser obligatòria, és molt escassa i presenta un alt absentisme a l'escola.

És un cas en el que intervenen, a més a més de la comissió formada pel CEIP, el CRC i els Serveis socials, els educadors i educadores de carrer i les treballadores familiars, i hi ha l'expedient obert des de fa més de deu anys, quan el seu germà gran ja assistia al centre i el seu pare va ingressar a la presó model de Barcelona. Aquest és un cas molt clar de reproducció social.

L'A. passa la major part del temps al carrer i estar imbrincat en una de les bandes del barri.

La dificultat d'aquest cas rau en la impossibilitat de intervenir des dels Serveis Socials, doncs la cultura gitana té unes lleis pròpies que dificulten el treball dels educadors i els assistents socials.

Considerem que en casos com aquest és molt difícil la recuperació o reeducació del menor, doncs la intervenció no està recolzada per la família, que consideren que no hi ha cap problema.

b.-Historial familiar

Quan l'A. tenia 4 anys la mare va ser "desterrada" del barri per la família per haver mantingut relacions amb un payo. Aleshores el pare estava a la model i l'avi segons la "lei gitana" va assumir la tutela del nen, tot i la oposició dels professionals dels Serveis Socials.

Pocs mesos després el germà gran de l'A. mor per una sobredosi i el seu pare mor en el 2006 per problemes diversos de salut. Actualment s'està treballant perquè la mare pugui recuperar la tutela de l'A..

c.-Socialització

Aquest pot entendre's com un cas d'autoestigmatització o autoexclusió, doncs l'A. ha adquirit els referents i l'escala de valors propis del seu grup social que no es conformen amb els referents i valors majoritaris del barri. Hi ha doncs conflictes d'interculturalitat** i multiculturalitat**.

Podríem dir que l'A. s'ha socialitzat correctament en el seu grup d'iguals, tot i que no en el grup social que defensa el CRC i la comunitat educativa majoritària.

La família no veu cap problemàtica encara que ja ha comès algun fur, i que té una conducta poc adequada en els entorns escolars i els equipaments de reeducació.

d.-Economia

No han sol·licitat mai ajuts econòmics, ni beques, fet que fa pensar que tenen fonts d'entrada econòmica més o menys regularitzada, encara que l'avi no treballa de manera legal.

Cas 7.- TRASTORN D'ESTRÈS AGUT. Raúl***a.-Característiques del menor***

Nen de 8 anys amb problemàtica d'integració temporal. En R. és un nen inicialment, amb graus de desenvolupament cognitiu, físics i emocionals normalitzats, habilitats socials assumides, i correctes capacitats i actituds.

La problemàtica de risc social apareix als pocs mesos de morir la seva mare d'un tumor cerebral.

b.-Historial familiar

La mare d'en R. té un primer tumor cerebral en el any 2004, que pot superar després d'una operació, però li queden afectades l'àrea de Broca (responsable de la parla) i una petita part del cerebel (responsables del moviment i l'equilibri). Aquestes seqüeles tant físiques com cognitives creen rebuig en la seva parella i aquest abandona la llar. Es dictamina una sentència judicial per la qual el pare renuncia a la custòdia dels nens. En R. i el seu germà gran queden amb la seva mare i l'àvia. El pare marxa a Andalusia i no passa cap pensió als nens, de manera que s'accentuen els problemes econòmics i l'àvia es converteix en l'única persona que ingressa diners en el nucli familiar fent feines domèstiques. Al abril del 2006 se li detecta a la mare un segon tumor, descartant la possibilitat d'operar-se per la magnitud d'aquest. Mor el maig del 2007, deixant per escrit la voluntat que els nens no tornin amb el pare, doncs aquest no ha tingut contacte de cap tipus amb els nens d'ençà de la primera operació. Actualment els nens viuen amb l'àvia.

c.-Socialització

En R. viu la malaltia de la seva mare amb certa esperança i interesa, creient que es recuperarà com en la primera vegada. Davalla progressivament el seu

rendiment escolar i comença a presentar trastorns emocionals i de conducta. Un mes més tard inicia un període de *trastorn d'estrès* agut*, manifestant-se en comportaments *d'amnèsia dissociativa* (no podia recordar on va morir la seva mare), incapacitat de donar respostes emocionals i conductes *hiporeactives* (reaccionava com si no hagués passant res important).

Després de quatre setmanes, el seu comportament es torna a estabilitzar, i a relacionar-se adequadament amb l'entorn i els iguals, i sembla que va integrant la nova situació.

Setmanes més tard les seves conductes tornen a ser desadaptatives, i se li diagnostica un *trastorn d'estrès post-traumàtic diferit*. Torna a tenir trastorns d'evitació (amnèsia), i episodis alterns d'*intrusió* i reaccions *hiperreactives*, és a dir, es mostra incongruent entre la realitat i els seus esquemes cognitius, de manera que no integra la informació real i crea en el seu imaginari una història en el que la seva mare "està viva".

El diagnòstic l'hem fet en base el principi de victimització; a més intensitat i exposició a l'estímul estresor (tumor de la mare), majors dificultats per a superar el trastorn d'estrès post-traumàtic.

L'afrontament a l'estímul traumàtic, i per tant, la recuperació de l'equilibri social i emocional d'en R. depèn de molts factors, però un dels més importants és el que guarda relació amb la xarxa de recolzament social i afectiu. Es converteix així en un cas d'AI no derivat pels equipaments externs, sinó detectat en el CRC.

d.-Economia

L'àvia treballa en l'economia submergida i reben dues pensions d'orfandat i una de viudetat. Tot i així tenen lleus dificultats econòmiques que es reflexa un cop més en la indumentària i el material escolar que porten els nens al CRC i a l'escola.

Cas 8.- CONDUCTA VIOLENTA I AUTOLESIONS. Nico

a.-Característiques del menor

En N. és un noi de 14 anys, fill únic de família monoparental, amb una mare de 33 anys. No es tenen dades ni informació sobre la figura del pare.

Té una conducta habitualment violenta cap a companys, educadors i cap a ell mateix (en forma d'autolesions), i una conducta igualment destructiva cap al material del centre.

No té control de l'impuls agressiu i té una conducta violenta** anormal i reiterada.

A través de l'anàlisi etiològic trobem dues causes explicatives de la seva conducta: hi ha una causa química, en la que el nivell del neurotransmissor norepinefrina és alt i el nivell de glucosa en sang baix (hipoglucèmia). I una segona causa educo-social, on els models de referència, i l'entorn d'en N. han estat d'un nivell alt de violència, sobretot per part del pare¹⁶.

b.-Historial familiar

La mare és molt jove i no es coneix la figura paterna. Abans dels 7 anys d'en N. no havien tingut cap relació amb els Serveis Socials o altres instàncies d'ajut social. Viuen amb l'àvia materna.

La família ha creat un marc facilitador per a les conductes de violència d'en N. a través del *procés d'ocultació* i *negació* del seu comportament. La negació és un mecanisme de defensa psicològic que s'empra davant d'una situació traumàtica per salvaguardar la pròpia autoestima i prestigi social, i minimitzar els nivells d'angoixa i ansietat. Aquesta negació dels actes del seu fill han anat acompanyats de silencis i ocultacions, donant d'aquesta manera reforç i poder a les seves conductes.

En aquest sentit, la mare sempre ha minimitzat els costos materials i emocionals que es generen en el conflicte, idealitzant-li, fins i tot, la capacitat

¹⁶ Segons informacions dels expedients del Programa d'Interxarxes.

destructiva, a través de somriures, “picadetes de mà a l’espatlla” o discursos de sobreprotecció.

c.-Socialització

Creiem que en N. està en situació de risc perquè ha naturalitzat en la seva conducta habitual certs *processos psicològics facilitadors de la violència*; aquest conjunt de processos psicològics, la *naturalització*, *l’ocultació* i la *insensibilització*, els ha creat per justificar i minimitzar les conseqüències de les seves conductes destructives

Amb la *naturalització* com a conjunt d’operacions psicològiques porten a en N. a acceptar certes conductes i hàbits sense qüestionar-se la legitimitat o no d’aquestes. Si el desenvolupament psicoafectiu dels infants es dona en el marc d’un model repetitiu de violència, és probable que es naturalitzin, per aprenentatge mecànic, aquests tipus de procedir.

Aquesta *naturalització* dels patrons de violència, el duu a una *insensibilització* dels llindars de la violència que per als altres companys són molt alts. Perquè pugui reaccionar a aquesta insensibilització a en N. li calen “dosis” més altes de violència o actes d’agressió, entrant d’aquesta manera en un espiral de d’actes destructius i perjudicials pels altres i per ell mateix. Ha naturalitzat l’ús de la força com a forma legitimada d’exercir el poder.

No ha après a diferenciar entre la violència simbòlica mediatitzada pel joc o l’esport de la violència real, que sovint utilitza sense repressió ni control.

En N. no vincula les seves accions violentes amb la intencionalitat, de manera que eludeix tota responsabilitat. No pren consciència de la gravetat de les conseqüències dels seus actes, i mai parla dels actes concrets i les causes que l’han dut a fer-los. Té una mentalitat dicotòmica, un discurs generalista i exagerant de la diferències i un desenvolupat sentiment d’omnipotència i egocentrisme.

d.-Economia

No presenten problemes econòmics. Tant la mare com l’àvia treballen i en N. té tot el que necessita a nivell material.

Cas 9.- PRESUMPTE ABÚS SEXUAL. Dani***a.-Característiques del menor***

En D. té 11 anys i presenta una conducta anòmala generalitzada, amb constants crides d'atenció, rebel·lió i desobediència. Té enuresis i encopresis, dos problemes psicobiològics socialment greus pel seu grup d'edat¹⁷, que li crean més enllà del propi problema, situacions de rebuig i aïllament social.

Té enuresis funcional (és a dir sense trastorn físic o neurològic), provocat, segons la formulació psicoanalítica, per una situació d'estrès emocional. La encopresis s'ha diagnosticat com a *síndrome de irritació*, en la que una exposició prolongada d'estrès li dificulta el control de les defecacions.

En els informes de la Comissió de seguiment del cas, s'apunta l'abús sexual com a possible causa de les patologies, tot i que mai no hi hagut proves ni denuncia sobre aquesta sospita.

b.- Historial familiar

Són una família de cinc persones. El germà petit té un retard general en el desenvolupament físic i psicològic. El germà mitjà, en Yeray, era usuari del CRC, però per la seva patologia "indefinida" es va creure oportú derivar-lo a un centre d'educació especial, ja que no varem arribar a un diagnòstic clar sobre quina és la seva problemàtica¹⁸.

La mare té un grau lleu d'idiocia i el pare té dues denúncies per maltractaments.

Tot i les moltes reunions amb la família, en les que només assisteix la mare, no es veu cap canvi cap a la millora ni de l'estructuració i organització del grup familiar, ni del rendiment i conducta dels fills.

¹⁷ Segons els experts, el control de la orina i les defecacions han de poder-se controlar ja perfectament a una edat madurativa de cinc anys (Jiménez, 1995:162).

¹⁸ El seu germà mitjà té 8 anys i presenta un bloqueig emocional que li genera problemes en l'assimilació i retenció de les dades més fonamentals, com per exemple recordar la seva pròpia edat, com es diu la seva mare o els seus germans, o contar fins a 15. No és capaç d'escriure ni de llegir, ni de retenir l'associació de les grafies vocals amb el so que els-hi correspon.

c.-Socialització

La conducta social d'en D. és problemàtica i autoexcloent. Es relaciona molt amb l'A. i s'ha instal·lat en un posicionament desafiant tant en el CRC com a l'escola.

No considera que ni la enuresis ni la encopresis siguin un problema a solucionar, i sembla no afectar-li el rebuig social que aquest fet li comporta, doncs quan es defeca o es fa pipi al damunt no vol canviar-se de roba ni dutxar-se, i sovint hem de recórrer al càstig per que s'higi. Generalment la problemàtica apareix un o dos cops cada quinze dies.

En D. presenta també problemàtiques en els hàbits de treball, tant aquells que tenen relació amb els deures com aquells que tenen a veure amb la creació i manipulació de treballs manuals. Generalment fa dibuixos i tallers amb una càrrega important d'agressió i colors foscos, amb escenes de violència, li costa molt finalitzar les activitats i generalment boicoteja les activitats que es desenvolupen en el *funcionament quotidià*.

Amb els iguals té unes relacions dificultoses, és font de conflictivitat en les activitats físiques, doncs no assumeix les normes socials del joc o les normes generades i autogestionades per al propi grup, i acaba automarginant-se i pul·lulant pel centre.

Ha tingut experiències d'expulsió tant a l'escola com al CRC, com a mesura de contenció, tot i que hem valorat que no és una bona eina, doncs creiem que el pare el castiga físicament quan s'assabenta de l'expulsió. En una de les ocasions en que va venir a buscar-lo al centre va protagonitzar una situació d'amenaques i empentes.

d.-Economia

Treballa el pare de manera intermitent. Tenen dificultats.

Cas 10.- DEPRESSIÓ ENDÒGENA. Maria***a.-Característiques de la menor***

Noia de 10 anys en situació de risc per problemàtica depressiva i de salut mental. La M. té síndrome *depressiu*¹⁹ *endogen* (sense raó aparent) sense quadre clínic, caracteritzat per alguns símptomes específics; generalment canvis afectius (apatia, solitud i plors), canvis cognitius (baixa autoestima, alta autocrítica, culpa i pessimisme), trastorns vegetatius o psicomotors (trastorns del son, la gana i queixes somàtiques) i conductes motivacionals com la evitació, la fugida o la pobre socialització.

Sobre el diagnòstic de la M. hi ha diferents criteris. Els educadors de tendència psicoanalítica creuen que no és possible que una noia d'aquesta edat tingui depressió, doncs encara no té el superego format; d'altres creuen que els símptomes que presenta són propis del desenvolupament evolutiu i formatiu i per tant, aniran variant i apareixent i desapareixent en funció del pas del temps fins que assoleixi la maduresa. El desenvolupament normal és quan es dona la integració i coherència de les competències i capacitats cognitives, emocionals i socials, i un de patològic és quan es dona per la falta d'organització o integració efectiva d'aquestes competències, i per tant, descontrol dels dominis comportamentals i adaptatius a l'entorn.

b.-Historial familiar

Pertany a una família catalana "normalitzada", sense antecedents de depressió* ni psicopatologies. Tant el pare com la mare tenen formació universitària i ambdós treballen. Té un germà bessó que tampoc presenta símptomes de depressió.

No han sol·licitat ajut als Serveis Socials, perquè opten per la opció privada d'atenció psicològica per a la M..

¹⁹ Els símptomes depressius són característiques puntuals que poden tenir les persones amb depressió. El síndrome de depressió serà un conjunt de símptomes, essent greus alguns d'elles.

c.-Socialització

La M. té una visió molt negativa de sí mateixa, basada en uns patrons cognitius (o esquemes de pensament) inadequats i distorsionants de la realitat. Això li porta a manifestar certs errors cognitius com el pensament absolutista, dicotòmic, l'abstracció selectiva i les inferències arbitràries.

Creiem que aquesta depressió ha sorgit com a resposta al sentiment i sensació d'indefensió apresada, on no ha après a percebre la contingència entre l'acció i la recompensa. Creu que les recompenses o reforços venen de l'atzar i no estan relacionats amb els seus actes, i per tant, té un dèficit motivacional i d'aprenentatge; té un *locus de control** extern, i per tant atribueix les conseqüències positives de les seves accions a causes externes a la seva voluntat, i les conseqüències negatives de les seves accions a causes personals, responsabilitzant-se dels fracassos i obviant els triomfs. Li costa accedir i entendre els reforçadors perquè a més a més té poques habilitats socials i certa immaduresa cognitiva per a gestionar les pròpies emocions i pensaments positius.

d.-Economia

Tenen una situació socioeconòmica benestant.

6.4.-**LÍMITS I INCIDÈNCIES EN EL TREBALL DE CAMP****INTRODUCCIÓ**

La recerca en el treball de camp està mediatitzat no només per la planificació i el cronograma que es fa prèviament de les tasques a fer, sinó també per un conjunt de factors estructurals i motivacionals que condicionen els processos i resultats d'aquesta planificació prèvia.

En aquest punt explicaré quins han estat aquests factors limitants i quines dificultats n'han desencadenat. Exposaré punt per punt les incidències que han sorgit, des de les més estructurals i relacionades amb la dinàmica general del centre, fins a les més personals i relacionades amb la motivació personal de cada cas per a col·laborar en l'enregistrament de les plantilles d'observació.

Tot el treball de camp, des del disseny del cronograma i fins a l'aplicació de les eines d'enregistrament, s'ha fet en un context ple de dificultats i límits, que sovint han deformat la planificació inicial que m'havia plantejat i m'han obligat a rectificar i modificar algunes de les temporalitzacions i implementacions.

LÍMITS ESTRUCTURALS

L'espai físic del CRC té algunes mancances i límits en la seva infraestructura, doncs des de l'any d'inauguració, el 1987, no s'hi ha fet cap tipus d'arranjament més enllà dels petits desperfectes (canvis de fluorescents, canvi de vidres

trencats,...), i tant a les parets, com al terra, com al sostre hi trobem humitats, esquerdes²⁰ i brutícia.

Aquest estat general de precarietat s'hi arriba perquè al CRC no hi ha un servei de manteniment propi, i totes les gestions i arranjaments s'han de sol·licitar als serveis tècnics de l'Ajuntament de Barcelona i esperar que hi hagi pressupost. Aquestes sol·licituds són, en termes generals, lentes en la tramitació, de manera que, s'ha donat el cas per exemple, que una finestra trencada arrel d'un robatori, ha estat un mes i mig sense arreglar-se amb el consegüent perill pels usuaris del centre.

En els espais facilitats per a la pràctica esportiva, les condicions són igualment precàries. Es dona el cas que l'única cistella de bàsquet de la que disposem es va descollar de la paret que la sostenia, i varem estar sis mesos sense poder jugar a bàsquet perquè no teníem les eines per a tornar-la a penjar. Com a alternativa es jugava a futbol, però en un espai en el que al terra hi ha rajoles que es mouen i una reixa de clavegueram al mig del "camp".

A la vegada hi ha un pressupost molt ajustat per a renovar i comprar material esportiu, i aquest fet dificulta i limita el desenvolupament de les unitats de programació relacionades amb la pràctica esportiva, i com a conseqüència la observació i enregistrament sistemàtic i metòdic de la mostra.

DESCONFIANCES DE LES FAMÍLIES

En alguns casos hem trobat en les famílies poc suport o recolzament, ja no només en les tasques de recollida de dades de la investigació, sinó en la pròpia tasca com a educadors. Hi ha certa desconfiança per part d'algunes famílies, que veuen el CRC com un centre d'imposició de criteris que no responen a la seva escala de valors o *modus operandi*.

²⁰ Les esquerdes que hi ha al centre van sortir com a conseqüència de l'esvoranc del Carmel. Tot i les moltes reclamacions, a dia d'avui encara són visibles i s'han inclòs en el conjunt de mesures per a la millora del Centre.

Amb les famílies s'ha fet un treball previ d'explicació sobre els objectius de la recerca i dels beneficis que aquesta pot aportar posteriorment a la pràctica professional de l'equip de persones que treballen amb els seus fills i filles.

El treball amb certes famílies ocasiona resistències, quan elles mateixes no es pensen com a problemàtiques o en risc i, fins i tot, hi ha episodis de faltes de respecte cap a alguns professionals del CRC quan els criteris educatius no han coincidit. Aquestes situacions de desconfiança i tensió entre certes famílies i els professionals dels centres de reeducació són habituals en àmbits de marginalitat, doncs la professió d'educador social està poc reconeguda i valorada (Willis, 1988:79; Maza, 1999:247; Jolonch, 2002:179).

Anna Jolonch (2002), quan parla de les dificultats que tenen centres educatius d'aquestes característiques, ho resumeix encertadament com segueix:

Tots aquests objectius s'han de complir en un espai d'enormes contradiccions educatives, grans manques de recursos formatius, personals i materials, i desconfiança general de la societat cap a la professionalització dels qui s'hi dediquen (Jolonch, 2002:18).

Per a que la intervenció pedagògica d'un centre educatiu tingui èxit, necessita tot el recolzament cultural, familiar i institucional que sigui possible (Gardner, 2000:130), i aquest fet repercutirà positivament en les investigacions que s'hi vulguin fer.

DIFICULTATS EN EL DESENVOLUPAMENT DE ROLS

Durant aquests quatre cursos escolars he desenvolupat dins del CRC diferents rols professionals: inicialment com a educadora social, més tard com a directora del Centre i durant els quatre cursos escolars com a investigadora. Aquesta combinació de rols no ha estat fàcil a l'hora d'aplicar les eines de recollida de dades, doncs l'observació participant s'ha dut a terme en el mateix

moment de l'enregistrament de les plantilles i, a més a més, des de la deconstrucció del rol d'investigadora.

LÍMITS EN LA MOTIVACIÓ

La motivació dels usuaris i usuàries per a fer activitats és baixa i hi ha una actitud general de “passotisme” en la majoria de les unitats de programació.

Especialment en aquelles que fan referència a les activitats esportives, la motivació inicialment acostuma a ser alta, però amb el pas de la sessió, i davant dels símptomes de cansament, perden la motivació. En termes generals, els usuaris i usuàries del Centre tenen una actitud poc constant.

[en l'entrevista 26, la pedagoga]

(...) hi ha una baixa autoestima, molt poca motivació per fer res. No volen fer res, estan molt “apalancats”, tot els-hi fa pal (...) la constància tampoc és la seva gran virtut, venien quan volien i quan no volien no venien (...)

La poca capacitat d'esforç i sacrifici i la tendència a la satisfacció immediata dels desitjos, dificulta que les activitats esportives es desenvolupin de principi a fi amb normalitat i sense interrupcions.

Les constants discontinuïtats del joc esportiu, o bé pel cansament d'uns, o la desmotivació, o les conductes associals d'altres, repercuteixen també en l'enregistrament de les plantilles, doncs haig d'interrompre l'observació com a “investigadora” per a intervenir com a “educadora”.

La desmotivació, però, no afecta només als usuaris i usuàries del centre. Alguns dels professionals, tant del CRC com de les comissions de seguiment, presenten poca motivació en totes aquelles tasques que no siguin les estrictament professionals i ofereixen resistència per a ser entrevistats.

ABSENTISME I INCONSTÀNCIA DE TREBALL

Molt relacionat amb la problemàtica anterior, trobem que els infants que assisteixen al CRC tenen uns alts percentatges d'absentisme. Contrastant dades amb altres escoles i professionals de les comissions de seguiment, veiem que l'absentisme no només es dona al CRC, sinó també en els centres escolars, les visites a la consulta psicològica i psiquiàtrica, al centre de salut i a les cites concertades amb els Serveis Socials.

A l'hora d'implementar plans de treball en el CRC, aquest absentisme repercuteix directament en la qualitat de la intervenció, i per tant, en els possibles resultats que se n'esperen.

Quan no s'acompleixen les expectatives esperades i no s'evoluciona en cap direcció hi ha desmotivacions, no només per part dels mateixos usuaris, sinó també dels propis professionals, que veuen poc reconeguda la seva tasca.

L'absentisme comporta inconsistència en el treball, doncs només són el seguiment continuat i la constància els dos pilars per assolir objectius pedagògics.

SÍNTESI

El capítol engloba quatre apartats diferenciats. En el primer d'ells es presenta una diagnosi de la situació de la infància en risc a Catalunya, i específicament, de les circumstàncies que defineixen el barri del Carmel en aquesta temàtica. Hem vist els indicadors de risc del barri, els percentatges i perfils de la població que hi viu i els factors de risc que els envolten.

Hem presentat en un segon moment quin és el projecte educatiu i social que s'està desenvolupant en un dels centres de reeducació del Carmel, tot analitzant les tasques que hi desenvolupen, els objectius pedagògics que persegueixen i la metodologia de treball emprada per assolir aquests objectius.

En el punt tres del capítol hem seleccionat la mostra d'estudi. Aquesta engloba diferents tipologies de infants i joves en situació d'exclusió social: hem escollit un cas de Prader Willi**, dos casos de maltractament infantil, un d'ells amb presumpció d'abús sexual, un cas de immaduresa del Jo, un cas de integració cultural, un de psicosi infantil, un de vinculació familiar deficitària, un cas de trastorn d'estrès agut, un cas de conducta violenta i autolesions i un cas de depressió endògena.

Per a cada cas de risc o exclusió social hem analitzat el conjunt d'àmbits que configuren la seva realitat, i per tant, hem estudiat la situació familiar del infant, el seu procés de socialització i l'estat econòmic en el que roman.

En l'últim apartat del capítol hem exposat els límits i les incidències del treball de camp. S'especifiquen en aquest cas, les dificultats trobades en l'elaboració del treball de camp.

BIBLIOGRAFIA DEL CAPÍTOL 6

- Comas, C., (2003): Joves com atrevir-se a ser adults, a *Revista Nova Ciutat Vella*, 19. Facultat de comunicació Blanquerna, Universitat Ramon Llull.
- Dunning, E., (2003): *El fenómeno deportivo. Estudios sociológicos en torno al deporte, la violencia y la civilización*. Barcelona, Paidotribo.
- Gardner, H., (2004): *La educación de la mente y el conocimiento de las disciplinas. Lo que todos los estudiantes deberían comprender*. Barcelona, Paidós.
- Heinemann, K., (2003): *Introducción a la metodología de la investigación empírica en las ciencias del deporte*. Barcelona, Paidotribo.
- Jiménez, M., (1995): *Psicopatología infantil*. Màlaga, Aljbe.
- Jolonch, A., (2002): *Educació i infància en risc. Acció i reflexió en l'àmbit social*. Barcelona, Pòrtic.
- Maza, G., (1999): *Producción, reproducción y cambios en la marginación urbana. La juventud del barrio del Raval de Barcelona 1986-1998*. Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona.
- Nardone G., E. Giannotti, R. Rocchi, (2003): *Modelos de familia. Como resolver los problemas entre padres e hijos*. Barcelona, Herder.
- Peirón, F., (2006): Todo el Carmel tendrá ayudas para rehabilitar los pisos. Barcelona, *La Vanguardia*, 1-6-2006. p.3
- Quivy, R., L. Campenhoudt, (2001): *Manual de recerca en ciències socials*. Barcelona, Herder.
- Rexach, A., (2005): Triste y feo. Barcelona, a *La Vanguardia*, 8-2-2005, p. 4.
- Rosenzweig, M., A. Leiman, (1995): *Psicología fisiologica*. Madrid: Mc. Graw Hill.
- Roureda, M., (2005): *Mai a la vida no s'hauria d'haver construït al Carmel*, a *Diari Avui*, 14-2-2005, pp.24-25.
- Willis, P., (1988): *Aprendiendo a trabajar*. Madrid, Akal.

Vigotski, L., (2001): *Picología pedagógica*. Buenos Aires, Aique.

VVAA., (2001): *Carmel Amunt. Anàlisi i propostes de futur per un barri*.
Barcelona, Carmel Amunt.

VVAA., (2005): *Informe sobre la infància i l'adolescència al districte d'Horta-Guinardó. Resums i Propostes*. Barcelona, Institut d'Infància i Món Urbà (CIIMU).