

Familias con Daño Cerebral Adquirido y Terapia Sistémica (I)

Dificultades Comunes

Juan Heras Giralt*, **María Laselle López****, **Rebeca Samprón Aira***** y **Silvia Machado Quina******

* Educador Social **Trabajadora Social, *** Trabajadora Social y ****Educadora Social

Este artículo está basado en la intervención que se lleva a cabo desde hace varios años en el Centro de Atención Integral al Daño Cerebral Adquirido POLIBEA Concierto. La labor que se realiza está centrada fundamentalmente en la rehabilitación, pero se ve necesario ampliar el marco de intervención de una manera más intensa a los familiares de los afectados, ya que creemos que la familia es co-víctima, pero también parte de la solución.

Desde una perspectiva sistémica, primeramente expondremos las principales dificultades por las que pasa la familia. En la siguiente entrega, mostraremos una reflexión sobre las buenas prácticas que a nuestro juicio serían deseables en la intervención con familias afectadas de DCA.

INTRODUCCIÓN AL DCA

“El daño cerebral es una lesión que se produce en las estructuras cerebrales de forma súbita en personas que, habiendo nacido sin ningún tipo de daño en el cerebro, sufren en un momento posterior de su vida lesiones en el mismo

como consecuencia de un accidente o una enfermedad” (*Federación Española de Daño Cerebral-FEDACE.*)

La gran mayoría de los afectados son personas jóvenes que han visto truncado su proyecto vital, en alto grado, debido a la diversidad de secuelas que se da en las personas con daño cerebral adquirido. Por un lado, las secuelas cognitivas y emocionales hacen que la relación con su familia y amigos se vea alterada, y, por otro, las secuelas físicas unidas a las anteriores, provocan una reducción importante del grado de autonomía y enormes desajustes a nivel social, familiar y laboral.

Según el informe *Conocimiento del DCA en España* en un 5,1% de los hogares españoles hay algún miembro que ha sufrido DCA. El daño puede ser provocado principalmente por las siguientes causas:

- Traumatismos craneoencefálicos.
- Accidentes cerebrovasculares.
- Tumores.
- Anoxias o hipoxias.

Las personas con DCA padecen una serie de secuelas, tales como:

- Alteraciones físicas.
- Problemas de comunicación.
- Problemas cognitivos.
- Alteraciones de conducta.

Estos déficit alteran de importante manera el ámbito escolar y profesional, la dimensión afectiva, el ámbito social y por supuesto el familiar.

Debido a lo diverso y heterogéneo de las secuelas, son escasos los recursos adaptados a este tipo de población, y, por ende, a sus familias. La afectación por un DCA implica una serie de reajustes que se hacen difícilmente llevaderos sin una intervención especializada que pueda asesorar y acompañar a la familia en este proceso.

JUSTIFICACIÓN DE LA TEORÍA SISTÉMICA CON FAMILIAS CON DCA

El DCA es un fuerte impacto para el afectado y a su vez para toda su familia; como señala Powell (1994), “no hay individuos que sufran daño cerebral, sino familias afectadas por daño cerebral”, ya que surge de una manera inesperada rompiendo la dinámica familiar.

Históricamente, una de las principales funciones del sistema familiar, ha sido la de valedora de los cuidados y atenciones de sus familiares enfermos. Esta característica general a todas las sociedades, se ha visto fomentada gracias a los enormes avances que se han producido en medicina, los cuales han posibilitado, por un lado, un notable incremento en la esperanza de vida y, por otro, que personas que en el pasado fallecían debido a sus afecciones, en la actualidad, sobrevivan a expensas de un mayor o menor nivel de autonomía.

Esto implica que, cada vez, un número mayor de familias están haciendo frente a enfermedades incapacitantes y/o crónicas por un período de tiempo cada vez más extenso, con las enormes dificultades que esto entraña, al tener que compaginar las necesidades personales, sociales y profesionales de sus miembros, con el cuidado del familiar enfermo. Este punto es muy importante, ya que suele ser desencadenante de conflictos y tensiones dentro del siste-

ma que pueden conducir a serias disfunciones en su totalidad, o incidir negativamente sobre algún familiar en concreto, como pueden ser los hijos, la pareja o aquella persona que ostente de forma más arraigada o impuesta (como por ejemplo, por cuestiones relativas al género) el rol de cuidador.

Los afectados por DCA suelen ser dependientes de terceras personas para la realización de las actividades de la vida diaria, por lo que la familia juega un papel sumamente importante, ya que pasan a ser cuidadores de su familiar, provocando que las expectativas y planes futuros del sistema familiar se vean truncados teniendo que llevar a cabo una reorganización familiar.

En estas familias se dan una serie de dificultades, tales como: sobrecarga de uno de los miembros, empobrecimiento del sistema familiar, aislamiento social, incertidumbre sobre el futuro de la persona afectada, desconocimiento del proceso y evolución de la lesión de su familiar, incompreensión por parte del resto de la sociedad de la implicación de los déficit, y así un largo etcétera. Dichas dificultades requieren de una intervención profesional basada en la teoría de sistemas, que ayude a mantener la funcionalidad de la familia ante este duro trance.

Este proceso de reorganización familiar implica modificaciones en la estructura del mismo sistema para dar respuesta a las demandas, los procesos de comunicación se ven alterados en muchas ocasiones por las dificultades expresivas y comprensivas de la persona afectada, el sistema de creencias de la familia, juega un papel importante en lo relativo a cómo se afronta la nueva situación, y, por último, otro factor a tener en cuenta es el momento del ciclo vital en el que se encuentra la familia.

Orientar e informar a los familiares de las características y consecuencias de la enfermedad y de aquellos procesos relacionales e intrapsíquicos que tendrán lugar durante su desarrollo, será de vital importancia para que la familia este mejor preparada para la ardua tarea que se le avecina y para la cual, en la mayoría de los casos, no han recibido formación alguna.

Con la intención de minimizar lo máximo posible los daños colaterales derivados de la enfermedad de un familiar, consideramos que el asesoramiento biopsicosocial desde la pers-

pectiva sistémica a las familias desde los primeros momentos en que se padece o diagnostica una enfermedad, sería de gran utilidad, para lo cual lo mejor es que en los centros de atención sanitaria se ofrezca de manera rutinaria, un servicio de orientación y acompañamiento en esta fase de crisis, que sirva a su vez de conexión con aquellos recursos especializados propios de cada caso.

En su defecto, lo más común es que las familias recurran a ayuda externa solo cuando la enfermedad del familiar se encuentra en un estado muy avanzado y/o en fase terminal, o cuando las tensiones intrafamiliares se hayan intensificado tanto que la mera convivencia suponga una auténtica pesadilla para sus integrantes. En estos casos, a las familias les acompaña un enorme sentimiento de fracaso y vergüenza que puede favorecer, entre otras cosas, que se retraigan y aislen de su entorno social.

El trabajo familiar desde una perspectiva sistémica con las familias afectadas por DCA se hace indispensable por las múltiples alteraciones de la estructura que se producen y que perduran muchos años después de la lesión, además de las pérdidas ambiguas que se producen por la pérdida psíquica de la persona afectada, todo ello tocado de manera transversal por las intervenciones de los equipos médicos y/o rehabilitadores.

DIFICULTADES COMUNES DE LAS FAMILIAS: PÉRDIDA AMBIGUA

El ciclo vital de toda persona empieza con su nacimiento y termina con la muerte. Si bien es cierto que a lo largo de la vida nos encontramos con diferentes pérdidas y separaciones que ponen de manifiesto el vínculo que establecemos con aquello o aquel que perdemos.

Cada pérdida requiere un proceso de duelo, y la fuerza de éste no dependerá tanto de la naturaleza del objeto perdido, sino, más bien, del vínculo que hemos establecido con él.

En el caso de pérdida por fallecimiento, el proceso de duelo suele empezar con los rituales específicos de cada situación (funeral, entierro, dispersión de las cenizas...) que hacen que sean necesarios para que la familia que sufre la pérdida sea consciente de que la persona fallecida no va a volver, es decir, ya no va a estar ni física ni psicológicamente presente.

Sin embargo, en muchas ocasiones nos encontramos con personas en proceso de duelo sin que se haya producido un fallecimiento real de la persona a la que se llora. En este nivel, estamos hablando de personas que sufren una pérdida sin aclarar, una pérdida ambigua, ocasionando factores con más intensidad, como puede ser la ansiedad. Son familias a las que se les priva de esos rituales que mencionamos anteriormente y que van a hacer esa pérdida mucho más prolongada en el tiempo, ocasionando un mayor agotamiento físico y emocional.

Dicha pérdida ambigua se puede dar ante dos situaciones diferentes: la persona está físicamente presente pero psicológicamente ausente o, por el contrario, la persona no está físicamente pero sí psicológicamente.

Las familias que tiene un miembro con daño cerebral adquirido atienden a una pérdida ambigua relativa a que sienten a la persona afectada físicamente pero no psicológicamente. Es decir, sigue siendo la misma persona pero se comporta de manera diferente a cómo lo hacía antes de la lesión, se convierte en una persona desconocida ante el familiar.

Para Pauline Boss, la ambigüedad responde a la falta de información que tiene la familia de quien pertenece en el ahora de la familia, la desorganiza al disminuir el número de miembros que participan en ella, y al exigir, que otro tome el relevo, hace que se cuestione qué papel desempeña cada uno de los miembros en la familia, haciendo de la ambigüedad un factor estresante, devastador e indeterminado.

Según la Federación Española de Daño Cerebral, en su cuaderno de *Familias y DCA*, las familias que sufren esta problemática, pueden pasar por unas fases que se asemejan a las fases características del duelo. La negación, proceso por el cual la familia se distancia temporalmente de una realidad para disminuir su impacto emocional; la culpa, en cuanto a que el familiar cree que no hizo lo posible ante el miembro enfermo; miedo, porque se vuelva a repetir o porque la situación vaya cada vez peor; tristeza, en cuanto a que la persona afectada ya nunca volverá a ser como antes; y ansiedad, por todo el desgaste que tiene a nivel emocional, personal y físico.

Cabe destacar que aun teniendo un perfil casi cierto de familias con miembro con DCA, es necesario decir que no todas tienen que pasar por las

mismas fases, no todas sufren la pérdida ambigua de la misma forma y esto se debe al momento del ciclo vital familiar en el que se encuentre la familia, al rol que ocupe el miembro enfermo, a los recursos personales de los que disponga la familia.

Hemos hablado anteriormente la forma en que una familia afronta el daño cerebral adquirido en uno de sus miembros, siendo una de las características de este proceso la pérdida ambigua. Sin embargo, es interesante destacar que la pérdida no solo la sufre la familia, sino también la persona que sufre el daño cerebral. Ésta sigue un proceso de pérdida ambigua ya que no es dueña de conocimientos y de su propia personalidad, ha perdido aquello en cuanto cognitivamente la caracterizaba llevándola a procesos de negación y de depresión.

En conclusión, podemos mencionar que en pérdida ambigua, es la situación y no la familia la que está enferma, es decir, los miembros familiares se van a adaptando a la nueva situación, a veces, no de la mejor forma, pero no por ello podemos decir que es la familia la que funciona mal. De ahí la importancia de detectar dicho síntoma para una posible intervención familiar.

ESTRUCTURA

El funcionamiento de toda la familia debe considerarse en función de lo que efectivamente organiza su estructura, y los recursos a su disposición para superar los desafíos a lo largo de todo el ciclo de vida.

A continuación, se especifican los puntos a tener en cuenta de la estructura familiar, así como posibles alteraciones y efectos sobre la estructura en familias con algún miembro afectado por DCA.

● **Adaptabilidad familiar**

La homeostasis y la flexibilidad son necesidades complementarias. La habilidad de una familia para adaptarse a las cambiantes circunstancias o tareas de desarrollo del ciclo de vida se complementa con su necesidad de valores durables, tradiciones y normas de comportamiento previsibles y coherentes.

Existen varias tipologías familiares que ayudan o dificultan la adaptabilidad de las familias:

- *Rígidas*: Dificultad para adaptarse a los cambios derivados de la enfermedad.

- *Caóticas*: Dificultad para mantener cambios asociados a la enfermedad.
- *Desligadas*: Dificultades para el apoyo mutuo.
- *Aglutinadas*: Dificultades para la separación, esto es, *sobreimplicación*.

El DCA causa suficiente estrés a la familia como para requerir cambios adaptativos de importancia en las normas familiares a fin de asegurar la continuidad de la vida familiar.

● **Cohesión**

Las familias deben encontrar un equilibrio entre la necesidad de proximidad y conexión y el respeto por la separación y las diferencias individuales.

Dentro de los estilos de cohesión se pueden encontrar:

- *Centrípeto*: La persona vista como débil, vulnerable. Tendente al aglutinamiento y sobreprotección.
- *Centrífugo*: La persona como alguien que debe ser aceptado e integrado a través de una exigencia para que la persona se adapte. Escasa visión sobre la diferencia entre el antes y el ahora.

En algunos casos de DCA, la necesidad de cohesión suele ser permanente, obstaculizando así los cambios de desarrollo normativos de los miembros de la familia.

● **Límites**

Los límites que determinan quién hace qué, dónde y cuándo, son requisitos estructurales fundamentales.

Las pautas de apego excesivo y desapego son factores de riesgo para lograr una exitosa estrategia de respuesta y adaptación familiar.

● **Procesos de comunicación**

En familias que se enfrentan con problemas de salud graves y prolongados, la comunicación que se deja sin aclarar o resolver, tiene consecuencias patológicas o puede provocar la ruptura de las relaciones familiares.

Las normas familiares organizan la interacción y sirven para mantener un sistema estable al prescribir y limitar la conducta de sus miembros.

bros. Las normas que rigen las relaciones proporcionan un conjunto de expectativas acerca de los roles, acciones y sus consecuencias que orientan la vida familiar.

Para controlar con éxito la enfermedad, la eficacia en la solución de problemas es fundamental. Se refiere a la habilidad de la familia para solucionar problemas normativos y no normativos con los que se enfrenta y mantener un funcionamiento familiar eficaz.

En resumen, la evaluación debe hacer hincapié en la concordancia entre la organización y la comunicación de la familia con las exigencias funcionales de una enfermedad dentro de los contextos social y de desarrollo.

SISTEMAS DE CREENCIAS SOBRE LA ENFERMEDAD. FAMILIAS Y PROFESIONALES

Todos desarrollamos un sistema de creencias que determina nuestras pautas de comportamiento y nos sirve como mapa que orienta las decisiones y la acción. Es de vital importancia que los profesionales aprecien la contribución que realizan las creencias personales, familiares y culturales, y su influencia recíproca.

Los sistemas de creencias pueden ser una especie de mediadores entre la enfermedad biológica y la experiencia familiar y personal. Incorporar el sistema de creencias hace que profesionales, paciente y familias puedan actuar de manera conjunta con flexibilidad.

Es útil para el profesional hacerse una idea de las creencias que contribuyen a la identidad general de la familia, ya que son la base sobre la cual las creencias acerca de la salud se sustentan.

Las familias que tienen como creencia que la salud familiar es la ausencia de síntomas o problemas, al aparecer la enfermedad sufrirán por no llegar a cumplir con una definición de funcionamiento saludable que evidentemente es inalcanzable.

Hay que determinar si las creencias de la familia se basan en una premisa de control interno, ejercido por el azar o externo ejercido por patrones culturales predominantes. Según la fase de la afección, la calidad del ajuste entre creencias de la familia acerca del control y lo que impone la situación médica variará.

Debemos ser prudentes al juzgar la utilidad relativa de las ilusiones positivas y de la minimi-

zación versus el enfrentamiento directo y aceptación de las realidades dolorosas; el impacto de la enfermedad en la familia así como en las creencias acerca de la misma debe ser tratado con sensibilidad, para que no reciban un mayor impacto, pero sin dejar de lado la gravedad que conlleva.

Los profesionales deben mantenerse alerta frente a las familias con las creencias más fuertes y rígidas sobre la responsabilidad individual y el control, porque pueden funcionar muy bien al principio, pero ser muy vulnerables si la enfermedad progresa.

El modo en que todos los involucrados se comunican al referirse a la afección, determina en gran medida los significados y creencias que se convierten en las narrativas perdurables del sistema. Estas narrativas le dan forma a la identidad de la persona afectada y del sistema familiar.

Las creencias familiares óptimas y que maximizan las opciones son las que combinan la necesidad de consenso con la diversidad e innovación. La concordancia de creencias es un fenómeno en desarrollo, el grado de concordancia cambia en el transcurso de la enfermedad, especialmente en relación con los ciclos de vida de la enfermedad, individuo y familia.

Cada familia tiene gran variedad y diferentes creencias, así como estatus sociales que ayudan o empeoran el manejo de una enfermedad de manera satisfactoria, que puedan ajustarse a las diferentes etapas que vienen dadas en cada enfermedad, etc., por lo tanto es fundamental que podamos organizar en nuestra cabeza las creencias que, como profesionales, así como individuos e integrantes de nuestra familia y otros sistemas, tenemos sobre la enfermedad, para estar alerta de todas las que vamos a atender y así tener claro cómo trabajar con ellas para que podamos, en el proceso terapéutico, llegar al cambio que permita que las creencias no interfieran en el buen funcionamiento y tratamiento de la enfermedad.

MEDIATIZADOS POR LA REHABILITACIÓN

Las secuelas del DCA son muy heterogéneas, y en un importante número de casos estas personas se encuentran gravemente afectadas por las mismas, precisando comenzar un proce-

so rehabilitador lo antes posible, ya que la plasticidad cerebral se reduce pasados unos meses de la lesión. Tras largas hospitalizaciones y ante las desesperanzadoras noticias de los equipos médicos, estas familias comienzan un largo camino en busca de los medios existentes para que su familiar vuelva a ser el mismo o recupere lo más posible las capacidades mermadas. A esto se suma en muchas ocasiones la anosognosia del propio paciente y sus familiares, que provoca que no sean reconocidos los déficit de la persona y se tienda a pensar que la recuperación va a ser total.

Llegado el punto en que encuentran un centro rehabilitador adecuado a sus necesidades, toda la dinámica familiar comienza a girar en torno a la rehabilitación y los logros alcanzados, los familiares se convierten así en co-terapeutas que tratan de ayudar a su familiar a darle una validez ecológica a los aprendizajes adquiridos en las terapias.

Esto acaba por mediatizar la vida familiar en alto grado, lo que provoca que desaparezcan los momentos de disfrute familiar.

La estructura se ve totalmente alterada ya que el paciente pasa a ser cuidado y el resto de familiares a cuidadores, tratando en todo momento de que siga las recomendaciones del equipo rehabilitador, aun cuando este se sienta cansado, deprimido o haya perdido sus metas vitales. Es importante ser cuidadosos con estas

familias en relación a la carga que se les asigna desde los equipos profesionales, ya que también han de tener momentos de calma y de descanso donde cada miembro pueda ocuparse de sí mismo dejando a un lado la importancia de la rehabilitación.

En estos casos los profesionales pasamos a jugar un papel muy importante en los sistemas familiares, y en ocasiones nos dotan de más entidad que a algunos miembros del sistema, por lo que hay que tener muy en cuenta el momento por el que pasa la familia en cada caso y hacer recomendaciones cuando sea adecuado para el ritmo familiar.

Pasamos a formar parte en este caso del cuadrángulo terapéutico (Rolland, 1987), junto con la familia, la enfermedad y el paciente, y esto puede ocasionar dificultades sobre todo en familias muy unidas, ya que desde ese momento hay que tener en cuenta a la enfermedad como una parte más del sistema, así como a los profesionales que se encargan de acompañar en el proceso rehabilitador que, por norma general, suelen tener contacto con un miembro de la familia, lo que provoca una descompensación en la información recibida por cada miembro del sistema.

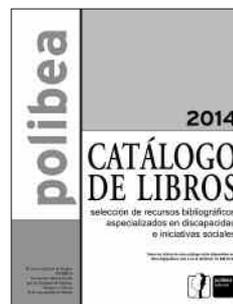
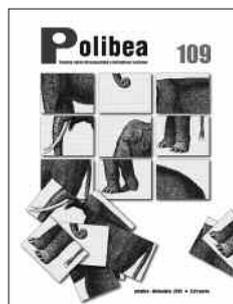
Continúa en POLIBEA 111

BIBLIOGRAFÍA

- ANNA MARÍA SORRENTINO: (1990): *Hándicap y rehabilitación*, Barcelona, Paidós.
- ELENA LÓPEZ DE ARROYOBE-CASTILLO: (2012): *Evaluación de las necesidades de los familiares de personas afectadas de Daño Cerebral Adquirido mediante cuestionario de necesidades familiares*, Universidad de Deusto vol 28 n°3
- Síntomas de duelo en familiares de personas con Daño Cerebral Adquirido*, Universidad de Deusto, 2005.
- ESPERANZA GARCÍA CUENCA: *Terapia familiar sistémica aplicada al Daño Cerebral Infantil: intervención con niños, familia y pareja*, Cuadernos FEDACE.
- FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE DAÑO CEREBRAL FEDACE: (2009): *Familias y Daño Cerebral Adquirido*, Madrid. *Guía de Familias Daño Cerebral Adquirido: orientación para familiares, amigos y cuidadores*, Madrid.
- JOHN, S. ROLLAND. (2000): *Familia, Enfermedad y Discapacidad: una propuesta desde la Terapia Sistémica*, Barcelona, Gedisa.
- JOSE NAVARRO GÓNGORA. (2004): *Enfermedad y familia: manual de intervención psicosocial*, Barcelona, Paidós.
- JUAN M. MUÑOZ CÉSPEDES Y JAVIER TIRAPU USTÁRROZ. (2001): *Rehabilitación neuropsicológica*, Madrid, 2001, Síntesis.
- MARI CRUZ FRAULE FERNÁNDEZ, SANTIAGO PARADIS FRAILE (TRADUCCIÓN). (2000): *Daño Cerebral-Guía de Familias*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- M. WHITE Y D.EPTON. (1993): *Medios narrativos para fines terapéuticos*, Barcelona, 1993, Paidós.

- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. (2007): *Modelo de Centro de Día para personas con Daño Cerebral Adquirido*, Madrid.
- Modelo de atención a las personas con Daño Cerebral.*
- PAULINE BOSS. (2001): *La pérdida ambigua*, Barcelona, Gedisa.
- PLATAFORMA ESPAÑOLA POR EL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO. (2012): *Informe Conocimiento del DCA en España*, Madrid.
- TREVOR J. POWELL. (2001): *Lesión cerebral: una guía práctica*, Fundació Institut Guttmann.

Toda la Información sobre Dependencia y Políticas Sociales



Deseo suscribirme a la Editorial Polibea por 49 euros y recibir cada año las siguientes publicaciones: 10 Números de la GUÍA POLIBEA con información sobre cursos, convocatorias, ayudas técnicas, publicaciones y noticias en torno a la Educación Especial y al mundo de las Personas con Discapacidad. 4 Números de la REVISTA POLIBEA con artículos, entrevistas y noticias sobre los distintos campos de la Educación Especial y Discapacidades. 1 AGENDA informativa con un contenido sobre temas básicos de la discapacidad, un diccionario de términos relacionados con las deficiencias y un directorio que incluye: Organismos de la Administración del Estado, Centros de Documentación, Asociaciones y otras entidades. 1 Catálogo de libros con todos los libros sobre discapacidad de todas las editoriales. 1 CD con INFORMACIÓN GENERAL SOBRE DISCAPACIDAD.

SUSCRIPCIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS.....
 DOMICILIO.....DP.....
 POBLACIÓN.....PROVINCIA.....TELÉFONO.....CORREO-e.....
 PROFESIÓN.....LUGAR DE TRABAJO.....
 FORMA DE PAGO: Talón adjunto Giro postal nº.....Domiciliación bancaria (*Suscripción Anual 49 Euros*)

DOMICILIACIÓN DE PAGO POR BANCO

.....a.....de.....de 20.....
 Muy señores míos:
 Les ruego que a partir de la fecha atiendan los recibos girados por la **Editorial Polibea**, a mi nombre, con cargo a mi cuenta corriente/cartilla de ahorro:
 BANCO/CAJA.....
 CALLE.....
 POBLACIÓN.....PROVINCIA.....DP.....
 Entidad Sucursal D.C. nº de cuenta FIRMA
 C.C.C.
 NOMBRE Y APELLIDOS (titular).....

(Sírvasse recortar y enviar este boletín de suscripción a Editorial Polibea. Ronda de la Avutarda, 3. 28043 Madrid. Tel.: 91 759 53 72 - Fax: 91 388 37 77

(LA DOMICILIACIÓN BANCARIA DEBE IR RELLENA EN SU TOTALIDAD Y FIRMADA)

El/la interesado/a autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento y la actualización de los mismo para el envío de las publicaciones a las que se suscribe, así como para la comunicación de actividades de EDITORIAL POLIBEA, e incluso a través de medios electrónicos, tanto durante el periodo en que esté suscrito/a como una vez finalizado. Asimismo, acepta que sus datos puedan ser cedidos para la gestión de las publicaciones a otras entidades públicas y privadas colaboradoras de EDITORIAL POLIBEA, respetando en todo caso la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los citados cesionarios.

Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizadas. El fichero creado esté ubicado en Ronda de la Avutarda, 3, 28043 MADRID (España), bajo la supervisión y control de EDITORIAL POLIBEA, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación mediante comunicación escrita dirigida a la dirección anteriormente indicada.

Vd. puede marcar esta casilla en caso de oponerse al tratamiento y comunicación de los datos de carácter personal para finalidades indicadas anteriormente distintas de la gestión de curso solicitado.

En caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del interesado, éste deberá, con carácter previo a su inclusión en el presente documento, informarles de los extremos contenidos en los párrafos anteriores.