

RTS

REVISTA DE TREBALL SOCIAL

221 DESEMBRE 2021

A fons_ Coneixement i actituds respecte al document de voluntats anticipades en un centre residencial per a persones grans | Intervenció de treball social amb famílies rurals en el marc de construcció de pau a Colòmbia | Canvis i adaptació assistencial del Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus davant la pandèmia per la covid-19 | Els efectes psicosocials en els nens i adolescents en una situació de dol familiar.

Un espai per al treball social

Compartint la pràctica professional_ Sistematització del procés d'acollida en addiccions des del treball social | Estudi de cas: l'acompanyament i l'orientació individual com a eina de canvi i progrés personal i familiar a l'hora d'afrontar la cura d'un familiar amb demència | L'exercici del rol parental als centres penitenciaris de Catalunya. L'experiència Grup de Gestió d'Educació i Responsabilitat Parental al centre penitenciari Brians 2 | La intervenció social als CDIAP: una revisió continua

Directora: Rosa M. Carrasco Coria

Sotsdirectora: Susana Lara Navas

Equip de redacció: Marta Arranz Montull, Yolanda Fierro Fidalgo, Matilde González Jiménez, José Antonio Langarita Adiego, Clara Santamaria Jordana

Support tècnic: Jaume Ferrández Rubió

Consell Assessor Editorial

Ana Alcázar Campos, Universidad de Granada. **Beth Bàrbara Sirera**, Ajuntament de Barcelona. **Maite Boldú Alfonso**, Universitat de Girona. **Annamaria Campanini**, Università degli Studi di Milano-Bicocca. **Cristina De Robertis**, autora i docent. **Teresa Facal Fondo**, Universidad de Santiago de Compostela. **Josefa Fernández Barrera**, Universitat de Barcelona. **Rosa Maria Ferrer Valls**, directora de l'RTS 2014-2018. **Josefa Fombuena Valero**, Universitat de València. **Maria Victòria Fornés Fernández**, Universitat Rovira i Virgili. **Marga García Canela**, Institut Català de la Salut. **Victor Manuel Giménez-Bertomeu**, Universidad de Alicante. **Carme Guinovart Garriga**, Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic. **Francisco Idareta Golderacena**, Universidad Pública de Navarra. **Maria Tereza Leal Cavalcante**, Universitat de Barcelona. **Silvana Martínez**, Federación Internacional de Trabajo Social (FITS). **Miguel Miranda Aranda**, Universidad de Zaragoza. **Xavier Miranda Ruche**, Universitat de Lleida. **Carlos Montaña Barreto**, Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Laura Morro Fernández**, Parc Salut Mar de Barcelona. **David Nadal Miquel**, Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. **Belén Parra Ramajo**, Universitat de Barcelona. **Enrique Pastor Seller**, Universidad de Murcia. **Francina Planas Vilella**, Vinclé, Associació per la Recerca i l'Acció Social. **Laura Ponce de León Romero**, Universidad Nacional de Educación a Distancia. **Esther Raya Díez**, Universidad de La Rioja. **Enrique Raya Lozano**, Universidad de Granada. **David Rodríguez Abellán**, membre de la Junta del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. **Vicenta Rodríguez Martín**, Universidad de Castilla-La Mancha. **Montserrat Rovira Jarque**, Ajuntament de Barcelona. **Emma Sobremonte de Mendicuti**, Universidad de Deusto. **Octavio Vázquez Aguado**, Universidad de Huelva. **Teresa Zamanillo Peral**, Universidad Complutense de Madrid.

Equip de revisors externs de l'RTS 221

Carlos Alarcón Zwirnmann, Ajuntament de Barcelona i Universitat de Barcelona. **Marta Bonilla Ibern**, Institut Català de la Salut. **José Francisco Campos Vidal**, Universitat de les Illes Balears. **Josefa Cardona Cardona**, Universitat de les Illes Balears. **Mercè Civit Illa**, Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. **Ferran Cortès Izquierdo**, Universitat de Barcelona. **Javier Cortés Moreno**, Universidad de Jaén. **Maria Elena Cuartero Castañer**, Universitat de les Illes Balears. **Nuria del Álamo Gómez**, Universidad de Salamanca. **Yolanda Doménech López**, Universidad de Alicante. **Manuel Gutiérrez Pascual**, Consejo General de Trabajo Social. Revista Servicios Sociales y Política Social. UNED. **Mª Rosario Luis-Yagüe López**, Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. **Sergi Martí Moreno**, Ajuntament de Barcelona. **Mario Millán Franco**, Universidad de Málaga. **Laura Moya Santander**, Universidad de Zaragoza. **Ariadna Munté Pascual**, Universitat de Barcelona. **Jesús Muyor Rodríguez**, Universidad de Cádiz. **Cándid Palacin Bartrolí**, Universitat de Barcelona. **Belén Parra Ramajo**, Universitat de Barcelona. **Núria Prat Bau**, Universitat de Barcelona. **Maria Valeria Pérez Chaca**, Universidad Nacional de Cuyo (Argentina). **Miriam Sánchez Reyes**, Hospital Universitario del Sureste (Madrid) i Universitat Oberta de Catalunya. **Mireia Soler Boda**, Institut Català de la Salut. **Josep M. Torralba Roselló**, Universitat de Barcelona. **José Juan Zurro Muñoz**, Universidad de Valladolid

Disseny i maquetació: Carme Guri Feliu

Correcció i traducció: Núria Saurina Eudaldo i Miquel Saumell Santaegúenia

Traducció i correcció anglès: Nicholas G. Charles Colomina

Impremta: Sprint Copy

Dipòsit legal: B-19535/1968

ISSN: 0212-7210 - **ISSNe:** 2339-6385

Edita: Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya

Portaferrissa 18, 1r 1a - 08002 Barcelona. Tel. 93 318 55 93 - Fax 93 412 24 08

Adreça electrònica: rts@tscat.cat - **Web:** www.revistarts.com

Junta de Govern del Col·legi

Degana: Conchita Peña Gallardo. **Vicedegana:** Mercè Civit Illa. **Secretari:** David Rodríguez Abellán. **Vicesecretària:** Meritxell Ortiz Conca. **Tresorera:** Laura Morro Fernández. **Vicedegana de Lleida:** Irene Gardeñes Ruz. **Vicedegana de Girona:** Mònica Franco Vallejo. **Vicedegana de Tarragona:** Emma Pérez Pla. **Vicedegana de Manresa i Catalunya Central:** Alicia Fernández Prieto. **Vicedegana de Terres de l'Ebre:** Neus Jové Edo. **Vocals:** Francina Planas Vilella, Adam Benages Nozal, Judit Rodríguez Moreno i Paula Bertomeu Sancho.

L'equip de redacció no s'identifica necessàriament amb el contingut dels articles publicats.

Sumari

Editorial convidat

Diàleg sí, subalternitat de cap manera
Miguel Miranda Aranda _____ 5

A fons

Coneixement i actituds respecte al document de voluntats anticipades en un centre residencial per a persones grans
Núria Gallart Guivernau _____ 11

Intervenció de treball social amb famílies rurals en el marc de construcció de pau a Colòmbia
Ana Marcela Bueno i Fernanda Torres Gómez _____ 29

Canvis i adaptació assistencial del Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus davant la pandèmia per la covid-19
Antoni Llord Suárez i Tre Borràs Cabacés _____ 49

Els efectes psicosocials en els nens i adolescents en una situació de dol familiar. Un espai per al treball social
Irene Casadó Cardil _____ 69

Compartint la pràctica professional

Sistematització del procés d'acollida en addiccions des del treball social _____ 91
María Victoria Ochando Ramírez

Estudi de cas: l'acompanyament i l'orientació individual com a eina de canvi i progrés personal i familiar a l'hora d'afrontar la cura d'un familiar amb demència
María Cristina Lopes Dos Santos _____ 109

L'exercici del rol parental als centres penitenciaris de Catalunya. L'experiència Grup de Gestió d'Educació i Responsabilitat Parental al centre penitenciarí Brians 2
Núria Pujol Serna _____ 123

La intervenció social als CDIAP: una revisió contínua
Adela Rodríguez Civil, Jaume García Hernández, Gergana Dimitrova Aladzhova, Andrea V. Rodríguez Erazú i Sunsi Segú Colomé _____ 139

Ressenyes

Intervención social en dependencia: cuestiones interdisciplinarias de interés _____ 155

La violencia laboral en las residencias de mayores. ¿Cómo gestionar la agresividad de la persona usuaria? _____ 159

| | |
|--|------------|
| <i>Conocer para transformar. Métodos y técnicas de investigación en Trabajo Social</i> _____ | 163 |
| <i>El Trabajo Social y su acción profesional</i> _____ | 167 |
| Normes per a la presentació d'articles a l'RTS _____ | 171 |
| Compromís ètic de l'RTS _____ | 179 |

Editorial convidat

Diàleg sí, subalternitat de cap manera

Miguel Miranda Aranda

Membre del Consell Assessor Editorial de l'RTS. Facultat de Ciències Socials i del Treball de la Universitat de Saragossa

Confessaré que el primer esborrany escrit per a aquest editorial l'he hagut de rebutjar per la simple raó que m'he adonat que estava repetint les idees exposades pels qui m'han precedit en aquest honor que ens ofereix l'RTS com a editorialistes convidats, i que també són les meves obsessions: la necessitat de continuar treballant per construir una identitat professional clara, la recuperació de la història del treball social posant en valor les figures de les nostres pioneres fins no fa gaire ignorades i menyspreades, posar en valor les nombroses bones pràctiques professionals que en massa ocasions romanen invisibilitzades perquè no es comuniquen al col·lectiu professional, no s'escriuen ni es publiquen (i això inclou intervencions a escala grupal i comunitària, que són més abundants del que sembla a primera vista), el foment de la recerca amb la consegüent teorització pròpia sobre el nostre propi terreny, el reforçament de les revistes científiques com aquesta, que faciliten la comunicació sense barreres geogràfiques, el convenciment que el coneixement científic es construeix globalment i això implica trencar fronteres de tota mena, incloses les lingüístiques, per possibilitar aquest diàleg que sí que existeix en altres professions, el necessari diàleg entre l'àmbit acadèmic i l'àmbit de la pràctica directa, la necessària formació permanent en un món canviant i complex en el qual el coneixement científic no s'atura fugint d'un mer practicisme...

Quan l'RTS t'ofereix aquesta possibilitat, un honor sens dubte i una espècie de tancar un cercle en el temps, per a qui la tenia com a llibre de capçalera en els inicis professionals, pels volts dels 70, és comprensible que es tracti d'aprofitar l'ocasió per traslladar al col·lectiu professional les preocupacions pròpies d'un veterà enamorat de la seva professió i de la seva disciplina. Però, com dic, el lector trobarà tots aquests temes en aquestes pàgines magníficament tractats per altres editorialistes i articulistes. En conseqüència, tractaré de ser un pelet original i fins i tot provocador i sens dubte molest per a alguns. Mai em vaig quedar callat, ni davant la perspectiva de possibles i indefectibles represàlies que, d'altra banda, em resulten insignificants.

Sens dubte les nostres pioneres ens van aconsellar mantenir el diàleg amb les ciències afins. No hi ha més que llegir a M. Richmond per veure com dialoga amb la medicina, el dret, la filosofia, l'antropologia... Les seves notes a peu de pàgina de la seva obra de maduresa (*What is social case work*) són una invitació a conèixer l'obra dels intel·lectuals més excel·lents del moment. També són molt suggeridors les cites que posa al principi de *Social Diagnosis*: una de James Jackson Putnam, un

metge neuròleg fundador de la primera clínica neurològica que més tard va ser el Departament de Neurologia de la Harvard Medical School, un dels introductors del treball social als hospitals, amb Cabot, impulsor de la Societat d'Higiene Mental i col·laborador de les C. O. S. a més de pragmatista, amic de W. James. La segona és de Cooley, més conegut, professor de la Universitat de Michigan. I la tercera és de Hans Gross, un jurista austriac considerat el pare de la criminologia, l'estudi científic del delictes, a l'Escola de Criminologia de Graz.

Helen Harris Perlman en el pròleg del seu magnífic llibre *Social Casework* qualifica de brillant *Social diagnosis*, la monumental obra de recerca de Richmond, que qualifica com "el primer i més excel·lent esforç cap a una organització i ordenació dels processos del *casework*, seleccionant i aplicant alguns dels sistemes operatius vigents en lleis i medicina...". Si anem de les C. O. S. als Settlement, de M. Richmond a Jane Addams, és de citació obligatòria l'obra de Mary Jo Deegan que té el significatiu títol de *Jane Addams and the Men of the Chicago School, 1892-1918*, en el qual la sociòloga canadenc, a més de reclamar-la com a sociòloga (per fer recerca, com si les treballadores socials no n'haguessin fet des del principi), la reconeix com la líder de tot el moviment progressista, brou de cultiu dels pragmatistes, interaccionistes i de tants treballs d'aquella escola on els homes (Park, Thomas), manaven invisibilitzant la contribució femenina a la qual preferien només en l'àmbit de la intervenció, reservant-se per a ells el privilegi de pensar, de teoritzar, fins i tot d'ocupar la docència universitària.

Doncs bé, és evident que aquella pràctica de diàleg interdisciplinari i aquella recomanació de Richmond a les següents generacions s'han complert sense gènere de dubtes. M. Payne defensa que "les teories de l'acció social poden ser enteses relacionades les unes amb les altres com si fossin un cos global de coneixement" i aquestes teories que tracten d'explicar, descriure o justificar el que fan els treballadors socials són evidentment compartides amb altres disciplines i van arribar al treball social gràcies a aquest diàleg que es va iniciar tan primerencament amb la filosofia (pragmatisme), la psicologia social (l'interaccionisme) i que va continuar amb la psicoanàlisi quan va arribar als Estats Units (Hamilton, Hollis, Robinson, Taft, Perlman) i en les següents generacions. I es va continuar dialogant amb el marxisme i la sociologia crítica, amb Bertalanffy i la seva teoria general dels sistemes, i amb qualsevol altra teoria que pogués ser útil al treball social sense perdre la identitat. Això no ho fa només el treball social, sinó qualsevol altra disciplina. Ningú pot romandre en un compartiment estanc ignorant el que es crea al seu voltant. El treball social, tampoc.

Ara bé, i vaig acabant, aquest diàleg no significa submissió, subalternitat enfront de l'hegemonia d'uns altres (Gramsci). En cap cas significa que el treball social sigui una pista d'aterratge per a colonitzadors, en massa ocasions rebutjats pels seus àmbits "naturals" que continuen pretenent liderar una professió i una disciplina que no és la seva, i a més amb aires de superioritat i una pretesa innovació. Ho afirmo amb contundència en la presentació del volum II de *Lo social en la salud mental. Trabajo Social en Psiquiatría*. Estem farts, però veritablement farts, de

la gent que, emparada en normatives irracionals, pretén colonitzar-nos, com si estiguéssim necessitats de les seves grandioses aportacions que d'altra banda passen en gran part desapercebudes, encara que, això sí, es publiquin en revistes de molt d'impacte que gairebé ningú llegeix. El treball social té ja una llarga trajectòria, és una professió en la qual per exercir cal tenir l'acreditació acadèmica que correspongui en cada país. I és una disciplina que dialoga, però no en una permanent minoria d'edat que només existeix al cap d'aquells que busquen el seu lloc en el món a l'empara del discurs de la transversalitat. I com és obvi... per ensenyar alguna cosa cal conèixer-la prèviament. I xoca trobar-te amb gent que a l'empara d'aquesta legislació irracional pretén ensenyar per a l'exercici d'una professió que ells mateixos no podrien exercir. Si no es pot ensenyar medicina sense ser metge, per què sí que es pot ser professor de treball social en qualsevol de les seves modalitats? Aquesta realitat és una falta de respecte a la professió que a molts ens resulta intolerable i sobre la qual els òrgans corporatius, com farien uns altres en el seu cas, han de, al meu entendre, reflexionar i actuar.

No puc acabar sense dedicar en aquestes pàgines un record emocionat a la professora Mercedes Vilas, recentment finada a Barcelona, ciutat a la qual es va retirar després de la seva jubilació a la Universitat de Saragossa. Una catalana que va deixar empremta en generacions d'alumnes. Culta, sàvia, temperada, excel·lent supervisora, professora estimada. No vaig ser alumne seu, però sí company i successor en les seves assignatures. Sempre et recordarem.

A fons

Coneixement i actituds respecte al document de voluntats anticipades en un centre residencial per a persones grans

Núria Gallart Guivernau

Intervenció de treball social amb famílies rurals en el marc de construcció de pau a Colòmbia

Ana Marcela Bueno i Fernanda Torres Gómez

Canvis i adaptació assistencial del Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus davant la pandèmia per la covid-19

Antoni Llort Suárez i Tre Borràs Cabacés

Els efectes psicosocials en els nens i adolescents en una situació de dol familiar. Un espai per al treball social

Irene Casadó Cardil

Coneixement i actituds respecte al document de voluntats anticipades en un centre residencial per a persones grans

Knowledge and attitudes concerning the advance directive document at a care home

Núria Gallart Guivernau¹

ORCID: 0000-0003-4652-8890

Recepció: 10/06/21. Revisió: 16/07/21. Acceptació: 13/09/21

Per citar: Gallart Guivernau, N. (2021). Coneixement i actituds respecte al document de voluntats anticipades en un centre residencial per a persones grans. *Revista de Treball Social*, 221, 11-28. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.01>

Resum

En aquest estudi es pretén analitzar el grau de coneixement del document de voluntats anticipades (DVA) que tenen els treballadors i els residents d'un centre residencial per a persones grans, i la seva actitud cap a aquest document. Per fer-ho, es proposa una aproximació teòrica a conceptes relacionats amb el DVA: la prevalença, la utilització, el coneixement i l'actitud cap a aquest document per part del personal assistencial i el rol del treball social en aquest aspecte. Es dissenya el marc metodològic a través d'entrevistes a diversos professionals del centre residencial i d'un grup de discussió amb la participació de residents del centre. També participen en l'estudi, a través d'entrevistes, professionals de l'àmbit d'acció socioeducativa en gent gran, persones externes que es consideren referents en aquest terreny. L'anàlisi dels resultats posa en relleu el desconeixement del DVA per part dels professionals i residents del centre, tot i que hi tenen una actitud positiva, i la necessitat expressada per tots dos col·lectius de formació en aquest àmbit i de la incorporació del DVA al centre residencial com un aspecte determinant en la gestió del dret a morir dignament.

Paraules clau: Gent gran, document de voluntats anticipades, treball social, entorn residencial, mort digna.

¹ Grau en Educació Social i Treball Social (Universitat de Lleida), Màster Interdisciplinari en Atenció Integral a la Cronicitat (Universitat de Barcelona). Treballadora social al servei d'urgències de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. nuria.gallart.guivernau@gmail.com

Abstract

This study seeks to examine the level of knowledge concerning the advance directive document (ADD) that is held by the workers and residents of a care home, along with their attitudes towards it. To do this, a theoretical approach to concepts related to the ADD has been put forward. These concepts are: prevalence, use, knowledge and attitude in relation to the document on the part of care staff and the role of social work in this respect. The methodological framework is conceived around interviews with various professionals from the care home and a focus group with the participation of residents from the home. The study also engages in interviews with professionals from the sphere of social and educational action with the elderly, deemed as points of reference in this field. The analysis of the results highlights the lack of knowledge of the ADD shown by professionals and residents of the home, although they do exhibit a positive attitude towards the document, and both groups expressed a need for training in this sphere and for the ADD to be incorporated into the home as a decisive component in administering the right to die with dignity.

Keywords: Senior citizens, advance directive document, social work, care home setting, dignified death.

1. Introducció

En el camp de la medicina es comença a donar importància a les decisions del pacient i a la seva autonomia, que es consideren valors essencials de la persona, i per fer-ho cal tenir presents els valors i desitjos del malalt, sobretot en les decisions que es prenen al final de la vida, ja que aquestes afecten els valors bàsics de la persona i els seus drets fonamentals.

Actualment, ens trobem davant de grans avenços científics i tecnològics que fan possible mantenir la vida d'una persona més enllà del seu procés natural a través de tecnologies de suport vital, però s'ha de tenir en compte que aquests avenços allarguen la vida de forma artificial, fet que en situacions irreversibles pot implicar un augment de l'agonia. És per això que cal acceptar que tothom té dret a posar límits a qualsevol actuació que s'efectuï sobre ell mateix, i que totes les persones tenen dret a anticipar aquestes voluntats perquè es tinguin en compte quan no es puguin expressar personalment (Velasco i Rayón, 2016). En aquest context és on s'inicia la idea de les voluntats anticipades com un dret per exercir l'autodeterminació en moments de pèrdua de decisió i d'autonomia.

El testament vital, o voluntats anticipades, neix als Estats Units l'any 1914, quan s'estableix el dret a l'autonomia del pacient, i arriba al punt de màxim desenvolupament als anys 70 amb el naixement de la bioètica. Davant del desenvolupament de tècniques mèdiques sorgeix la necessitat de crear un document que permeti expressar de forma anticipada la voluntat de negar-se a rebre un tractament quan sigui necessari. Per donar la possibilitat de decisió al pacient va néixer el document de voluntats anticipades (Saralegui et al., 2004). Posteriorment, l'any 1990, arran de la poca utilització del document, es va crear la Patient Self-Determination (PSDA), una iniciativa que volia incrementar la participació dels pacients en la presa de decisions clíniques, i es va plantejar un canvi en la implantació del document. En aquest sentit, les voluntats anticipades es van incorporar com un procés on es valoren les voluntats expressades com a base de la comunicació entre pacient, família i equip sanitari, amb la finalitat que aquestes decisions quedin recollides en la història clínica o social de la persona, o en un DVA (tot i que aquest darrer no sigui necessari amb aquesta nova visió).

Segons la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica, el document de voluntats anticipades (DVA) és un document adreçat al metge responsable, segons el qual una persona major d'edat, amb capacitat suficient i de manera lliure, expressa les instruccions que cal seguir quan ella es trobi en una situació en què les circumstàncies no li permetin expressar personalment la seva voluntat. Dins del document també es pot designar un representant que exerceixi com a interlocutor vàlid amb l'equip sanitari, perquè substitueixi la persona signant en el cas que la seva voluntat no estigui escrita.

2. Plantejament teòric

2.1. El DVA a Espanya i a Catalunya

Els drets del pacient com a protagonista de les relacions assistencials porten a la llei estatal 41/2002, de 14 de novembre, coneguda com a Llei d'autonomia del pacient o Llei bàsica. Té l'objectiu de reforçar i donar prioritat al dret d'autonomia i autodeterminació del pacient i regula el consentiment informat de les voluntats anticipades. En aquesta llei s'estableix el dret a negar-se a rebre tractament si hi ha una constància per escrit que així ho consigni i estableix l'obligació dels professionals sanitaris de respectar les decisions que el pacient pren de forma conscient i voluntària.

A escala catalana, ens regim per la Llei orgànica 6/2006, de 19 de juliol, de reforma de l'Estatut d'autonomia de Catalunya, on a l'article 20.2 consta el següent:

Totes les persones tenen dret a expressar llur voluntat d'una manera anticipada per tal de deixar constància de les instruccions sobre les intervencions i els tractaments mèdics (...), que han d'ésser respectades (...) pel personal sanitari.

També per la Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica, on a l'article 8 es reconeix el DVA com un document legal, i pel Decret 175/2002, de 25 de juny, pel qual es regula el Registre de voluntats anticipades.

2.2. Coneixement i actituds dels professionals respecte al DVA

Una de les barreres determinants per a l'ús del document de voluntats anticipades és el desconeixement dels professionals, tot i que tenen el deure legal d'acceptar els documents, inscriure'ls, tenir-los en compte en les decisions, oferir informació per elaborar el pla i dialogar sobre el contingut del document (Comitè de Bioètica de Catalunya, 2010). És evident que el fet que l'equip mèdic aconselli redactar el DVA en fomenta la formalització, però s'evidencia que la discussió s'efectua amb poca freqüència (Mouton et al., 1997).

L'estudi d'Aguilar-Sánchez et al. (2018) determina que el coneixement dels professionals sobre el document a l'Estat espanyol és escàs: només el 55,9% dels sanitaris enquestats coneixia el DVA i tant sols el 22,2% afirma haver-lo llegit. Segons Bachiller (2004), un 60% dels professionals sanitaris coneixen el document de manera superficial, el 30% no coneix la legislació sobre el document i només un 10% estan informats de manera completa sobre aquesta qüestió. A més, consideren que no estan prou capacitats per orientar el pacient cap a la redacció del DVA (Hildén et al., 2004).

Actualment, la comunicació entre l'equip mèdic i els pacients es basa en el respecte i la participació dels pacients en els processos de salut pròpia. S'ha demostrat que aquest tracte porta a estats de salut més positius i a una adherència més gran al tractament (Martínez, 2007). També que les habilitats socials i de comunicació de l'equip mèdic influeixen en l'aplicació de models clínics que propicien les converses entre pacients i metges en totes les fases de la malaltia.

2.3. Rol del treball social en la planificació de les voluntats anticipades

Seguint a Luptak (2004), la teoria i la pràctica de la disciplina del treball social n'indiquen una forta relació amb el suport a persones i a famílies en la planificació de l'atenció al final de la vida.

En aquest sentit, Bern-Klug et al. (2001) identifiquen els rols que tenen els treballadors social en el suport al final de la vida: treballen amb persones que es troben en la darrera etapa vital i amb els seus familiars amb aspectes relacionats amb valors, suport emocional, presa de decisions i acompanyament al dol; treballen en equip amb altres professionals de la salut; vetllen perquè el pronòstic mèdic quedi integrat en el context social; ajuden els pacients perquè es respectin les seves decisions, preferències i drets; i són un suport per al pacient i per a la seva família per comunicar el dolor i els sentiments, ajudant així a seguir un procés de mort digna. Segons l'autor, la plena integració del treball social com a peça valorada i respectada de l'equip interdisciplinari és indispensable per a la correcta intervenció amb persones en situació de final de vida i amb la seva família.

Segons Colom (2008), el paper del professional del treball social va més enllà del suport en l'elaboració del DVA i considera fonamental la tasca des d'aquesta professió per tal de garantir els drets dels pacients i encarar el document des d'una perspectiva social que tingui en compte les relacions familiars i afectives, les limitacions de diagnòstic, la participació en les cures, la comunicació de notícies, el suport a la família i l'entorn i en la reorganització familiar que això pot suposar. A més, els treballadors socials poden ser, en la majoria dels casos, un recurs idoni per enfrontar-se amb els problemes ètics i amb les decisions durant processos d'atenció anticipada en l'envelliment i mort (Luptak, 2004). Segons Colom (2008), el suport social és bàsic en les situacions de final de vida, i cal tenir en compte que aquest suport té una càrrega important de presa de decisions davant de situacions de darrers dies de vida.

2.4. El DVA en les persones grans

Segons Batchelor et al. (2017), el procés de planificació de les voluntats anticipades hauria de començar de manera prèvia a un ingrés residencial, desenvolupant-se en un entorn comunitari. Tot i això, els autors exposen que el coneixement de la planificació de voluntats anticipades a la comunitat és escàs, per la qual cosa les persones grans no es plantegen redactar-lo fins que necessiten una atenció social o residencial.

Segons els autors, els serveis residencials per a persones grans exerceixen un paper clau en dialogar amb els residents sobre els seus valors i les seves preferències de manera independent a les seves capacitats, i involucrar la família en aquests diàlegs; facilitar la planificació anticipada de decisions; i garantir l'intercanvi d'informació amb els serveis d'atenció mèdica referent als valors i preferències de les persones.

Segons el Comitè de Bioètica de Catalunya (2010), el DVA es basa en el respecte a l'autonomia de la persona i és una eina per exercir-la quan es presenta una situació de vulnerabilitat. La mort està associada a importants dilemes ètics i les decisions respecte a aquesta fan referència al valor de la vida i de la dignitat. Hem de tenir en compte que el principi de dignitat va íntimament relacionat amb el principi d'autonomia personal i que s'han de respectar les decisions que cada persona pren. Per tant, cal considerar el DVA com una eina d'intervenció i de prevenció de maltractament, de coneixement, d'informació i de respecte de drets de les persones grans.

3. Plantejament metodològic

L'objectiu de la investigació és determinar si els professionals i residents d'un centre residencial per a persones grans coneixen o no la funcionalitat del document de voluntats anticipades (DVA). També pretén identificar els factors que indiquen el coneixement o no del DVA al centre, les actituds i creences dels professionals i residents al voltant d'aquest document i analitzar el rol del treball social en la divulgació del DVA i l'acompanyament a l'hora de formalitzar-lo.

Autors com Taylor i Bogdan (1987) refereixen que la investigació qualitativa és flexible i entén el context i les persones des d'una perspectiva holística i humanista. Així, es determina que és la metodologia més adient en l'estudi. A més, en el camp sociosanitari, Hanzeliková (2016) afirma que aquesta metodologia és especialment adequada per conèixer els valors, les creences i les actituds de la població, fet que és l'objectiu que persegueix l'estudi dut a terme.

La present investigació s'ha desenvolupat, en primer lloc, a través de l'entrevista com a instrument de recollida de dades dels professionals i agents referents en l'àmbit a estudiar, i en segon lloc a través de la tècnica metodològica del grup de discussió aplicat a un grup de residents del centre.

La població de referència són els professionals del centre residencial, que compta amb 92 professionals en la seva totalitat i els 109 residents del centre. La població diana són els residents d'entre 70 i 97 anys, sense deteriorament cognitiu o amb deteriorament cognitiu lleu, escollits de manera conjunta amb l'equip tècnic del centre, amb qui s'ha utilitzat la tècnica de grup de discussió, i també 15 representants de la majoria de les professions del centre (professionals amb un mínim de sis mesos treballats al centre) a qui s'ha entrevistat de manera individual. D'altra banda, s'han

escollit dues persones que es consideren referents en aquest àmbit i en el DVA per integrar-ne la visió i el coneixement en l'estudi.

En relació amb l'entrevista, s'ha seleccionat la tipologia d'entrevista d'investigació social en versió no directiva. Aquesta entrevista és un instrument de disseny propi que consta de 15 preguntes referents al coneixement i opinió dels professionals sobre el DVA i a com la seva professió pot contribuir a l'extensió i formalització d'aquest document dins del centre residencial.

Pel que fa al grup de discussió, Barbour (2013) defineix què s'utilitza com a mitjà d'expressió de creences i valors socials a través de les preguntes d'investigació que sorgeixen dels objectius de l'estudi. Es considera que el grup de discussió és una eina molt útil per al tractament de temes considerats sensibles socialment, i a més dona veu a preocupacions no expressades fins al moment, fets pels quals s'ha decidit fer servir aquest mètode d'investigació.

En l'estudi, el grup de discussió està compost per cinc residents i dues assistents de centre de dia amb deteriorament cognitiu lleu, quatre de les quals no han fet el document de voluntats anticipades. Les persones se situen entre els 77 i els 97 anys, el sexe majoritari és el femení. De les persones participants, tres tenen reconegut el grau I de dependència, la resta no té reconegut cap dels graus. Pel que fa a l'estat civil, totes les persones participants són vídues.

Cal tenir en compte que la investigació es presenta amb un biaix de selecció, ja que la mostra escollida es limita a conèixer la visió d'un col·lectiu concret i no una imatge real del coneixement del DVA en tots els professionals i residents del centre, fet que s'ha descartat perquè s'ha considerat inassolible.

Durant l'anàlisi de resultats per a cada professional entrevistat es crea un acrònim a partir de la seva professió, el sexe (D, H) i un número sobre el nombre de persones amb les mateixes característiques (001/002). De la mateixa manera, es genera un acrònim per a cada persona del grup de discussió amb les dues primeres lletres del nom propi, l'edat i el sexe. La recollida i explotació de dades parteix de la conducció i transcripció de les entrevistes i grup de discussió, posteriorment analitzades mitjançant el paquet software Atlas.ti per tal de comparar, codificar, connectar categories i construir la teoria. Es pot observar en les següents taules les variables d'estudi, amb les corresponents preguntes en les entrevistes i grup de discussió.

Coneixement i actituds respecte al document de voluntats anticipades en un centre residencial per a persones grans

Taula 1. Variables de l'estudi per als professionals / entrevistes

| | ID | NOM | TIPUS | CATEGORIES | PREGUNTA | RECOPIACIÓ |
|------------------------------|----|---|---------------------|---|--|---------------------|
| Dades personals | 1 | Sexe | Dicotòmica | Dona/Home | - | Indirecta |
| | 2 | Estudis | Qualitativa nominal | Categoria professional | Quin paper creu que juga la seva professió en les voluntats anticipades, la divulgació i la formalització d'aquestes? | Indirecta i directa |
| Coneixement i opinió del DVA | 3 | Coneixement de l'existència del DVA | Qualitativa nominal | Oberta | Quina informació té respecte al document de voluntats anticipades? | Directa |
| | 4 | Coneixement de la utilitat del DVA | Dicotòmica | Sí/No | Coneix el funcionament, la utilitat i la formalització d'aquest document? Quin creu que és el perfil majoritari de les persones que formalitzen un DVA? | Directa |
| | 5 | Coneixement de la legalitat del DVA | Dicotòmica | Sí/No | Quina informació té respecte a la legislació vigent referent a les voluntats anticipades? | Directa |
| | 6 | Coneixement del DVA en residents | Dicotòmica | Sí/No | Té informació sobre si algun resident del centre (...) ha formalitzat les seves voluntats anticipades? Creu que és necessari saber si les persones residents l'han formalitzat o no? | Directa |
| Opinió | 7 | Opinió del DVA | Qualitativa nominal | Oberta | Quina opinió té sobre les voluntats anticipades? | Directa |
| | 8 | Saber el DVA dels residents | Qualitativa nominal | Sí/No | Per què creu que és necessari saber si les persones residents l'han formalitzat o no? | Directa |
| | 9 | Converses sobre voluntats | Dicotòmica | Sí/No | Ha tingut converses amb residents i familiars de residents sobre les seves voluntats anticipades? | Directa |
| | 10 | Factors de desconeixement | Qualitativa nominal | 1. Tabú 2. No competència 3. No informació | Quins factors creu que han incidit en el (des) coneixement del DVA al centre? | Directa |
| Equip | 11 | Moment idoni per proposar el DVA | Qualitativa nominal | 1. Ingrés 2. Primers dies 3. Quan es consideri oportú 4. Quan ho consideri el resident | Quin creu que és el millor moment per plantejar aquesta qüestió a residents i familiars? Creu que es pot viure de manera diferent el procés de dependència i de mort si la persona afectada ha verbalitzat o escrit les seves voluntats anticipades o si no ho ha fet? | Directa |
| | 12 | Necessitat d'incorporació del DVA al centre | Dicotòmica | Sí/No | Veu necessari que el centre incorpori la difusió i coneixement del DVA entre professionals i residents? Per què? Què creu que aportaria de positiu el coneixement del DVA als professionals i residents del centre? I de negatiu? | Directa |

Font: Elaboració pròpia.

Taula 2. Variables de l'estudi per als residents / grup de discussió

| | ID | NOM | TIPUS | CATEGORIES | PREGUNTA | RECOPIACIÓ |
|-----------------|----|---|---------------------|---------------------------------|--|------------|
| Dades personals | 13 | Sexe | Dicotòmica | Dona/Home | - | Indirecta |
| | 14 | Estat civil | Qualitativa nominal | Casat/da, solter/a o vidu/vidua | - | Indirecta |
| | 15 | Edat | Qualitativa ordinal | Entre 70 i 100 anys | - | Indirecta |
| | 16 | Registre del DVA | Dicotòmica | Si/No | - | Indirecta |
| | 17 | Haver estat cuidador | Dicotòmica | Si/No | - | Indirecta |
| | 18 | Grau de deteriorament cognitiu | Qualitativa ordinal | Lleu, moderat, greu | - | Indirecta |
| Coneixement | 19 | Coneixement de l'existència del DVA | Dicotòmica | Si/No | Quina informació prèvia tenia sobre el DVA? Ha parlat alguna vegada sobre com li agradaria ser tractat en cas de tenir una malaltia greu i no poder prendre decisions per si mateix? Coneixen alguna persona que l'hagi formalitzat? | Directa |
| | 20 | Coneixement de la utilitat del DVA | Dicotòmica | Si/No | Creu que el DVA té validesa legal? | Directa |
| | 21 | Coneixement de la legalitat del DVA | Dicotòmica | Si/No | Creu que el DVA té validesa legal? | Directa |
| Opinió | 22 | Opinió del DVA | Qualitativa nominal | Oberta | Quina opinió té sobre les voluntats anticipades? Creu que es pot viure diferent el procés de dependència i de mort si la persona afectada ha verbalitzat o escrit les seves voluntats anticipades o si no ho ha fet? | Directa |
| | 23 | Importància de formalitzar el DVA | Qualitativa nominal | Grau d'importància | Després de la informació rebuda referent al DVA, creu que seria important fer-lo? Creu que el podria necessitar en algun moment de la seva vida? | Directa |
| Centre | 24 | Converses sobre voluntats | Dicotòmica | Si/No | Ha parlat amb els professionals de la residència sobre les seves voluntats? Li agradaria tractar aquest aspecte amb algun professional de centre? Amb qui ho faria? | Directa |
| Equip | 25 | Ajuda de professionals | Dicotòmica | Si/No | Creu que els professionals de la residència el podrien ajudar amb l'elaboració del DVA en cas de fer-lo? | Directa |
| | 26 | Necessitat d'incorporació del DVA al centre | Dicotòmica | Si/No | Veü necessari que el centre incorpori la difusió i el coneixement del DVA entre professionals i residents? Per què? Què creu que aportaria de positiu el coneixement del DVA als professionals i residents del centre? I de negatiu? | Directa |

Font: Elaboració pròpia.

3.1. Consideracions ètiques

Pel que fa a les consideracions legals, es declara que s'han respectat tots els drets d'autor mitjançant referències bibliogràfiques de la documentació consultada.

Tenint en compte el procediment per garantir el respecte del principi d'autonomia dels participants, s'entreguen còpies del document de consentiment informat i drets d'imatge, juntament amb un breu resum de l'estudi. La participació és de caràcter voluntari i pot ser revocada en qualsevol moment. Les dades recopilades són confidencials, tenint en compte la Llei orgànica 3/2018, de protecció de dades.

Pel que fa als principis de bioètica de Beauchamp i Childress (1979), cal destacar que en el present estudi es respecta l'autonomia, la no-maleficència, la beneficència i la justícia com a principis bàsics. Que es promouen els drets individuals de les persones, la protecció i el respecte a aquestes, i que davant d'un conflicte ètic se seguiran els principis establerts en el codi deontològic del treball social, sempre que no repercuteixin de manera negativa en les persones participants.

Cal tenir present que, en l'estudi, l'ètica és un aspecte a tenir en compte durant tot el procés d'elaboració. En aquest sentit, segueix els principis implícits en el DVA, com ara el respecte a l'autonomia, a la llibertat, a la competència i a la capacitat de prendre decisions de les persones i al dret a la dignitat tant de la vida com del procés de la mort, evitant així el paternalisme i les decisions substitutives durant tot el procediment de l'estudi. Aquests principis s'apliquen a través de la privacitat de les dades, la participació voluntària i la implicació de professionals de l'àmbit social, que durant tot l'estudi (així com durant les entrevistes i el grup de discussió) segueixen els principis ètics implícits en la professió del treball social.

4. Resultats

L'anàlisi de resultats es fa a través dels dos instruments utilitzats durant el treball de camp.

4.1. Professionals del centre residencial

L'objectiu general de l'estudi és determinar el grau de coneixement del DVA que tenen els professionals i residents del centre residencial. La resposta per part dels professionals ha estat majoritàriament negativa. La treballadora social (TSD001) sí que coneix l'existència del document, per què serveix i com es formalitza. La psicòloga del centre també afirma conèixer el DVA, però no com funciona ni la legislació que hi fa referència. Altres professionals del centre (DUID001, ESD001, PSD001) afirmen conèixer el document, però no la seva aplicació, funcionalitat i formalització. La resta de professionals entrevistats afirmen que no tenen coneixement del document.

Pel que fa al coneixement de la utilitat i formalització del DVA, només tres de les persones entrevistades afirmen conèixer-lo, saber com es formalitza i quina utilitat té. Pel que fa a la legalitat vigent vinculada al DVA, cap dels professionals entrevistats en tenen coneixement.

En aquest sentit, es pot confirmar la teoria que proposa Bachiller (2004) plantejada en el marc teòric, ja que només el 50% dels professionals coneixen el document, i excepte en el cas de la treballadora social, tots de manera superficial.

Constatant l'escàs grau de coneixement del DVA dels professionals del centre, es pretén definir quins són els factors que determinen el desconeixement general del DVA. La majoria de les respostes a aquesta pregunta s'han referit al tabú de la mort i de la dependència. Atribueixen el desconeixement a la poca formació personal i professional entorn de la mort, del dol i de la planificació de voluntats anticipades. Altres professionals (SUPD001, FISIOD001, FISIOD002, GEROD001, GEROD002, TASOCH001, ADMD001) manifesten que el DVA no entra dins de les seves competències professionals, i així en justifiquen el desconeixement.

Aquests factors descrits pels professionals coincideixen amb alguns dels que esmenten Simón et al. (2008). Aquests autors destaquen el tabú de la mort en la nostra societat com una de les causes per les quals el DVA no s'estén. La resta de les causes que assenyalen, com la relació professional-pacient tradicionalment paternalista, o la càrrega emocional que comporta, no són anomenades per cap dels professionals, però sí que les dues persones externes al centre hi fan referència, referint que la càrrega emocional que pot suposar l'acompanyament en la planificació del final de vida és un factor clau en l'escàs tractament d'aquesta planificació.

Tot i el limitat grau de coneixement que es fa visible en l'anàlisi de resultats, l'opinió sobre el DVA de les persones entrevistades és positiva en tots els casos. Totes veuen necessària i profitosa la formulació i el registre del DVA, tant per als residents com per a la millora de l'exercici professional.

Tots els professionals entrevistats troben més aspectes positius que negatius en el DVA, tot i que manifesten factors negatius com un xoc amb els valors i creences religioses o sentiments d'angoixa lligats al tabú de la dependència i de la mort. A més, altres professionals afegeixen que, a causa de la poca formació al centre, caldria fer-ho d'una manera estandarditzada, seguint un protocol o una guia adequada per abordar-ho.

Sanz-Ortiz (2006) determina que els valors implícits del DVA poden suposar una contradicció amb la voluntat o les creences de les persones atorgants, com també comenten alguns dels professionals del centre residencial entrevistats. Afegeix que el DVA no té caducitat, i que amb el temps poden sorgir noves alternatives terapèutiques o canvis d'opinió, i tot i que el DVA es pot modificar, aquest fet pot condicionar de manera negativa.

En relació amb la incorporació del DVA al centre residencial, alguns professionals fan referència al fet que no és una qüestió que es tracti de manera directa al centre, però que a través del dia a dia poden arribar a conèixer els valors i creences de la persona per abordar les voluntats

anticipades amb ella i la seva família. Tots els professionals entrevistats coincideixen que és necessària una formació sobre aquest tema per poder tractar les voluntats anticipades de forma concreta. Segons una de les persones externes entrevistades (PRD001):

fer un DVA (...) és tot un procés, que requereix informació i ajuda, que els ha de venir donada per part de les persones i/o la institució on estan acollides.

Per això es creu necessari que s'incorpori aquest suport en la intervenció quotidiana i passi a formar part d'un aspecte clau a abordar dins d'un centre. En aquest sentit, Morgan i Yoder (2012) conclouen que la formació de professionals assistencials al voltant de les voluntats anticipades i l'aproximació del concepte als residents del centre poden millorar també l'atenció residencial i enfortir el model d'atenció centrada en la persona al centre.

Partint de l'interès teòric i pràctic que suposa la introducció del tractament de les voluntats anticipades en un centre residencial per a la tercera edat, es planteja la necessitat professional de saber si les persones que s'atenen al centre han formalitzat el DVA. Els professionals coincideixen en el fet que el coneixement d'aquest aspecte ajudaria a tractar temes com la dependència o la mort, molt presents en el dia a dia al centre. Tot i això, cal destacar que cap dels professionals del centre sap quins residents tenen elaborat i registrat un document de voluntats anticipades.

Per tal d'abordar les competències professionals de les persones entrevistades, es pregunta quin paper creu que té la seva professió en les voluntats anticipades, la divulgació i la formalització d'aquestes voluntats al centre. Les respostes de la majoria dels professionals entrevistats (PSD001, SUPD001, FISIOD001, FISIOD002, DUID001, GEROD001, GEROD002, TASOCH001, ADMD001, TOD001) van encaminades cap al rol sanitari del DVA, i es creu que l'equip de professionals que ha d'exercir el rol de divulgació i acompanyament ha de ser el personal mèdic. Cal destacar que altres professionals (ESD001, TSD001, PSD001, TASOCH001, TOD001) fan referència a la funció de la treballadora social en l'acompanyament i assessorament en les voluntats anticipades. Alguns professionals entrevistats assumeixen part de la tasca com a compartida entre diversos professionals de l'equip tècnic com la psicòloga, la terapeuta ocupacional i l'educadora social, que destaquen que podrien fer funcions de suport, informació i tractar temes relacionats amb les activitats bàsiques de la vida diària per poder-los incorporar en les voluntats anticipades.

Podem confirmar la necessitat de l'equip sanitari en la formalització del DVA, però cal destacar la importància de tenir suport social, no només per part de l'entorn familiar de la persona, sinó també per part de l'equip social del centre. Wenger et al. (2001) refereixen com les variables psicosocials juguen un paper essencial en la formalització del DVA. Segons Bern-Klug et al. (2001) i Luptak (2004), el rol del treballador social pot suposar un suport determinant en un final de vida digne, que tingui en

compte les preferències i voluntats de les persones i els problemes ètics que puguin sorgir al llarg del procés.

Veient la importància teòrica de l'equip tècnic (tant sanitari com social) en la difusió i acompanyament per formalitzar les voluntats anticipades, es pregunta als professionals si han tingut converses amb residents i/o familiars sobre les seves voluntats anticipades, en relació amb observar quins professionals assumeixen aquestes competències. Contràriament al que han expressat els professionals anteriorment, els que han verbalitzat haver tractat el tema amb residents i familiars formen part de l'equip social (ESD001, TSDOO1, PSD001). Els integrants de l'equip sanitari expressen no haver tractat mai el tema amb cap resident ni familiar del centre.

Davant d'aquestes respostes, es pregunta si se senten preparats per plantejar als residents i familiars qüestions respecte al DVA. Totes les persones entrevistades assumeixen la necessitat formativa al voltant d'aquest àmbit per garantir la qualitat de l'atenció. També creuen que poder tractar temes al voltant de la dependència i la mort va més enllà de la professió i entren en joc capacitats individuals. Proposen que sigui una sola persona de l'equip tècnic la que s'encarregui i dirigeixi aquesta acció tot i la formació conjunta.

Finalment, ja que les respostes i actituds de tots els professionals al voltant d'incorporar el DVA al centre residencial han estat positives, es pregunta quin és el millor moment per plantejar aquesta qüestió i si un centre residencial és idoni per fer-ho. La majoria dels professionals (PSD001, SUPD001, FISIOD001, FISIOD002, DUID001, GEROD001, ADMD001, TOD001) coincideixen que caldria que les persones formalitzessin el document quan es trobessin en un entorn comunitari i amb plenes facultats cognitives, tal com plantegen també Batchelor et al. (2017). Tot i això, els autors expressen que les persones grans no es plantegen fer-lo fins que no necessiten una atenció residencial.

En cas que no sigui possible plantejar les voluntats anticipades en un entorn comunitari, els professionals entrevistats (PSD001, SUPD001, FISIOD002, GEROD002, TASOCH001, TOD001) expressen que el moment idoni per plantejar-ho al centre residencial és quan es fa l'ingrés. Altres creuen que cal introduir el tema en els primers moments de l'estada al centre i que el dia de l'ingrés podria ser precipitat fer-ho, ja que és un aspecte que cal tractar amb temps i confiança.

Segons Batchelor et al. (2017), els serveis residencials per a persones grans exerceixen un paper determinant per parlar amb els residents sobre els seus valors i preferències, i per involucrar la família en aquests diàlegs. Per tant, tot i que no és el lloc ideal per formalitzar el DVA, un centre residencial pot exercir un rol clau a l'hora de conversar amb els residents al voltant de les seves preferències i deixar-les establertes.

4.2. Residents del centre

Pel que fa a l'anàlisi del grup de discussió, tres persones del grup coneixen l'existència del document i per què serveix, però només una

(TE87DON, que ha formalitzat el document) en coneix els detalls. Cal dir que en diversos moments les persones participants han confós el DVA amb el testament. Cal destacar que totes les persones participants han valorat de forma positiva rebre informació sobre el DVA i han sol·licitat més informació en acabar el grup de discussió. Tot i el limitat coneixement del DVA, es pot afirmar que és d'interès per a les persones grans dins d'un centre residencial.

Tots els participants consideren molt important el respecte cap a les preferències de la persona en l'atenció que rep, un fet que queda recollit al DVA. Cal destacar que tots fan referència al fet que és important per a ells que aquestes preferències siguin respectades per la seva família i que les persones del seu voltant no siguin responsables de les decisions preses. Aquestes afirmacions van lligades al que ja apunta Colom (2008): el suport social de la persona malalta té una càrrega important de presa de decisions en situacions de darrers dies. La formalització del DVA porta a descarregar la família i/o el suport social d'aquesta presa de decisions.

Posant en evidència la importància que els participants donen al respecte als seus valors, desitjos i preferències, es pregunta si ho han abordat amb algú del seu entorn. Tres de les persones responen que ho han parlat amb els seus familiars propers, altres no ho han parlat mai amb ningú. Cap d'elles no ho ha parlat amb cap professional, ni del centre ni extern. Tot i això, contràriament al que es pot considerar des de l'opinió de professionals, les persones grans es mostren obertes a parlar sobre el final de la vida i ho consideren un tema bàsic i essencial en la seva etapa. Volen rebre'n informació i veuen la necessitat que aquesta qüestió s'abordi dins del centre.

S'analitza també l'opinió sobre el DVA de les persones participants. Totes n'expressen una opinió positiva, ja que verbalitzen que el document suposa la garantia dels seus drets i voluntats. I refereixen la importància de plantejar les seves voluntats, amb la família o amb professionals. Cal destacar que totes les persones participants en algun moment de la seva vida han estat cuidadores d'una persona que ha estat en una situació de dependència i de final de vida. En aquest sentit, expressen la importància de la formalització del DVA des de la visió de cuidador i de familiar. Aquest fet es contradiu amb altres opinions dels participants, que es mostren oberts a dialogar sobre la mort i les voluntats anticipades, però no es mostren tan oberts a formalitzar un DVA per escrit com a verbalitzar-lo, i consideren que expressant les voluntats a familiars o a l'equip del centre aquestes es compliran.

En la dimensió que fa referència al centre residencial, se'ls pregunta la importància de parlar-hi de la mort. Les persones participants expressen voler parlar-ne, tant amb companys com amb professionals del centre. Es pot determinar que se senten preparats i amb ganes de fer-ho, ja sigui amb els professionals del centre residencial o amb la seva família, i ambdós eviten en ocasions abordar el tema amb ells.

En la darrera dimensió referent a l'equip interdisciplinari, es pregunta sobre la importància de la relació de confiança amb aquest equip.

Expressen que és important confiar en l'equip del centre per abordar-ho i tots consideren que des del centre se'ls podria oferir suport en la planificació de les voluntats. Cal destacar que les persones participants fan referència a la necessitat d'expressar-ho a professionals del centre com la psicòloga o la treballadora social, perquè han establert amb elles un vincle de confiança. Podem considerar que l'establiment de vincle entre professionals i usuaris i l'oferiment de disponibilitat és la base per garantir les converses per abordar aquests aspectes. A més, donen rellevància al fet de veure la mort pròxima dins del centre, expressen la seva consciència de final de vida al centre i, per tant, observen la importància de parlar-ho amb els professionals que els atenen i que atendran el seu final de vida.

5. A tall de conclusions

Es pot concloure de manera determinant, i com ja s'apunta a l'anàlisi de resultats, que el coneixement del DVA per part dels professionals del centre és escàs i limitat, i passa el mateix quan ens referim als residents del centre.

S'han identificat els factors que els professionals perceben com a determinants en el desconeixement del DVA, fent referència al tabú social associat a la mort i, en conseqüència, a la poca formació i informació al voltant d'aquesta. Es pot determinar, a més, que tot i el limitat coneixement del DVA, les actituds i creences dels professionals i dels residents al voltant d'aquest document són en tots els casos positives, amb escasses observacions negatives, que fan referència de nou al tabú de la mort.

Es pot posar de relleu la importància del rol del treball social en el suport en la planificació de les voluntats anticipades, acompanyat de la resta de l'equip interdisciplinari. En aquest sentit, el treball social pot desenvolupar un rol fonamental en la divulgació del document de voluntats anticipades o en l'elaboració de plans de decisions anticipades encara que no acabin en la formalització d'un DVA, i en l'acompanyament i suport al voltant de la mort, el dol i les voluntats anticipades dins d'un centre residencial.

Una vegada posat en relleu el desconeixement del DVA dins del centre, es fa evident la necessitat d'informació i de formació per part de tots els agents implicats en l'elaboració d'un DVA. En aquest sentit, i com expressen els residents participants, és necessari parlar del final de vida i de com es vol abordar amb la persona, amb la seva família i amb els professionals de referència. Els residents participants es mostren oberts a fer-ho, però abans cal dur a terme una tasca de sensibilització, tant personal com col·lectiva, dins del centre per tal de poder integrar el final de vida de manera normalitzada, i en conseqüència la formalització del document de voluntats anticipades. Es proposa l'elaboració d'una guia adaptada a diferents sensibilitats i circumstàncies, perquè sigui utilitzada amb residents, famílies i professionals. Una guia que abordi els processos de final

de vida dins d'un centre residencial i situï el DVA com l'eina fonamental de garantia d'assistència centrada en els valors i preferències de la persona.

Durant l'estudi s'ha pogut observar que el final de vida és un aspecte important dins d'un centre residencial per a la tercera edat i que els residents del centre tenen la necessitat d'abordar-ho amb els professionals de referència i amb la seva família. En aquest sentit, es considera que cal anar més enllà de l'aplicació del DVA dins de l'entorn residencial, i que cal trobar espais amb els residents, les famílies i els professionals (siguin conjunts o individuals), ja sigui a través de converses, activitats o l'elaboració de material de suport, per abordar els processos i els valors al voltant del final de vida, així com de la mort digna.

Aquest estudi ha permès consolidar com la pràctica del treball social té un paper determinant com a suport a la planificació de les voluntats anticipades, i un deure ètic amb la garantia de la dignitat i la llibertat de les persones en tots els moments vitals. Cal que elaborem una visió crítica vers la gestió actual del començament del final de vida i tenir com a horitzó la planificació de les voluntats anticipades com a antesala del dret a morir dignament.

Referències bibliogràfiques

- Aguilar-Sánchez, J. M., Cabañero-Martínez, M. J., Puerta-Fernández, F., Lados-Martín, M., Fernández-de-Maya, J., i Cabrero-García, J. (2018). Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas. *Gaceta Sanitaria*, 32(4), 339-345. Scielo. <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv32n4/0213-9111-gs-32-04-339.pdf>
- Bachiller, A. (2004). Testamento vital: la opinión médica en la provincia de Valladolid. *Metas de Enfermería*, 7(4), 24-7.
- Barbour, R. (2013). *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- Batchelor, P., Haralambous, B., Nolte, L., Mackell, P., Fearn, M., Hwang, K. Detering, K. (2017). *Advance Care Planning: Aged Care Implementation Guide*. Austin Health, Melbourne. Recuperat 18 febrer 2020, de <https://www.advancecareplanning.org.au/docs/default-source/acpa-resource-library/acpa-publications/advance-care-planning-in-aged-care-implementation-guide.pdf>
- Beauchamp, T. L., i Childress, J. F. (1979). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press.
- Bern-Klug, M., Gessert, C., i Forbes, S. (2001). The need to revise assumptions about the end of life: Implications for social work practice. *Health & Social Work*, 26(1), 38-47.

- Colom, D. (2008). *El trabajo social sanitario*. Siglo XXI.
- Comitè de Bioètica de Catalunya. (2010). *Consideracions sobre el document de voluntats anticipades*. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Recuperat 16 gener 2020, de http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_A-Z/V/voluntats_anticipades/documents/cdva2010.pdf
- Decret 175/2002, de 25 de juny, pel qual es regula el Registre de voluntats anticipades. DOGC núm. 3665 (2002).
- Hanzeliková, A. (2016). Introducción a la investigación sociosanitaria: Diseño de estudios cualitativos características generales y conceptos básicos de la investigación cualitativa. *Enfermería en Cardiología*, 23(68), 25-29. *Enfermería en Cardiología*. https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/68_01.pdf
- Hildén, H. M., Louhiala, P., i Palo, P. (2004). End of Life Decisions: Attitudes of Finnish Physicians. *Journal of Medical Ethics*, 30(4), 5-362.
- Llei orgànica 6/2006, de 19 de juliol, de reforma de l'Estatut d'autonomia de Catalunya. BOE núm. 172 (2006).
- Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. BOE núm. 294 (2018).
- Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. DOGC núm. 3303 (2001).
- Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. BOE núm. 274 (2002).
- Luptak, M. (2004). Social work and end-of-life care for older people: A historical perspective. *Health & Social Work*, 29(1), 7-15.
- Martínez, K. (2007). Los documentos de voluntades anticipadas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30 (Supl. 3), 87-102.
- Morgan, S., i Yoder, L. (2012). A concept analysis of person-centred care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6-15.
- Mouton, C., Teno, J. M., Mor, V., i Piette, J. (1997). Communication of Preference of Care Among Human Immunodeficiency Virus-Infected Patients. *Arch Fam Med*. 6(4), 7-342.
- Sanz-Ortiz, J. (2006). ¿Es posible gestionar el proceso de morir? Voluntades anticipadas. *Medicina Clínica*, 126(16), 3-620.
- Saralegui, I., Monzón, J. L., i Martín, M. C. (2004). Instrucciones previas en medicina intensiva. *Medicina Intensiva*, 28(5), 61-256.

- Simón, P., Tamayo, M. I., Vázquez, A., Durán, A., Pena, J., i Jiménez, P. (2008). Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. *Atención Primaria*, 40(2), 6-61.
- Taylor, S. i Bogdan, R. C. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.
- Velasco, T. R., i Rayón, E. (2016). Instrucciones previas en cuidados intensivos: competencias de los profesionales sanitarios. *Medicina Intensiva*, 40(3), 62-154.
- Wenger, N. S., Kanouse, D. E., i Collins, R. L. (2001). End-of-life discussions and preference among persons with HIV. *JAMA*, 285(22), 7-2880.

Intervenció de treball social amb famílies rurals en el marc de construcció de pau a Colòmbia

Social work intervention involving rural families in the context of peacebuilding in Colombia

Ana Marcela Bueno¹

ORCID: 0000-0002-5466-8845

Fernanda Torres Gómez²

ORCID: 0000-0003-1861-7191

Recepció: 16/07/21. Revisió: 08/09/21. Acceptació: 25/10/21

Per citar: Bueno, A. M., i Torres Gómez, F. (2021). Intervenció de treball social amb famílies rurals en el marc de construcció de pau a Colòmbia. *Revista de Treball Social*, 221, 29-47. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.02>

Resum

La ruralitat com a escenari d'intervenció ha estat poc considerada en el marc dels camps del treball social. Malgrat això, en analitzar les seves condicions socials, econòmiques, culturals i polítiques, es troben situacions que requereixen l'estudi, el seguiment i l'aportació de les ciències socials que identifiquin en les famílies i en les comunitats necessitats i formes d'abordatge, especialment en un país com Colòmbia, en el qual els territoris rurals han estat de poc interès i atenció. L'any 2016 el govern colombià va signar un acord de pau amb el grup Forces Armades Revolucionàries FARC-EP, i en aquest acord un dels punts era "més bones oportunitats per al camp". Han passat cinc anys i encara falta força voluntat per superar els problemes socials que afligeixen les poblacions rurals. Des del treball social s'han anat proposant eines per forjar bases per a la construcció de la pau des d'àmbits micro, com ara les famílies.

La investigació (Bedoya et al., 2016) de la qual es deriva aquest article buscava comprendre escenaris i pràctiques familiars per a la generació d'estratègies d'educació per a la construcció de pau territorial; es

1 Docent-investigadora a la Universitat de La Salle. Grup d'investigació Treball social, equitat i justícia social. abueno@unisalle.edu.co

2 Docent-investigadora a la Universitat de La Salle. Grup d'investigació Treball social, equitat i justícia social. mftorres@unisalle.edu.co

va desenvolupar amb perspectiva qualitativa amb famílies rurals al municipi de Guayabal de Siquima, amb les quals es van identificar nivells de participació, capacitats i aportacions com a subjectes col·lectius de drets, amb la qual cosa el present article permet analitzar les possibilitats d'intervenció des del treball social per contribuir a la construcció de pau amb la qual somiem a Colòmbia.

Paraules clau: Famílies rurals, intervenció de treball social, construcció de pau, subjectes col·lectius de drets.

Abstract

Rural life as an intervention setting has been scarcely considered within the context of the fields of social work. Even so, when analysing its social, economic, cultural and political circumstances, there are situations that call for study, monitoring and contributions from the social sciences to identify needs and means of approach among families and communities, particularly in a country such as Colombia where rural territories have received scant interest and focus. In 2016, the Colombian government signed a peace agreement with the group “Revolutionary Armed Forces FARC–EP”, wherein one of the stipulations consisted of “better opportunities for the countryside”. Five years have gone by and there is still a shortage of will to overcome the social problems impacting rural populations. From the field of social work, tools have been put forward that lay the foundations for peacebuilding from micro-spheres such as families.

The research project (Bedoya et al., 2016) from which this article stems sought to understand family practices and scenarios for creating educational strategies for regional peacebuilding. It was forged on the basis of a qualitative perspective involving rural families in the town of Guayabal de Siquima. This provided a range of levels of participation, capacities and contributions in their capacities as collective subjects of rights; accordingly, this article makes it possible to examine the scope for intervention from the field of social work to help build the peace about which we dream in Colombia.

Keywords: Rural families, social work intervention, peacebuilding, collective subjects of rights.

Introducció-context

Històricament, la ruralitat a Colòmbia ha presenciat de manera directa la violència del conflicte armat, la qual cosa ha aguditzat les problemàtiques socials en l'escenari rural, com ara: pobresa, desigualtat, vulneració de drets i desigualtat en l'accés a terres, entre d'altres. En aquest sentit, l'acord de pau (Presidència de la República, Oficina del Alto Comisionado para la Paz, 2018) es va convertir en un panorama esperançador que prometia una superació de les barreres que al llarg del temps han viscut les persones que habiten el camp, especialment en el primer punt sobre "Política de Desenvolupament Agrari Integral. Cap a un nou camp colombià reforma rural integral" en el qual es va prioritzar la cerca del canvi estructural del camp a través del benestar social per a la comunitat rural. Aquesta proposta es promou per donar abast a la construcció de pau des de l'erradicació de la pobresa extrema i el decreixement del 50% de la pobresa en la població rural (Presidència de la República de Colòmbia, 2016).

Pensar en la construcció de pau des de la ruralitat implica abordar les problemàtiques socials que històricament han constituït aquest escenari, com la falta d'igualtat en l'accés a la terra, la falta d'inversió estatal en el desenvolupament agrícola, la pobresa en la població rural, les bretxes socials en l'àrea rural i urbana; elements clau que concerneixen l'enfocament territorial que es va pactar en l'acord de pau des del primer punt de la reforma agrària. Seguint els plantejaments de Briceño (2016), la consolidació de relacions socials emmarcades en l'arrelament i la lluita per la formalització del dret a la propietat són assumptes clau a l'hora de construir la pau en l'escenari rural, que s'aconsegueixen a partir de la superació de la no formalització de la propietat de la població rural i de la identificació de les potencialitats dels seus habitants, amb la qual cosa es pot iniciar la transformació de les relacions quotidianes per a la consolidació del teixit social i amb això l'aportació a un nou context que camina cap a la construcció de pau.

En la mesura que el procés de pau amb les FARC-EP es va anunciar al país, es va identificar la ruralitat com un escenari rellevant per a la intervenció des del treball social, situació que va motivar la recerca "Familias rurales: Escenarios y prácticas para la construcción de paz en el municipio de Guayabal de Siquima-Cundinamarca, Colombia" (Bedoya et al. 2016), en un territori pròxim a la capital del país, amb característiques d'interès per avançar en la construcció d'estratègies per a la recuperació del teixit social i amb això contribuir a la pau que s'estava gestant des del govern nacional. Amb això, ens acostem al municipi corresponent, situat a la part nord-occidental del departament de Cundinamarca,³ conformat per 3.652 habitants, dels quals el 76,44% es localitzen a la zona rural i el 23,65% restant a l'àrea municipal.

3 Cundinamarca és un dels 32 departaments en els quals es divideix Colòmbia geopolíticament i es troba en el centre del país.

Es va elegir aquest municipi perquè la seva població constitueix una identitat en conjunt, representada per ideologies polítiques pròximes al conservadorisme ja que els seus governants han estat de dreta en els últims períodes. Amb aquest panorama es va generar una apatia política enfront del procés de pau i va poder ser causa principal que en les votacions del plebiscit per la pau guanyés el NO;⁴ a més que hi hagués falta de participació en aquesta la votació (Registre Nacional de l'Estat Civil, 2016).

Es va fer un acostament al municipi de Guayabal de Síquima amb l'objectiu de conèixer les seves dinàmiques com a escenari rural, especialment des de les famílies i les seves pràctiques democratitzants per aportar en la convivència comunitària i amb això gestar processos des de l'àmbit territorial per aportar a la construcció de pau nacional. En aquest marc vam reconèixer que com a treball social teníem un paper fonamental en la reconstrucció de dinàmiques pacífiques i el reconeixement de l'*ethos* ciutadà, que des dels àmbits micros requerien recuperar-se per consolidar-los i posar-los a l'ordre dels requeriments del procés de pau que s'estava configurant. Per això es van tenir diàlegs amb algunes famílies, mares, pares, nens i nenes en edat escolar, amb els quals identifiquem els seus processos de participació en l'àmbit comunitari i la vivència dels seus drets a l'interior de les seves famílies. Es van obtenir elements per a la seva potenciació i harmonització de la convivència, assumptes clau per a la reflexió del present document que donarà compte de reflexions sobre la intervenció del treball social en la ruralitat a propòsit de la construcció de pau.

Metodologia

La metodologia que es va desenvolupar en l'estudi del qual parteix aquest article va ser d'ordre qualitatiu, amb dades descriptives a partir de les narratives dels subjectes en comunicació oral i escrita i fins i tot a partir de l'observació mateixa (Taylor i Bogdan, 1987). Es van recollir testimoniatges dels subjectes participants per visibilitzar les seves veus i el significat de les seves vivències (Sampieri et al., 2010). Amb això es va fer ús d'estratègies que permetessin la identificació de les característiques de les dinàmiques familiars i la relació dels grups familiars amb els drets col·lectius, com a possibilitadores per a la construcció de la pau al municipi de Guayabal de Síquima. Es va acudir a l'ús de la memòria i la identitat col·lectiva amb la finalitat d'activar el vincle social i la identificació dels participants (Torres, 2011) amb els processos democratitzants que, associats a la història, es corresponen amb les seves dinàmiques familiars, des de les quals es desitjava rescatar elements que poguessin aportar a la construcció de pau.

⁴ En el resultat de les eleccions del plebiscit que es va dur a terme el dia 2 d'octubre del 2016 per donar resposta a la pregunta "Secunda vostè l'acord final per a la fi del conflicte i la construcció d'una pau estable i duradora?", el SÍ va obtenir 750 vots, equivalent al 49,34%, i d'altra banda el NO va tenir 770 vots, equivalent al 50,65%.

Aquest estudi no es va desenvolupar amb un nombre ampli de persones, va utilitzar un mostreig bàsic guiat per un propòsit⁵ (Sampieri et al., 2010), que va implicar que d'un grup del Programa "Famílies en Acció"⁶ desenvolupat al municipi, es triés un subgrup de 20 famílies en 7 corriols que comptessin amb integrants entre els 7 i 12 anys, i dones i homes majors d'edat.⁷ També es va fer revisió de literatura com una tècnica que permetés donar compte d'aportacions des de les ciències socials per a l'anàlisi dels fenòmens que avui han de rellevar-se per comprendre la vida rural i les emergències que se'n deriven, especialment des d'escenaris de recerca i intervenció del treball social, àmbit des del qual es va pretendre aportar en aquesta reflexió.

L'ingrés al camp es va fer acudint a la secretaria social del municipi, definint unes consideracions ètiques que van exigir fer acostaments previs per presentar el projecte i negociar formes de participació de les famílies, i signar un consentiment informat per autoritzar la recollida i adequat maneig de la informació tant de la població adulta com de la població menor d'edat, amb tota confidencialitat i devolució una vegada culminada la recerca.

Amb aquestes consideracions es va procedir al desenvolupament de tallers de sensibilització, entrevistes en profunditat i activitats lúdiques d'implementació de materials didàctics i així es va aconseguir informació de les dinàmiques familiars, amb la vivència quotidiana dels drets i per tant de la democratització familiar, però també de la possibilitat de construir amb la població escenaris possibles per a la construcció de pau, en un territori que històricament ha estat marcat pel conflicte, com passa amb la majoria dels municipis rurals al país.

Famílies rurals i la construcció de pau

La família com a organització social, segons Uribe (2012), s'ha anat transformant a causa de diferents situacions i esdeveniments socials, polítics i culturals, entre els quals se situen l'ingrés de la dona en l'escenari laboral i educatiu, l'auge del model econòmic capitalista, el posicionament de moviments socials i les transicions demogràfiques que qüestionen la família tradicional composta per un matrimoni entre un home, una dona i els seus fills. Aquestes transformacions han entrat en les esferes íntima, privada i pública de les famílies, modificant la manera de ser i de fer fa-

5 La mostra estratificada per propòsit implica segmentar la població d'interès en estrats (això es va dur a terme en reprendre únicament les famílies d'estrats 1 i 2) i després es va seleccionar un subgrup petit de casos per estudiar-los acuradament.

6 "És un programa de prosperitat social que opera al país des del 2000. L'objectiu d'aquest programa és complementar els ingressos de les famílies beneficiàries, perquè puguin accedir a l'assistència escolar, educació mitjana i superior, revisions de salut i mesures preventives per a l'embaràs en els joves" (Rivas, 2020, par. 3).

7 El treball de camp va comptar amb la participació d'estudiants que es trobaven fent projectes de recerca en el Programa de Treball Social de la Universitat de La Salle, Bogotà, durant els anys 2016 i 2017.

miliar, propiciant la reconstrucció de vincles alternatius als tradicionals, com ho esmenta Palacios (2020), que explicita la dificultat d'unificar la lectura de família per la seva diversitat atès que la seva comprensió té "(...) una porositat que conté la interpretació i construcció social de marcs de referència, pràctiques i discursos entorn de la sexualitat, la procreació, la con-vivència, la supervivència i la co-residència en aquest temps social" (p. 31-32).

En aquest marc, Jelin (2005) reconeix en les famílies el principal espai per satisfer un conjunt de necessitats humanes universals, des de les quals es generen i perpetuen relacions de producció, reproducció i distribució sota tensions de poders i forces entre els components ideològics i afectius, ja que no són grups aïllats del context social, sinó que estan íntimament relacionats amb els patrons culturals i polítics de cada moment històric.

Per tot això, la comprensió de la família com una col·lectivitat que es converteix en subjecte de drets i responsabilitats (Galvis, 2015), a partir de la titularitat tant a escala individual com en la seva consideració col·lectiva, implica la consagració de la igualtat en drets i responsabilitats dels cònjuges i la garantia dels drets de nens, nenes i adolescents, com a característiques fonamentals d'aquest concepte. De la mateixa manera es considera que: "la família representa, però no oculta els seus integrants, sinó que la seva tasca és fer-los visibles com a persones portadores dels seus atributs ontològics i dels seus drets" (Galvis, 2011, p. 95).

Galvis (2015) afirma que per reconèixer que la família és subjecte col·lectiu de drets s'han de tenir en compte els següents elements: 1) partir d'un principi orientador (gestió pública), perquè hi hagi una articulació entre els drets individuals i col·lectius; 2) les capacitats que té permeten l'apropiació de projectes tant dels seus integrants com del grup en general; 3) es troba al centre de la gestió integral de l'estat, ja sigui com a actora o beneficiària. D'acord amb la mateixa autora, des de la condició de la família, com a subjecte col·lectiu de drets, la forma en què aquesta resol els conflictes es relaciona amb els exercicis d'autoritat que plantegen dues opcions: 1) famílies democràtiques i garants de drets; o 2) famílies autoritàries propenses al maltractament (Galvis, 2011).

En aquest ordre d'idees, la família deixa de tenir una actitud passiva davant l'estat i es constitueix com a subjecte actiu, autònom, responsable i interlocutor davant d'aquest i d'altres institucions (Galvis, 2015 p. 618); tot això des del paradigma dels drets humans en correlació amb el model democràtic d'estat, que des d'aquesta perspectiva promou la igualtat i la responsabilitat. En aquesta via, Patiño (2015) posa en escena les relacions desiguals de poder que es produeixen en les esferes microsocials de les famílies, producte de relacions antidemocràtiques que no reconeixen la diversitat de subjectivitats a l'interior de les famílies, qüestionant el lloc que aquest grup social ocupa com a actor del desenvolupament en la transició cap a la construcció del postacord colombià actual. En aquest sentit, reconeix l'impacte que el conflicte ha generat en la societat, materialitzat

en la tendència a concebre el que és diferent com a enemic, i a naturalitzar les pràctiques violentes de divers ordre.

D'aquí es desprèn com la comprensió de les famílies que esbossa Patiño (2015) reconeix el seu caràcter propositiu, en concebre-les com a "grups amb capacitat d'actuació en els processos socials tendents a generar altres formes de relació, sentit i enunciació que ajudin a fundar nous pactes de convivència" (p. 11), en sintonia amb els plantejaments de Castro (2012), que indica que:

(...) les famílies rurals es caracteritzen per viure en territoris amb densitat poblacional relativament baixa, amb prolongada presència de generacions en el territori, per tant, amb importants relacions de parentiu asentades en el lloc, amb identitats lligades al treball i relació amb la terra, estesa avui a activitats de serveis com a forma d'integració als processos de modernització social (p. 185).

Tots dos autors rescaten la connexió entre aquest grup, la seva capacitat d'apropiació i el territori on desenvolupen la seva trajectòria vital, coherent amb el que plantegen Páez et al. (2016), que vinculen quatre maneres d'assumir-la, entre les quals se situa la seva estructura, dinàmica, els seus conflictes i la seva autopercepció, i conclouen que:

(...) la família rural creu en ella quan s'anomena i es reconeix com a tal, i que se sap diferent i crítica de la urbana. A més, aprecia la seva condició rural amb tot el que el context ofereix, al mateix temps que no anhela assemblejar-se a la urbana. La família rural també identifica que els valors per viure amb les altres persones inicien en la llar, que la primera educació és rebuda en la família, abans que l'escola i tota la resta (p. 106).

Per això, en el context colombià, és important reconèixer la diversitat i el paper fonamental que compleix la família com a constructora de ciutadans en i per a la pau en perspectiva territorial.

Sobre la noció de construcció de pau, Cárdenas et al. (2014) reprenen autors com John Paul Lederach, Fundació CIND, Johan Galtung i Vicenç Fisas, que se situen en el camp dels estudis de pau, interrelacionant amb la necessitat d'articular factors estructurals d'exercici de drets i capacitat d'apropiació, amb la mediació pacífica de conflictes, i la consolidació de la democràcia, des del qual les autores reconeixen que "(...) el terme pau es relaciona amb la justícia social, l'equitat, l'harmonia, la satisfacció de les necessitats bàsiques, autonomia, diàleg, solidaritat i integració" (p. 8). Respecte a la cultura de pau, les mateixes autores plantegen que per consolidar pràctiques de pau és vital vivenciar una cultura pacífica de la no violència, que articuli els discursos d'actors com la família, l'estat i la societat sota el principi de corresponsabilitat i solidaritat.

És compromís de diferents actors socials reflexionar i actuar en la promoció de pràctiques alternatives de mediació de conflictes, a partir de propostes com les que planteja Arias (2013), que es funden en: la prevenció de problemàtiques socials com la violència en el context familiar, escolar i

social des de la protecció dels drets i el compliment dels deures estatals, la transformació de la cultura patriarcal des de models democràtics de cura centrats en els vincles familiars, la formació de ciutadanes per a la pau en dinàmiques familiars democràtiques, l'eliminació de pràctiques violentes d'abordatge del conflicte que vulneren la dignitat humana, el foment de justícia, la compassió i la solidaritat en els àmbits de la quotidianitat, i la construcció del teixit social per a la pau de diferents actors, a la llum de l'educació ciutadana familiar i escolar.

En relació amb el desconeixement de les pràctiques i significats vinculats a la construcció de pau, Cárdenas et al. (2014) ressalten la importància de considerar els estils que desenvolupen els agents corresponsables en la primera infància com a agents constructors de pau, en contextos caracteritzats per la naturalització de la violència i la cultura patriarcal, de cara a la visibilització i promoció de nenes i nens com a subjectes polítics capaços de participar en la transformació de la connotació tradicional de vulnerabilitat, per la qual cosa és pertinent assumir en la infància un exercici de cura fundada en l'amor, el vincle i el bon tracte. En aquesta etapa vital, la família juga un paper fonamental, en tant que els valors que allí es gesten es traslladen a l'àmbit públic en les interaccions dels subjectes.

Parlar de construcció de pau en les famílies rurals suposa comprendre el significat de conflicte i violència, a causa de les convergències i divergències que s'interposen entre aquests conceptes. Per consolidar la pau en la quotidianitat, Pérez (2016) proposa assumir la cultura de pau com a prerrequisit per a la convivència social, analitzant variables com el capital social, expressat en la consciència cívica, la resolució pacífica dels conflictes i la confiança, entre altres components. En aquest ordre, la cultura de pau ha de ser conreada per les famílies, l'escola, el mercat i l'estat: "transformar la nostra idiosincràsia violenta requereix la intervenció en aquest domini del sistema de creences patriarcal, de manera que s'aconsegueixi la interiorització de noves creences que reemplaçin les que estan configurant el nostre *ethos* conflictiu" (p. 22). Viure aquesta cultura de pau és una oportunitat per re-construir el teixit social, ja que fer-nos nostres aquests compromisos ens mouen a aprendre la reconciliació i el perdó en els diferents actors amarats de violència.

A continuació, es presenten algunes troballes, en els quals es van reprendre els elements centrals identificats en la recerca, recordant que el sentit d'aquest document és la reflexió d'aquests en clau d'intervenció. En aquest sentit, els elements centrals responen a les següents categories: famílies rurals com a subjectes col·lectius de drets; pràctiques de democratització familiar i aportacions de les famílies a la construcció de pau territorial.

Troballes

Les famílies de Guayabal de Síquima com a subjectes col·lectius de drets

Les relacions que s'estableixen a l'interior de les famílies de Guayabal participants del procés de recerca deixen veure algunes significacions sobre si mateixes que val la pena assenyalar. El primer que es denota és un espai on es construeix l'afecte i l'autonomia dels seus integrants i fonamental per a la satisfacció de necessitats econòmiques, travessat per principis d'unió i protecció; d'un altre costat, s'assumeix com un lloc on s'aprenen valors i principis que serviran per a la vida, entre els quals es troben compromís, responsabilitat, honestetat, respecte, autoestima, pau, amor i diàleg (Mondragón et al., 2017).

Majoritàriament, la família continua sent un escenari en el qual recauen tota una sèrie de principis, valors i responsabilitats, que s'aferma a més amb el reconeixement d'una ideologia patriarcal que marca la societat colombiana amb més força en l'àmbit rural. Malgrat això, es reconeix que l'autonomia i l'afecte són elements en la dinàmica familiar que afavoreixen el trànsit cap a exercicis democràtics. Tal com ho esmenta SchmuKler (2013), que les dones es constitueixen en subjectes de dret i els homes en subjectes d'afecte amb capacitat per expressar i manifestar l'amor, des del respecte, el bon tracte, les relacions horitzontals i l'autoritat a l'interior dels grups familiars, són signes de la democratització familiar.

Un element associat a això té a veure amb les pautes de criança, que inclouen normes i regles familiars, autoritat, poder, principis i valors, desacords i activitats en els temps d'oci, entre d'altres. En aquest escenari, per a les famílies prevalen l'existència de normes com a referent d'ordre, especialment per als nens i les nenes, però també de control i protecció de manera permanent, amb l'opció del reconeixement respecte a les seves expressions i idees. Fins i tot amb aquestes consideracions, la violència és una situació que persisteix en les famílies de Guayabal, perquè algunes van referir presenciar manifestacions com cops o bufes per castigar; i en veus de nenes i nenes, és l'expressió més freqüent (Caicedo et al., 2017).

Pràctiques de democratització familiar a Guayabal de Síquima

Quant a les pràctiques de democratització familiar i construcció de pau territorial, les dones participants manifesten fer ús de diverses formes de mediació de conflictes familiars. La primera referida a alternatives per enfrontar problemàtiques de tipus familiar com la falta de comunicació entre pares i fills de formes creatives, pacífiques, no violentes, per exemple, la importància de parlar-los sobre aspectes que comportin possibles tensions sense la necessitat de recórrer a actes violents. Aquestes pràctiques es poden concepcuar a partir de l'enfortiment de la comunicació a l'interior de la família, prenent consciència que existeixen altres mètodes d'educació diferents al crit o al cop, reconeixent les potencialitats de cadascun

dels membres de la família, específicament dels fills, que estan en procés d'aprenentatge. De la mateixa manera, hi ha un aspecte important i és que, per construir processos de democràcia i pau, es parteix de l'acceptació i reconeixement de l'error, la qual cosa permet superar la problemàtica de la violència i enfortir les relacions familiars basades en la igualtat de drets i deures.

La segona forma de mediació de conflictes familiars fa referència a les estratègies d'afrontament, és a dir, desenvolupar accions i mesures per al canvi de situacions i problemàtiques que generen malestar a l'interior de la família, com per exemple l'enfortiment de xarxes socials, en aquest cas institucionals, com a suport significatiu per a les seves vides, generar relacions i vincles amb el col·legi, comissaria de família, serveis de psicologia, perquè les dones expressen la necessitat d'acudir a altres instàncies o orientacions que intervinguin per millorar les relacions i situacions a l'interior de les seves famílies.

La tercera forma es refereix a la resignificació per part dels pares sobre fets viscuts en la seva infància, adolescència i joventut per no reproduir-los en les seves famílies, la qual cosa implica donar noves significacions i característiques a aquests esdeveniments, aconseguint així relacions harmòniques a l'interior de la família. A partir d'aquests aprenentatges es creen altres pràctiques per a la criança, millorar-les i enfortir el desenvolupament de les relacions familiars.

Finalment, es troba la presa de decisions per part de les dones que decideixen independitzar-se amb els seus fills a causa de les dificultats que es presentaven amb els seus cònjuges, ja que aquests interferien en la condició de pau i tranquil·litat familiar, per la qual cosa separar-se els va permetre sentir-se més tranquil·les i estables en la seva llar, a més que, com a exemples per als seus fills, és una manera de projectar harmonia i una forma pacífica de resoldre els problemes. Ara són famílies amb comandament femení.

Aportacions de les famílies rurals a la construcció de pau territorial

Entenen que la democratització familiar aporta a la construcció de pau, en termes de promoure relacions harmòniques que es donen a partir de la relació amb altres persones, s'identifica que la pau territorial es nodreix de les maneres com aporten les famílies a la convivència en escenaris comunitaris. En aquesta mesura, la pau territorial es construeix a partir de dues dimensions: des de la llar, element que ret compte de la quotidianitat, de l'íntim-privat; i des de l'entorn comunitari entès com el públic, és a dir són dos àmbits en els quals les famílies interactuen i creen significats.

Des de la llar es denota que es construeix pau a partir de l'àmbit micro per aconseguir una incidència en el territori, però es comença des de la llar com a referent simbòlic. És a dir, a partir de les relacions que es construeixen entre els membres de la família, a les seves cases o habitatges, entenen la llar com un àmbit privat en el qual cada subjecte es construeix i aprèn. D'altra banda, relaten que la pau es construeix a partir

de processos de concertació en els quals les decisions i opinions es desenvolupen de manera equitativa tant per a homes com per a dones i fills i especifiquen la noció d'espai referida a l'àmbit íntim, el seu espai propi, és a dir, les relacions que només es construeixen en el seu àmbit familiar.

Respecte a la dimensió de pau més clarament situada en l'àmbit comunitari, les informants consideren que la seva quotidianitat en el municipi es desenvolupa en condicions de seguretat i tranquil·litat, en tant que no es visibilitzen situacions de risc en el context. Malgrat això, hi ha inconformitat amb la poca intervenció de l'Estat, que no respon a les necessitats que es tenen en el territori; tampoc garanteix el compliment de drets fonamentals com la salut i l'educació. Aquesta situació s'evidencia a partir del no funcionament dels serveis d'urgències de l'hospital, generant que els seus habitants hagin d'acudir a altres municipis. El cas de l'educació es manifesta en què els seus fills no tenen garantida l'educació universitària o professional i això comporta que els joves se n'hagin d'anar de Guayabal, és a dir, la relació amb les institucions a escala municipal és feble.

D'altra banda, quan es fa referència a la pau des de l'entorn i el benestar que manifesten els i les habitants del municipi, és important recordar l'enfortiment dels llaços i relacions amb les institucions a escala municipal, a més els corriols tenen una gran significació per a les famílies quant a construcció i relacions de pau, perquè en aquests les famílies senten més tranquil·litat que en el nucli urbà.

A partir d'aquí, hi ha una relació d'aquests aspectes amb les famílies rurals del municipi Guayabal de Síquima, perquè enfront de la democratització es duen a terme unes certes pràctiques per a la mediació de conflictes familiars, entre aquestes les alternatives per afrontar problemàtiques. Efectivament es proposa el diàleg, la importància de parlar a l'interior de la família, enfortint les relacions entre pares i fills, generant relacions harmòniques a l'interior de les famílies, portant cap a l'exterior aportacions que contribueixen a la sana convivència. D'altra banda, es desenvolupen regles per a processos de democratització que permeten la reflexió col·lectiva sobre les relacions familiars, també relacions horitzontals en les quals malgrat que els adults estiguin a càrrec, per la participació de nens, nenes, adolescents, joves i adults i adultes és primordial arribar a acords, la qual cosa afavoreix i aferma la confiança a l'interior de la família.

Intervenció de treball social amb les famílies rurals per a la construcció de pau

La construcció de pau des de la convivència familiar harmònica amb altres contextos i àmbits possibilita un treball mancomunat referit en les intencionalitats de la política pública nacional de suport i enfortiment a la família, orientat a la coherència entre l'educació a l'interior de la llar i les institucions al voltant de la conciliació dels temps laborals, familiars i les jornades escolars. En aquesta articulació és pertinent la formació i posada en pràctica de la convivència, l'autonomia i l'autoregulació de les relacions

intersubjectives, des de les quals es reconeix l'altre com un legítim, actiu en la comunicació, a través de la fonamentació d'experiències de vides quotidianes respectuoses i responsables entre les generacions i rols en els contextos familiars i socials, segons Galvis (2011), en quatre aspectes fonamentals: "la titularitat dels drets de nens, nenes i adolescents; l'exercici de l'autoritat; destreses per a fixar els límits i el maneig del risc" (Galvis, 2011, citat a Universidad de La Salle, 2013, p. 139).

Les famílies, com a aliades estratègiques en la construcció de pau des de la convivència, han d'aportar en la consolidació d'actituds culturals democràtiques, a partir de pràctiques democràtiques quotidianes que permetin a nens, nenes i adolescents formar-se en escenaris d'aprenentatge realment democràtics, on puguin aprendre sobre la garantia i titularitat de drets, l'autonomia i la importància de la cura, a través d'estratègies que reconeguin el valor i el paper de cada subjecte, la importància de la participació i l'expressió d'opinions, sentiments i emocions, l'escolta activa i propositiva, el diàleg permanent com a eina de mediació de conflictes, i la generació de ciutadanes compromeses amb la reconciliació i la justícia social que tant necessita la nostra societat per transformar-se en pro de la pau, assumptes en els quals des del treball social es pot aportar en la construcció i la consolidació.

Recapitulant, les famílies rurals són subjectes col·lectius actius que conreen la pau en posseir una relació i apropiació particular amb el territori, en el marc de les transformacions que posseeix, i els impactes socials, polítics, culturals i ambientals que travessen la conjuntura actual en la ruralitat i nova ruralitat colombiana. Sota aquest panorama, s'assumeixen com a organització social que connecten l'escenari del privat i el públic exercint rols d'afecte, protecció, cura, educació, sostenibilitat, subsistència i producció, entre d'altres, matisats per les dinàmiques culturals que esdevenen de la identitat pagesa, les disputes entre tradició i modernitat, i les bretxes socioeducatives i econòmiques que deixa l'històric abandó estatal.

En aquestes famílies, des dels trets culturals i ideològics predomina la distribució de tasques de provisió en homes i dones, sobrecarregant-les en el tema de la cura, quedant l'autoritat i el poder generalment en els homes, donant compte de dinàmiques patriarcalcs en les quals els homes participen en l'escena pública i les dones en el marc privat. Aquestes relacions es transmeten per mitjà dels processos de socialització i les pautes de criança autoritàries que en alguns casos perpetuen la violència a l'interior del grup familiar, malgrat l'emergència de pautes més democràtiques en altres famílies que busquen transformar aquells models intergeneracionals cap al diàleg i la resolució alternativa i pacífica de conflictes. Crida l'atenció com s'estableixen relacions solidàries i cooperatives en els àmbits comunitaris d'aquestes famílies, producte del coneixement i la confiança construïda en el marc dels intercanvis locals d'ordre productiu, social i educatiu, entre altres, entrelaçats a partir de vincles com ara xarxes socials per afrontar les múltiples mancances que viuen en termes d'accés a drets bàsics com la salut, l'habitatge digne, l'educació i serveis públics, entre d'altres.

És oportú indicar, com ho esmenta Falla (2014), que en l'èmfasi de la intervenció com en la recerca focalitzada en els contextos socioculturals, és necessari rellevar la centralitat dels subjectes socials com a líders i protagonistes del quefer. En aquest sentit, des del treball social es potencien diàlegs articuladors entre recerca i intervenció, per aprofundir en els trets característics de les famílies rurals des de la construcció de pau, situant-ne el context històric, cultural i social. Amb aquest diàleg disciplinar-professional, s'arriba a comprendre des de l'alteritat les condicions, les problemàtiques i els afrontaments que han consolidat les famílies rurals, en resistir els embats de la pobresa, la desigualtat i el conflicte armat intern, propiciant escenaris d'acompanyament i enfortiment de la capacitat d'agència de les famílies. Amb això, és possible incidir en els determinants socials que afecten les dinàmiques de les famílies rurals, per transformar les seves dinàmiques violentes cap a apostes democràtiques d'interacció, i la transició a relacions diferencials i de gènere equitatives, que comporten un treball profund en el sistema de creences i pràctiques familiars.

D'altra banda, és vital promoure la participació de les famílies en la consolidació de les polítiques públiques dels escenaris rurals, la qual cosa implica l'enfortiment de la cultura ciutadana amb la població rural a través de l'exigibilitat dels seus drets, la participació en temes de l'agenda pública que afavoreixin i estiguin en sincronia amb l'enfortiment del seu benestar social, comunitari i gestió econòmica, justament: "la societat civil ha d'organitzar-se en diferents instàncies per identificar, construir i canviar espais per a la pràctica de la democràcia participativa" (De Souza i Vega, 2001, p. 44, citat per Samperio i Bracaglioli, 2004, p. 7-8). En aquest sentit, les i els professionals de treball social promouen una formació participativa que permeti l'activació reflexiva, postura crítica i enfortiment d'autonomia dels actors socials en les decisions que afecten la seva mateixa comunitat.

A això s'afegeix una sèrie de focus en la intervenció professional amb famílies rurals assumint com a intenció la construcció de pau, entre els quals se situen: l'enfortiment de les xarxes primàries i secundàries d'aquestes famílies per incidir en el bon viure en perspectiva territorial; resignificar les pautes de criança fonamentades en lògiques patriarcals, de dominació i subordinació a través de la violència a partir de la transició a la socialització democràtica i el maneig alternatiu dels conflictes; desconstructir les pràctiques de masclisme i desigualtat de gènere predominants a partir del posicionament de les dones i les seves aportacions a la ruralitat, que reten compte de lideratges alternatius i democràtics a ressaltar; i acompanyar la reconstrucció de projectes de vida individuals i familiars en el territori rural que contribueixin a superar les situacions i afectacions que el conflicte armat intern comporta, principalment el de les i els joves que manquen d'oportunitats per continuar habitant el territori des de la continuïtat de la seva vocació i identitat pagesa.

Ara bé, és important comptar en aquests processos d'intervenció professional amb la interacció i el diàleg interdisciplinari i la participació de les famílies, per comprendre i transformar aquestes tensions de manera integral i completa en l'escenari rural. Tot això per enfortir la capacitat

d'agència de les famílies rurals com a subjectes col·lectius que poden exigir els seus drets, el respecte dels seus sabers i les pràctiques del seu viure diari que, al seu torn, aporten a la construcció de pau (Bueno i Torres, 2018).

En termes del posicionament de la intervenció professional en les pràctiques socials democratitzants a l'interior de les famílies rurals que aposten a la construcció de pau, és necessari tenir en compte el context carregat d'infinitat de conflictes que han comportat la violència en diferents factors i com això pot incidir en la societat en general del municipi de Guayabal de Siquima, la qual cosa permet comprendre que parlar de pau implica també fer referència al conflicte.

La pau es conforma per aquells escenaris de no conflicte antagònic, de no exclusió, de no intolerància, de no violència, de no discriminació i de no abusos (Sandoval Forero, 2016). D'aquí es pot deduir que les eines per construir pau no sols se centren en apostar a un conflicte constituït per dues o diverses parts, aquí el paper fonamental rau en les famílies rurals com a subjecte col·lectiu de drets i garants d'un ambient de pau per a les futures generacions, a partir d'una sana convivència on es respecti i no es vulneri la diferència a l'interior d'aquesta organització social.

En aquest ordre, les eines que influeixen per donar sentit a aquesta construcció és el diàleg, la mediació i la transformació pacífica dels conflictes a partir d'aquest, les normes, les lleis, els drets humans i el reconeixement de totes les diversitats culturals, ètniques, religioses, polítiques i socials que permetin l'enfortiment de les institucions encarregades de garantir i promoure el benestar social (Sandoval Forero, 2016).

Per a aquest fi, és oportú treballar en la mediació familiar com a estratègia per abordar els conflictes, la qual cosa per a la treballadora social Zapata (2012) implica:

(...) definir i reconèixer el conflicte, analitzar les consideracions i significats que atorguen les parts compromeses en aquest, així com la manera en què afecta o compromet la relació entre aquestes i buscar, amb els participants, noves alternatives coherents amb els significats compartits que puguin transformar favorablement la seva relació o la relació amb el conflicte (p. 90).

A més, construir pau significa evitar o destruir totes les expressions de violència, la injustícia, el desacord, la misèria, l'explotació, la incomunicació, la submissió i la desigualtat. Aquestes maneres d'entendre la pau s'originen en el rebuig a la violència física i a la inclusió de la població civil en la confrontació, garantint-li els drets humans, és a dir en projecció del que els experts denominen "pau positiva" (Sandoval Forero, 2016, p. 43).

Construir pau a l'interior de les famílies rurals, en un país que ha estat violentat per més de mig segle, no és tasca fàcil. Guayabal de Siquima, una població que ha estat directament damnificada per aquest conflicte armat, permet repensar la manera d'aconseguir instaurar-la en el territori. Es pot dir que, per aconseguir-ho, és necessari formular estratègies de pau que canviïn o modifiquin les causes estructurals que es manifesten en la

població. És necessari comprendre que la pau no només és el cessament del conflicte bilateral i el terme de la guerra, la pau és benestar, estabilitat.

Finalment, és imperant avançar en la construcció disciplinària que vinculi la intervenció familiar i la construcció de pau, com l'expressa Lo-aiza (2015), atès que: "(...) existeix innombrable bibliografia sobre la qual els professionals poden 'fer', però encara no s'ha construït coneixement sobre allò que pot facilitar la construcció de pau i en com aquesta pot configurar-se com a objecte de coneixement" (p. 103), i aleshores destaca com a ruta per a aquest fi el posicionament com a professió mediatra i generadora d'alternatives al conflicte en diferents escales.

Conclusions

Malgrat que els àmbits rurals són escenaris en els quals és evident la necessitat de la intervenció per part del treball social, des dels microcontextos com les famílies o en mesocontextos com les comunitats, és rellevant alertar que aquest moment és oportú en tant que es tracta d'un moment en el qual la crida a la construcció de pau ens convoca com a professionals d'una professió que promou la defensa dels drets humans, la justícia social i la convivència harmònica en els diversos territoris, per la qual cosa val la pena continuar desenvolupant processos de recerca i intervenció que visibilitzin cada vegada més la ruralitat com a escenari d'intervenció professional.

Des del treball social, la recuperació d'elements com la democratització familiar que aporta a la construcció de pau promou relacions harmòniques que es donen a partir del vincle amb l'altre; la pau territorial nodrida a partir de les aportacions que les famílies fan a la convivència en escenaris comunitaris. En aquesta mesura, la pau territorial es construeix a partir de dues dimensions: la llar que ret compte de la quotidianitat, de l'esfera íntima-privada; i l'entorn comunitari entès com l'esfera pública, és a dir dos àmbits en els quals les famílies interactuen, es creen significats i es reverteixen en la convivència comunitària.

Quant a la construcció de pau des de la llar, aquesta es desenvolupa a partir de les relacions que es teixeixen entre els membres de la família en els seus habitatges, on cada subjecte es construeix i aprèn de manera equitativa i serà el que després reverteixi en els seus altres contextos. D'altra banda, quan es fa referència a la pau des de l'entorn i el benestar que manifesten els i les habitants del municipi, és important recordar l'enfortiment dels llaços i relacions amb les institucions a escala municipal. A més a més, els corriols tenen una gran significació per a les famílies, quant a construcció i relacions de pau, perquè les famílies s'hi senten més tranquil·les que en el nucli urbà.

Finalment, és necessari esmentar que, tot i que les pràctiques democràtiques són positives, és important continuar avançant en aquesta mena de processos, perquè en algunes famílies es continuen evidenciant relacions de poder mitjançant l'adquisició de diners, és a dir, que en al-

gues llars qui proveeix genera accions de relegació cap als altres. Això també pot evidenciar-se en les manifestacions de les desigualtats de gènere que es presenten, en les quals les dones continuen sent principalment les que s'encarreguen de labors domèstiques en les quals els homes tenen poca incursió. Per tant, és de summa importància manifestar els aspectes positius, però en aquesta mateixa via potenciar el canvi dels escenaris tradicionalistes que no permeten la construcció de relacions més democràtiques a l'interior de la família. Per aquesta situació, la formació en temes com la perspectiva de gènere, la memòria sobre el conflicte, la construcció de pau i els processos comunitaris rurals, entre d'altres, són clau per a l'abordatge d'aquests territoris i poblacions, amb els quals s'han de crear estratègies d'intervenció concordes als contextos mateixos, els seus costums i els seus interessos.

Referències bibliogràfiques

- Arias, R. (2013). Derechos y deberes para la prevención de la violencia y la construcción de la paz en el contexto familiar. *Revista Impertinente*, 1, 73-87.
- Bodoya., Bueno, M., López, J., i Torres, F. (2016). *Proyecto de investigación Familias rurales: escenarios y prácticas para la construcción de paz en el municipio de Guayabal de Siquima-Cundinamarca*. Universitat de La Salle.
<https://www.lasalle.edu.co/Investigacion/proyectos-de-investigacion/mas-proyectos-de-investigacion>
- Briceño, L. H. (2016). Lo rural en los programas regionales de desarrollo y paz. Dins L. H. Briceño, M. C. Torres, Á. F. Córdoba, J. Le Blanc, i D. F. Maldonado, *Construcción de desarrollo y paz: aprendizajes y recomendaciones desde los territorios* (p. 21-43). Redprodepaz. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/cinep/20161102012014/20160707_Construccion.pdf
- Bueno, A. M., i Torres Gómez, M. F. (2018). Las familias rurales, sujetos colectivos de derechos: el caso de Guayabal de Siquima. *Revista Palabra, palabra que obra*, 18, 52-65.
<https://doi.org/10.32997/2346-2884-vol.0-num.18-2018-2159>
- Caicedo, C. Román, D., Mora, D., Raigosa, L., Ortiz, M., Arias, N., i Guerrero, V. (2017). *Construcción de paz con los niños y niñas entre 7-12 años del municipio de Guayabal de Siquima* (Recerca en el marc de l'assignatura Desenvolupament de projectes de recerca social al Programa de Treball Social). Universitat de La Salle.

- Cárdenas, N., Parra, Y., i Rico, S. (2014). *Significados y prácticas de construcción de paz desde la primera infancia*, Ed. Universitat de Manizales-CINDE.
- Castro Ríos, Ana. (2012). Familias Rurales y sus Procesos de Transformación: Estudio de Casos en un Escenario de Ruralidad en Tensión. *Psicoperspectivas*, 11(1), 180-203. <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol11-Issue1-fulltext-172>
- Falla, U. (2014). *La investigación en el Trabajo Social contemporáneo*. Editorial Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca.
- Galvis, L. (2011). *Pensar la familia de hoy*. Ed. Aurora.
- Galvis, L. (2015). Una mirada a la familia a partir de la Constitución Política de Colombia. *Anuario de derecho constitucional latinoamericano. Fundación Konrad*. Año XXI, 605-626. <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/dconstla/cont/2015/pr/pr36.pdf>
- Jelin, E. (2005). Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: hacia una nueva agenda de políticas públicas. Dins I. Arriagada (Ed.), *Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales* (p. 61-69). Naciones Unidas, CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6801/S05683_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Loaiza, A. (2015). Investigación para la paz y Trabajo Social: construcción de una cultura para las paces con perspectiva de género. *Revista Eleuthera*, 12, 89-111.
- Mondragón Carabalí, J., Rodríguez, M. V., Ruiz Roa, M. C., i Vásquez Bernal, L. L. (2017). *Características de las familias rurales guayabalunas, una lectura desde la construcción de paz 2017*. (Treball de Grau - Pregrau, Universitat de La Salle). https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo_social/270
- Páez, R., Ramírez, M., Idárraga, M., Gutiérrez, M., i Ramírez, M. (2016). *La familia rural y sus formas de diálogo en la construcción de paz en Colombia*. Universitat de La Salle. https://www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana/libro_detalle.php?id_libro=1184&pageNum_rs_libros=2&totalRows_rs_libros=1150
- Palacios, M. (2020). *La familia. Meditaciones sociológicas en tiempos ambiguos*. Sílabo.
- Patiño, J. (2015). Procesos de democratización familiar: posibilidad para construir condiciones de transición hacia una sociedad del posconflicto armado en Colombia. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 7, 62-79.

- Pérez, T. (2016). Aprender a convivir en la diferencia, la clave para construir cultura de paz. *Boletín Virtual*, 6(3) 34-71.
- Presidencia de la República de Colombia (2016). *Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera*. Jurisdicción Especial para la Paz. Recuperat 4 novembre 2021, de https://www.jep.gov.co/Marco%20Normativo/Normativa_v2/01%20ACUERDOS/Texto-Nuevo-Acuerdo-Final.pdf?csf=1&e=0fpYA0
- Presidencia de la República, Oficina del Alto Comisionado para la Paz. (2018). *Tomo II: Instalación de la mesa de conversaciones, inicio de los ciclos de conversaciones y la discusión del punto 1: Hacia un nuevo campo Colombiano: Reforma Rural Integral*. Jurisdicción Especial para la Paz. Recuperat 11 novembre 2021, de <https://www.jep.gov.co/Sala-de-Prensa/Documents/tomo-2-proceso-paz-farc-mesa-conversaciones-reforma-rural.pdf>
- Registre Nacional de l'Estat Civil. (2016). Plebiscit 2 d'octubre de 2016. https://elecciones.registraduria.gov.co/pre_plebis_2016/99PL/DPL15127ZZZZZZZZZZZZ_L1.htm
- Rivas, A. (2020, març 24). *Cómo acceder al programa Familias en Acción* [Boletín]. Colconectada. <https://www.colconectada.com/familias-en-accion/>
- Samperio, E., i Bracaglioli, G. (2004). *El Trabajo Social en la zona rural. Compartiendo una experiencia que se realiza desde la Práctica de Formación Académica en la licenciatura en Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, con la participación del Servicio Social del Sindicato y Obra Social de los trabajadores rurales – UATRE. OSPRERA de Mar del Plata - Buenos Aires - Argentina*. Escuela de Trabajo Social. Recuperat 4 novembre 2021, de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-059.pdf>
- Sampieri, R., Fernández, C., i Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.
- Sandoval Forero, E. A. (2016). *Educación para la paz integral. Memoria, interculturalidad y decolonialidad*. Arfo Editores E Impresores LTDA.
- Schmukler, B. E. (2013). Democratización familiar como enfoque de prevención de violencia de género: experiencias en México. *Revista latinoamericana de estudios de familia*, 5, 199-221.
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.
- Torres, A. (2011). Activación de memoria e identidad colectiva desde la recuperación colectiva de la historia. Dins P. Páramo (Comp.), *La investigación en Ciencias Sociales: estrategias de investigación* (p. 299- 306). Universidad Piloto de Colombia.

- Universidad de La Salle. (2013). *Propuesta de diseño del observatorio distrital de las familias. Secretaría Distrital de Planeación Convenio N° 185/2013*. Secretaría Distrital de Planeación. Recuperat 11 novembre 2021, de http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/informe_final_propuesta_diseno_observatorio_d_c_.pdf
- Uribe, P. (2012). *Aprender a ser familia. Familias monoparentales con jefatura femenina: Significados, realidades y dinámicas*. Ediciones Unisalle.
- Zapata, B. (2012). *Trabajo Social Familiar*. Universitat Nacional de Colòmbia.

Canvis i adaptació assistencial del Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus davant la pandèmia per la covid-19

Changes and healthcare adaptation of the Addictions and Mental Health Service of Sant Joan de Reus University Hospital in the face of the Covid-19 pandemic

Antoni Llorc Suárez¹

ORCID: 0000-0002-9754-7453

Tre Borràs Cabacés²

ORCID: 0000-0002-4052-0938

Recepció: 20/07/21. Revisió: 04/09/21. Acceptació: 25/10/21

Per citar: Llorc Suárez, A., i Borràs Cabacés, T. (2021). Canvis i adaptació assistencial del Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus davant la pandèmia per la covid-19. *Revista de Treball Social*, 221, 49-68. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.03>

Resum

En aquest article hem volgut descriure el procés d'adaptació del Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus durant el confinament derivat de la pandèmia per la covid-19. En primer lloc, de quina manera es van produir els canvis tècnics a l'hora de poder oferir teleassistència (psicoteràpia, seguiment mèdic i social) als pacients que ho necessitaven així com avaluar la idoneïtat d'aquests sistemes —susceptibles de tenir continuïtat després del confinament— de teleassistència i la valoració per part dels pacients i els professionals. Per tal de poder dur a

1 Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus (Pla d'Accions sobre Drogues de Reus). Medical Anthropology Research Centre (MARC) de la Universitat Rovira i Virgili. antoni.llort@salutsantjoan.cat

2 Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus (Pla d'Accions sobre Drogues de Reus). Medical Anthropology Research Centre (MARC) de la Universitat Rovira i Virgili. tborras@grupsagessa.com

terme aquest estudi, es van reconvertir els itineraris truncats de pràctiques d'onze estudiants per tal d'habilitar-los com a enquestadors i formar part de l'equip del disseny dels qüestionaris del treball de camp.³ L'equip del Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus també va posar en marxa un dispositiu telefònic de suport emocional per a tots els treballadors de l'hospital, sobretot pensant en aquells que eren a primera línia. Davant la immediatesa que la situació requeria, la poca preparació i experiència en aquest tipus de situacions i un context de pandèmia psicològica, volem destacar, descriure i compartir els elements que han portat al nostre servei a convertir-se en un exemple de resiliència organitzacional, resposta adaptada i ràpida a les necessitats dels nostres pacients, dels propis professionals i dels estudiants en pràctiques amb un enfocament interdisciplinari.

Paraules clau: Pandèmia psicològica per la covid-19, teleassistència, Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus, resiliència organitzacional, enfocament interdisciplinari.

Abstract

In this paper we aim to describe the adaptation process that the Addictions and Mental Health Service of Sant Joan de Reus University Hospital underwent during the lockdown declared due to the Covid-19 pandemic. First of all, we examine how these technical changes take place with regard to being able to deliver telecare (psychotherapy, medical and social monitoring) to patients who needed it, as well as assessing the suitability of these telecare systems – which are likely to remain in use after the lockdown – and the assessment by patients and professionals. In order to carry out this study, the truncated training placements of eleven students were transformed in order to train them as interviewers, allowing them to form part of the fieldwork questionnaire design team. The team from the Addictions and Mental Health Service of Sant Joan de Reus University Hospital also launched a telephone helpline for emotional support for all hospital workers, especially those who were on the frontline. Given the urgency the situation called for, the scant preparation and lack of experience in these situations coupled with the psychological pandemic context,

3 Volem agrair la gran tasca i capacitat d'adaptació de l'alumnat en pràctiques que ha col·laborat amb aquest estudi durant el confinament: Anna Tost Soler (Màster en Psicologia General Sanitària), Maria Moreno Ruflanchas (Grau en Psicologia, URV), Judit Escudero Abella, Cristian Cabrera Marchante (Màster en Psicologia General Sanitària), Paul Labrador Villalba (Grau en Psicologia, URV), Emma Parrilla Fumadó (Grau en Educació Social, URV), Rafael Juarez Leon (Grau en Treball Social, URV), Rocío Vallejo Hernández (Grau en Psicologia, URV), Marc Homedes Llorca (Grau en Psicologia, URV), Marc Piñol Gilbert (Grau en Psicologia, URV) i Joaquim Roig Jofré (Grau en Psicologia, Universitat Blanquerna). Volíem agrair també i de manera especial a les persones de l'equip del Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus que van treballar presencialment durant tot el període del confinament.

we sought to highlight, describe and share those elements that have led our service to become an example of organizational resilience, delivering a swift, adapted response to the needs of our patients, professionals and students on training placements by means of an interdisciplinary approach.

Keywords: Covid-19 psychological pandemic, telecare, Addictions and Mental Health Service of Sant Joan de Reus University Hospital, organizational resilience, interdisciplinary approach.

Introducció

El Reial decret 463/2020, de 14 de març, va imposar l'estat d'alarma a Catalunya i el confinament de la població a causa del SARS-CoV-2 i la seva malaltia associada, la covid-19. Aquest confinament va durar del 14 de març al 20 de juny de 2020. Els serveis públics assistencials de la salut i socials continuaren oferint serveis mínims d'atenció presencial i desplegant dispositius de teleassistència (dispositius mòbils, ordinadors personals, telèfons, videoconferències, correu electrònic, plataformes de comunicació...) per poder continuar atenent els usuaris.

La cadena d'esdeveniments va posar en evidència les dificultats en la preparació (*preparedness*) i la contenció per afrontar aquest tipus de noves situacions (Bedford et al., 2020; Carinci, 2020). Tanmateix, la impossibilitat d'intervenir cara a cara amb els pacients va provocar que el desplegament de la teleassistència esdevingués necessària i nova per a molts professionals. La por al contagi, la separació perllongada entre cuidadors i dependents, sentiments d'aïllament, dolor i pèrdua dels éssers estimats, la feina i els hàbits del dia a dia, pèrdua de control i impotència, així com la incertesa sobre el futur, descriuen una situació psicossocial aguda i complexa. El contagi infecció es reflecteix en contagis simbòlics emocionals i conductuals, és a dir, el sorgiment d'una "pandèmia psicològica" (Evangelidou, 2020). Des de l'assistència pública l'hem d'afrontar i hem d'aportar els elements de suport necessaris. La covid-19 ha propiciat un canvi en el context cultural i social, i també en l'àmbit assistencial on els rols i les relacions de la ciutadania i els professionals de la salut s'estan modificant.

El treball social en l'àmbit hospitalari, segons Andaluz et al. (2020), s'ha vist reforçat en aquesta situació de crisi, en què s'ha posat a prova la seva capacitat de ràpida adaptació a l'organització de la feina a noves necessitats, la qual cosa, en moltes ocasions, ha esdevingut la porta d'entrada per a les propostes que arriben des de l'exterior i pont de comunicació i enllaç, per tant, entre l'hospital i la comunitat, fet del qual volem presentar un exemple en aquest article. A la pràctica, el treball social en el camp de la salut mental i les addiccions, així com d'altres, comparteix espais i intervé conjuntament amb d'altres professionals —com és el nostre cas— de medicina, psicologia, educació social, infermeria... procurant la integració de les diferents disciplines (Garcés Trullenque, 2010) tant en el treball quotidià com a l'hora d'endegar noves intervencions.

Davant aquest escenari, el Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan de Reus (a partir d'ara, SAiSM-HUSJR) va afrontar un doble repte, el de continuar donant assistència als seus pacients, adoptant metodologies de teleassistència, i el de donar resposta al fet —que com a hospital universitari apel·la a la nostra responsabilitat docent— de tenir onze alumnes en pràctiques (set del Grau de Psicologia, dos del Màster de Psicologia General Sanitària, un d'Educació Social i un de Treball Social). Calia, doncs, com anomenen alguns autors, aplicar certa

resiliència organitzacional. Definim *resiliència* com un procés dinàmic que abasta l'adaptació positiva dins del context d'una adversitat significativa. El terme *resiliència* s'ha utilitzat en l'àmbit organitzatiu per descriure les característiques inherents a aquelles organitzacions que poden respondre i recuperar-se més ràpidament, o desenvolupar formes més inusuals de seguir la seva activitat sota coacció (Sutcliffe i Vogus, 2003; Vogus i , 2007, citat per Linnenluecke, 2017). Un altre exemple de l'adaptació positiva a la fenomenologia dels fets es va materialitzar amb la posada en marxa des del SAiSM-HUSJR d'un servei de suport emocional (telefònic) per a la resta de treballadors del centre hospitalari per atendre les demandes derivades de l'esmentada pandèmia psicològica, que impactà fortament i especialment en el personal sanitari de primera línia (Shanafelt et al., 2020).

Des d'aquest punt de vista, la resiliència organitzacional és un factor prioritari per a aquelles organitzacions l'objectiu de les quals és intervenir en la millora de la qualitat de vida de les persones i les dinàmiques d'exclusió/inclusió, garantint que les respostes i els recursos de l'organització s'adeqüin a la demanda dels clients i/o destinataris de serveis (Pacheco Mangas et al., 2020). Cal destacar també que durant el període de confinament es va continuar atenent persones vulnerabilitzades, usuàries del Servei que acudeixen al Centre d'Acollida i Activitats La Illeta, gestionat pel propi SAiSM-HUSJR. La resposta de caràcter comunitari des de la perspectiva de la disminució de danys i riscos derivats del consum de substàncies psicoactives és també una expressió de resiliència comunitària i organitzacional, centrada en la premissa de l'atenció universal a persones sense recursos bàsics, que han patit més profundament la crisi generada per la pandèmia de la covid-19 (Llorca, 2020).

Cal destacar la rapidesa amb la qual es van posar els mitjans indispensables (telèfons mòbils sense connexió a internet, connexió remota amb l'hospital i dos ordinadors portàtils per a videovisites que han utilitzat principalment l'equip d'infermeria, treball social i l'equip mèdic tant per a l'atenció als pacients com per a reunions de coordinació i d'equip) per a la intervenció psicoterapèutica malgrat el factor d'excepcionalitat.

Abans de procedir a esbossar els principals resultats de l'enquesta, ens sembla necessari introduir quines substàncies han generat la demanda de tractament dels nostres pacients en percentatges del 2019, per tenir una idea general del total de la població de la qual hem extret la mostra.

Taula 1. Demandes de tractament per substància principal

| | Heroïna | Cocaïna | Cànnabis | Alcohol | Tabac | Altres | Total |
|------------|---------|---------|----------|---------|--------|--------|--------|
| Nre. | 52 | 182 | 70 | 227 | 38 | 15 | 584 |
| demandes % | (8,9%) | (31,2%) | (12,0%) | (38,9%) | (6,5%) | (2,6%) | (100%) |

Font: Dades extretes del Sistema d'Informació sobre Drogodependències a Catalunya (Sub-direcció General de Drogodependències, Agència de Salut Pública de Catalunya, Departament de Salut, 2020).

D'acord amb un enfocament del treball social basat en el context d'intervenció, més enllà de la relació assistencial amb les persones usuàries, McCoyd i Schwaber Kerosm (2016) defineixen tres dimensions que interactuen de manera significativa en la qualitat assistencial, posant èmfasi en el maneig de noves (o no tan noves) formes de comunicació. En primer lloc, hem d'analitzar el tipus de política social i de salut que ens afecta directament. Això definirà els tipus de serveis que les persones poden rebre, qui els ha de proveir, en quines condicions i com s'han d'avaluar. En segon terme, les institucions/organitzacions a les quals estem subscriptes són les garants de les estructures i definiran la naturalesa dels serveis, sovint, per ordre de les persones que prenen decisions polítiques. I per acabar, la tecnologia aplicada a la informació. En una era on el significat de la comunicació continua expandint-se de manera complexa, les tecnologies i les formes de comunicació actuals impacten sobre els serveis, els professionals i les estructures oferint noves oportunitats comunicatives i formes d'establir una nova relació assistencial satisfactòria per ambdues parts, fet que intenta il·lustrar aquest text. Els canvis en la manera de recollir la informació, els diferents canals de comunicació existents, noves possibilitats d'anàlisi de dades, les possibilitats que acull l'accés a Internet i inherentment una manera distinta de gestionar el temps i la qualitat assistencial.

Amb aquesta idea, i per tal de combinar i reforçar la tasca docent i atendre el nostre *pull* de pacients en condicions de pandèmia, es posà en marxa un estudi per conèixer la situació dels pacients en confinament i la percepció de la resposta i idoneïtat dels mètodes emprats de seguiment sanitari, psicoterapèutic i social a distància, ja sigui telefònic o amb video-visita, per part dels pacients i els professionals. Aquest estudi es posà en marxa amb aquest doble objectiu, de manera ràpida i amb poc temps de reflexió metodològica. El grup d'estudiants en pràctiques, coordinat per l'equip de treball social, va participar tant en el disseny de les preguntes com en el total del procés d'entrevista telefònica i en reunions de reflexió sobre els resultats que anaven emergint durant les quatre setmanes que va durar el termini obert per passar els qüestionaris. Amb sentit de responsabilitat, una certa improvisació, sense esperar a rebre instruccions i amb molt pocs recursos, molts serveis s'han adaptat a l'excepcionalitat del moment i ho han fet de manera gairebé universal, amb independència del tipus de centre (urbà, rural, docent, gran o petit) i del tipus de servei que oferien.

D'altra banda, han calgut certs processos de creativitat i innovació, que de manera conjunta, han permès que les idees arribin finalment a materialitzar-se. Aquest aspecte basat en la innovació espontània i la ràpida presa de decisions ha estat determinant per a la consecució dels nostres objectius. En aquest sentit, cal també introduir el concepte d'enfocament transdisciplinari o interdisciplinari, que demana disposar d'espais de discussió sobre estratègies, la qual cosa permet la resolució de problemes complexos que superen el domini monodisciplinari i que requereixen integració del coneixement (Matus Sepúlveda, 2020). La interdisciplinarietat,

segons García López (2004), no la podem concebre com una suma de coneixements, ni com un conglomerat d'actuacions d'un grup. Fa referència al model de treball. Es tracta de posar en comú diferents formes de coneixement, d'entendre i/o abordar una problemàtica o fenomen determinat.

Cal esmentar que tot aquest procés adaptatiu s'ha pogut materialitzar gràcies al treball presencial al Servei durant tot el confinament de l'equip de treball social, d'administració, secretaria i atenció al client, així com els serveis mínims presencials de l'equip mèdic i d'infermeria, que han evitat el tancament del Servei.

L'article que tot seguit presentem està estructurat en els següents apartats: aquesta introducció inicial amb base teòrica i descriptiva de l'estudi, els objectius i la metodologia emprada, els resums dels resultats dels qüestionaris practicats a persones usuàries del Servei i als seus professionals, i un últim apartat de conclusions on es discuteixen els resultats confrontats amb les idees presentades i dos annexos amb els qüestionaris passats a les persones ateses i als professionals.

Objectius

L'objectiu de l'article és descriure l'adaptació feta tant des del punt de vista assistencial com docent durant el temps del confinament per la covid-19 per part dels professionals amb els pacients i amb els estudiants en pràctiques del SAiSM-HUSJR, així com la idoneïtat dels mètodes emprats de teleassistència.

Metodologia

Per tal de dur a terme l'estudi descriptiu, es va seleccionar una mostra aleatòria de 290 pacients del SAiSM-HUSJR, als quals es va fer seguiment o intervencions psicoterapèutiques, d'atenció social i a la salut telemàticament, durant el període del 14 d'abril de 2020 al 30 d'abril de 2020. Es tracta d'un estudi descriptiu transversal, un disseny bàsic en epidemiologia. Es caracteritza per l'absència de seguiment i dona una visió instantània del que ocorre en una població o una mostra seva en un moment donat. El procés que s'estudia (malaltia o un determinant de salut) es mesura una sola vegada (Almazán et al., 2002).

La tècnica utilitzada ha estat l'enquesta mitjançant dos qüestionaris de preguntes tancades, un dirigit a les persones usuàries del Servei i una altra als professionals que hi treballen. Hem seleccionat aquest instrument ja que no només és un conjunt de preguntes més o menys organitzades, sinó que el que ens permet és: obtenir i explotar dades quantitatives per al seu tractament i anàlisi estadístics, preguntant de manera estructurada a un conjunt determinat de persones que representen una població determinada (Meneses i Rodríguez, 2011). Segons Casas Anguita et al. (2003), l'objectiu que es persegueix amb el qüestionari és traduir variables empíriques, sobre les quals es desitja informació, en preguntes concretes

capaces de suscitar respostes fiables, vàlides i susceptibles de ser quantificades. Tots els estudiants de pràctiques es van encarregar de passar la totalitat dels qüestionaris via telefònica. Segons López i Deslauriers (2011), aquest tipus d'entrevista és la més estructurada. S'utilitza un qüestionari estandarditzat amb preguntes redactades per endavant, amb un ordre que l'enquestador ha de respectar, i la resposta és amb una tria limitada.

Per a la confecció dels qüestionaris es va comptar amb un equip de professionals del SAiSM-HUSJR coordinat per l'equip de Treball Social i la col·laboració d'estudiants de Treball Social (un), Psicologia (nou), i Educació Social (un) en pràctiques. Les entrevistes les van conduir els mateixos estudiants, via telefònica, durant el període del 4 de maig de 2020 al 29 de maig de 2020, fet que va permetre per a molts iniciar el període de pràctiques o acabar-lo una vegada truncat el seu itinerari formatiu pel confinament, garantint al col·lectiu estudiant el manteniment de tota l'activitat programada, que, a banda de la docència, inclou les pràctiques, així com els processos d'avaluació.

Pel que fa a garantir la confidencialitat i la dimensió ètica d'aquest estudi, ens hem emparat en la declaració signada de totes les persones usuàries del nostre servei a cedir les seves dades per tal d'afavorir la recerca i la formació de professionals, sempre sota les rigoroses mesures que la llei de protecció de dades exigeix. Com assenyala Román (2013), és capital tenir en compte els aspectes ètics en aquests tipus de recerca, ja que no sempre es tenen en compte aquests factors a l'hora de dissenyar i desenvolupar recerca en l'àmbit social.

De la mostra de 290 persones seleccionades s'han obtingut **158 respostes, un 51%**, la resta no ha contestat (tot i haver acceptat participar en l'estudi prèviament) o bé no se l'ha pogut localitzar. Al mateix temps, també s'ha distribuït una enquesta d'autocompliment a tretze professionals del SAiSM-HUSJR amb l'objectiu de conèixer la percepció de la resposta i idoneïtat dels mètodes emprats de seguiment psicoterapèutic a distància. El buidatge i anàlisi de les enquestes l'ha dut a cap part de l'equip tècnic interdisciplinari del SAiSM-HUSJR.

Resum de resultats de l'enquesta feta a persones usuàries del SAiSM-HUJSR

Pel que fa al perfil de pacients enquestats del SAiSM-HUSJR, cal destacar de la mostra (de 158 persones), que un 70,9% són homes davant d'un 29,1% de dones amb una mitjana d'edat de 43,5 anys. El 48,7% de les persones són solteres. Un 89% de nacionalitat espanyola. Un 22% viuen soles i un 81% no tenen persones a càrrec.

El 63,9% de les persones enquestades han fet un confinament total, és a dir, només han sortit de casa per anar a adquirir productes de necessitat bàsica. Del total, un 45,6% viuen en un pis amb balcó o terrassa i un 88% han tingut un espai on relaxar-se o estar tranquils durant el confinament.

El 37% de les persones enquestades han mantingut la feina, mentre que un 33% no en tenien abans del confinament. Un 13,29% van perdre la feina durant el confinament i la resta, un 16,71%, eren a l'atur, estudiant o de baixa laboral.

De totes les persones enquestades, un 37,08% manifesten tenir malalties orgàniques i un 61,4% reconeixen tenir un diagnòstic de salut mental. Pel que fa al seu estat d'ànim durant el confinament, cal destacar que les que ja presentaven un estat d'ànim baix abans del confinament han empitjorat després d'aquest.

Un 88% han manifestat tenir alguna persona que es preocupava per ells durant el confinament i un 56% han pogut parlar amb algú dels seus problemes personals. El 32,3% han rebut suport dels serveis socials durant el confinament.

Quan se'ls ha preguntat sobre el consum de substàncies psicoactives durant el període del confinament, el 42% dels pacients han manifestat haver consumit amb més quantitat que abans del confinament i un 44,3% ho han fet amb menys mesura, essent l'alcohol i el tabac les substàncies més consumides.

Quan els enquestats valoren l'atenció rebuda per part del SAiSM-HUSJR durant el confinament, un 97% creuen sentir-se molt satisfets o satisfets per l'atenció rebuda, ja sigui telefònica o amb videovisita. Un 80,37% han manifestat que han tingut la sensació de tenir més possibilitats de contactar amb el Servei en cas d'urgència, pel fet de tenir contacte directe telefònic o via correu electrònic amb el seu psicoterapeuta de referència.

De totes les atencions, cal destacar que el 86% han estat de caire telefònic i del 14% restant mitjançant el sistema de videovisita. Del total de persones enquestades, el 53,1% no coneixien el mètode de la videovisita, un 34,1% coneixien el mètode per no el feien servir i el 12,8% sí que el coneixien i sí que n'havien fet ús.

Quant a la confidencialitat de les converses en l'àmbit de convivència relacionades amb les visites telefòniques o videovisites, un 75,94% han manifestat que no li han suposat problemes de confidencialitat respecte al seu nucli de convivència.

El 60,75% de les persones enquestades valoren que tant les visites telefòniques com les videotrucades presenten avantatges en comparació al tipus de visita presencial, i veurien positivament intercalar en la seva rutina presencial habitual les visites i intervencions telefòniques o videovisites, sobretot pel fet de no haver de desplaçar-se i evitar possibles contactes amb el SARS-CoV-2, però també pel simple fet de la comoditat de fer la visita des de casa. Tanmateix, un 58,22% han manifestat que han trobat a faltar el contacte presencial.

Resum de resultats de l'enquesta a professionals del SAiSM-HUSJR durant el confinament

Aquest tipus d'enquesta ha permès recollir la sensibilitat d'aquests professionals relacionada amb l'aplicació de les tècniques de teleassistència. Pel que fa als principals inconvenients que s'han trobat han estat perdre "el llenguatge no verbal" en un 24% de les respostes. Les interrupcions inesperades fruit de la convivència, tant al domicili dels professionals com dels pacients, 20%, i els problemes tecnològics, 20%. Amb menys incidència, un 12% declaren no haver tingut un espai adequat de treball i la manca de proximitat amb els pacients, 12%, conciliar la vida familiar i professional, 4%, la dificultat de contactar amb pacients que no coneixien, per ser la primera vegada, 4%, i la dificultat de mantenir uns horaris, 4%, han estat altres dificultats detectades.

Sobre la consideració general de si el confinament ha dificultat la seva feina, un 84,7% creuen que no l'ha dificultat o l'ha dificultat mínimament, i el 15,3% creuen que sí que l'ha dificultat. Quan se'ls pregunta sobre com pot afectar els pacients rebre atenció de forma telemàtica, un 69,23% opinen que pot afectar positivament els pacients, un 7,7% pensen que els afecta negativament i un 23,07% que depèn de cada pacient. Els motius per pensar que afecta positivament són principalment que el procés terapèutic millora, facilita la comunicació en temps de confinament i que molts pacients es mostren agraïts pels contactes amb els professionals. Els que creuen que afecta negativament els pacients és perquè pensen que aprecien més la presencialitat.

També se'ls ha preguntat sobre si la situació de confinament pot afectar els progressos dels pacients. Un 69,2% consideren que poden empitjorar, un 27,8% creuen que milloren i un 3% creuen que no afecta els progressos terapèutics.

Quan es tracta de pacients nous, els professionals valoren que la presa de contacte de forma no presencial té algun efecte però no la dificulta, un 76,9%, i un 23,1% pensen que pot dificultar la presa de contacte.

Un 69,2% dels professionals creuen que ha augmentat l'assistència a les sessions gràcies als sistemes de teleassistència, un 23,1% creuen que s'ha mantingut constant i un 8,7% que els pacients fallen més a les visites. Especialment un 84,6% creuen que pel que fa els pacients que acostumaven a absentar-se ha augmentat l'assistència. En relació amb aquestes dades, cal destacar que un 92,3% dels terapeutes pensen que amb la possibilitat de fer consulta per telèfon o videovisita pot augmentar la freqüència de les visites o el nombre de trucades entre l'activitat programada.

Un 83,3% dels professionals enquestats creuen que aquest tipus d'assistència es mantindrà després del confinament, ja que pot ser que la situació s'allargui i pacients i professionals es poden adaptar a aquests

canvis. Tot i això, un 46,1% pensen que la situació de confinament ha afectat el bon seguiment del pacient. Un 92,3% creuen que la relació terapèutica que s'havia establert amb els seus pacients no s'ha vist afectada pel confinament o si s'ha vist afectada ha estat positivament. I un 92,3% creuen que els pacients han tingut un suport professional adequat.

Pel que fa als perfils de pacients que es poden veure beneficiats o perjudicats per les mesures adoptades durant el confinament, un 53,8% pensen que no hi ha un perfil determinat però que les persones amb trastorns mentals greus o de la personalitat es poden veure més perjudicades pels canvis de dinàmiques. Un 76,9% creuen que durant el confinament s'ha comptat, gràcies als telèfons i a la connexió remota facilitats per l'hospital i a la disponibilitat de recursos tecnològics d'alguns professionals, amb els recursos necessaris per mantenir la interdisciplinarietat de l'equip (essent la trucada telefònica, el correu electrònic i el servei de missatgeria WhatsApp els mitjans imprescindibles per mantenir-la). Un 53,8% pensen que la situació de confinament ha afectat el treball en xarxa amb altres serveis, centres i/o entitats.

Sobre la preferència de tipologia de visita a fer, un 46,2% manifesten la prioritat per la visita presencial, un 15,4% la videovisita o la trucada telefònica, i un 46,2% la combinació de les tres.

La totalitat dels terapeutes i professionals enquestats, el 100%, consideren interessant incloure la videovisita i les trucades telefòniques en la seva pràctica habitual. I un 92,3% consideren que el treball telemàtic pot afavorir o optimitzar la productivitat/eficàcia de les intervencions.

Conclusions

Davant els canvis imposats pel virus SARS-CoV-2 i la seva malaltia derivada, la covid-19, en aquest article hem volgut explicar com s'han superat els problemes de manca de preparació i contenció davant dels nous i radicals esdeveniments que evidentment han afectat la pràctica assistencial del SAiSM-HUSJR. Així, queda palès, tal com apuntàvem a la introducció, la capacitat d'adaptació a noves necessitats del treball social hospitalari, sobretot liderant la intervenció en moments de crisi i facilitant el suport psicosocial necessari, com apunten Andaluz et al. (2020), des d'una planificació àgil i dinàmica que permet prioritzar intervencions, seleccionar col·lectius prioritaris i adaptar els serveis a les necessitats.

Com esmentàvem a la introducció, l'impacte simbòlic emocional i conductual, és a dir, el sorgiment de la "pandèmia psicològica" que Evangelidou (2020) descriu, fa que des de l'assistència pública haguéssim d'afrontar i aportar els elements de suport necessaris per acompanyar les persones usuàries del Servei. En aquest sentit, es destaquen els següents resultats: de la mostra de l'estudi, van augmentar el consum un 40%, més del 60% reconeixien tenir un diagnòstic de salut mental i prop d'un 13% havien perdut la feina durant la pandèmia. Aquestes dades evidencien que ens trobàvem i trobem davant d'una població en situació de vulnerabilitat.

El principal objectiu dels canvis adaptatius es concretà a intervenir en la millora de la qualitat de vida de les persones ateses (Pacheco Mangas et al., 2020), fet que exemplifica la capacitat de resiliència organitzacional, que ha estat un factor clau per garantir que les respostes i els recursos de l'organització s'adeqüessin a la demanda dels destinataris del SAiSM-HUSJR en temps de pandèmia i confinament. Principalment, les persones usuàries del Servei van manifestar, en més d'un 80%, la sensació de tenir més possibilitats de contactar amb el Servei en cas d'urgència, pel fet de tenir contacte directe telefònic o via correu electrònic amb el seu psicoterapeuta de referència.

Durant aquest periode, tal com s'ha constatat, es va fer molta més atenció telefònica que videovisites, ja que els mitjans que es van posar a l'abast van ser majoritàriament telèfons mòbils sense connexió. La resposta es va veure molt mediatitzada per aquest tipus de suport. Les videovisites dutes a terme es van poder fer en moltes ocasions gràcies al fet que els professionals van posar a disposició els seus dispositius personals quan estaven teletreballant. És cabdal destacar la importància dels serveis presencials dels equips de serveis mínims, que van romandre als seus llocs de treball de manera ininterrompuda durant el confinament de la població. La creació simultània d'un equip de suport emocional per a la resta de treballadors del centre hospitalari i la posada en marxa de l'estudi amb la col·laboració dels alumnes en pràctiques acaben de configurar la resposta, ràpida, creativa i necessària, per afrontar les dificultats sobrevingudes.

Tècnicament, un dels mitjans més importants per poder continuar atenent eficientment els nostres pacients ha estat poder treballar amb la història clínica telemàticament i també les mesures implementades pel Departament de Salut en relació amb les facilitats per gestionar la recepta electrònica. Aquests han estat uns fets molt rellevants per poder mantenir una atenció de qualitat.

El suport i el servei assistencials s'han vist afectats per les condicions de no presencialitat, però han esdevingut coherents amb el moment de la pandèmia. Les videovisites, encara que minoritàries, han permès una intervenció més propera que les presencials, i han obert una porta a la flexibilització de la presencialitat en el futur. La modalitat telefònica també ha estat útil per fer tasques de suport i una intervenció psicoterapèutica orientada al canvi.

Tota aquesta experiència acumulada, a més del retorn progressiu a la presencialitat, ens permet fer una aposta per un suport tècnic (càmera a la consulta) per mantenir aquest ritme d'atenció i estudiant la possibilitat de compaginar rapidesa i celeritat amb la posada en marxa dels sistemes telemàtics.

Posem, doncs, en evidència algunes dificultats d'aquest sistema (telemàtic) i el reclam de la presencialitat per part d'ambdues bandes (professionals i pacients), ja que en conclusió no és substituïble (un sistema virtual no pot superar la qualitat humana). Tanmateix, el que ara s'anomena "era covid" planteja la sostenibilitat d'aquests recursos en el temps. Per exemple, hi ha pacients als quals, perquè viuen a molts quilòmetres dels

serveis assistencials, els nous sistemes telemàtics els faciliten molt l'atenció i l'accessibilitat. També cal pensar des d'un punt de vista ecològic els avantatges que la implementació de la teleassistència també pot aportar, com ara la sostenibilitat i l'aprofitament dels recursos quan són necessaris.

En general, des del punt de vista dels professionals hi ha la sensació que la productivitat i la dedicació horària ha augmentat amb el teletreball atès que la gestió dels horaris en el teletreball requereix una reflexió a partir d'aquesta experiència nova. En temps de confinament, en molts casos, ha anat a favor d'atendre més, perdent-se els límits de la jornada laboral, ja que s'han efectuat un nombre més gran de visites. Aquest fet, però, planteja que cal estar atents a analitzar molt bé aquesta relació, perquè no hauria de comportar perdre la qualitat assistencial de les intervencions. Els canvis de les relacions socials i culturals esdevinguts i també en la relació assistencial fan que la relació de la ciutadania i els professionals de l'atenció socio sanitària es transformin contínuament. Cal, doncs, que el treball social, com a disciplina, sigui capaç d'adaptar-se a aquests canvis, però més important encara, que pugui esdevenir un agent integrador de les diferents disciplines professionals que apleguen serveis socials i d'atenció a la salut en un àmbit tan complex com és el de les addiccions. En síntesi, es fa evident més que mai, davant el SARS-CoV-2, que els mitjans telemàtics seran imprescindibles per adaptar-nos de manera flexible a les necessitats col·lectives.

ANNEX 1. QÜESTIONARI ADMINISTRAT A PACIENTS

- ID numèric:
1. Edat:
2. Gènere:
3. Nacionalitat:
4. Estat civil:
5. Tipus d'habitatge:
 Casa amb jardí/pati
 Casa sense jardí/pati
 Pis amb balcó o terrassa
 Pis
 Pis compartit
 No tinc habitatge fix
 Altres:
6. Metres quadrats de l'habitatge (aprox.):
 Menys de 30 m²
 Entre 31 i 50 m²
 Entre 51 i 70 m²
 Entre 71 i 100 m²
 Més de 100 m²
7. Té espai per relaxar-se, habitació individual, on estar tranquil?
8. Amb qui viu actualment?
9. En cas de tenir fills/es indiqui quines edats tenen. (Exemples: *un/a fill/a de 4 anys, dos fills/es, un/a de mesos i un/a de 2 anys.*)
10. Té al seu càrrec persones grans? En cas afirmatiu, indiqui quantes i de quina edat. (Per exemple: *Tinc una persona gran a càrrec de 80 anys; o Tinc dues persones al meu càrrec de 77 i 74 anys.*)
11. Té al seu càrrec persones amb necessitats especials? En cas afirmatiu, indiqui quantes i la seva condició.
12. Ha perdut la feina a causa de la crisi del coronavirus?
 Sí
 No
13. Exercici:
 En practico alguns dies a la setmana
 En practico cada dia
 No en practico
14. Ioga/meditació:
 En practico alguns dies a la setmana
 En practico cada dia
 No en practico
15. Toca algun instrument?
 Sí, alguns dies a la setmana
 Sí, cada dia
 No
16. Joga a videojocs/mòbil/tablet?
 Sí, alguns dies a la setmana
 Sí, cada dia
 No
17. Mira la televisió / Netflix o altres plataformes, pel·lícules o sèries en línia?
 Sí, cada dia
 Sí, alguns dies a la setmana
 No ho acostumo a fer
18. Temps que dedica a mirar/escollar notícies sobre el coronavirus:
 No acostumo a fer-ho
 Ho faig cada dia
 Ho faig alguns dies a la setmana
19. Pateix alguna malaltia? En cas afirmatiu indiqui quina.
20. Té algún problema psicològic diagnosticat? En cas afirmatiu especifiquei quin.
21. Grau de confinament
 Total
 Funcional
 Teletreball
 Soc personal essencial
22. Abans del confinament el seu estat d'ànim era...
 Molt baix
 Baix
 Bo
 Molt bo
 Normal
23. Durant el confinament el seu estat d'ànim és...
 Molt baix
 Baix
 Bo
 Molt bo
 Normal
24. Després del confinament el seu estat d'ànim es preveu...
 Molt baix
 Baix
 Bo
 Molt bo
 Normal
25. Ha rebut suport dels serveis socials?
 Sí
 No
26. L'han multat per haver sortit al carrer quan anava a fer tasques permeses (compra d'aliments, anar a la farmàcia, sortir amb algun familiar amb necessitats especials)?
 Sí
 No

27. Està treballant de cara al públic?
Indiqui sí o no i de quin tipus de feina es tracta.
Sí
No
28. Ha patit malaltia per coronavirus?
Sí
No
29. En cas afirmatiu, ha patit algun tipus d'estigma per haver estat contagiad?
Sí
No
30. Algú del seu entorn ha emmalaltit per coronavirus? En cas afirmatiu expliqui qui (germà/na, pare, mare...).
Sí
No
31. Ha mort alguna persona del seu entorn per coronavirus? En cas afirmatiu expliqui qui (germà/na, pare, mare...).
Sí
No
32. Està consumint alguna d'aquestes substàncies durant el confinament?
Alcohol (cervesa, vi, rom, vodka, whisky...)
Tabac
Cànnabis
Cocaïna
Heroïna
Amfetamines
Medicació
Altres:
33. Durant el confinament, està consumint més del normal, o menys del normal, alguna de les substàncies anteriors?
34. Compta o ha comptat amb persones que es preocupen pel que li passi?
Sí o no i, en cas afirmatiu, indiqui quantes.
35. Té possibilitat de parlar amb algú dels seus problemes personals i familiars?
Sí
No
36. Com s'ha sentit amb l'atenció que se li ha donat?
Satisfet/a
Molt satisfet/a
Insatisfet/a
Molt insatisfet/a
37. Ha mantingut contacte...
Mitjançant videovisita
- Telefònic
Per correu electrònic
38. Coneixia o utilitzava la videovisita anteriorment?
Sí
No
39. Li ha resultat útil?
Sí
No
40. Li ha semblat adequada la durada de les sessions?
Sí
No
41. Avantatges de rebre atenció telefònica:
42. Avantatges de rebre atenció mitjançant videovisita:
43. Quins desavantatges considera que tenen les anteriors opcions d'atenció (videovisita o trucada telefònica)?
44. Creu que d'aquesta manera té més possibilitats de contactar amb el Servei en cas d'urgència? Contesti sí o no i per què.
45. Pel que fa a la confidencialitat:
Em condiciona
No em condiciona
46. Quan es comunica amb el Servei, les persones del seu entorn saben que està fent una visita terapèutica? En cas afirmatiu, indiqui de quina manera això el condiciona.
47. Creu que el mètode de videovisita facilitaria el seguiment terapèutic? Indiqui sí o no i els motius.
48. Què en pensaria, si s'intercalessin en la seva rutina de visites habituals intervencions d'aquest tipus (videovisita)?
49. Li facilitaria aquest mètode la seva activitat habitual pel fet de no haver de desplaçar-se?
Sí
No
Altres:
50. Creu que la videovisita o la trucada telefònica:
Facilita l'entrevista
Es troba a faltar el contacte presencial
51. Podria definir quin aspecte ha anat més bé amb la implementació d'aquests mètodes de comunicació durant el confinament?

ANNEX 2. QÜESTIONARI ADMINISTRAT A PROFESSIONALS DEL SAiSM-HUSJR

- Edat: Té efecte però no ho dificulta
Sexe: Té efectes perjudicials
Professió: No té efectes significatius
Altres:
1. Quins són els principals inconvenients que ha trobat a l'hora de teletreballar?
Falta del llenguatge no verbal
No tenir un espai de treball
Falta de proximitat amb el pacient
Problemes tecnològics
Interrupcions inesperades (familiars, mèdiques...)
Altres:
2. Les seves condicions horàries es mantenen igual que abans del confinament?
Segueixo l'horari establert
Els horaris són més flexibles
M'adapto a les necessitats dels pacients
M'adapto als ritmes de la vida domèstica
Altres:
3. Creu que la situació de confinament dificulta la seva feina?
Sí, molt
No gaire
La facilita
No l'afecta
Especifiqui:
4. De quina manera creu que pot afectar els pacients rebre teràpia de forma telemàtica durant el confinament?
Positivament perquè així el procés terapèutic millora
Negativament perquè valoren més l'atenció presencial o directa
Negativament perquè així el procés terapèutic empitjora
No els afecta
Altres:
5. Creu que la situació de confinament pot afectar els progressos dels pacients?
Sí, milloren
Sí, empitjoren
No afecta
Motius:
6. En pacients nous, creu que la presa de contacte de forma no presencial pot tenir una influència rellevant en el recull d'informació?
7. Creu que en general ha augmentat l'assistència a les sessions?
Ha augmentat l'assistència
Es manté constant
Els pacients fallen més
8. I, en concret, en persones que acostumaven a absentar-se?
Ha augmentat l'assistència
Ha disminuït l'assistència
No ha afectat
Motius:
9. Referent a la possibilitat de fer la consulta per telèfon; creu que pot augmentar la freqüència de visites o el nombre de trucades entre l'activitat programada?
Sí
No hi té efecte
Motius:
10. Creu que aquesta situació es mantindrà després del confinament?
Sí
No
Motius:
11. Creu que la situació de confinament pot afectar el seguiment del pacient? Per què?
Sí, el millora
Sí, el dificulta
No, tot és igual / no hi ha cap efecte
Motiu:
12. Creu que la relació terapèutica que s'havia establert amb els seus pacients s'ha vist influenciada pel confinament?
Sí, positivament
Sí, negativament
No
Motius:
13. Creu que els pacients tenen un suport professional adequat en aquests moments?
Sí en general
No en general
Depèn de cada situació
Especifiqui:

14. Quin és el perfil de pacient que es pot veure més afectat a l'hora de fer la teràpia de forma telemàtica?
Pacients psicòtics (especifiqui)
Pacients neuròtics (especifiqui)
Trastorns de personalitat (especifiqui)
Pacients joves
No hi ha cap perfil determinat
Altres:
15. Quin creu que és el perfil de pacient que es pot veure més beneficiat a l'hora de fer la teràpia en línia?
Pacients psicòtics (especifiqui)
Pacients neuròtics (especifiqui)
Trastorns de personalitat (especifiqui)
Pacients joves
No hi ha cap perfil determinat
Altres:
16. Creu que en la situació actual de confinament hi ha els recursos necessaris per poder mantenir la interdisciplinarietat?
Sí
No
Altres:
17. Quins serien els mitjans imprescindibles per poder mantenir la interdisciplinarietat?
Trucada
Videotrucada
Correu electrònic
WhatsApp
Altres:
18. Creu que la situació de confinament pot afectar el treball en xarxa amb altres centres i/o entitats? (Per exemple: serveis socials, centres penitenciaris...)
Sí
No
Motius:
19. Quin tipus de visita prefereix fer?
Presencial
Videovisita
Trucada
Combinació entre les tres
20. Quines eines o tècniques terapèutiques fa servir amb els pacients en aquest mitjà?
Les mateixes que presencialment
En puc fer servir menys que presencialment
Una altra diferent: quina?
21. Consider que seria interessant incloure aquesta opció de trucades/videovisites en la pràctica habitual?
Sí
No
Motius:
22. Creu que el treball telemàtic pot afavorir o optimitzar la productivitat/eficàcia de les intervencions?
Sí
No
Motius:

Referències bibliogràfiques

- Almazán C., Espallargues M., Oliva G. (2002). Dissenys d'estudi en recerca clinicoepidemiològica. Part I: estudis descriptius. *Pediatría Catalana*, 62, 196-205. *Annals de Medicina*. http://webs.academia.cat/revistes_elect/view_document.php?tpd=2&i=1490
- Andaluz, L., Cid Outeirño, M., Mosquera Vázquez, A. M., Rodríguez Sierra, M., Vázquez Pombo, A., i Vilar Pumares, M. (2020). Evolución de la intervención social en el ámbito hospitalario en contexto de Covid 19. Experiencia y transformación en el Servicio de Trabajo Social del CHUAC. *Servicios Sociales y Política Social*. XXXVII (monográfico especial), 169-175. *Servicios sociales y política social*. <https://www.serviciosocialesypoliticassociales.com/evolucion-de-la-intervencion-social-en-el-ambito-hospitalario-en-contexto-de-covid-19-experiencia-y-transformacion-en-el-servicio-de-trabajo-social-del-chuac>
- Bedford, J., Enria, D., Giesecke, J., Heymann, D. L., Ihekweazu, C.; Kobinger, G., Clifford Lane, H., Memish, Z, Myoung-don, O. Alpha Sall, A., Schuchat, A., Ungchusak, K., i Wieler, L. H. (2020). COVID-19: towards controlling of a pandemic. *The Lancet*, 395(10229), 1015-1018. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30673-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30673-5)
- Carinci, F. (2020). Covid-19: Preparedness, decentralisation, and the hunt of patient zero. Editorial. *British Medical Journal*, 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m799>
- Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J. R., i Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria*, 31(8), 527-538.
- Evangelidou, S. (2020). Imperatives of self-care and idioms of resilience during the covid-19 outbreak: An insight from psychiatric anthropology. Dins S. Evangelidou i A. Martínez-Hernández (Eds.), *RESET: Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19* (p.67-69). Publicacions Universitat Rovira i Virgili. <http://llibres.urv.cat/index.php/purv/catalog/download/448/465/1046-1?inline=1>
- Garcés Trullenque, E. M. (2010) El trabajo social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352.
- García López, R. (2004). Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar? *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 273-287. Universidad Complutense de Madrid. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0404110273A>

- Linnenluecke, M. K. (2017). Resilience in business and management research: A review of influential publications and a research agenda. *International Journal of Management Reviews*, 19(1), 4-30.
- López, R. E., i Deslauriers, J. P. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Margen*, 61, 1-19. Margen. <http://www.margen.org/suscri/margen61/lopez.pdf>
- Llorc, A. (2020). Outsiders: subalternidad inconfiable. Dins S. Evangelidou i A. Martínez-Hernández (Eds.), *RESET: Reflexiones antropológicas ante la pandemia de COVID-19* (p.151-153). Publicacions Universitat Rovira i Virgili.
- Matus Sepúlveda, T. (2020). Innovar la innovación: una propuesta para trabajar lo social. *Revista de Treball Social*, 219, 13-52. <https://doi.org/10.32061/RTS2020.219.01>
- McCoyd, J. L. M., i Schwaber Kerosm, T. (2016). *Social Work in health settings: Practice in context*. Routledge.
- Meneses, J., i Rodríguez, D. (2011). *El cuestionario y la entrevista*. Editorial UOC.
- Pacheco Mangas, J., Palma García M., i Hombrados Mendieta, I. Resiliencia y cultura organizacional de los servicios sociales en la era de la digitalización. *Revista Prisma Social*, 29, 123-137. <https://revistaprismasocial.es/article/view/3603>
- Reial decret 436/2020, de 14 de març, pel qual es declara l'estat d'alarma per a la gestió de la situació de crisi sanitària ocasionada per la covid-19. BOE núm. 67 § 3692 (2020).
- Román, B. (2013). La importancia de la Ética en los Servicios Sociales. *Bioética & debat*, 19(69), 3-6. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6080598>
- Shanafelt, T., Ripp, J., i Trockel, M. (2020). Understanding and Addressing Sources of Anxiety among Health Care Professionals during the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Association*, 323(21), 2133-2134. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.5893>
- Sub-direcció General de Drogodependències, Agència de Salut Pública de Catalunya, Departament de Salut. (2020). *Sistema d'Informació de Drogodependències de Catalunya: Informe anual 2019*. Generalitat de Catalunya. Recuperat 8 novembre 2021, de http://drogues.gencat.cat/web/content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/docs/INFORME-SIDC-2019_ok.pdf
- Sutcliffe, K. M., i Vogus, T. J. (2003). Organizing for Resilience. Dins K. Cameron, J. E. Dutton i R. E. Quinn (Eds.), *Positive Organizational Scholarship* (p. 94-110). Berrett-Koehler.

Vogus, T. J., i Sutcliffe, K. M. (2007). *Organizational resilience: Towards a theory and research agenda*. Ponència presentada a IEEE International Conference on Systems, Man and Cybernetics, Mont-real.

Els efectes psicosocials en els nens i adolescents en una situació de dol familiar. Un espai per al treball social

Psychosocial effects on children and teenagers
due to a situation of family mourning.
A social work circumstance

Irene Casadó Cardil¹

ORCID: 0000-0002-2738-1793

Recepció: 10/06/21. Revisió: 22/07/21. Acceptació: 29/10/21

Per citar: Casadó Cardil, I. (2021). Els efectes psicosocials en els nens i adolescents en una situació de dol familiar. Un espai per al treball social. *Revista de Treball Social*, 221, 69-87. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.04>

Resum

La mort d'un membre de la família és un factor estressor molt important que afecta l'estructura familiar i el seu equilibri respecte a la seva dinàmica funcional. Pot provocar conseqüències molt diferents en cadascun dels membres de la família extensa, així com interferir en l'evolució típica dels membres que la conformen.

El present article tracta sobre l'experiència del dol familiar des del punt de vista dels nens i adolescents, fent especial èmfasi en els efectes psicosocials que es poden observar en el seu desenvolupament després de la pèrdua. Es destaquen les formes d'intervenció des del treball social amb els nens i adolescents per tornar a restablir l'equilibri familiar i evitar conseqüències negatives en la seva vida immediata i futura, així com el paper que el treball social exerceix.

Paraules clau: Treball social, treball social sanitari, dol, sistema familiar, crisi.

¹ Treballadora social del projecte d'acompanyament sociolaboral a persones migrades de la Fundació Guné. ireneasadocardil@gmail.com

Abstract

The death of a relative is a major stressor that affects the family balance and its structure in terms of its functional dynamics and, indeed, it may trigger very different consequences on each of the members of the extended family, as well as impacting their normal development.

This paper addresses the experience of family grief from the standpoint of children and teenagers, with particular emphasis on the psychosocial effects that may be observed in their development in the aftermath of their loss. It highlights the types of social work intervention conducted involving these children and teenagers in order to restore the family balance and prevent negative impacts on their immediate and future lives. The article also describes the role that social work plays.

Keywords: Social work, social healthcare work, grief, family system, crisis.

1. Introducció i plantejament teòric

La família és un element determinant en el desenvolupament de les persones i té diferents funcions, entre les quals destaquen la funció interna de protecció biopsicosocial dels seus membres i la funció externa d'acomodació i transmissió de la cultura.

La família té com a objectiu oferir seguretat emocional i econòmica, generar patrons de comportament sans, facilitar l'adaptació als canvis, superar conflictes, satisfer necessitats, aconseguir una emancipació positiva i establir pautes i normes de convivència familiar i social adequades (Ponce de León Romero i Fernández García, 2008, p.141).

Durant el desenvolupament familiar han de superar-se una sèrie d'etapes en les quals poden ocórrer esdeveniments que desestabilitzen l'equilibri familiar i que condueixen la família entre períodes d'estabilitat i períodes de canvi. També ocorren fets accidentals que no tenen a veure amb aquestes etapes i que generen crisis no transitòries (Herrera Santi, 2012), i la mort d'un dels seus integrants és un d'aquests esdeveniments. La mort d'un membre de la família nuclear és un factor estressor que afecta l'equilibri i la funcionalitat de la família i que pot provocar efectes psicosocials en els nens i adolescents quan la persona que mor és un dels progenitors.

La recerca que s'exposa en aquest article pretén aprofundir sobre aquests efectes, sobre la forma d'intervenció per tornar a restaurar l'equilibri perdut i evitar l'aparició d'un dol patològic, així com sobre el paper que juga el treball social i la seva metodologia durant la intervenció davant aquestes situacions, centrant el focus d'atenció en la població infantil i adolescent.

Crisis i estressors familiars. Factors de risc i famílies disfuncionals

Les situacions de risc familiar solen derivar-se d'una crisi o d'un conflicte sorgit, com ara la malaltia o mort d'algun dels seus membres, una situació laboral precària, viure en entorns desfavorits o tenir una situació d'il·legalitat al país, entre d'altres (Martínez et al., 2015).

Quan es parla de la disfuncionalitat de la família es fa referència a famílies que no poden solucionar els problemes que sorgeixen durant el seu desenvolupament i els membres de la qual no compleixen les funcions del sistema familiar (Ponce de León Romero i Fernández García, 2008). Així, la **família funcional** és capaç de redefinir les demandes de l'entorn per adaptar-se i continuar evolucionant i així poder buscar solucions i superar les crisis. D'altra banda, les **famílies disfuncionals** tenen una dinàmica relacional en la qual les estratègies de resolució són molt poc efectives, es culpabilitza algun membre de la família com a focus del problema o fins i tot s'arriba a negar. La capacitat que tingui la família és un element bàsic a l'hora d'afrontar les situacions que poden desestabilitzar el sistema fins i tot a l'hora de buscar ajuda en recursos externs.

La família genera els seus propis recursos per adaptar-se i emergir de la crisi de manera eficaç i tan poc traumàtica com sigui possible. És per això que cal tenir en compte aquests recursos familiars a l'hora de fer una anàlisi holística de l'afectació que puguin generar els esdeveniments familiars en la salut familiar (Herrera Santi, 2012). Les famílies funcionals compten amb més recursos, com ara organització, suports externs, comunicació entre els seus membres o rols ben definits, entre d'altres. A més, el subsistema parental exerceix un paper clau en aquest procés, per la qual cosa l'absència d'un dels seus membres pot provocar una situació d'alt risc (Cánovas et al., 2014).

Característiques del dol en la infància i l'adolescència

El dol pot presentar-se de diferents formes: el dol funcional, en el qual les persones s'ajusten i s'adapten a la pèrdua, el dol complicat o patològic, en el qual el procés no comença o es deté en alguna de les fases. En aquest sentit, segons la cinquena edició del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales —DSM-5—* (American Psychiatric Association, 2014), el dol és un estressor de prou entitat com per desencadenar un episodi depressiu major en una persona vulnerable, i aquest tipus d'estats es defineixen com a “trastorn per dol persistent”. També existeix el dol anticipatori, que sol donar-se en casos de malaltia greu i que es produeix en el moment del diagnòstic i, finalment, el dol ajornat, que es dona, sobretot, en adolescents que decideixen ajornar el dol.

Els dols de l'adult, de l'adolescent i del nen presenten importants diferències atès el caràcter evolutiu del fenomen. Lewis (citada a De Hoyos López, 2015) afirma que la majoria dels nens perdran algun dels seus avis al llarg de la infància i fins al 3,5-4% un dels seus progenitors o germans, segons les estadístiques a escala mundial.

Es poden observar tres etapes diferents en les quals les vivències del dol són prou homogènies: nens de 6 anys, de 6 a 12 anys i adolescents (Col·legi de Metges de Biscaia, 2017).

En la primera, fins als 6 anys, els nens no entenen la idea d'universalitat de la mort, pensen que els seus éssers estimats i ells mateixos viuran per sempre i no comprenen que la mort és irreversible. Creuen que el cos del mort d'alguna forma continua funcionant i predomina un sentiment “màgic” que permet que aquesta persona morta torni si ho desitgen amb totes les seves forces. Aquest pensament “màgic” pot ser determinant dels sentiments de culpa que poden sorgir en aquestes edats. La mort es relaciona amb la vellesa i amb la malaltia i, quan ocorre, l'omnipotència de l'adult es trenca i s'activen i actualitzen antics terrors (por a la foscor, angoixa per separació, etc.). També són característiques la gran curiositat que tenen i la gran quantitat de preguntes que fan.

Els símptomes d'alerta que el dol s'està complicant són plors constants, incapacitat per fer coses que es feien de manera autònoma, ansietat per separació que no cessa, símptomes de depressió, negativa a menjar, pors que incapaciten, insomni prolongat i malsons recurrents.

Dels 6 als 12 anys es qüestionen la mort, encara que no es produeix una acceptació de la pròpia mort. A partir dels 7 anys ja tenen clar que el cos no funciona i que la mort és irreversible i desapareix el pensament "màgic". Continuen mantenint una enorme curiositat i la necessitat de raonar-ho tot, i el seu grup d'amistats és fonamental i s'angoixen per por que se'ls estigmatitzi.

Els símptomes d'alerta que el dol s'està complicant són aïllament familiar i social extrem, aparent anestèsia emocional, excessiva responsabilitat o col·laboració després de la defunció, símptomes d'ansietat que no cessen, mal humor constant, baixada dràstica d'activitat i rendiment escolar, incapacitat per integrar-se de nou en l'àmbit acadèmic, etc.

En els adolescents, la comprensió de la mort i l'elaboració del dol és similar a la dels adults i tenen molt interès a saber què passa després de la mort. Cal tenir en compte que és una etapa de canvis, per la qual cosa hi ha més conflictes amb els progenitors i es poden produir sentiments de culpabilitat si ocorre la seva mort. Són conscients de la seva pròpia mort i fantasien amb ella, fins i tot pot aparèixer la idea del suïcidi. És freqüent que no es comparteixin amb els adults les emocions després de la pèrdua per no voler mostrar-se vulnerables i tenen una preocupació especial a no voler semblar diferents del seu grup d'iguals, al qual donen molta importància, per la qual cosa a vegades renuncien a viure el dol.

Els símptomes d'alerta que el dol s'està complicant són irritabilitat, agressivitat i canvis d'humor extrems, ira incontrolada, pensaments negatius sobre la mort, conductes de risc, simptomatologia depressiva i culpa que no cessa, baixada important del rendiment acadèmic, consum de substàncies addictives, incapacitat per reprendre les seves rutines, assumptió de responsabilitats que abans no assumia, etc.

El treball social en la intervenció en dol

En la majoria dels casos, la intervenció en el dol des de la disciplina s'emmarca dins del treball social sanitari. L'etapa de l'atenció al final de la vida comprèn tant la intervenció en cures pal·liatives com el procés lligat a la mort i el suport a la família durant la malaltia i el període del dol.

La *Guía de Intervención del Trabajador Sanitario de la Comunidad Valenciana* (Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, 2012) indica que el diagnòstic social sanitari permet concretar l'acció que es durà a cap amb el pacient i el seu entorn, identificant les situacions de risc social que els afecten i establint un pla d'intervenció individualitzat que es comparteix amb l'equip multidisciplinari per proporcionar al malalt i a la família els suports necessaris.

Així, la pràctica del treball social sanitari pren com a referent el mateix mètode de treball social per establir una metodologia (García Ledesma et al., 2015):

- Estudi sociofamiliar que comença per una recerca i estudi de les diferents àrees de la dimensió sociofamiliar i pretén identificar les variables que condicionen la problemàtica del pacient i família i conèixer les seves expectatives, circumstàncies i difi-

cultats socials. Es du a terme a través d'entrevistes, observació directa, registre de dades, anàlisi i valoració de les necessitats i els suports socials.

- Diagnòstic social que és un judici tècnic de la situació-problema i que ha de fer-se amb un enfocament globalitzador i integrador que valori causes, orígens, circumstàncies desencadenants i interrelacions. S'identifiquen situacions en els ordres familiars, el suport social, familiar i econòmic.
- Pla d'intervenció social en el qual s'estableixen objectius, activitats, graus d'actuació, mètodes i recursos. Hi ha dos grups d'accions diferenciats: tractament psicosocial i informació i tramitació de recursos. El primer pretén fomentar que ells mateixos siguin agents del seu propi canvi i potenciar habilitats necessàries i es fa a través d'entrevistes, principalment. La tramitació de recursos serveix per facilitar l'accés als recursos socials i socio-sanitaris i es du a terme informant, assessorant i recolzant en els tràmits.

Per tots aquests es pot afirmar que la incorporació del treballador social en un servei d'aquestes característiques facilitarà aprofundir en els tots els àmbits de la persona, de manera precisa, ajustant-se a la realitat.

Taula 1. Àmbits d'influència del treballador social en situacions de final de vida

| Equip | Malalt i família | Comunitat | Investigació |
|--|---|---|--|
| Aportació de coneixements socials i culturals associats al procés de malaltia. | Atenció per mantenir la qualitat de vida. | Informació, sensibilització i optimització de recursos comunitaris. | Aportació de dades per a la millora de l'atenció global. |

Font: Institut Català d'Oncologia (2004).

Durant les seves intervencions, els professionals necessiten una formació molt específica i el principal objectiu és facilitar la informació, ajudar amb els assumptes inacabats del mort, incrementar la realitat de la pèrdua, col·laborar a donar un comiat adequat, facilitar l'expressió emocional o ajudar a reajustar-se després de la pèrdua (Worden, citat a González Calvo, 2006). Les tècniques per assolir aquests objectius són l'entrevista, l'observació, l'ús de símbols, escriure cartes o dibuixar, el *role playing*, etc. És necessari el coneixement de la situació familiar i de les necessitats dels nens i adolescents i de la resta de components per poder fer un bon diagnòstic social.

Hi ha alguns aspectes que cal tenir en compte perquè la intervenció sigui tan adequada com sigui possible, com ara: estar assegut quan es donin males notícies, subministrar informacions clares, reconèixer que el

sofriment és natural i que cada persona té el seu ritme, estar disponible per escoltar sense jutjar, ja que parlar allibera l'estrès, donar espai per al silenci i el contacte físic per fer un acolliment no verbal (Campos Toledo, 2015).

2. Plantejament metodològic

L'objectiu principal és corroborar la hipòtesi que la mort d'una persona de la família, sobretot de la família nuclear, és un factor estressor i desestabilitzador en el desenvolupament psicosocial dels membres més joves, ja siguin nens o adolescents.

Els objectius específics que s'han definit són els següents:

- Identificar la mort familiar com un factor estressor per a la funcionalitat i l'equilibri familiar.
- Definir els principals problemes des del punt de vista psicosocial en els nens i adolescents.
- Conèixer les diferents maneres d'afrontar el dol segons el moment evolutiu de la persona.
- Definir la forma d'intervenció en nens i adolescents en situació de dol familiar.
- Conèixer com es desenvolupa la pràctica professional del treballador social en l'àmbit del treball social sanitari i la intervenció en els àmbits de malaltia i dol. Definir la metodologia que segueixen i les principals tècniques.
- Establir els àmbits de millora per a la pràctica del treball social en el procés del dol a escala familiar.

Quant a la metodologia utilitzada per a assolir l'objectiu, s'ha treballat amb dues tècniques diferents: la revisió bibliogràfica i l'entrevista. Tots dos mètodes formen part de la recerca qualitativa, que té com a objectiu identificar la naturalesa profunda de les realitats, el seu sistema de relacions i la seva estructura dinàmica. Se centra en la fenomenologia i la comprensió, és subjectiva, exploratòria, inductiva i descriptiva. A més, està orientada al procés, és holista i tracta la realitat com un fenomen dinàmic. Per contra, la recerca quantitativa determina la correlació entre variables, la generalització i l'objectivació dels resultats. Cal destacar que en la recerca qualitativa els investigadors són sensibles als efectes que ells mateixos causen en les persones objecte d'estudi i valoren totes les perspectives, i tots els possibles escenaris són dignes d'estudi.

Revisió bibliogràfica

Aquest instrument d'anàlisi es compon, principalment, de dos elements: els documents triats per a la revisió, que en aquest cas han estat llibres, articles de revistes científiques, actes de diferents congressos específics sobre la disciplina i tesis doctorals i, d'altra banda, el resultat de l'anàlisi de tots aquests. En aquest procés cal tenir en compte els diferents tipus de documents amb els quals es pot treballar: els primaris, que són

originals i transmeten informació directa; els secundaris, que ofereixen descripcions dels primaris; i, finalment, els terciaris, que sintetitzen els primaris i secundaris (Pedraz, 2004). En el cas d'aquesta recerca s'han utilitzat, principalment, primaris i terciaris (com és el cas de directoris de bases de dades, per exemple).

Dins del procés de recerca, la revisió de la bibliografia es troba, inicialment, en el procés de justificació de la recerca per mostrar quines són les metes, els objectius, l'abast i l'exposició de motius que fonamenten la recerca. De la mateixa manera, la revisió també inclou una exploració de la metodologia utilitzada per poder contestar la pregunta de recerca, i aporta una fonamentació per als enfocaments metodològics i dissenys de recerca utilitzats.

Entrevista

L'entrevista ens permet recollir informació sobre els fets i els aspectes subjectius de les persones i conèixer la seva opinió en relació amb aquests fets.

L'entrevista forma part de les tècniques de recerca social qualitativa, la funció de la qual és interpretar els motius profunds que tenen els agents a l'hora d'actuar o presentar de determinada manera respecte a diferents problemes socials. Per a això, a través d'una sèrie de preguntes estructurades i un contacte directe, l'entrevistador interpreta els aspectes més significatius i diferencials dels entrevistats (Taguenca Belmonte i Vega Budar, 2012, p. 60).

Mostra

Tal com afirmen Gutiérrez i del Val (citats a Gallego i Tomás, 2016), una entrevista com les que es presenten en aquest estudi es fa sobre un panell d'informants reduït que és representatiu, quantitativament i qualitativament, de la població que desitgem observar. S'ha començat fent un disseny teòric dels subjectes a entrevistar, que en la majoria dels casos pretén ser un reflex dels sectors socials rellevants per a l'objecte d'estudi.

Aquesta recerca s'ha dut a terme amb un mostreig integrat per 18 professionals de la intervenció en situacions de dol en diferents punts d'Espanya. Els seus perfils són, principalment: treballadors socials de centres hospitalaris o d'entitats que treballen amb malalties greus, psicòlegs experts en dol i acadèmics que han desenvolupat una intensa carrera com a autors de diferents publicacions i docents de formació especialitzada en el tema. Els professionals participants exerceixen principalment en unitats de cures pal·liatives de diferents ens públics i privats, associacions de malalties cròniques, grups de dol, gabinets de psicologia especialitzats i universitats de diferents punts del territori.

La cerca d'aquests s'ha dut a terme a partir de directoris de grups de dol, d'hospitals i també a través dels autors de les obres referenciades en la bibliografia. Dels 35 contactes inicials seleccionats per fer l'entrevista, s'ha fet amb 18 d'ells, i els perfils dels entrevistats són els següents:

- 8 treballadors socials pertanyents a l'àmbit hospitalari o a associacions que treballen amb malalties greus i terminals.
- 9 psicòlegs experts en processos de dol dels quals 4 podem catalogar-los com a professionals reconeguts a escala estatal per la quantitat de professionals que s'han referit a ells, el volum de bibliografia publicada i per ser referents en l'àmbit acadèmic.
- 1 educadora social que ha fet diversos treballs i publicacions en aquest àmbit específic.

Taula 2. Composició de la mostra

| Entrevistat | Ocupació i competències | Anys d'experiència dol familiar |
|-------------|--|---------------------------------|
| E1 | Terapeuta de dol en un hospital de referència | 6 anys |
| E2 | Treballadora social en associació oncològica referent a escala nacional | 5 anys |
| E3 | Psicòloga en associació oncològica referent a escala nacional | 12 anys |
| E4 | Psicòloga d'equip de cures pal·liatives en hospital de referència | 5 anys |
| E5 | Psicòloga familiar especialitzada en processos de dol | 20 anys |
| E6 | Psicòloga familiar especialitzada en processos de dol | 10 anys |
| E7 | Psicòloga familiar especialitzada en processos de dol | 12 anys |
| E8 | Treballadora social en associació oncològica referent a escala nacional (coordinadora de l'equip social) | 10 anys |
| E9 | Treballadora social en hospital de referència | 13 anys |
| E10 | Docent especialitzada en dol infantil i juvenil i autora de diversos estudis sobre el tema | 20 anys |
| E11 | Coordinador departament de treball social en hospital de referència | 6 anys |
| E12 | Psicopedagoga i docent especialitzada en dol infantil i juvenil | 15 anys |
| E13 | Psicòloga familiar especialitzada en processos de dol | 12 anys |
| E14 | Psicòloga especialitzada en dol infantil i juvenil i autora de diversos estudis sobre el tema | 20 anys |
| E15 | Treballador social sector públic i autor de diversos estudis sobre el tema | 5 anys |
| E16 | Educadora social especialitzada en joves i adolescents | 3 anys |
| E17 | Treballadora social en institució sanitària oncològica de referència | 20 anys |
| E18 | Treballadora social sanitària, docent i investigadora | 13 anys |

Font: Elaboració pròpia.

Instruments

S'ha utilitzat la tècnica d'entrevista individual de tipus estructurada i amb una durada aproximada de 30-45 minuts cadascuna.

Com que la psicologia i el treball social són especialitats i fan intervencions molt diferents entre si, s'han elaborat dues tipologies diferents d'entrevista (als «Annexos» s'inclouen els dos guions), una per a cada tipus de professional, amb les quals es pretén complir la verificació de la hipòtesi i de tots els objectius específics. És per això que en el procés de redacció de les entrevistes s'ha elaborat cada pregunta buscant la seva correlació amb els objectius a assolir. En tot moment s'ha treballat per mantenir la confidencialitat dels subjectes entrevistats informant-los sobre la finalitat de l'estudi i garantint el seu anonimat.

Anàlisi

Per identificar els resultats s'ha fet una anàlisi qualitativa de les dades obtingudes en les entrevistes a professionals de l'àmbit, tant psicòlegs com treballadors socials, basat en el mètode de comparació constant creat el 1967 pels sociòlegs Barney Glaser i Anselm Strauss i que ha estat perfeccionat per uns altres al llarg del temps. Segons Samter (2012), aquest mètode permet descobrir coneixement a través de la generació de categories de conceptes que sorgeixen a partir de l'evidència empírica. Així, s'ha pogut establir un diàleg entre els resultats i la literatura actualitzada sobre el tema.

En aquest cas, i després d'haver estudiat els registres a través de la lectura i l'elaboració d'una taula per unificar-los, s'han identificat els següents temes emergents:

1. La mort com a estressor que afecta l'estructura i l'equilibri familiar.
2. Principals problemàtiques en nens i adolescents.
3. Diferències principals en el procés de dol entre els nens i adolescents, i les persones adultes.
4. Formes d'intervenció amb nens i adolescents.
5. La figura del treballador social.
6. Àmbits de millora.

3. Resultats

A continuació, es mostren els resultats obtinguts en cada tema.

La mort com a estressor que afecta l'estructura i l'equilibri familiar

Es pot afirmar que en la majoria dels casos la mort d'un membre de la família nuclear representa un estressor important per a la família i, més concretament, per als nens i adolescents. A part del significat de la pèrdua, hi ha moltes adaptacions que la família ha de fer quant a horaris, estructura, assumptió de responsabilitats, organització acadèmica, econòmica, etc., havent d'estructurar-se de nou des d'una perspectiva nova de família,

reformular i delimitar els papers i les funcions. La família, com a entitat viva, passa per diferents etapes vitals durant el procés de malaltia d'un dels seus membres, la qual cosa pot desestabilitzar-ne el funcionament, creant situacions de crisi vitals, estressants i provocant modificacions en el seu sistema intern i en els rols i funcions de cadascú.

La mort pot ser un estressor, ja que la família és un sistema viu i dinàmic que té diferents etapes en el seu cicle vital i un procés de malaltia o mort pot provocar modificacions en el seu sistema intern i en els seus rols i les seves funcions (E6, 10 anys d'experiència).

Malgrat que sembla que hi ha un consens sobre la naturalesa de la mort com a estressor familiar, una part dels entrevistats convé que ho serà en més o menys grau dependent d'alguns factors clau: com l'adult de referència gestiona el dol, la forma en què gestionen el procés amb el nen o adolescent i la relació o vincle que els unia.

Els nens i adolescents no tenen l'experiència prèvia amb el tema de la mort, per la qual cosa ells faran el que faci l'adult de referència. Per exemple, si es pot parlar de manera natural del tema aprendrà que és una cosa natural i parlarà de manera natural, però si s'evita el tema, tampoc parlarà i és quan hi ha risc que el procés es compliqui. És important transitar el dolor i s'ha d'ajudar els nens i adolescents al fet que sàpiguen identificar el que senten i poder-ho expressar i regular de manera adequada, i en aquest sentit és molt important l'educació emocional rebuda. En la majoria dels casos han recomanat que el treball es faci amb l'adult de referència tret que el nen o adolescent presenti símptomes greus o persistents.

Problemes o efectes des del punt de vista psicosocial en els nens i adolescents

Un punt clau és especificar i valorar l'edat biològica del nen o adolescent, ja que el concepte de mort no és el mateix des del punt de vista evolutiu i serà un aspecte a tenir en compte per a la intervenció del professional. En edats fins als 7-8 anys, és possible que es donin canvis en el cicle del somni i en el descans, en les rutines fisiològiques, la gana, més irascibilitat i les denominades "rebequeries" i fins i tot que apareguin quadres psicossomàtics com mal de cap, d'estómac, etc. Sempre que no s'allarguin en el temps i no siguin molt intensos, pot considerar-se dins de la normalitat.

En el cas dels nens petits i de nens fins a 7 anys, és molt possible que, si no se li explica bé i de manera clara, pugui desenvolupar sentiments que ha estat abandonat, d'inseguretat, de ràbia i de decepció que poden repercutir-li en molts àmbits de la seva vida (E17, 20 anys d'experiència).

Quant als adolescents, la pèrdua pot afectar el rendiment a l'escola, que baixin les notes, que perdin les ganes d'anar-hi. També s'observen conductes més irascibles, més fràgils, l'adopció de conductes de risc i l'assumpció, en molts casos, de responsabilitats que no els corresponen per la seva edat.

En el cas dels adolescents, la pèrdua s'afegeix al propi procés vital que estan tenint, que pot ser complicat, per la qual cosa hi ha més factors

de risc, com ara el consum excessiu de videojocs, alcohol, tabaquisme, sexe sense precaucions, etc. (E3, 12 anys d'experiència).

Diferències principals en el procés de dol entre els nens i adolescents i els adults

La majoria dels experts coincideixen que el dol infantil es considera un dol desautoritzat, que són molt petits per afrontar-lo i els eviten i oculten el que envolta la mort, de manera que compliquen el procés, per la qual cosa moltes vegades passa sense notar-se en la infància i és en l'adolescència quan apareixen trastorns d'ansietat, comportaments de risc o alguna depressió pel fet que la pèrdua no està treballada. En canvi, l'adult té més consciència de com es viu el procés i facilitat per identificar les emocions que són presents. A més, el normal és que compti amb més recursos per gestionar les emocions que sent.

L'adult té, a priori, molts més mecanismes d'afrontament que els nens i adolescents i més opcions, com per exemple poder demanar ajuda o desconnectar fent alguna cosa que li agrada quan se senti malament, entre altres (E6, 10 anys d'experiència).

També convenen que hi ha molts mites sobre com viuen la pèrdua els nens i adolescents que dificulten el camí fent que els adults tendeixin a sobreprotegir-los i a no deixar-los participar en el procés de comiat, rituals o ni tan sols en les converses sobre la persona morta.

Formes d'intervenció amb nens i adolescents davant la pèrdua familiar

S'ha de fer un abordatge integral de la situació amb tots els membres que formen la família durant tot el procés d'adaptació a la malaltia, des del moment del diagnòstic (amb el consegüent primer procés de dol que és la pèrdua de la salut), fins a la intervenció en els processos d'anticipació al dol en situacions en les quals el pronòstic indica la pròxima mort del pacient. Un dels aspectes més importants en aquest moment és la detecció de factors de risc de dol complicat, per la qual cosa els professionals han de tenir-ho present i fer les derivacions pertinents. Posterior a la mort del pacient s'ha d'intervenir en els processos de dol dels familiars que passen a ser malalts a través d'entrevistes o trucades posteriors. En el cas d'haver-hi nens o adolescents a càrrec, és molt important incidir sobre una sèrie de qüestions en concret. En cas de detectar un símptoma que nens i adolescents poden tenir un dol complicat, es poden fer sessions grupals en grups de dol, sessions individuals en les quals se'ls ajudi a expressar-se a través de dibuixos, contes, relats, etc.

El que funciona més bé són els grups de dol per a nens i adolescents, que estan separats, ja que, sobretot els últims, senten que estan amb un grup d'iguals en la mateixa situació i això els ajuda a obrir-se (E1, 6 anys d'experiència).

En aquest sentit, ha estat molt important la creació de recursos específics a partir del treballador social sanitari per atendre aquest tipus de situacions.

La figura del treballador social en la intervenció amb nens i adolescents en situació de dol familiar

Des del treball social s'acompanya la família des d'una perspectiva biopsicosocial, començant amb una primera entrevista o trucada. És en aquesta exploració on s'estudien i es valoren les necessitats psicosocials del pacient i del seu context familiar. Per millorar la qualitat de vida del pacient i del seu sistema familiar més pròxim, la situació ha d'abordar-se tenint en compte totes les dimensions (física, emocional, social, econòmica, relacional, espiritual, etc.) per donar resposta a totes les necessitats i problemàtiques que sorgeixin.

Com a principi, el treball social té com a objectiu la consecució del benestar de les persones, i intervenir en els processos de dol és una manera de contribuir a l'assoliment d'aquest objectiu (E15, 5 anys d'experiència).

Cal destacar la importància que el treball social juga en els equips de professionals que atenen el pacient i la seva família i destaquen que és bàsic que hi hagi bones eines de coordinació entre els uns i els altres per evitar duplicitats i abordar la problemàtica de la forma més integral possible.

Sempre que hi hagi un equip estable, la presència del treballador social sanitari resulta crucial internament i externament. Les raons són de principis: celeritat, economia, flexibilitat... Però també perquè la família sent el suport professional des de la veritat, no des de la retòrica. El problema sorgeix quan el treballador social sanitari acudeix a demanda i no forma part de l'equip (E18, 13 anys d'experiència).

No obstant això, algunes aportacions dels entrevistats es refereixen a la labor excessivament burocràtica que es fa des del treball social com a mera tramitació de prestacions o ajuda en les gestions posteriors a la mort.

Com a treballadora social, una gran part del meu temps el dedico a la tramitació d'ajudes econòmiques puntuals o ajuda amb els tràmits per al funeral, informació sobre possibles prestacions, etc. M'agradaria poder intervenir més a llarg termini amb aquesta família en dificultats (E2, 5 anys d'experiència).

Per concloure aquest punt, es pot afirmar que la figura del treballador social en els processos de final de la vida i dol és una peça clau per al pacient i la família a través d'una intervenció professional específica que només pot desenvolupar un professional que estigui qualificat i format per a això. En aquest cas, serà el treballador social sanitari el referent sobre el qual recaurà la intervenció. Per continuar evidenciant els avantatges de la intervenció s'ha de continuar treballant en la recerca, que en els últims anys ha estat una de les claus que ha permès poder mostrar amb resultats els beneficis que aporta aquesta figura professional.

Àmbits de millora per a la intervenció

Hi ha diversos aspectes millorables, com la ràtio de treballadors socials per hospital, que és molt baix (a més la figura no és present en tots) o el reforçament en atenció primària amb especialistes. També la creació d'una modalitat de baixa laboral reconeguda en aquests casos, així

com la implementació del principi d'universalitat en el sistema sanitari en relació amb aquestes situacions, ja que no hi ha una cobertura universal i qualsevol persona en aquesta situació hauria de poder accedir de manera gratuïta als recursos pertinents.

L'acompanyament en el dol no està reconegut com a recurs en el sistema de salut, per la qual cosa no hi ha una cobertura universal i ni tan sols existeix un motiu de baixa mèdica que sigui el del dol, només tens 4 dies (E1, 6 anys d'experiència).

També són necessàries solucions per a casos de mort sobtada en la qual el pacient no ha estat institucionalitzat i no es troba dins de l'àmbit de cap institució.

Sempre tens la sensació de ser un apagafocs, només hi ha entrada en els recursos quan es dona una situació límit o hi ha una llarga malaltia darrere, si no, la persona, està desamparada (E8, 10 anys d'experiència).

Un altre aspecte que molts professionals han destacat és la importància de l'escola i el sistema educatiu perquè s'implementi formació per als professors i també en els estudis de grau, tant en els de treball social com en els de psicologia o pedagogia. Finalment, en algun cas apunten als desequilibris territorials que hi ha quant als recursos i a la dificultat de conèixer-los tots, per la qual cosa haurien d'haver-hi directors en cada centre de salut, hospital, tanatori, consulta psicològica, etc. Malgrat l'anteriorment exposat, hi ha moltes opinions que afirmen que sí que hi ha recursos de qualitat, però que no es coneixen.

Considero que sí que hi ha força recursos però que no estan visibilitzats i ni els professionals ni el públic en general els coneixen ja que no formen part del Sistema Nacional de Salut i a més el tema continua sent una cosa tabú (E3, 12 anys d'experiència).

4. Discussió

I ja, per acabar, es presenten les conclusions més importants a les quals s'ha arribat amb les dades obtingudes contrastant els resultats de les entrevistes amb el discurs teòric existent sobre el tema.

- Hi ha un discurs homogeni i un consens elevat sobre les conseqüències que té la mort d'un dels progenitors, tant emocionalment com socialment. Com ja apuntava Herrera Santi (2012) i s'ha demostrat amb la recerca, la mort d'un membre de la família extensa afectarà la manera de dur a terme les funcions familiars i propiciarà un canvi en l'estructura, que necessitarà una readaptació i una acceptació davant la pèrdua de la relació que tenia amb la persona morta. El nivell d'estrès pot variar en funció de l'entorn familiar o social, el procés de dol que duguin a terme i de la relació que es mantenia amb la persona morta.
- D'altra banda, hi ha una visió unànime sobre com es tracta el dol dels nens i adolescents i com continua sent un tema tabú en el qual es tendeix a la sobreprotecció i a l'ocultació dels sentiments

i de les circumstàncies. Apunten al fet que els comportaments típics continuen sent: no deixar-li participar en els rituals ni en les converses, amagar-li la realitat o no ser clars amb ells. Els professionals es troben dia a dia amb falses creences relacionades amb el dol dels nens i adolescents que deslegitimen el seu procés.

- Contrastant les entrevistes i la base teòrica, es constaten les diferents maneres d'afrontar el dol segons l'etapa evolutiva del nen, ja que el dol s'afronta o transita de manera diferent segons el moment evolutiu en el qual es trobi la persona. És normal que els nens més petits passin d'estats de tristesa a estats d'alegria de manera brusca i que les seves expressions no siguin sempre de sofriment, ja que si bé són capaços d'experimentar el malestar, no saben posar-li nom, tenen la línia entre la ficció i la realitat no gaire clara ni definida. En el cas dels adolescents, el fet de trobar-se en un moment de molts canvis bruscos en els àmbits físic i emocional i de tenir més accés a comportaments de risc (drogues, alcohol, etc.) pot complicar-los encara més el procés de dol.
- No hi ha, ni en l'esfera pública ni en la privada, prou recursos per tractar temes de pèrdua familiar, ni tan sols en l'àmbit de les cures pal·liatives. A més, gairebé la meitat de la població no té accés a aquesta mena de recursos ja que només els hospitals de referència compten amb ells. També s'hauria d'incrementar i protocolaritzar l'assistència en aquests casos en el Sistema Nacional de Salut, sobretot en l'Atenció Primària, amb formació específica, així com en l'àmbit educatiu perquè el professorat pugui acompanyar als alumnes que es troben en aquesta situació. Tenint en compte la Convenció sobre els Drets de l'Infant (UNICEF, 2006) en els seus articles 12 i 24, queda patent que l'estat no disposa de recursos ni professionals per garantir als nens i adolescents els suports ni serveis necessaris davant una situació d'aquestes característiques.
- El paper del treballador social sanitari i la seva intervenció en malaltia i dol no tenen un reconeixement ni un espai plenament definit, ja que hi ha molts aspectes que han de millorar-se, encara que sí que té una metodologia i uns rols definits. Hi ha deficiència de professionals en la major part d'equips que atén aquestes situacions (només en un 50% dels casos existeix la figura) i ni tan sols ho solen fer a jornada completa. A més, és un camp poc estudiat des de la perspectiva de la intervenció social, almenys en comparació amb la sanitària o psicològica. Per això es pot explicar la poca presència que tenen aquests professionals en les intervencions i en els recursos específics existents i també l'excessiva burocratització de la pràctica (gestió de prestacions, tramitació, expedients, etc.).

- La temàtica no té cap presència en els estudis del Grau en Treball Social ni en formacions de postgrau o màster, només pot accedir-se a través de cursos molt específics. Es demana que sigui present, a més, en els estudis de disciplines com la d'educació o pedagogia per així poder fer un acompanyament dels nens i adolescents des dels centres educatius.
- Durant la intervenció des del treball social, hi ha poca profunditat i seguiment dels casos una vegada la persona ha mort. En els casos de malaltia, la intervenció se centra gairebé exclusivament en el pacient i no en la família, i una vegada s'ha produït el desenllaç se centra, en la majoria de les vegades, en una trucada passades unes setmanes.

A partir de l'estudi dut a cap s'han identificat una sèrie de possibles línies de recerca que es podrien desenvolupar en un futur per ampliar el coneixement sobre el tema, així com idees sobre com millorar la intervenció.

Els principals àmbits d'anàlisi serien: l'adolescència i els factors de risc lligats al moment evolutiu en el qual es troba el jove, els recursos específics per a nens en edats de preescolar (0 a 6 anys) per afrontar una mort familiar i que siguin adequats a les seves capacitats i interessos o el rol del pare i de la mare dins de la família nuclear, ja que, com han apuntat alguns entrevistats, continuen representant papers diferents i això té una influència a l'hora d'afrontar la mort d'un d'ells.

Quant al paper del treballador social, es podria ampliar la recerca a la figura que ocupa als hospitals dins dels equips d'atenció al final de la vida i en les unitats de cures pal·liatives, al protocol d'intervenció del treballador social sanitari en casos de final de vida amb nens i adolescents a càrrec i també des dels serveis socials de primera atenció en cas de nens i adolescents en situació de pèrdua d'un familiar.

Seria interessant conèixer més profundament la manera d'abordar el tema en els graus de ciències socials, com ara treball social, psicologia, educació social o pedagogia, així com les opcions de formació de màster o doctorat.

Per acabar, i tornant al rol que té el treballador social en les situacions de dol familiar, per poder evidenciar els beneficis que aporta durant la intervenció, cal continuar investigant i construint un cos teòric més ampli que recolzi la seva intervenció i els seus beneficis a través dels resultats i del rigor científic.

ANNEXOS

Guió de l'entrevista per a professionals de l'àmbit psicològic

A continuació, s'exposa el guió de l'entrevista a professionals de l'àmbit psicològic:

1. Segons la seva experiència, considera que la mort d'un familiar dins de la família nuclear és un estressor per al nen/adolescent? Per què?
2. Quins creu que són els principals efectes o conseqüències en els nens i adolescents de la pèrdua d'un membre de la família (sobretot progenitor)? Com creu que els pot afectar en el seu futur desenvolupament i en quins àmbits hi ha un risc més elevat?
3. En la seva opinió, els efectes que comentava sobre els nens/adolescents, en què es diferencien dels que sofreix l'adult?
4. Quins efectes o conseqüències té sobre l'estructura i funcionalitat familiar aquesta pèrdua? sobre quins aspectes del desenvolupament de la familiar és més important incidir?
5. Segons la seva experiència, hi ha prou recursos per atendre aquest tipus de situacions? Quins creuen que són els principals àmbits de millora?

Guió de l'entrevista en l'àmbit del treball social sanitari

A continuació, s'exposa el guió de l'entrevista a professionals de l'àmbit del treball social sanitari:

1. En el seu dia a dia, quin és el mètode o actuacions dins de l'equip d'atenció a la família en casos de malaltia crònica o terminal? Existeix un protocol de seguiment posterior una vegada es produeix el desenllaç i la família abandona l'hospital?
2. Segons la seva experiència en els centres mèdics o hospitalaris, quins són els recursos més habituals per afrontar aquest tipus de situacions? En quins àmbits de la família és més important incidir, hi ha un risc més elevat?
3. Creu que el treballador social sanitari té prou presència en els equips? Creu que el treball social és una disciplina rellevant que podria ajudar a aconseguir un impacte més gran en la intervenció? Per què?

Quins aspectes de la intervenció creu que es podrien millorar en l'atenció a les famílies?

Referències bibliogràfiques

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Transtornos Mentales (5.ª ed.)*. Editorial Médica Panamericana.
- Campos Toledo, L. (2015). El tema del duelo en la práctica del trabajador social. *Trabajo Social*, 17, 239-252.
- Cánovas Leonhardt, P., Sahuquillo Mateo, P., Císcar Cuñat, E., i Martínez Vázquez, C. (2014). Estrategias de intervención socioeducativa con familias: Análisis de la orientación familiar en los servicios especializados de atención a la familia e infancia de la Comunidad Valenciana. *Revista Educación XXI*, 2012(2), 265-288. <https://doi.org/10.5944/educxx1.17.2.11491>
- Col·legi de Metges de Biscaia. (2017). *Guía sobre el duelo en la infancia y adolescencia*. Recuperat 15 novembre 2021, de <http://www.cop.es/uploads/PDF/GUIA-TRATAMIENTO-DUELO.pdf>
- Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. (2012). *Guía de intervención de Trabajo Social Sanitario*. Generalitat Valenciana. Recuperat 15 novembre 2021, de <https://studylib.es/doc/6941813/gu%C3%ADa-de-intervenci%C3%B3n-de-trabajo-social-sanitario>
- De Hoyos López, M. (2015). ¿Entendemos los adultos el duelo de los niños? *Acta Pediátrica Española*, 2015(2), 27-32.
- Fons de les Nacions Unides per a la Infància (UNICEF). (2006). Convenció sobre els Drets de l'Infant. Nacions Unides. Recuperat 15 novembre 2021, de <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Gallego, C., Tomás, E. (2016). *Introducción a los métodos y técnicas de investigación cualitativa en ciencias sociales*. Capítol 2. Universidad de Zaragoza.
- García Ledesma, R., Mellado Cabrera, A., Illarramendi Hernández, C., i Pérez Cequera, M. (2015). Uso de técnicas con enfoque sistémico narrativo: intervención psicoterapéutica en una familia por duelo infantil. *Alternativas en Psicología*, 33, 8-21. <http://www.alternativas.me/22-numero-33-agosto-2015-enero-2016/97-uso-de-tecnicas-con-enfoque-sistémico-narrativo-intervencion-psicoterapeutica-en-una-familia-por-duelo-infantil>
- González Calvo, V. (2006). *Trabajo Social Familiar e intervención en procesos de duelo con familias*. Ponència presentada en el IV Congrés d'Escoles Universitàries de Treball Social, Saragossa. Dialnet.

- Recuperat 15 novembre 2021, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2002448>
- Herrera Santi, P. (2012). Factores de riesgo para la salud familiar: acontecimientos significativos. *Revista Humanidades Médicas*, 2012(2), 184-191. Recuperat 15 novembre 2021, de <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/89/122>
- Institut Català d'Oncologia. (2004). *Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica*. Generalitat de Catalunya. Recuperat 15 novembre 2021, de http://ico.gencat.cat/web/.content/minisite/ico/professionals/documents/qualy/arxius/doc_modelo_trabajo_social_at._oncologica.pdf
- Martínez González, M., Álvarez González, B., i Fernández Suárez, A. (2015). *Orientación familiar. Contextos, evaluación e intervención*. Sanz y Torres.
- Pedraz, A. (2004). La revisión bibliográfica. *Nure Investigación*, 2. CCUMA. Recuperat 15 novembre 2021, de <http://webpersonal.uma.es/~jmpaez/websci/BLOQUEI/DocuI/Revision.pdf>
- Ponce de León Romero, L., i Fernández García, T. (2008). *Trabajo Social con familias*. Alianza Editorial.
- Samter, N. (2012). Método de comparaciones constantes. Dins J. Paola, P. Danel i R. Manes (Comp.), *Reflexiones en torno al Trabajo Social en el campo gerontológico: Tránsitos, miradas e interrogantes* (p. 137-151). Universidad de Buenos Aires. Recuperat 21 març 2021, de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/27629>
- Taguena Belmonte, J., i Vega Budar, M. (2012). Técnicas de investigación social. Las entrevistas abierta y semidirectiva. *Revista de investigación en ciencias sociales y humanidades Nueva Época*, 1(1), 58-94. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperat 15 novembre 2021, de https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/7465/tecnicas_de_investigacion_social_-_las_entrevistas_abiertas_y_semirectivas.pdf

Compartint la pràctica professional

Sistematització del procés d'acollida en addiccions
des del treball social

María Victoria Ochando Ramírez

Estudi de cas: l'acompanyament i l'orientació individual
com a eina de canvi i progrés personal i familiar a l'hora
d'afrontar la cura d'un familiar amb demència

María Cristina Lopes Dos Santos

L'exercici del rol parental als centres penitenciaris
de Catalunya. L'experiència Grup de Gestió d'Educació
i Responsabilitat Parental al centre penitenciar Brians 2

Núria Pujol Serna

La intervenció social als CDIAP: una revisió contínua
**Adela Rodríguez Civil, Jaume García Hernández, Gergana
Dimitrova Aladzhova, Andrea V. Rodríguez Erazú
i Sunsi Segú Colomé**

Sistematització del procés d'acollida en addiccions des del treball social

Restructuring the addiction reception process from the field of social work

María Victoria Ochando Ramírez¹

ORCID: 0000-0001-7416-5279

Recepció: 24/03/21. Revisió: 06/05/21. Acceptació: 07/07/21

Per citar: Ochando Ramírez, M. V. (2021). Sistematització del procés d'acollida en addiccions des del treball social. *Revista de Treball Social*, 221, 91-108. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.05>

Resum

En aquest article, es pretén sistematitzar una part de la praxi del treball social en el context de les addiccions. Se centra en el procés d'acollida que es du a terme amb persones drogodependents i amb els seus familiars a l'Asociación de Alcohólicos Liberados de Jaén i Mágina (AL-JAMA), a la província de Jaén. S'exposen les principals dificultats que troben les persones amb addiccions i els seus familiars prèvies a iniciar el tractament i es descriu com es du a cap el procés d'acollida en aquesta entitat. Es considera que aquest procés inicial que és desenvolupat per treballadors i treballadores socials és el punt de partida per a la resta de la intervenció. La manera d'establir els primers contactes és determinant per oferir serveis de qualitat centrats en la persona. Finalment, es presenten algunes recomanacions sobre el procés d'acollida que afavoriran el procés de rehabilitació i contribuiran al benestar social de les persones addictes i de les seves famílies.

Paraules clau: Treball social, addiccions, acollida, procés, qualitat.

¹ Doctora en Treball Social. Professora a la Universitat Internacional de La Rioja (UNIR). Treballadora Social a ALJAMA. mariavictoria.ochando@unir.net

Abstract

This article strives to restructure one component of the practice of social work in the context of addictions. It focuses on the shelter process of receiving drug users and their relatives at the Association of Liberated Alcoholics of Jaén and Mágina, in the province of Jaén. The primary difficulties encountered by people with addictions and their relatives prior to starting treatment are set out and the way in which the reception process is undertaken at this organisation is described. This initial process, undertaken by social workers, is deemed to be the starting point for the remainder of the intervention. Therefore, the way in which this initial engagement is delivered will be decisive in order to offer quality, people-centred services. Lastly, certain recommendations are laid out in relation to the reception process which will encourage rehabilitation and help support the social wellbeing of users and their families.

Keywords: Social work, addictions, shelter, process, quality.

Introducció

En treball social, la sistematització està adquirint protagonisme a causa de raons intrínseques a la professió i pels entorns laborals. Consta d'un caràcter científic des de Mary Richmond. Per assolir el coneixement, és indispensable generar sinergies entre la recerca i la pràctica (Esteban i Del Olmo, 2021). La sistematització permet extreure coneixement de la praxi professional del treball social.

Les tendències en l'Administració pública i en les organitzacions van en la línia de la implementació de sistemes de qualitat i la millora contínua (Ochando, 2021). Els sistemes de protecció han anat incorporant aquesta filosofia, qüestió que es reflecteix al seu torn en el terreny normatiu. En l'àmbit dels serveis socials, es concreta en les lleis de serveis socials d'última generació. Es basa en principis com l'orientació al client, l'orientació a resultats, el treball sobre la base de processos, la millora contínua, etc. Promou pràctiques basades en l'evidència, per la qual cosa l'avaluació i la reflexió sobre la pràctica són necessàries per saber què es fa i com, i si aquestes actuacions permeten respondre al propòsit de l'entitat. La implantació d'un sistema de gestió de qualitat des d'un enfocament de qualitat total afavoreix la satisfacció de tots els grups d'interès, persones usuàries, professionals, etc., es motiva per aconseguir resultats excel·lents i contribueix a la sistematització de dades. En concret, contribuirà al treball social:

- La generació de nous enfocaments teòrics o metodològics.
- L'anàlisi de la pràctica i la millora contínua dels processos.
- L'establiment d'un llenguatge compartit.
- La difusió de bones pràctiques entre professionals.
- La visibilització dels recursos socials, institucions i col·lectius.
- El reconeixement i el prestigi de la professió; el que no es divulga no es coneix.

La sistematització ha d'integrar-se en les funcions dels treballadors i treballadores socials de les organitzacions i en els serveis socials comunitaris i especialitzats. En aquest article, es descriu el procés d'acollida dut a cap des del treball social en un servei especialitzat en addiccions.

El fenomen de les addiccions

Els problemes socials i econòmics derivats de l'addicció a substàncies constitueixen en l'actualitat un greu problema social que repercuteix a milers de persones. L'accés a les drogues és senzill, hi ha una elevada disponibilitat (Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies, 2020). La línia que separa un ús d'un abús i, finalment, una dependència, és petit. Qualsevol persona pot adquirir una addicció independentment del seu estatus social o el seu gènere, entre altres, sobretot si els factors de risc tenen més presència que els factors de protecció. A escala social,

hi ha una gran permissibilitat i baixa percepció de risc.² Els consums experimentals que solen iniciar-se en l'adolescència poden desencadenar conductes de risc, i fins i tot una addicció. L'addicció a les drogues segons l'Organització Mundial de la Salut (1994) és:

Consum repetit d'una o diverses substàncies psicoactives, fins al punt que el consumidor (denominat addicte) s'intoxica periòdicament o de manera contínua, mostra un desig compulsiu de consumir la substància (o les substàncies) preferida, té una enorme dificultat per interrompre voluntàriament o modificar el consum de la substància i es mostra decidit a obtenir substàncies psicoactives per qualsevol mitjà (p. 13).

Els comportaments addictius afecten a qui consumeix alcohol o altres drogues i al seu entorn, repercutint negativament en el sistema familiar, en contextos laborals, etc. Per atendre aquestes situacions complexes, es requereixen professionals com els treballadors i les treballadores socials, atesa la seva trajectòria en l'àmbit de les addiccions i els seus coneixements de la persona i l'entorn (Borràs, Pérez i Llord, 2019). S'encarregaran de gestionar les demandes d'ajuda al sistema sanitari i al de serveis socials. L'atenció sociosanitària està regulada per lleis sectorials i especialment per l'Estratègia Nacional sobre Addiccions 2017-2024 (Ministeri de Sanitat, 2017), i les respectives regulacions autonòmiques.

A Andalusia, marca les directrius el III Pla Andalús sobre Drogues i Addiccions (Secretaria General de Serveis Socials, 2016). S'estableixen línies prioritàries com la perspectiva de gènere, la intervenció a persones dirigides amb alt risc d'exclusió social, la modernització i qualitat dels serveis i programes i l'impuls a les noves tecnologies, entre d'altres. Distingeix quatre àrees d'actuació: Prevenció, Atenció Sociosanitària, Incorporació Social i Gestió del Coneixement. Els recursos especialitzats en drogodependències per a Andalusia es plasmen en el Mapa de Serveis Socials d'Andalusia.

Context de l'organització

L'Asociación de Alcohólicos Liberados de Jaén y Mágina (ALJAMA) és una associació provincial sense ànim de lucre fundada el 1988 que té com a missió proporcionar un abordatge integral de les addiccions a persones addictes i als seus familiars. Desenvolupa programes preventius i programes de suport al tractament. A través d'actuacions de caràcter ambulatori amb professionals, potencia les habilitats socials i la qualitat de vida de les persones usuàries.

ALJAMA és una entitat petita, amb escassos recursos, que atén setmanalment una mitjana de 30 a 40 persones addictes i les seves famí-

2 Per a més informació d'incidència de consum de drogues, reviseu les publicacions anuals del Ministeri de Sanitat sobre el Pla Nacional sobre Drogues, l'Observatori Espanyol de Drogues i Addiccions; l'Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies i l'Oficina de Nacions Unides contra la Droga i el Delicte, entre d'altres.

lies. El perfil més habitual de persones addictes són homes d'entre 35 i 50 anys, dependents de l'alcohol o policonsumidors. El nombre de dones usuàries addictes és molt reduït, al voltant del 5%. Entre el grup de familiars, predomina el sexe femení i la relació de parella. La majoria de les persones usuàries tenen fills o filles i disposen d'una xarxa de suport familiar. L'estatus social és de classe mitjana. Hi ha un percentatge baix d'homes malalts que hi acudeixen sols, mentre que és la pauta majoritària en les dones addictes.

L'equip tècnic és estable i s'ofereix un tracte pròxim. De vegades, hi ha voluntariat o alumnat de pràctiques. Quant al tractament, no es donen altes. La persona usuària pot assistir a tractament tot el temps que requereixi, ajustant-se en tot moment a les necessitats que presenti. És habitual que persones més veteranes facin costat a membres nous, i que els nous retroalimentin els més veterans perquè no oblidin com estaven. Es potencia el grup i l'ajuda mútua. Les persones d'ALJAMA es consideren una família, se senten entesos i escoltats.

Metodologia

Aquesta sistematització es basa en l'experiència professional com a treballadora social de l'autora durant més de deu anys a ALJAMA. Des d'un enfocament qualitatiu i amb abast descriptiu, s'ha servit de revisió documental, entrevistes i observació. S'han recopilat evidències extretes de suports documentals com històries socials, fulls de registre de socis i de sòcies, fulls de registre d'assistència a teràpies, actes de teràpia, cartes, fitxes d'observació, etc. També s'ha plasmat l'experiència en atenció directa de l'autora. En concret, a través de les entrevistes personals inicials i de seguiment, i en les teràpies grupals setmanals desenvolupades ininterrompudament des del 2010 fins a l'actualitat. A més, a fi de validar aquestes aportacions, s'ha sotmès aquesta publicació a la revisió interna de persones usuàries d'ALJAMA, ja que es considera pertinent incloure algun grau de participació en la sistematització (Caparrós, Carbonero i Raya, 2017).

Circumstàncies prèvies al procés d'acollida

L'atenció de les addiccions es du a cap des d'un enfocament interdisciplinari (Arredondo, 2019). Es promouen intervencions grupals, que permeten la identificació de la persona amb la resta dels membres del grup, l'aprenentatge i el suport mutu. Els grups terapèutics o teràpies grupals es consideren una de les tècniques més emprades en el tractament de les addiccions (Monras et al., 2020). El grup afavoreix assolir els objectius grupals i individuals i aconseguir l'èxit en la rehabilitació. Aquestes tècniques grupals es complementen amb intervencions individuals. Des del treball social es requereix, a més, una atenció personalitzada de casos que permeti l'abordatge de la persona i el seu entorn, la detecció de necessitats

i l'empoderament. En aquest sentit es requereix tenir en compte algunes circumstàncies prèvies al procés d'acollida.

Sovint, les persones consumidores de substàncies i les seves famílies experimenten un període de presa de consciència que antecedeix la demanda. La durada d'aquesta etapa prèvia a la incorporació a l'associació és molt variable, hi ha persones que han trigat a fer el pas més de sis mesos, o fins i tot anys. El fet de prendre la determinació comporta aspectes psicològics i socials que variaran en funció de cada cas i persona, així com del context social.

Les famílies que es veuen afectades per l'addicció en la seva unitat familiar prenen consciència que cal un canvi fins i tot abans que la mateixa persona addicta. Atès el marc teòric en addiccions i el que s'ha observat a ALJAMA, s'estableix el següent procés circular en les dinàmiques familiars d'aquestes persones usuàries:

1. El procés s'inicia quan un component del nucli familiar s'adona que un dels membres de la seva família està desenvolupant un comportament diferent i que a més li resulta molest o negatiu.
2. Es detecta que aquest comportament comença a ser més habitual del que agradaria. No se sap bé què està passant. Es posa en dubte si veritablement es tracta d'una addicció o si aquestes actituds es deuen a una altra circumstància (per exemple la pèrdua de feina, relacions familiars tenses, infidelitat, problemes de rendiment escolar, etc.). La família desenvolupa una observació més atenta i una cerca de respostes.
3. La família percep indicis que aquest canvi de comportament pot estar ocasionat pel consum d'una substància (alcohol, cocaïna, cànnabis, etc.); o per un patró repetitiu que pugui derivar en una addicció sense substància (joc, compres, sexe, etc.). Les famílies es debaten entre moments de claredat i altres de confusió, fins i tot es plantegen que l'altra persona beu o consumeix drogues per culpa seva. Es manifesten emocions ambivalents, en les quals predominen la ràbia, la impotència i la incomprensió del que està passant.
4. La mateixa família, amb l'objectiu de minimitzar l'impacte dels comportaments, desplega conductes que l'ajuden a "suportar" la situació. Modifiquen els seus horaris, rutines, s'aïllen socialment per temor a l'escàndol, no expliquen el que passa per evitar problemes.
5. S'identifica l'existència d'una addicció. Els familiars experimenten ansietat, problemes de salut, assumpció de responsabilitats, sobrecàrrega emocional i dependència a la persona addicta en diferents intensitats. Com a familiar, es pretén salvar la persona amb addiccions, fent que tota la seva vida i la del nucli familiar giri al voltant dels patrons de l'addicció del seu familiar malalt o malalta. Si, a més, es tracta d'un familiar i l'addicte és l'home, s'acreen les funcions de cura i protecció derivats dels

rols de gènere. D'aquí ve que es produeixi en alguns casos la codependència.

6. Es produeix un empitjorament o increment del consum que afecta totes les àrees. Els familiars estan desbordats i es plantegen demanar ajuda professional. A vegades no és el primer intent.

Les circumstàncies descrites no són lineals, es poden combinar mesos on la persona tingui un patró de consum més reduït i altres en els quals l'addicció sigui més present. Tot depèn de la mena de consum que tingui, a quina substància, la tolerància, les motivacions i el grau d'addicció. Les famílies estaran a l'expectativa durant el temps que considerin, poden ser molt pacients i esperar anys o, per contra, detectar la conducta addictiva i iniciar abans la intervenció professional. Entre les persones que acudeixen a ALJAMA, hi ha una incidència més gran del primer grup.

Els familiars de persones addictes troben nombroses dificultats per fer el pas de demanar ajuda (Taula 1). Les esperances que es produeixi el canvi deriven de promeses constants de canvi. Les persones en actiu incompleixen les seves promeses i es reactiva el cicle del consum. Altres motius que es poden trobar són els temors cap al què diran, la pèrdua de prestigi social, la culpa, etc., que els duen no sols a postergar la decisió, sinó a pensar que poden controlar la persona addicta.

Taula 1. Dificultats per demanar ajuda en familiars de persones addictes

| Dificultats per demanar ajuda en familiars de persones addictes |
|---|
| Desconeixen que el consum és un problema a llarg termini. |
| Confien en les promeses de canvi que fa la persona addicta. |
| Creuen que és un tema que es pot manejar en la família, sense l'ajuda de ningú. |
| No volen fer res que faci enfurismar el seu familiar i el dugui a consumir més. |
| Tenen por al què diran si els altres s'assabenten del seu problema. |
| Desitgen normalitzar la situació respecte als seus fills o filles o altres persones (caps, famílies). |
| No tenen clar si es deu a un problema d'addicció o a altres motius. |
| Senten que l'altra persona beu o consumeix pel seu caràcter o característiques. Culpa. |
| Desconeixen els recursos disponibles. |
| Tenen una falta de comprensió de l'addicció. |

Font: Elaboració pròpia.

Tot i ser conscients que hi ha un problema, de vegades, els familiars no acaben d'entendre per què l'altra persona beu o consumeix drogues i en què consisteix l'addicció. Se senten expressions del tipus "beu perquè vol", "és un viciós", "no estima la seva família: si ho fes, deixaria de beure",

“hauria de canviar i no consumir pel bé dels seus fills”, etc. Quan l'addicció és de cap de setmana, resulta més complex encara.

A la persona addicta li costa deixar-ho, ha perdut el control. No s'és més addicte per prendre més quantitat o per consumir amb més freqüència. Hi ha una gran varietat de persones i d'addictes. És important recordar que quan es parla de persones amb addiccions, no es parla de persones que es trobin sota els efectes de l'alcohol i/o les drogues constantment, sinó que també tenen moments de lucidesa i sentiments, encara que no sàpiguen o no puguin afrontar el seu problema per la seva addicció a l'alcohol i/o a altres drogues. La intervenció amb drogodependents i familiars ha de partir de la dignitat i el coneixement del que suposa tenir una addicció.

Finalment, els familiars arriben a un moment insostenible en les seves dinàmiques familiars i trajectòries vitals. Col·loquialment indiquen “que han tocat fons”, es troben en una situació molt crítica des del punt de vista personal, familiar i econòmic. La comunicació amb la persona addicta sol ser molt tensa o gairebé inexistent. Els conflictes són habituals i de més envergadura, apareixen alguns deutes econòmics, mentides i evasió de responsabilitats personals, laborals i familiars. En alguns casos, si hi ha menors, tenen escassa relació amb la persona consumidora.

Quan les famílies decideixen que és el moment d'actuar i demanar ajuda, fins i tot encara que la persona addicta encara no reconegui la seva situació addictiva, es troben la tessitura de no saber per on començar. El desconeixement dels recursos de la xarxa de centres especialitzats d'atenció a addiccions és evident. En molts casos, s'inicia la cerca a través del metge de capçalera o del psicòleg, que deriven als recursos de la xarxa assistencial. A ALJAMA hi ha persones que venen per aquestes vies, però, principalment, acudeixen a través d'alguna persona coneguda del seu entorn amb experiència en l'associació.

Majoritàriament, entre les famílies, aquesta petició d'ajuda als serveis especialitzats d'addiccions se sol iniciar per la parella o la mare. En moltes parelles, la demanda de separació sol ser l'últim recurs disponible per posar la persona addicta en la tessitura de “o canvis o me'n vaig”. És per això que molts malalts o malaltes inicien el seu tractament sota aquesta pressió familiar imponent.

Per la seva banda, la presa de consciència per a les persones addictes és diferent a la dels familiars. La dificultat més gran ve donada per entendre què li està passant i acceptar el seu problema. Hi ha diferents tipologies d'addictes, que en el cas de l'alcohol, a més, s'hi uneix aquest component social que l'alcohol és present en les celebracions i hàbits socials. Expressions com “jo bec el que és normal”, “tothom beu”, o “jo controlo” marcaran el discurs de les persones addictes a l'alcohol en els primers moments. El fet que una persona addicta decideixi per si mateixa iniciar el canvi dependrà de molts factors i del moment en el qual es trobi.

Prochaska i DiClemente (1982) van establir el model transteòric del canvi, on defineixen les sis etapes del canvi que la persona addicta experimenta (Taula 2). Aquest model permet sustentar teòricament la intervenció. Tenint en compte aquest marc, es poden establir les estratè-

gies d'intervenció més apropiades en funció de l'estadi en el qual es trobi la persona usuària amb addicció a drogues. El model permet avaluar les necessitats i ajustar les tècniques més adequades.

Taula 2. Els estadis de canvi

| | |
|------------------------|--|
| Precontemplació | La persona amb addiccions no es planteja modificar el seu comportament. |
| Contemplació | La persona manifesta una actitud ambivalent cap al canvi. |
| Preparació | S'estableix una actitud favorable al canvi. |
| Acció | La persona es motiva cap al canvi, abandona el seu consum. |
| Manteniment | Consolida els canvis assolits, treballa per evitar recaigudes. |
| Recaiguda | La recaiguda pot formar part del procés, la persona pot retrocedir a estadis inicials. |

Font: Prochaska i Diclemente (1982).

El consum problemàtic de drogues ha d'abordar-se per part del treballador o treballadora social de manera diferent segons si la persona percep o no que té un problema; i si desitja o no introduir canvis en la seva vida en diferents àrees. Les persones amb addiccions que acudeixen a ALJAMA a demanar ajuda, tant per convicció pròpia com pressionades per la família, solen trobar-se en les etapes inicials del model: precontemplació, contemplació i preparació. Així, aquelles persones que han vist les conseqüències a les quals els ha dut el seu consum, encara que sigui mínimament, es mostren més receptives a canviar part de la seva conducta, o fins i tot a informar-se en un centre especialitzat, una associació, etc. Algunes persones usuàries consideren que amb aquesta primera visita "per cobrir l'expedient" n'hi haurà prou; unes altres afirmen que ho han intentat pel seu compte sense èxit, que volen millorar la seva vida, etc. També hi ha persones addictes que presenten notables prejudicis cap al que poden trobar-se en un centre d'addiccions, independentment de si és públic o privat. Cantos (2020) apunta que "la imatge social de les persones drogodependents està carregada d'estereotips i és generadora d'estigma i exclusió" (p. 50). Tots aquests pensaments inicials facilitaran o retardaran el moment de demanar ajuda i han de considerar-se també en l'acollida inicial (Taula 3).

Taula 3. Dificultats per demanar ajuda en persones addictes

| Dificultats per demanar ajuda en persones addictes |
|--|
| Absència de consciència del problema: “jo no tinc cap problema, controlo i puc deixar-ho quan vulgui”; “porto diners a casa”; “soc un bon professional”. |
| Derivació de les responsabilitats a altres persones: “la meua família està molt nerviosa, ha d’anar a un psicòleg. Joestic bé i no necessito ajuda”. |
| Prejudicis cap als centres o les persones usuàries: “això és una secta”; o “allà no hi ha més que borratxos, enganxats, penjats”. |
| Vergonya o temor a danyar la seva imatge social. |
| Pensar que és l’única persona a la qual li passa. |
| Desconeixement dels recursos disponibles. |

Font: Elaboració pròpia.

Analitzant aquests motius, també s'evidencien aspectes que han d'abordar-se des d'una perspectiva de gènere (Arredondo, 2019). Són patents en els discursos de les persones usuàries d'ALJAMA. Els homes drogodependents presenten una imatge social més positiva enfront de les dones consumidores. Es fan atribucions del tipus “deu està passant una mala ratxa”, “és una excel·lent persona, però no sap controlar”, “ha d'atendre els seus clients i necessita anar al bar per tancar els tractes”, “deu tenir problemes i per això ha caigut en l'alcohol”, “tots els homes beuen i no passa res sempre que portin diners a casa”, etc. Aquestes expressions evidencien una permissibilitat social més gran cap a les conductes addictives, als homes se'ls jutja en termes de mala sort (Cantos, 2020) i en un rol de víctima (Escola Andalus de Salut Pública, 2015). Les dones drogodependents són percebudes socialment d'una manera més negativa i estigmatitzada, se les valora segons si són bones o males mares, filles, etc.: “ha deixat els seus fills abandonats per la beguda”; “estàs feta un desastre”. Hi ha una valoració desigual respecte a la petició d'ajuda. Als homes se'ls anima: “has fet el que havies de fer”, “molt bé per posar-hi valor”, “l'important és que et milloris, pren-te el temps que necessitis”, etc. Aplicant aquesta mateixa situació a les dones, s'aprecia més rebuig: “quant temps t'has d'estar en aquest lloc?”; “qui atendra els fills mentrestant?”, “com s'apanyaran a casa?”, “posa't bé que has de començar a treballar aviat”; “ells et necessiten”, etc. El dret a dedicar temps per recuperar-se pot ser diferent en funció del gènere. A les dones se les titlla de persones egoistes (Escola Andalus de Salut Pública, 2015). Quant al suport social de familiars o amistats en l'inici i durant el tractament és igualment diferent (Cantos, 2020). És constatable a ALJAMA la prevalença de dones que no disposen de suport en el tractament enfront de les que en tenen; és inferior que el suport del qual disposen els seus companys homes, tal com reflecteixen les investigacions (Fernández, 2015).

El procés d'acollida en addiccions

La rehabilitació d'una persona amb addiccions consta de diverses fases i processos essencials. Els processos seran els mateixos per a persones malaltes i familiars, encara que el contingut i les necessitats a treballar seran diferents. A cada moment de la rehabilitació, es potenciarà un enfocament centrat en la persona i la participació de les persones usuàries. La intervenció es basa en el model transteòric del canvi, model cognitiu conductual i model sistèmic. De vegades de més urgència, es farà servir el model d'atenció en crisi. S'establiran normes, es gestionaran conflictes i es potenciarà la integració en l'associació i en el grup. Es generarà un context d'ajuda, basat en el respecte i en la confidencialitat.

Les funcions del treballador o treballadora social s'aniran ajustant a les necessitats de cada persona i del grup a cada moment de la rehabilitació. En qualsevol cas, exercirà un rol d'acompanyament i orientació per al canvi (Castilla, 2016) durant tota la intervenció. Les seves aportacions seran necessàries per aconseguir una intervenció integral (Sánchez Rodríguez, 2021; Institut d'Addiccions de la Ciutat de Madrid, 2012). Des del treball social, es requereix una actitud flexible i permeable als canvis que es puguin donar, així com una capacitat de resposta ràpida. Cal saber ajustar-se a cadascuna perquè la intervenció sigui eficaç i de qualitat.

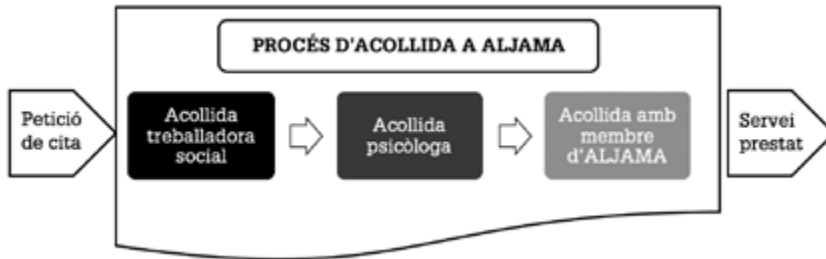
El procés d'acollida es pot definir com el conjunt de tasques que tenen com a objectiu conèixer i valorar la persona usuària i preparar-la per al procés de rehabilitació. Equival a les entrevistes prèvies a l'inici del tractament. En addiccions, l'acollida és un procés significatiu i delicat per la naturalesa dels temes que s'aborden. La manera de fer front al procés d'acollida serà determinant per a la continuïtat en el tractament de rehabilitació, d'aquí ve que es consideri com un procés essencial també a ALJAMA. Això significa que, si la persona percep un tracte no satisfactori, pot decidir no tornar i, per tant, no adherir-se al tractament. L'adherència al tractament afavoreix assolir els resultats desitjats (García del Castillo, García del Castillo López i López, 2014) i, dins d'aquesta, els factors assistencials poden ser una variable significativa. M. Ortiz i E. Ortiz (2007) correlacionen positivament la satisfacció amb la persona professional i la taxa d'adherència al tractament, ja que consideren que una relació de col·laboració entre totes dues pot fomentar l'adherència al tractament en malalties cròniques.

El procés d'acollida aportarà valor a la persona usuària i satisfacció amb el servei rebut. És un procés operatiu que es dirigeix a qualsevol persona que percebi tenir un comportament addictiu a una substància, així com als familiars directes. També s'orienta a persones o institucions que busquen una informació general sobre les addiccions, o els factors de risc i protecció.

L'acollida s'inicia quan la persona usuària és capaç de superar les barreres, amb la sol·licitud d'una cita a ALJAMA. El procés d'acollida conclou quan la persona s'integra en les teràpies grupals, o quan s'ha

proporcionat la informació general sol·licitada. L'equip tècnic d'ALJAMA té la responsabilitat en el procés d'acollida. El procés d'acollida a ALJAMA integra tres sub processos: l'acollida social, l'acollida psicològica i l'acollida entre iguals (Figura 1):

Figura 1. Procés d'acollida a ALJAMA



Font: Elaboració pròpia.

En un primer moment, la treballadora social rep i du a terme l'acollida a les persones usuàries. Posteriorment, té lloc l'acollida amb la psicòloga. Es busca que no passi gaire temps entre ambdues, generalment una setmana a tot estirar. Les acollides que fan cadascuna de les professionals se sistematitzen en documents com la història clínica i la història social. La tècnica emprada és l'entrevista. L'acollida de la psicòloga i la treballadora social tenen com a objectiu valorar de manera àmplia el cas, des d'un enfocament interdisciplinari. Ambdues posaran en comú els descobriments de cara a consensuar el diagnòstic de cadascuna i planificar conjuntament la intervenció posterior. Cal assenyalar que el diagnòstic no és una cosa tancada, sinó que es va ajustant a mesura que es va ampliant la informació durant tot el procés o si apareixen situacions noves.

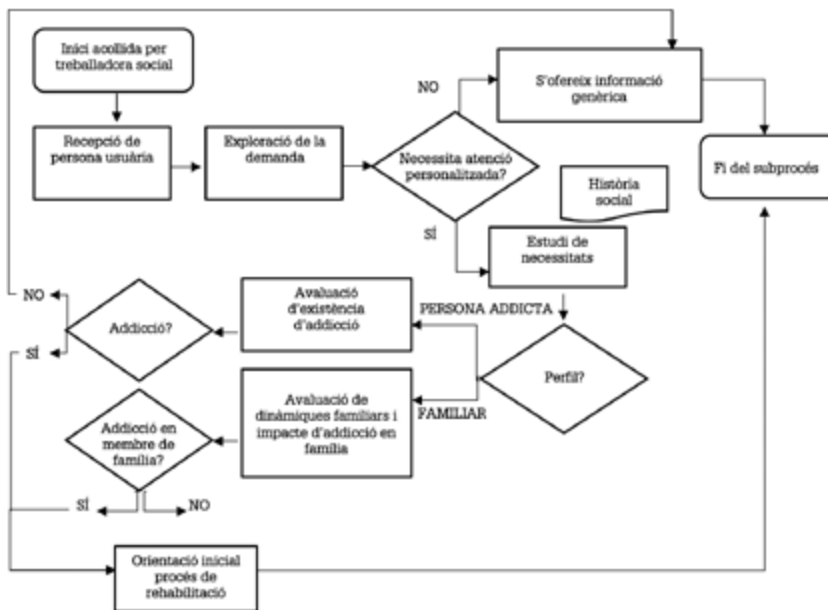
Posteriorment, es contacta amb un company o una companya que tingui unes característiques similars que pugui fer l'acollida a la persona nouvinguda. Es pretén una identificació entre iguals, que l'ajudarà també a preparar-se per a la inclusió en el grup. Si es tracta de familiars, es du a terme la mateixa dinàmica. En algunes ocasions, si no hi ha cap company o companya disponible en aquell moment o les persones que hi ha no presenten un perfil que s'ajusti a la persona nouvinguda, es pot passar la persona usuària a teràpia sempre que reuneixi els requisits. L'acollida entre membres d'ALJAMA pot postergar-se per a un altre dia.

L'acollida en addiccions des del treball social

L'acollida des del treball social correspon a la fase de recerca del mètode bàsic del treball social. S'exploren necessitats, s'estableixen variables, es determinen hipòtesis, etc. Normalment, comportarà una única sessió per identificar qüestions bàsiques, que poden requerir altres entrevistes per

completar l'anàlisi de la persona i les seves circumstàncies. El subprocés d'acollida en treball social es plasma en el següent fluxograma (Figura 2):

Figura 2. Fluxograma del subprocés d'acollida des del treball social en addiccions a ALJAMA



Font: Elaboració pròpia.

En aquesta primera presa de contacte, s'estableix la relació terapeùtica amb les persones usuàries. Requereix una preparació adequada del treballador o treballadora social que li permeti conduir adequadament l'entrevista. Cal acomodar la persona usuària, transmetre-li que es troba en un espai segur on no se la jutja pel que ha fet i que és confidencial. Algunes claus poden ser:

- Generar una primera pregunta intrascendent que permeti trencar el gel.
- Iniciar l'entrevista amb una pregunta prou oberta que permeti a la persona expressar-se amb llibertat.
- Mostrar una actitud receptiva i d'escolta activa des del punt de vista verbal i no verbal.
- Generar empatia i comprensió.
- Reformular les paraules de la persona usuària per fer-li veure que se l'està entenent.
- No atabalar la persona amb preguntes, donar-li el seu temps per pensar i contestar.

- Explorar si la persona acompanyant és de la seva confiança o si li fa sentir-se cohibit o cohibida.
- Recollir algunes notes, però no excessivament. Evitar l'ús de pantalles o tecnologies que puguin interrompre la comunicació.
- Cuidar els detalls, evitar interrupcions o sorolls.

La persona usuària pot trobar-se en un estat de nervis o manifestar una certa inquietud. En aquestes ocasions, és preferible aturar l'entrevista i oferir-li missatges de tranquil·litat. També pot ser útil reforçar el pas que ha donat acudint a l'associació, i manifestar-li el suport per ajudar-la en tot el que necessiti. De vegades, podem estar davant de persones tímides, que també necessiten treure el que porten dins.

A mesura que va avançant l'entrevista, s'ha d'anar entrant gradualment en preguntes més complexes sobre la seva trajectòria vital, aspectes familiars i motivació cap al canvi. És fonamental investigar la seva relació amb el medi. A més, caldrà manejar els temps i els silencis, així com les emocions que apareguin.

L'acollida en treball social es du a terme per indagar en el perfil de la persona addicta amb els següents objectius específics:

- Explorar la trajectòria vital en totes les àrees.
- Identificar tipus de consum i patrons de consum.
- Recollir dades sobre la trajectòria en el consum: motius i conseqüències.
- Valorar l'existència d'una addicció.
- Aprofundir en quin estadi de canvi es troba.
- Analitzar l'existència de xarxes socials de suport i dinàmiques familiars.
- Estudiar el context de la persona usuària.
- Determinar les qualitats personals, factors de risc i protecció.
- Valorar si els serveis que es presten a ALJAMA s'ajusten a les necessitats de la persona, o si necessita un altre recurs de la xarxa.
- Explorar la disposició per iniciar la rehabilitació.
- Orientar i informar sobre l'addicció.
- Informar sobre les normes de l'associació.

Igualment, l'acollida inicial es farà a la persona o persones de la família que acompanyin l'individu amb comportament addictiu. Els objectius específics a assolir dins de l'acollida del treball social en aquest cas són:

- Indagar en les necessitats específiques del familiar.
- Identificar esdeveniments significatius en l'esfera personal i en la trajectòria familiar ocasionats pel consum de la substància.
- Explorar la relació actual i la comunicació amb la persona addicta.
- Contrastar i ampliar la informació oferta per la persona addicta.
- Valorar l'existència de xarxes de suport.
- Explorar la disposició per iniciar la rehabilitació.

- Orientar sobre l'addicció i rols familiars a adquirir.
- Informar sobre les normes de l'associació.

En l'acollida que es fa des del treball social, l'important és aconseguir per part nostra que la persona se senti còmoda i que pugui expressar-se àmpliament. Es parteix d'una entrevista motivacional emprant tècniques d'orientació, de comprensió, de ventilació, de reflexió, etc., i eines com el genograma. Com a treballadors i treballadores socials hem de saber gestionar totes les emocions que es generen durant l'entrevista i oferir suport.

La base teòrica permetrà determinar l'existència d'addicció i interpretar el cas, podent recórrer a escales de valoració d'addiccions com AUDIT, CAGE, o de relació familiar com APGAR Familiar, etc. Si s'aprecien evidències clares que hi ha una addicció, s'informarà la persona del prediagnòstic d'addicció a la substància o substàncies, i de la mena de consum. Se li oferirà informació concreta sobre el procés d'acollida, el procés de rehabilitació i els serveis d'ALJAMA. Es plantejarà iniciar la rehabilitació i se li oferirà un contracte d'intervenció i confidencialitat. Si és familiar, també se l'orientarà sobre addiccions i s'emplaçarà a una cita amb la persona addicta per contrastar la informació i ajustar el diagnòstic. En qualsevol cas, la persona ha de sortir del despatx amb una sensació positiva, que se l'ha escoltat, respectat, i amb un bri d'esperança.

Tota la informació es plasmarà en la història social on es recullen totes les dimensions rellevants del cas, com la seva trajectòria i tipologia de consum i les àrees familiar, social, laboral, de salut, etc., i diagnòstic social. Això permetrà finalitzar el subprocés d'acollida social i continuar el procés d'acollida. Una vegada finalitzat, es consensuarà el diagnòstic amb l'equip tècnic i s'orientarà la persona cap a nous processos operatius que contribueixin a la seva rehabilitació i atenció integral des d'un enfocament biopsicosocial i centrat en la persona.

Conclusions

L'atenció a les persones amb addiccions i a les seves famílies des del treball social requereix coneixements teòrics i metodològics específics. En el marc de la xarxa assistencial de recursos d'atenció en addiccions, la figura del treballador o treballadora social en addiccions contribueix a donar una atenció integral, acompanyant i fent costat a la persona usuària i a la seva família durant tot el procés de rehabilitació. Entre altres funcions, desenvolupa l'acollida a la persona amb addiccions i als seus familiars. L'acollida permet establir el vincle i explorar la situació addictiva. Aquest procés inicial és determinant, ja que del vincle terapèutic que s'aconsegueixi establir i de l'abordatge del cas que es faci, dependrà la continuïtat de la persona en el recurs. La qualitat de l'atenció repercutirà en la satisfacció de la persona usuària, però, sobretot, impactarà en la qualitat de vida de les persones amb addiccions i les seves famílies. Per això, des del

primer contacte, el treballador o la treballadora social haurà d'esforçar-se a manifestar a les persones usuàries un alt compromís ètic, humà i social (Consell General del Treball social, 2012, article 4).

Referències bibliogràfiques

- Arredondo Quijada, R. (2019). Adicciones: diagnóstico, intervención y evaluación. Dins M. Del Fresno García (Dir.), i A. Hernández Echegaray (Coord.). *Técnicas de diagnóstico, intervención y evaluación social* (p. 424-440). Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Borràs Cabacés, T., Pérez Folch, A., i Llorc Suárez, A. (2019). Análisis de la demanda de tratamiento por cannabis desde la óptica del trabajo social en los centros de atención y seguimiento (CAS) a las drogodependencias. *Revista de Treball Social*, 217, 119-138. <https://doi.org/10.32061/RTS2019.217.06>
- Cantos Vicent, R. (2020) Imagen social de las personas con consumo problemático de drogas desde el enfoque de género y clase social. *Revista Española de Drogodependencias*, 45(1), 36-51. https://www.aesed.com/upload/files/v45n1-4_rcantos.pdf
- Caparrós Civera, N., Carbonero Muñoz, D., i Raya Diez, E. (2017). Construir conocimiento desde la práctica: ejemplos de sistematización en Trabajo Social. *Interacción y Perspectiva*, 7(1), 61-79. Portal de Revistas Científicas y Humanísticas de la Universidad del Zulia. <https://produccioncientificaluz.org/index.php/interaccion/article/view/22276>
- Castilla, P. (2016). La prevención de recaídas desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy*, 77, 109-133. <https://doi.org/10.12960/TSH.2016.0006>
- Consell General del Treball Social (2012). *Código Deontológico del Trabajo Social*. Recuperat 20 setembre 2021, de https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico
- Escola Andalusia de Salut Pública (2015). *Perspectiva de género en el tratamiento de las drogodependencias en Andalucía: conocimientos, expectativas y propuestas de intervención*. Secretaria General de Polítiques Socials. Conselleria d'Igualtat i Polítiques Socials de la Junta d'Andalusia.
- Esteban Carbonell, E., i Del Olmo Vicén, N. (2021). La sistematización de la intervención como metodología de investigación en Trabajo Social. Importancia práctica y teórica de la fase de recogida de datos

- en la intervención social según experiencia del Programa de Apoyo a las Familias en Zaragoza, España. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social*, 31, 281-298. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i31.8857>
- Fernández Carné, M. A. (2015). Análisis de la problemática social en personas drogodependientes con perspectiva de género y propuestas de mejora. *Revista de Treball Social*, 204, 141-158. RTS. <https://www.revistarts.com/article/analisi-de-la-problematika-social-en-persones-drogodependents-amb-perspectiva-de-genero-i>
- García del Castillo, J. A., García del Castillo López, A., i López Sánchez, C. (2014). Concepto de adherencia preventiva en el ámbito de las adicciones, *Health and Addictions*, 14(2), 89-98. <https://doi.org/10.21134/haaj.v14i2.233>
- Institut d'Addiccions de la Ciutat de Madrid (2012). *Protocolo de intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones*. Institut d'Addiccions y Ajuntament de Madrid. Recuperat 20 setembre 2021, de <https://pnsd.sanidad.gob.es/eu/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervSocial.pdf>
- Ministeri de Sanitat (2017). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Recuperat 20 setembre 2021, de <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>
- Monras, M., Ortega, L., Mondon, S., Lopez-Lazcano, A., i Lligoña, A. (2020). Adicciones: viejas terapias grupales (TG) y nuevos pacientes. *Adicciones*, 20(3), 225-227. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1355/1107>
- Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies (2020). *Informe Europeo sobre Drogas. Cuestiones clave*. Recuperat 20 setembre 2021, de <https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13238/TD0420439ESN.pdf>
- Ochando Ramírez, M. V. (2021). Carta a los lectores: La implantación de la calidad desde la perspectiva del Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 34(1), 265-267. <https://doi.org/10.5209/cuts.72704>
- Organització Mundial de la Salut (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Ministeri de Sanitat i Consum. Recuperat 20 setembre 2021, de https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Ortiz, M. i Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135, 647-652. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000500014>

- Prochaska, J. O., i DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161-173.
- Sánchez Rodríguez, M. A. (2021). Jóvenes con adicciones comportamentales, el efecto del confinamiento. *Transformación*, 4, 11-12. Colegio Oficial de Trabajo Social de Sevilla. <https://trabajosocialevilla.es/wp-content/uploads/2021/01/TRANSFORMACION-N4-6.JOVENES-CON-ADICIONES.pdf>
- Secretaria General de Serveis Socials (2016). *III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2016-2021)*. Conselleria d'Igualtat i Politiques Socials. <https://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/78114.html>

Estudi de cas: l'acompanyament i l'orientació individual com a eina de canvi i progrés personal i familiar a l'hora d'afrontar la cura d'un familiar amb demència

Case study: support and individual guidance as a tool for change and for personal and family progress in coping with care for a relative with dementia

María Cristina Lopes Dos Santos¹

ORCID: 0000-0003-3114-9046

Recepció: 14/06/21. Revisió: 04/07/21. Acceptació: 23/07/21

Per citar: Lopes Dos Santos, M. C. (2021). Estudi de cas: l'acompanyament i l'orientació individual com a eina de canvi i progrés personal i familiar a l'hora d'afrontar la cura d'un familiar amb demència. *Revista de Treball Social*, 221, 109-121. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.06>

Resum

L'acompanyament i l'orientació individual són una eina bàsica per generar canvis i potenciar el progrés personal i familiar a l'hora d'afrontar la cura de familiars amb demència, ja que permet incidir en aspectes quotidians, orientar en contextos naturals i fer costat a la persona cuidadora en el procés, ajudant a comprendre'l i a generar els canvis de perspectiva necessaris per conviure amb la malaltia. Aquesta línia de treball es troba més enllà del diagnòstic i tractament, ja que tracta de compassar l'afrontament al qual ha d'encarar-se el familiar que es troba en una situació personal de cura en un procés patològic tan complex i desconcertant com és la demència.

La labor de la persona professional de referència en aquest procés, en aquest cas de treball social, suposa una font de suport bàsica que ha

¹ Doctora en Treball Social per la Universitat Pública de Navarra. Professora associada de la Universitat Pública de Navarra, Facultat de Ciències Humanes, Socials i de l'Educació, Departament de Sociologia i Treball Social. Grup d'investigació ALTER. cristina.lopes@unavarra.es

Estudi de cas: l'acompanyament i l'orientació individual com a eina de canvi i progrés personal i familiar a l'hora d'afrontar la cura d'un familiar amb demència

de desenvolupar una estratègia específica i planificada en aquest procés, acompanyant l'evolució i progrés personal i familiar d'acord amb el moment i la circumstància.

Paraules clau: Acompanyament, afrontament, cura demència, suport, progrés.

Abstract

Support and individual guidance are basic tools when it comes to bringing about changes and enhancing personal and family progress in coping with care for relatives with dementia. This is because these components make it possible to bring about an impact on day-to-day aspects, to provide guidance in natural contexts and to offer support for carers in the process, helping to gain an acquaintance of said care process while generating the changes of perspective needed to live with the disease. This line of work lies far beyond diagnosis and treatment since it seeks to keep up with the coping strategy faced by the relative in the personal circumstances of providing care during the highly complex, disturbing pathological process that is dementia.

The work of the referred professional in this process, in this case from the field of social work, constitutes a source of basic help which should deliver a specific, planned strategy in said process, supporting development, and personal and family progress, according to the moment and the circumstance.

Keywords: Support, coping, dementia care, help, progress.

Introducció

L'acompanyament és una eina bàsica en la intervenció social, no només tracta d'orientar o assessorar la persona amb la qual es treballa, sinó que va més enllà, procurant establir una relació vincular de suport continuat en la qual la persona professional intervinent genera un procés guiat de suport que serveix a la persona usuària com a element sostenidor i de suport, potenciador de la seva resiliència, i dinamitzador de les seves capacitats i habilitats per afrontar la situació que viu (Raya i Hernández, 2014). En àmbits com el de l'exclusió social, s'ha posicionat com una peça clau:

Les estratègies d'incorporació social han agafat un paper nuclear en el nostre model del benestar i en el conjunt de les polítiques socials de l'Estat espanyol. La intervenció en l'àmbit de la incorporació social amb persones en situació o risc d'exclusió, i per extensió, el conjunt de professionals que treballen en els dispositius i serveis, es mouen entre grans i variades exigències; acompanyar les persones en els seus processos de canvi i desenvolupament de les seves potencialitats i capacitats, fomentar al mateix temps que les persones siguin competents socialment i que sàpiguen respondre a les exigències d'una societat exclusògena en terminis de temps mitjans o curts i, simultàniament, donar resposta a les situacions de necessitat i/o urgència de les persones participants en els programes (Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2016, p. 13).

En aquest procés és fonamental que la persona professional sigui una peça clau que creï les relacions oportunes entre tots dos de tal manera que serveixi com a llum orientadora a la persona usuària, podent oferir-li vies diverses de participació, ajudant-la a desenvolupar les seves capacitats i la comprensió de la malaltia, els canvis i el progrés d'aquesta, per adequar de la millor manera possible la seva realitat i interacció amb el familiar amb qui conviu.

El treball social individual, i també el treball en clau d'acompanyament, es dirigeixen fonamentalment a la intervenció en les motivacions i competències individuals o familiars (Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2016, p. 18).

Aquest esdevenir ha de ser pausat i continuat, perquè la persona usuària pugui sentir el suport i l'acompanyament, al mateix temps que experimentar els canvis que introdueix en el procés i els seus resultats, podent generar les seves pròpies valoracions i decisions d'acord amb la seva visió i objectius. Es tracta que cada professional s'acosti al context de la persona i la seva família i s'orienti al seu suport incondicional (Fernández Solís i Castillo Sanz, 2010).

En el cas de les situacions de demència i la seva cura, es produeix una vinculació empàtica necessària entre la persona cuidadora principal i el seu familiar amb demència. En aquest sentit, la neurodegeneració

que produeix la demència comporta diferents circumstàncies limitants que generen dependència a través de pèrdues funcionals que irrompen en la quotidianitat de les persones i desestructuren la seva vida i relació (Rodríguez i Sánchez, 2004; Losada, Peñacoba et al., 2008; López et al., 2009). Una realitat de cura que afecta fonamentalment dones (Cameron i Moss, 2007; Durán, 2011; Rodríguez, 2011) i que s'exerceix en llars principalment (Gómez, 2007). En aquest procés de cura contínua s'han detectat situacions d'hipervigilància (Losada, Márquez et al., 2017), estrès i fins i tot sofriment psicoemocional (Rodríguez, M. I. Archilla i M. Archilla, 2014; Bermejo, 2004). D'aquí el necessari acompanyament a la persona cuidadora en tot aquest difícil i ardu procés.

Arribar a establir una relació vincular en la qual la persona usuària s'enriqueixi i desenvolupi, progressi i millori tant en l'esfera personal com familiar, és l'objectiu principal de l'acompanyament que, després del procés inicial i intens de canvi, haurà d'anar a poc a poc reduint-se a mesura que augmenta la competència i autonomia de la persona usuària en la seva nova visió i orientació pràctica de l'afrontament de la malaltia, de la convivència amb la persona malalta.

Objectius

L'estudi de cas que ocupa aquest article comportava la consecució de cinc objectius:

1. Atendre la demanda explícita de suport que la usuària sol·licitava.
2. Establir i delimitar un procés d'acompanyament temporal a la usuària d'acord amb la seva circumstància personal i familiar.
3. Desenvolupar una metodologia d'acompanyament per a la millora de les circumstàncies viscudes per la usuària.
4. Dotar d'estratègies i eines sostenibles d'afrontament de la situació familiar a la usuària en atenció.
5. Comprovar l'existència o no de millores en la relació intrafamiliar de la usuària amb la seva mare, així com l'adquisició d'estratègies i eines.

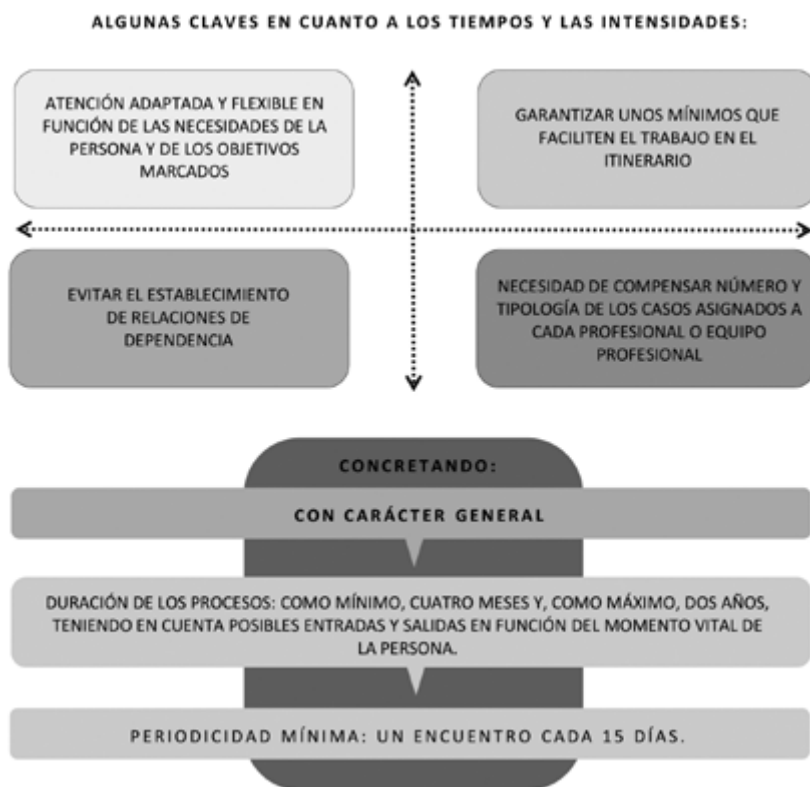
Tots estan relacionats amb la creació d'una relació vincular de suport a través de l'acompanyament i l'apoderament de la persona atesa des d'una òptica de desenvolupament sostenible personal i familiar. El plantejament global és el de capacitar la persona per a l'adaptació i afrontament de la circumstància vital que experimenta i el seu desenvolupament progressiu a curt, mitjà i llarg termini.

Metodologia

L'acompanyament és un "mètode d'intervenció professional temporal, d'intensitat variable, basat en el dret de la ciutadania a una relació

d'ajuda o atenció social personalitzada. Partint d'una relació proactiva i de confiança, i mitjançant el disseny conjunt d'un itinerari individualitzat d'incorporació amb objectius concordes a les necessitats, ha de possibilitar una oportunitat de millora o reducció de danys. Ha d'estar encaminada al desenvolupament de les potencialitats i capacitats de la persona i al descobriment i reinterpretació de la situació clau de canvi, prenent el protagonisme del mateix projecte social" (Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2016, p. 23).

Figura 1. L'acompanyament i la seva intensitat temporal



Font: Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2016, p. 26.

Per dur a terme aquest acompanyament i que resulti efectiu, cal tenir en compte tres factors inicials fonamentals: situació de vulnerabilitat, "abandó" i/o desconcert de la persona cuidadora, necessitat expressada i sol·licitud de suport en el procés, i una persona professional coneixedora de la patologia i les dinàmiques intrafamiliars.

Des d'aquestes premisses, el procés d'acompanyament és un abor-datge lent, gradual i sostingut que es desenvolupa durant un temps concret

però flexible, valorant periòdicament els avanços de la persona usuària i potenciant en tot moment el seu desenvolupament i progrés, evitant la directivitat i generant nous enfocaments a valorar per adoptar-los o no en el seu propi desenvolupament personal i familiar.

És per això que s'han establert cites continuades i periòdiques, una vegada al mes, en un espai privat (sempre el mateix), que han permès la privacitat i familiaritat necessàries per poder avançar en el procés d'acompanyament.

La *cita inicial* va estar marcada per l'inici de l'acompanyament, en la qual es va produir una trobada entre totes dues persones per conèixer la situació, establir la demanda i oferir l'acompanyament.

Cada una de *les cites següents* va estar estructurada sobre la base de tres premisses: espai obert per a les opinions, reflexions i anàlisis de la usuària des de l'anterior trobada, escolta activa per part de la professional intervinent i incidència en aspectes millorables (exposició i valoració d'alternatives) i reforçament positiu d'aquells que han millorat a través de canvis de conducta o posada en pràctica de nous procediments o tasques descoberts en el procés o per iniciativa de la persona cuidadora. Tècniques dialògiques de trobada i relació d'ajuda per afavorir la interacció i el creixement personal (Arnkil, 2019).

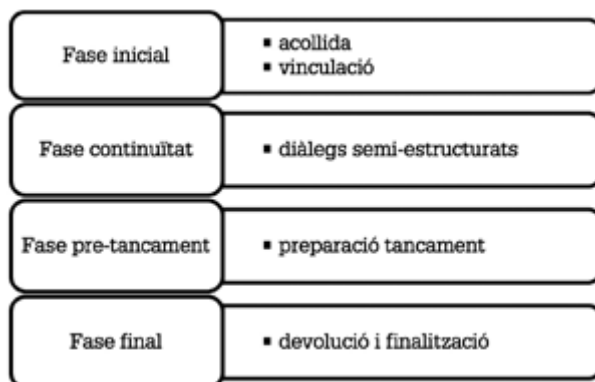
Tres mesos *abans del tancament* del procés i havent observat i constatat un desenvolupament de competències i nous focus d'abordatge i afrontament de la malaltia, fins al punt de considerar l'acompanyament per acabat, la professional va informar la usuària del progrés positiu en el seu desenvolupament i el plantejament de tancament de la intervenció, procedint a dues últimes cites, de comú acord, per afermar els elements aconseguits i desenvolupats, així com per preparar la desvinculació.

En tot el procés va destacar com a tècnica per excel·lència l'*entrevista*, mètode d'intervenció que facilita la comunicació i la relació d'ajuda. Especialment es va utilitzar com a base l'entrevista motivacional (Miller i Rollnick, 1990), ja que fonamentalment es tractava de potenciar els recursos personals i la capacitat de resiliència i autoafirmació en les seves pròpies competències i en el creixement personal en el procés iniciat.

Una altra tècnica emprada va ser l'*autorregistre* a través del diari que va dur a terme la persona atesa i que la professional va suggerir. D'aquesta manera, també plasmava les seves vivències i podia observar el seu propi desenvolupament en el procés, així com les dificultats i estratègies d'afrontament establertes. Una autoanàlisi que permetia l'aprenentatge i el desenvolupament posterior d'alternatives i aprenentatges per als processos següents.

Així mateix, en les primeres entrevistes, es va fer servir la *història de vida* com a mètode per a obtenir la informació necessària per al diagnòstic, així com afavorir la presa de consciència i promoure la vinculació. En la figura 2 s'observa el procés d'acompanyament dut a terme.

Figura 2. Procés cronològic d'acompanyament



Font: Elaboració pròpia.

Resultats

Els resultats obtinguts van ser registrats per la professional i per la usuària a través d'un diari que va suggerir la professional i que posteriorment va facilitar, en part, a la referent en l'acompanyament, a fi d'analitzar-lo. Es van fer un total de 18 cites en el termini de 18 mesos, amb una periodicitat mensual, i una durada de 2 h 30' cada una. Sempre en el mateix espai, dia i hora (excepte canvis suggerits per la usuària per necessitats personals, mantenint sempre la periodicitat mensual i el temps d'atenció). Van ser, per tant, un total de 45 hores d'intervenció directa.

Aquests resultats mostren un progrés positiu des de l'inici de l'acompanyament i com es trobava la usuària fins al final d'aquest. Es poden constatar diferents etapes o fases d'acord amb les circumstàncies personals i posterior desenvolupament. La usuària travessa un procés d'acceptació i presa de consciència, així com de reformulació de les seves pròpies expectatives, acostant-se al context de la malaltia i realitat de la seva mare. A més, adquireix i desenvolupa estratègies d'acció que no només redueixen el seu estrès i malestar, sinó que permeten l'emergència d'una relació positiva entre ambdues.

Context

La usuària és una dona en la dècada dels quaranta, autosuficient i independent que viu sola, amb una parella amb una certa continuïtat i que ha rebut la notícia que la seva mare pateix Alzheimer, després d'una caiguda fortuïta a casa seva i el seu ingrés posterior a l'hospital. Arran d'aquest ingrés la seva mare presenta estats de confusió aguts que són valorats per neurologia, i li detecten una deterioració cognitiva lleu (DCL)

que aviat dona pas al diagnòstic definitiu (Alzheimer). Com a filla única se sent en l'obligació d'atendre la seva mare, però no sap com fer-ho, manca de directrius diàries i sol·licita comprendre la malaltia i el que està passant. Sobretot, li preocupa saber què fer i si és correcte o no. Se sent frustrada i comenta que la seva mare patia esquizofrènia, la qual cosa li impedia una relació quotidiana normalitzada amb ella i amb les altres persones (feia 20 anys que no sortia de casa), amb el consegüent allunyament interpersonal i la desvinculació mare-filla.

Fase Inici

Pot situar-se en els tres primers mesos de l'acompanyament. La usuària mostra necessitat de suport i estableix ràpidament una vinculació amb el seu referent. La demanda i la situació són clares i es diagnostica en la primera entrevista a través de la història de vida. La usuària manifesta angoixa i nerviosisme, literalment diu: “amb el diagnòstic em vaig ensorrar, fins a aquest moment no em semblava que estigués tan malament”, “això només anirà a pitjor”, “soc jo la que ha de prendre decisions i sempre és de manera molt ràpida”, “m’haig de fer càrrec de tot”, “que s’hagi apoderat de casa meva ho porto malament” (la seva mare ha passat a residir amb ella).

És un període marcat per angoixa, malestar i pessimisme, així com sobrecàrrega. Ha d'assumir una realitat imposada i no desitjada, modificant el seu projecte vital per adaptar-se a una circumstància negativa.

El pes de l'absència de relació anterior fa efecte en el moment actual. La seva mare és una desconeguda que manifestava deliris i al·lucinacions a conseqüència de l'esquizofrènia, la qual cosa havia distanciat i gairebé anul·lat la relació entre ambdues: “deia que hi havia unes boles al carrer que la matrien, i amb això feia 20 anys que no sortia de casa”, “ja no teníem relació, alguna trucada i poc més”, “és molt difícil quan una persona no està bé i no pots fer res per canviar-ho... t'acostumes... i acabes fent la teva vida”. Assumir una cura no desitjada, però al mateix temps acceptada davant d'altres opcions, va generar una ambigüitat en la usuària que dificultava establir una relació i afrontar-la: “bé, jo sé que podria tenir alguna altra opció, però tampoc ho veig, és que és el que em sembla que haig de fer... i també és que vull fer-ho... però d'altra banda... em desespera”.

Al mateix temps, la seva demanda constant era la de saber què havia de fer i com. Esperava solucions a curt termini que modifiquessin el procés degeneratiu amb la irrealista esperança de millora: “sé que no millorarà, perquè ja sé què és això... però jo penso que amb voluntat s'aconsegueixen les coses i que si puc ajudar-la a fer coses aleshores podrà tornar a ser, almenys, més autònoma”.

Fase Desenvolupament

Se situa en els 12 mesos següents després de l'inici de la relació d'ajuda. Durant aquest període la usuària fa un procés d'acceptació de

la malaltia i la cura, canalitzant les seves energies cap a la resolució de qüestions concretes, plantejament d'objectius viables i reforçament de la relació mare-filla.

És el moment de major creixement personal i familiar. La usuària verbalitza: “he recuperat una relació amb la meua mare perduda des de fa anys”, “veig que haig de viure el moment”, “abans no m'hagués suposat gaire que es morís, però ara em fa pena”, “veig que ella és feliç”, “és molt afectuosa amb mi”. Des d'aquesta perspectiva, la usuària ha après a modificar la seva visió negativa inicial i els seus intents continus d'alliçonar la seva mare i orientar la seva conducta cap a la normalitat, per una acceptació gradual de la malaltia i dels seus límits, podent avançar cap a elements emotius positius i centrats en la relació i no en el progrés patològic. Això ha fet que hagi anat adquirint més consciència de la malaltia i ha disminuït progressivament la seva sensació de malestar i directivitat.

En aquest període es van treballar elements concrets diaris, com seqüències d'acció i comportaments que la usuària esperava de la seva mare i no aconseguia (com ara anar i tornar sola de la parada de l'autobús o fer alguna tasca domèstica específica). Inicialment la usuària no entenia per què no era capaç de fer-les “si és molt senzill, anar i tornar a la parada, és fàcil i a mi em resoldria molt que hi pogués anar”. Es va treballar amb ella els senyals de referència, els acompanyaments i la seqüència de passos a seguir. A més, es va suggerir l'ús d'un centre de dia de la localitat de residència per a l'estimulació cognitiva i l'atenció durant unes hores mentre la usuària treballava. Finalment, va optar per contractar una persona quan va observar les limitacions de la seva mare.

Quant a les estimulacions implementades per la usuària, aquesta s'orientava a enfortir aspectes generals i qüestions obtingudes d'estudis científics. Per exemple, va llegir que aprendre escacs era molt positiu per prevenir l'Alzheimer i es va plantejar que la seva mare aprengués escacs. La professional va reconduir aquesta qüestió cap a elements viables i pragmàtics relacionats amb la història vital de la seva mare per potenciar aquestes associacions i aprenentatges, evitant la introducció de nous factors estressants i poc eficients.

L'elaboració de la història de vida de la mare va suposar un efecte reconstituent en la relació entre ambdues: “fixa't, estic recordant coses que abans havia oblidat sobre ella”. Aquestes qüestions van fer que la usuària parlés amb la seva mare i busqués informació sobre ella (familiars vius pròxims, en concret dues tietes, germanes de la mare), potenciant la seva associació de records i revivint aspectes saludables de la seva infància i joventut.

La mare va recuperar hàbits perduts com fer punt i es va tornar més extravertida i afectuosa: “ara parla amb tothom, és com si fos una altra persona, no recordo haver-la vist així”, “t'explica coses de quan era nena i joveneta, d'això sí que se'n recorda bé”, “està sempre contenta, no com abans, i quan ens asseiem al sofà m'acaricia els cabells”, “sempre m'està dient que m'estima molt”.

La retroalimentació positiva entre mare i filla va permetre que la sensació inicial de la usuària i el seu elevat estrès davant la situació viscuda es reduïssin. En aquest sentit, també l'actitud de la mare va ser cada vegada més indulgent i afectuosa.

La usuària va aprendre a situar-se en el moment present i orientar-se a resoldre qüestions que s'anaven donant per valorar les vivències actuals: "m'han dit que com més aviat millor a una residència, quan hi hagi plaça, però jo els he dit que no, que ara que començo a gaudir d'estar amb ella, que no vull, que ja hi haurà temps, d'això, que de moment està prou bé com per estar amb mi". L'evitació de duels anticipatoris i la projecció cap al gaudi del moment orientat a abordar cada circumstància d'acord amb la seva aparició van ser aspectes clau en el procés que va seguir la usuària i que va anar descobrint gradualment.

Fase final

Coincident amb els últims tres mesos d'acompanyament, la usuària va mostrar habilitats personals de resiliència i progrés, es va sentir secundada i va poder desenvolupar una relació més positiva. Ella va verbalitzar: "ara em sento bé, em sento tranquil·la", "necessitava algú amb qui parlar i que em digués si anava bé o no", "em deixes molt bé". Va agrair l'acompanyament que considera clau en aquest procés i que li ha permès desenvolupar-se des del punt de vista personal i familiar, abordant un tema tan complex com la demència.

Va entendre el tancament del procés d'acompanyament en haver adquirit competències i eines per afrontar el procés, sent conscient que podia tornar a necessitar ajuda en el futur. En aquest moment es van reforçar els seus assoliments i competència i es van recordar aspectes de suport fonamentals per a la seva continuïtat (estratègies desenvolupades, aprenentatges, objectius...).

Conclusions

En relació amb els objectius plantejats, s'ha aconseguit la totalitat dels elements inicialment exposats. En referència a l'atenció de la demanda de suport que sol·licitava la usuària (objectiu 1), l'establiment d'un procés d'acompanyament al llarg de 18 mesos de manera periòdica (mensual), la qual cosa va facilitar el seguiment de la relació d'ajuda i l'establiment d'espais d'escolta, pautes d'abordatge, reforç d'elements assolits i reajustament d'estratègies fallides. En referència a l'establiment i delimitació d'un procés d'acompanyament temporal d'acord amb la circumstància personal i familiar de la usuària (objectiu 2), la construcció d'un espai específic i detallat des del primer moment de la intervenció, plantejant un límit temporal, va permetre dotar d'una estructura relacional orientada a objectius específics que se centraven en l'afrontament del progrés de la malaltia i convivència conjunta amb la persona familiar afectada. En referència al desenvolupa-

ment d'una metodologia d'acompanyament per millorar la situació vital de la usuària (objectiu 3), aquesta va ser implementada, ajustada i revisada durant tot el procés, la qual cosa va permetre una adaptació flexible als diferents bagatges i moments vivencials que la usuària experimentava. En referència a la dotació d'estratègies i eines sostenibles d'afrontament de la situació familiar a la usuària (objectiu 4), al llarg de la intervenció, la figura professional va reforçar aquells elements que de manera autònoma la usuària experimentava o en sol·licitava confirmació d'ús, i que eren adequats per al desenvolupament d'estratègies positives; al mateix temps que proposava altres plantejaments i qüestions que abordaven dificultats relacionades per la usuària, indagant en aspectes de convivència quotidiana. Finalment, quant a la comprovació de millores en la relació intrafamiliar i l'adquisició de les estratègies i eines proposades (objectiu 5), cal destacar que, d'acord amb els progressos experimentats i relatats per la pròpia usuària, va ser capaç d'acceptar la realitat de convivència amb la persona malalta i generar estratègies efectives d'afrontament, millorant la seva relació intrafamiliar. No obstant això, no és possible assegurar l'existència d'una sostenibilitat posterior a llarg termini, ja que, si bé no va tornar a sol·licitar ajuda durant el període de dos anys després del tancament de la intervenció, no s'ha pogut constatar si ho va fer posteriorment a través d'una altra persona professional, amb la qual cosa només es pot corroborar que a curt i mitjà termini aquest acompanyament ha estat efectiu.

Aquest estudi de cas mostra l'eficàcia de la intervenció per mitjà de l'acompanyament personalitzat. Altres estudis, com el de Pulice (2016), assenyalen la rellevància de l'acompanyament a les persones cuidadores en l'afrontament de la neurodegeneració que produeix l'Alzheimer i altres demències. S'observa com és possible oferir un marc d'actuació compatible amb els plantejaments d'atenció i acompanyament propis del treball social.

Un aspecte especialment important és la capacitat de flexibilitzar tant el temps d'atenció com la intensitat en cada procés. En el cas aquí presentat, l'adaptació gradual al canvi i a les necessitats de la usuària van oferir fruits positius que, amb els seus alts i baixos i moments difícils, van confluïr en un procés resilient. La necessitat d'establir una ruta de treball adaptable al context i circumstància és essencial per a l'acompanyament. D'altra banda, és necessari orientar des del coneixement i la intervenció en un context social, familiar i personal específic i no des de pautes generalistes amb eficàcia limitada.

Quant a limitacions de l'estudi, òbviament el treball amb un únic cas ofereix una visió parcial i una pràctica circumscrita a una realitat en exclusiva. No obstant això, és des d'aquesta mateixa pràctica de l'acompanyament (observat com un procés positiu en altres múltiples casos) i el seu desenvolupament i registre, des d'on és possible delimitar el camp d'acció i perfilar metodologies i tècniques cada vegada més precises. És necessari visualitzar i visibilitzar aquests procediments i compartir diferents experiències que permetin millorar les intervencions i avaluar els nivells d'eficàcia i eficiència. D'aquesta manera, l'acompanyament es perfila com una metodologia capaç de potenciar i desenvolupar aspectes resilients

davant processos complexos, difícils i cada vegada més freqüents, com és la cura de familiars amb demència.

Referències bibliogràfiques

- Arnkil, T. E. (2019). Co-generando espacios dialógicos: Desafíos para los Diálogos Abiertos y Anticipatorios y las Prácticas Dialógicas en General. *International Journal of Collaborative-Dialogic Practices*, 9(1), 51-64. Wordpress. <https://ijcp.files.wordpress.com/2019/12/ijcp-issue-9-p.-51-64-arnkil-co-generating-dialogical-spaces-espac3b1ol.pdf>
- Bermejo, F. (2004). *Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia*. (2.ª ed.). Díaz de Santos.
- Cameron, C., i Moss, P. (2007). *Care Work in Europe: Current understanding and future directions*. Ed. Routledge.
- Durán, M. A. (Dir.). (2011). *El trabajo del cuidado en América Latina y España*. Fundación Carolina-CEALCI, Documento de trabajo n.º 54, 74-87. Recuperat 20 setembre 2021, de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/37909/1/El%20trabajo%20del%20cuidado%20en%20ramon%20ramos.pdf>
- Fernández Solís, J. D., i Castillo Sanz, A. G. (2010). *La educación de calle: Trabajo socioeducativo en medio abierto*. Ed. Desclée de Brouwer.
- Gómez, M. M. (2007). Estar ahí, al cuidado de un paciente con demencia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 25(2), 60-71. Redalyc. <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215257006.pdf>
- López, M. J., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona, J., i Alonso, F. J. (2009). El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2, 332-334. Redalyc. <https://www.redalyc.org/pdf/1696/169614509004.pdf>
- Losada, A., Márquez, M., Vara-García, C., Gallego, L., Romero, R., i Olazarán, J. (2017). Impacto psicológico de las demencias en las familias: propuesta de un modelo integrador. *Revista Clínica Contemporánea*, 8(4), 1-27. <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2017v8n1a4.pdf>
- Losada, A., Peñacoba, C., Márquez, M., i Cigarán, M. (2008). *Cuidar cuidándose: Evaluación e intervención interdisciplinar con cuidadores familiares de personas con demencia*. Ed. Encuentro.
- Miller, W., i Rollnick, S. (1990). *La entrevista motivacional*. Ed. Paidós.

- Pulice, G. (2016). *Acompañamiento terapéutico, transferencia y dirección de la cura*. Ed. Letra Viva.
- Raya, E., i Hernández, M. (2014). Acompañar los procesos de inclusión social. Del análisis de la exclusión a la intervención social. *Revista de Trabajo Social*, 16, 143-156.
- Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social (2016). *El acompañamiento como método de intervención en los procesos de inclusión*. Ed. Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social.
- Rodríguez, G. (2011). Políticas sociales de atención a la dependencia en los Regímenes de Bienestar de la Unión Europea. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 29(1), 13-42. Universidad Complutense de Madrid. <https://revistas.ucm.es/index.php/CRLA/article/view/36184/35063>
- Rodríguez, J. C., Archilla, M. I., i Archilla, M. (2014). La sobrecarga de los cuidadores informales. *Metas de enfermería*, 17(1), 62-67.
- Rodríguez, M., i Sánchez, J. L. (2004). Reserva cognitiva y demencia. *Anales de Psicología*, 20, 175-186. Alzheimer Universal. <https://www.alzheimeruniversal.eu/wp-content/uploads/2013/02/Reserva-cognitiva-y-demencia.pdf>

L'exercici del rol parental als centres penitenciaris de Catalunya. L'experiència Grup de Gestió d'Educació i Responsabilitat Parental al centre penitenciar Brians 2

Undertaking the parental role in Catalan prisons. The experience of the Parental Responsibility and Education Management Group at Brians 2 prison

Núria Pujol Serna¹

ORCID: 0000-0002-8246-6829

Recepció: 05/06/21. Revisió: 24/09/21. Acceptació: 07/10/21

Per citar: Pujol Serna, N. (2021). L'exercici del rol parental als centres penitenciaris de Catalunya. L'experiència Grup de Gestió d'Educació i Responsabilitat Parental al centre penitenciar Brians 2. *Revista de Treball Social*, 221, 123-137. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.07>

Resum

Els fills i les filles de persones que estan empresonades tenen un risc significatiu de patir múltiples conseqüències adverses si els manca suport. L'objectiu de la Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Victima (SMPRAV) és minimitzar la reincidència i protegir les víctimes. El model de gestió del risc centra la intervenció a identificar, avaluar i minimitzar els factors criminògens que han portat una persona a cometre un delictes. L'exercici del rol de pare o de mare ha de ser reconegut com una qüestió prioritària atès que, juntament amb l'enfortiment dels vincles familiars i socials, poden ser un factor protector contra la reincidència. L'article mostra la tasca del Grup de Responsabilitat Parental al centre penitenciar Brians 2 durant els darrers anys. El seu treball ha evidenciat

1 Graduada en Treball Social. Treballadora social de l'Àrea de Serveis Socials d'Execució Penal de Barcelona. Secretaria de Mesures Penals, Reinserció i Atenció a la Victima. Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya. npujol@gencat.cat

la necessitat de visualitzar els drets dels fills i les filles de les persones internes i de crear espais per facilitar l'exercici del rol parental.

Paraules clau: Rol parental, participació, transversal, visualitzar.

Abstract

Children with a parent in prison are at significantly greater risk of suffering numerous adverse effects if support is lacking. The Secretariat for Criminal Measures, Rehabilitation and Victim Support (SMPRAV) seeks to minimise relapse and protect victims. The risk management model focuses on identifying, assessing and minimising the criminal risk factors that have led an individual to commit a crime. The performance of the parental role must be acknowledged as a primary component because, in addition to strengthening social and family ties, it may serve as a protective factor against recidivism. This paper sets out the work carried out by the Parental Responsibility Group at Brians 2 prison in this respect over recent years. Its efforts have illustrated the need to pay careful attention to the rights of the children of prisoners, as well as the need to develop settings that make it easier to perform the parental role.

Keywords: Parental role, participation, cross-discipline, visualisation.

1. Introducció

El model de rehabilitació de les presons catalanes (Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat, 2011) ha experimentat una notable transformació en els darrers anys amb la voluntat d'innovar i adoptar noves maneres de donar resposta als reptes d'una realitat canviant i a la legislació vigent de cada moment. Aquestes iniciatives han estat marcades per l'impuls de polítiques penitenciàries orientades a la reinserció, l'atenció a les víctimes i la millora de la qualitat de la intervenció mitjançant el model de gestió del risc, que permet identificar les necessitats criminògenes que han dut les persones a cometre un delictes, intervenir-hi i avaluar-les. La presa de decisions dels equips de tractament passa per la planificació de l'abordatge d'aquestes necessitats criminògenes, la seva avaluació continuada, tant en diferents escenaris de risc com en els canvis que es van produint en els principals factors de risc delictius detectats després de la intervenció duta a terme.

Cal assenyalar que la reinserció social és un projecte de la societat civil de responsabilitat col·lectiva, és a dir, necessita la participació del capital social del territori i el compromís de tota la ciutadania i dels agents socials i comunitaris per a la millora dels processos de transició a la comunitat.

L'entorn i el suport familiar, relacional i comunitari juguen un rol molt important en tot el procés penal. La família esdevé un element clau ja abans de l'empresonament (Ibañez i Pedrosa, 2017) i en tot el procés penitenciari, atès que proporciona suport emocional, econòmic i d'acompanyament.

Els treballadors i les treballadores socials en l'àmbit de l'execució penal estan integrats i integrades funcionalment en els equips multidisciplinaris de tractament. És el personal *professional pont* entre el centre penitenciari, la família o entorn relacional i la xarxa de serveis i recursos comunitaris. Una de les seves funcions més bàsica és atendre, assessorar, informar i acompanyar les famílies, així com conèixer-les mitjançant eines com l'entrevista o la visita a domicili. Les intervencions del treballador o la treballadora social han d'anar dirigides a la consecució d'una millora de les condicions de vida en els entorns relacionals i familiars de manera que, arribat el moment de la incorporació progressiva de la persona privada de llibertat al seu medi de convivència, aquest medi compti amb unes condicions que garanteixin l'acompanyament en el procés de reinserció social, donant resposta a la funció rehabilitadora que el personal professional de l'execució penal té encomanada.

Les teories del desistiment del delictes sostenen la necessitat d'un suport i acompanyament a les persones internes durant el procés penal i postpenal, que s'aglutinin al voltant de tres eixos: laboral, personal i social (Cid Moliné i Martí Olivé, 2011). Aquest acompanyament els ha de permetre noves oportunitats per a la construcció d'una nova identitat no delictiva. Les experiències participatives dins el model de participació i convivència,

en endavant MPiC (Departament de Justícia, s. d.), en les unitats residencials dels centres penitenciaris contribueixen a la construcció d'aquesta nova identitat, en tant que permeten viure una experiència centrada en un aprenentatge del consens en la gestió del dia a dia, la interiorització de l'exercici de la participació com a persona ciutadana activa compromesa amb la comunitat, el foment de la transparència en la mesura que implica compartir la informació regeneradora de la confiança i l'eficiència en la millora de les propostes i decisions.

El treballador o la treballadora social és clau en tot allò que refereix a la família i l'entorn social. Conseqüentment, també ha de jugar un paper cabdal en tot allò relacionat amb la promoció de l'exercici del rol de pare o mare als centres penitenciaris tant de medi tancat com obert. Així doncs, els centres penitenciaris han de començar a incloure gradualment, en els seus plans generals d'activitats anuals, propostes d'intervencions participatives, coliderades pels treballadors o les treballadores socials, que permetin la continuïtat de l'exercici com a pare o mare de manera activa i responsable, i que afavoreixi el desenvolupament de relacions saludables.

2. L'exercici del rol parental als centres penitenciaris. Els fills i les filles de persones empresonades

Quan s'aborda l'exercici del rol parental als centres penitenciaris s'obre un escenari on cal tenir en compte diverses consideracions prèvies.

Nombrosos articles especialitzats assenyalen que la separació dels fills i les filles a conseqüència de l'ingrés del pare o la mare en un centre penitenciari té efectes immediats sobre infants i adolescents, com ara: sentiment de culpa, vergonya, estigma social, pèrdua de suport econòmic, davallada del rendiment escolar, afebliment dels vincles familiars i sovint assumptió de responsabilitat de cura no pròpies de la seva edat (*young carers*). El projecte ME-WE (ME-WE Young Carers, s. d.) planteja intervencions psicosocials destinades a mitigar el factor de risc de ser una persona jove cuidadora adolescent, potenciant en la joventut la resiliència i el suport social. Es tracta de menors amb mancances específiques, derivades de l'absència de l'exercici del rol parental del pare, de la mare o d'ambdós i que presenten unes necessitats especials que cal atendre i que molt sovint passen desapercebudes, tant en les polítiques socials i penitenciàries com en la mateixa societat, obviant que l'atenció i la protecció de les necessitats particulars de nens, nenes i adolescents és garantia de futur per a tota la societat. Es tracta d'una realitat massa vegades invisible, que es viu en secret de cara a l'escola, les amistats, etc. Així, cal atendre el dolor de l'infant o adolescent que ha vist la detenció del seu pare o de la seva mare, perquè malgrat que les forces policials procuren que aquest escenari no es doni, encara avui dia passa més sovint del que desitjaríem.

Davant aquesta constatació, alguns països europeus, com per exemple l'escocès (Scottish Prison Service, s. d.), dins del seu el marc legal i reglamentari, han dissenyat i desenvolupat plans estratègics de famílies amb un enfoc multi-agent, que interpel·len de manera global tots els àmbits del sistema judicial: des de la forma de detenció fins més enllà de la llibertat definitiva, amb la voluntat de preservar els drets de les persones menors i llurs famílies. Aquests plans estratègics de famílies inclouen, entre moltes d'altres, mesures per facilitar que les persones privades de llibertat puguin desenvolupar el seu rol parental en millors condicions tenint en compte la veu i la perspectiva de l'infant i de l'adolescent.

Pel que fa a les visites familiars seria desitjable:

- Que les entrades dels centres penitenciaris fossin veritables centres d'atenció a les famílies.
- Fer més amables tant els recorreguts com les sales de visites, per minimitzar l'impacte en els infants.
- Adequar patis exteriors on les persones internes puguin relacionar-se amb els seus infants.
- Dotar les sales de visites amb material didàctic i lúdic que facilitin i promoguin una relació saludable i responsable entre pares o mares i infants.

Els centres penitenciaris històricament han celebrat anualment el Dia del Pare o la Mare, la diada de Reis i activitats familiars on les persones internes han pogut jugar, cantar o passar una estona amb els seus fills i les seves filles. És desitjable promoure als centres penitenciaris activitats participatives familiars amb més freqüència i de més qualitat, sempre que es valori que la relació entre adults i infants és saludable i es preservi l'interès superior dels infants.

Els treballadors i les treballadores socials de l'àmbit de l'execució penal coneixen com les conseqüències de la detenció i de l'empresonament repercuteixen en la vida quotidiana de les famílies i, de manera particular, en les persones menors i joves que en formen part.

En el moment de l'ingrés d'una persona en un centre penitenciar, els treballadors i les treballadores socials detecten situacions socials diverses com problemes d'habitatge, situacions econòmiques precàries, problemes de salut, angoixes, dificultats per superar el sentiment d'estigma amb els seus veïns, preocupacions sobre els seus familiars i, de manera especial, casos en què els fills i les filles estan sota la custòdia de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència.

Alguns països europeus tenen un sistema de serveis socials similar al de Catalunya, on serveis socials bàsics i especialitzats es coordinen a fi d'atendre les necessitats de les famílies de les persones encarcerades. Ara bé, davant de totes aquestes situacions complexes, hi ha països europeus, com Finlàndia, on aquesta coordinació està regulada. Així, el treballador o la treballadora social té el mandat legal de coordinar-se amb els serveis socials bàsics des del mateix moment de l'ingrés quan hi ha menors o persones vulnerables al domicili del nucli de convivència. Els serveis socials

bàsics i els d'execució penal han de supervisar l'estat de les persones menors i vulnerables arran de l'ingrés, i començar a treballar conjuntament amb coordinacions periòdiques durant el compliment de la condemna. En el nostre sistema, aquesta coordinació resta en una valoració discrecional.

Una darrera consideració són les dades. El sistema informàtic de presons catalanes està centrat en el fet delictiu i no té en compte l'extracció de dades relatives a l'entorn familiar que permetin l'elaboració d'estadístiques pel que fa a l'entorn familiar, relacional i social. Per exemple, no permet saber quantes persones sense llar són a presó, o quantes tenen reconeguda una discapacitat intel·lectual o dependència, o quina és la composició i situació social dels entorns familiars o referents socials. Per tant, no sabem quants infants a Catalunya tenen el seu pare o la seva mare a la presó, ni quines edats tenen. Aquest és un dèficit, però, que afecta la majoria dels països europeus i que caldrà resoldre en els propers anys. El tractament de dades estadístiques d'acord amb la legalitat vigent és bàsic per planificar accions i recursos.

Pel que fa a l'exercici del rol de mare, la Llei orgànica 1/1979 general penitenciària, al Capítol III article 38.2, assenyala que les mares internes poden tenir en llur companyia els fills i les filles que no hagin arribat als tres anys, sempre que n'acreditin degudament la filiació. Així, les mares poden estar amb els seus infants a les unitats de mares dels centres penitenciaris de dones.

Els articles 178 i 180 del reglament penitenciar, en endavant RP (Reial decret 190/1996), estableixen les normes de funcionament de les unitats de mares i assenyalen que hi ha d'haver una persona especialista en educació infantil, que s'han de dur a terme activitats formatives i lúdiques, i promoure sortides programades a l'exterior. L'article 180 del RP refereix el següent:

El centre directiu pot autoritzar, a proposta de la junta de tractament, que les internes classificades en tercer grau de tractament amb fills menors siguin destinades a unitats dependents exteriors, on aquests fills es podran integrar plenament en l'àmbit familiar i escolar.

La legislació penitenciària, doncs, reivindica la importància que les persones menors es desenvolupin amb la màxima normalitat durant l'estada a la presó de la mare, oferint-li eines per exercir el seu rol maternal des d'una vessant educativa i social. Contràriament, ni la legislació ni les regulacions internes no han previst cap mesura expressa en relació amb l'exercici del rol de pare. L'administració penitenciària fins ara no ha establert mecanismes perquè els interns pares prenguin també protagonisme en el desenvolupament del rol patern més enllà de les visites familiars i de convivència establertes.

L'exercici del rol parental és un factor protector atès que permet treballar factors criminògens identificats en els sistemes d'avaluació del risc de reincidència, com per exemple l'exercici de la responsabilitat o la definició de perspectives de futur. A més, l'exercici del rol parental es troba

present, de manera directa o indirecta, en els tres eixos que assenyalen les teories del desistiment: laborals, personals i socials.

3. La Recomanació CM/Rec(2018)5 del Comitè de Ministres als estats membres de la UE relativa als fills i a les filles de les persones detingudes (adoptada pel comitè de ministres el 4 d'abril de 2018, a la 1312a reunió de ministres)

La Recomanació CM/Rec(2018)5 parteix del reconeixement de les barreres per mantenir els vincles familiars habituals a conseqüència de l'empresonament del pare o de la mare i les dificultats que infants i adolescents troben a causa de factors com la manca d'un contacte familiar de qualitat, les conseqüències financeres i les psicològiques. Destaca l'impacte especial que la detenció del pare o la mare pot tenir per als infants, sumat al fet que la presó, com a institució, pugui ser un ambient difícil per a ells. També té en compte que les relacions entre els pares o mares i els seus fills i filles no sempre són positives o saludables, al marge de la situació d'empresonament.

La Recomanació també pretén mitigar l'efecte negatiu de la detenció dels pares i les mares sobre els infants i la competència dels pares i les mares, a fi de protegir el desenvolupament dels infants i promoure la reunificació familiar; reconèixer que els fills i les filles de les persones detingudes són vulnerables; que les seves necessitats i drets són part integral de l'Estratègia del Consell d'Europa pels Drets dels Infants (Consell d'Europa, 2016); i que han de ser també part explícita de les estratègies nacionals multisectorials i multidisciplinàries de protecció infantil.

La Recomanació parteix del convenciment que el contacte entre les persones menors i els seus pares i les seves mares que són en una presó pot tenir una influència positiva en l'infant, en les persones empresonades, en el personal professional de les presons i la comunitat penitenciària i, en última instància, en el futur de la societat. Indica que aquest benefici és compatible amb la necessitat de garantir la seguretat i la custòdia en els centres penitenciaris.

La Recomanació també assenyala que les administracions penitenciaris han de donar suport a les famílies i a les persones cuidadores dels infants, han de facilitar les visites en entorns adequats per als infants, proporcionar orientació i informació, especialment per als nens i les nenes que visiten la presó per primera vegada, i mantenir contacte amb les organitzacions i el personal professional competent sobre qualsevol problema relacionat amb els infants i els seus pares o les seves mares a la presó.

Cal tenir en compte que en centres tancats d'homes, com per exemple el centre penitenciar Brians 2,² quan els treballadors i les treballadores socials parlen de famílies de la persona interna el que sovint troben són dones, dones soles que han passat d'un dia a l'altre a ser famílies "mono-maternals" amb greus problemes econòmics i socials i que fan un esforç immens per no assistir a les visites familiars, perquè sovint els suposa agafar diversos transports públics amb un alt cost econòmic per passar noranta minuts en una sala de visites. Per aquest motiu, les videotrucades haurien d'implementar-se com una opció més de visita familiar sense que aquestes suposin restringir les visites presencials.

La Recomanació és també una resposta europea centrada en un doble reconeixement: el de la necessitat durant l'empresonament de l'exercici del rol parental a fi que tingui efectes duradors sobre el benestar de milions d'infants, i el d'abordar les necessitats d'aquells infants amb el pare o la mare a la presó a través de 56 directrius per a la bona pràctica.

La Recomanació assenyalava com a fonaments que:

- Tots els assumptes relatius a la infància, els drets dels infants i l'interès superior dels interessos de les persones menors han de ser de considerats prioritaris, tenint en compte també que els infants amb el pare o la mare a la presó no han comès cap delictes i no han de ser tractats com a conflicte amb la llei com a conseqüència de les accions, o presumptes accions, del seu pare o la seva mare.
- Tots els infants, sense discriminació i independentment de la situació jurídica dels seus pares o mares, tenen garantit el gaudi de tots els drets coberts per la Convenció de les Nacions Unides sobre els Drets de l'Infant, incloent-hi el dret a tenir els seus interessos protegits, el dret al desenvolupament, el dret a respectar les seves opinions i el dret a mantenir les relacions personals i el contacte directe amb els seus pares o mares de forma regular.
- Cal protegir i promoure el dret i la necessitat dels infants a tenir una relació continuada amb els seus pares o mares a la presó. Els organismes públics tenen el deure de promoure el dret dels infants a jugar amb el seu pare i la seva mare, i impulsar experiències positives per als fills i les filles de les persones internes.
- Els fills i les filles, la família, la relació entre les persones preses i els seus infants i l'exercici del rol parental necessiten suports abans, durant i després de la detenció. Totes les intervencions i mesures en suport dels infants han d'assegurar que no creen estigma i discriminació.

² El centre penitenciar Brians 2 és un centre d'homes presos de règim tancat (s'aplica a presos classificats en 1r grau per la seva perillositat extrema o inadaptació manifesta a altres règims de vida i als preventius que concorren situacions idèntiques); i de règim ordinari (s'aplica als presos classificats en un règim de 2n grau de tractament, al presos sense classificar i als detinguts). Actualment hi ha més de 1.300 persones internes.

- La sensibilització, el canvi cultural i la integració social són necessàries per superar els prejudicis i la discriminació derivats de l'empresonament del pare o la mare.

El grup d'experts Children of Prisoners Europe (2021) de l'European Organisation of Prison and Correctional Services (EuroPris) ha estudiat la implantació de la Recomanació CM/Rec(2018)5 en els sistemes penitenciaris. Aquest grup d'experts ha publicat el seu treball i ha elaborat els següents documents:

- Guia per la implementació de la CM/Rec(2018)5, que se centra en els següents temes clau:
 - L'equilibri entre la seguretat d'una presó i els drets dels infants.
 - La relació amb les entitats socials.
 - La participació i el compromís amb les famílies.
 - Tenir present la veu dels infants.
- Taula comparativa del grau d'implementació efectiva de les recomanacions a 10 països diferents: per a cadascuna de les recomanacions més importants cada país exposa, de forma breu, com han implementat o què tenen pendent pel seu compliment.
- Taula comparativa sobre recollida de dades: no es disposa del nombre exacte d'infants que es veuen afectats per l'empresonament dels seus pares o mares, però el Consell d'Europa estima que hi ha uns 2.000.000 d'infants en aquesta situació. Aquesta taula dona una visió general de com es recullen les dades sobre els infants en cada país.

La SMPRAV té el repte d'implementar gradualment la Recomanació CM/Rec(2018)5 del Comitè de Ministres als estats membres relativa als fills i les filles de les persones detingudes. En aquest sentit, el Síndic de Greuges va emetre la Resolució de l'expedient AO-00220/2019 relativa al dret de relació dels infants amb progenitors a la presó del Síndic relativa a la Recomanació CM/Rec(2018)5 on analitza la situació de diferents centres penitenciaris a Catalunya i insta la SMPRAV a implementar bones pràctiques que donin resposta al contingut dels articles de la Recomanació.

En relació amb aquesta Recomanació, és important assenyalar que els passats mesos de març i abril s'han produït avenços en les polítiques i normes per a la protecció dels infants amb drets dels pares empresonats. El primer és el Pla Estratègic del Consell d'Europa (Comissió Europea, s. d.) relatiu a la garantia dels drets de les persones menors i que ha estat desenvolupat amb la participació de més de 10.000 infants. El Pla sol·licita de manera expressa als estats membres de la UE que apliquin la Recomanació CM/Rec(2018)5. Aquesta adopció de l'estratègia de la UE afegeix un important impuls a les recomanacions del Consell d'Europa i representa un pas decisiu cap a la millora de la participació infantil, la inclusió, la protecció de la infància, uns sistemes de justícia adequats als infants i

adolescents a tots els estats membres de la UE, així com una sensibilització sobre la infància més gran en els serveis penitenciaris.

4. L'experiència Grup de Gestió d'Educació i Responsabilitat Parental al centre penitenciar Brians 2

La implementació del MPiC als centres penitenciaris de Catalunya ha permès en els darrers anys establir un model d'organització funcional fonamentat en la participació i la interacció de tots els agents de la institució amb les entitats socials. S'emmarca en un sistema de democràcia deliberativa mitjançant consells de les unitats residencials dels centres penitenciaris. Aquests consells són espais on tenen lloc la deliberació, l'escolta, la informació, la integració de la diferència i la promoció de propostes participatives en la gestió de la vida diària.

Aquesta metodologia afavoreix la participació de la persona interna en el seu procés individual de tractament, promovent la implicació de totes les parts que formen part del procés de rehabilitació, així com els processos de trànsit i integració a la comunitat.

Per donar resposta al MPiC, l'any 2016 el centre penitenciar Brians 2 va crear un pla de participació amb l'objectiu de dur a terme una intervenció integral en tot el centre que generés una dinàmica social i un clima de convivència al més similar possible quant a normes, valors, hàbits i formes d'interacció al de qualsevol col·lectiu social normalitzat dins el marc legal i de seguretat. Aquest pla de participació inclou com a mecanisme de participació la creació de grups de gestió que es caracteritzen: per tenir un referent que impulsa i lidera el grup; per la seva composició transversal; i per tractar temàtiques que responen a necessitats de la població penitenciària.

El Grup de Gestió d'Educació i Responsabilitat Parental (en endavant GGERP) té el seu origen en la conjunció de diverses experiències: principalment respondre a la demanda de les persones internes que són pares i mares i tenen un compromís amb l'educació dels seus fills i de les seves filles; de la inquietud de diferents professionals (tècnics i tècniques de vigilància, mestres, bibliotecaris i bibliotecàries, treballadors i treballadores socials, monitors artístics i monitores artístiques, i entitats socials) i de la col·laboració amb l'Expert Group Family Relations (2017), de l'European Organization of Prisons and Correctional Service.³

La riquesa del GGERP rau en la seva composició transversal. La majoria de sistemes penals europeus han adoptat models on, de manera

³ Europris (s. d.) és una organització focalitzada en l'estudi i el coneixement dels sistemes penitenciaris europeus que té com a tasca recollir les conclusions i recomanacions que emanen dels documents de treball que els diversos grups d'experts elaboren per tal de promoure'n les idees clau entre les diverses administracions penitenciàries i els diferents òrgans europeus.

separada, les entitats han focalitzat la seva intervenció en l'atenció als fills i a les filles de la persona interna, mentre que la institució penitenciària s'ha centrat en la reinserció de la persona interna. L'excepcionalitat i singularitat de l'experiència del GGERP rau en el treball conjunt de les entitats socials, del personal professional del tractament i dels pares i de les mares per a la concreció i consecució dels objectius establerts per les persones membres del GGERP.

La metodologia té un caràcter comunitari, en tant que, d'un cantó, respon a situacions-problemes compartits detectats mitjançant les entrevistes als pares i a les mares a presó i les seves famílies i, d'un altre cantó, requereix la participació activa de totes les persones implicades per a la consecució d'objectius del projecte col·lectiu.

És un grup que s'organitza des de dins on treballadors i treballadores socials, juntament amb altres professionals, intervenen en la consecució dels objectius del grup, i en concret en tot allò que està relacionat amb la participació de l'àmbit familiar i relacional. Totes les parts del grup tenen veu i les decisions es prenen de manera conjunta i consensuada.

L'objectiu del GGERP és implementar experiències participatives que facilitin als pares i a les mares que compleixen una pena privativa de llibertat la continuïtat de l'exercici del seu rol parental actiu i responsable, mitjançant la col·laboració i vinculació dels serveis d'educació i de lleure, de salut, de família, dels serveis socials i d'organismes de defensa dels drets de les persones menors i joves que permeti construir una xarxa participativa que comparteixi l'objectiu comú de preservar i garantir el benestar i el futur de les famílies i dels fills i les filles de les persones internes.

Davant aquesta complexitat, i conscient de les seves limitacions, l'any 2017 el GGERP va presentar un projecte a la direcció del centre amb uns objectius que ha anat desenvolupant durant tots aquests anys:

1. *Visualització de la realitat dels fills i les filles de les persones internes.* Per assolir-ho, el GGERP es va presentar en diversos fòrums (nacionals i europeus) i es van posar en contacte amb la Plataforma Infància de Catalunya, de qui va rebre suport i assessorament. També va mantenir una entrevista amb l'adjunta del Síndic per a la defensa dels drets de la infància i l'adolescència per sol·licitar l'impuls a la implementació de la Recomanació CM/Rec(2018)5 del Comitè de Ministres als estats membres de la UE.
2. *Crear una xarxa participativa tant en l'àmbit local com europeu.* Un dels eixos vertebradors de l'execució penal és la col·laboració amb les entitats tant col·laboradores com de voluntariat mitjançant les taules de participació social, que actuen com a òrgan consultiu i de relació entre el departament competent en matèria d'execució penal i les entitats col·laboradores i de voluntariat que treballen en els processos de reinserció social a Catalunya, amb la finalitat de coordinar la participació ciutadana, com a dret fonamental de la ciutadania. Actualment el GGERP col·labora amb:

3. *Dotar de material didàctic i gestionar-lo a les sales de visites* perquè en les visites les persones internes tinguin eines i recursos que els permetin jugar, dibuixar i interactuar amb els seus fills i les seves filles.
4. Fomentar els *Programes de Responsabilitat parental positiva*. El Programa Marc d'Organització Curricular de la SMPRAV organitza l'oferta de programes d'intervenció als centres penitenciaris. Ordena el currículum dels programes i subprogrames de manera homogènia, oferint la mateixa oferta d'activitats i programes a tots els centres penitenciaris de Catalunya: el disseny d'itineraris curriculars.
5. Recentment s'ha desenvolupat el programa "Anem a parlar dels fills i filles", que es troba dins els subprogrames de "Generalització al medi familiar i comunitari", que té com a objectiu principal donar suport als pares i a les mares que són a presó en el desenvolupament del seu rol mitjançant la identificació de les seves fortaleses i les seves debilitats. Aquest programa els ofereix eines i reconeixement per ajudar-los en el desenvolupament dels seus fills i de les seves filles malgrat la seva situació penal. El programa també té com a objectiu avaluar les necessitats de suport addicionals de les persones menors i de la família. La seva implementació està prevista el proper mes d'octubre.
6. Promoure *activitats familiars* a l'interior del centre penitenciari. En són exemples: la celebració del Dia de les Famílies; la celebració del Dia del Pare organitzada per l'escola d'adults Víctor Català; les sessions *Cantem en família* amb l'activitat familiar *Un món de cartró* dirigit per l'Associació Crea Moviment.
7. Promoure *activitats familiars* fora del centre penitenciari que donin continuïtat a l'exercici dels valors i de la responsabilitat del rol parental mitjançant sortides programades familiars. Els pares i les mares poden passar algunes hores amb els seus fills i les seves filles en un entorn propici i amable.
8. El *Programa FutbolNet* (activitats de jocs de col·laboració), dut a terme per la Fundació Futbol Club Barcelona, n'és un altre exemple. Les persones internes són entrenades pels monitors i les monitores de la Fundació i, més endavant, organitzen trobades familiars on els pares i les mares condueixen els jocs amb els seus infants sota la supervisió dels instructors i les instructoras de la Fundació.
9. *Programa de reforç escolar entre els pares o les mares i els seus fills i les seves filles* durant les visites familiars i el *Programa de tutories entre els pares o les mares i el mestre/tutor o la mestra/tutora del seu fill o la seva filla*. Aquests programes estan liderats pels mestres i les mestres del centre de formació d'adults Víctor Català del centre penitenciari Brians 2, juntament amb els treballadors i les treballadores socials que coordinen totes les accions relacionades amb les famílies.

Davant l'emergència de la covid-19, el GGERP ha fet diverses accions. Cal assenyalar que la covid-19 ha permès introduir videotrucades i l'ús de dispositius mòbils, i obrir un nou ventall d'activitats en línia i eines de comunicació. Malgrat que amb les activitats en línia es perd la proximitat i la presència, que és irrenunciable, es guanya en altres aspectes importants, com per exemple, el contacte visual entre persones internes estrangeres que tenen els seus fills i les seves filles fora del país. Les activitats dutes a terme han estat:

- El *Projecte de la Nau Espacial*. Es va desenvolupar el mes de juny del 2020 quan es van restablir les comunicacions familiars després de més de tres mesos de quarantena. La idea sorgeix com a iniciativa per afavorir l'acollida de les persones menors al centre d'una forma amable i adaptada a les seves necessitats. La proposta plantejava un joc a través del qual els infants poguessin assumir les noves mesures sanitàries (gel, termòmetre, guants, distància física...) afegides als reptes que ja suposen les mesures de seguretat habituals.
- *Stop-motion La Fuerza* (Departament de Justícia, 2020). És un projecte d'animació liderat pels monitors artístics i les monitors artístiques del GGERP que es va crear amb l'objectiu que els fills i les filles de les persones internes rebessin missatges d'amor dels seus pares i les seves mares en un moment especialment crític de la pandèmia. El format del projecte es va triar perquè permetia afegir una vessant especial des de la mirada artística. L'animació va permetre recrear un escenari diferent i màgic, on els pares interns i les mares internes que pertanyen al GGERP podien fer, saltar, volar i jugar mentre enviaven un missatge als seus fills i a les seves filles. D'aquesta manera, els pares i les mares van poder convertir-se en mags i maques i expressar les seves emocions amb un llenguatge lúdic i directe.
- *Endevina-Endevinalla* va néixer l'estiu del 2020. En aquesta activitat, els pares i les mares enviaven als seus fills i a les seves filles vídeos on els reptaven a resoldre diferents tipus d'endevinalles. Els infants els retornaven un vídeo amb les seves respostes, donant l'oportunitat als pares i a les mares de veure'ls en el seu espai i entorn familiar (habitacions, la cuina de casa, etc.). L'activitat es tancava amb una videotrucada familiar.

Els objectius de futur del GGERP impliquen, a més de consolidar totes les activitats dutes a terme durant aquests darrers anys:

- Introduir propostes de jocs amb colors a les visites familiars amb vidre.
- Millorar, adaptar i fer més amable l'àrea d'entrada del centre des de la perspectiva dels infants per convertir-la en espais d'atenció.

- A partir d'altres experiències europees, crear un vídeo que pugui explicar i preparar a l'infant què es trobarà la primera vegada que entri en una presó.
- Crear espais de seguretat ambiental on els pares i les mares puguin explicar als seus fills i a les seves filles que són a la presó quan les parts estiguin preparades i deixar de dir mentides. Aquesta és una demanda reiterada tant de les persones internes com de les seves parelles. Per aquest objectiu es necessita acompanyament professional.

Per concloure, m'agradaria dir que la SMPRAV té la voluntat d'implementar gradualment l'experiència del GGERP en altres centres de Catalunya.

Referències bibliogràfiques

Children of Prisoners Europe. (2021). *Impacts of pre-trial detention procedures on children with parents in conflict with the law*. COPE. Recuperat 3 novembre 2021, de [https://childrenofprisonerseurope.wildapricot.org/resources/Impacts of pre-trial detention procedures on children with parents in conflict with the law_COPE.pdf](https://childrenofprisonerseurope.wildapricot.org/resources/Impacts%20of%20pre-trial%20detention%20procedures%20on%20children%20with%20parents%20in%20conflict%20with%20the%20law_COPE.pdf)

Cid Moliné, J., i Martí Olivé, J. (2011). *El proceso de desistimiento de las personas encarceladas. Obstáculos y apoyos*. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

Comissió Europea. (s. d.). *The EU Strategy on the Rights of the Child and the European Child Guarantee*. Recuperat 3 novembre 2021, de https://ec.europa.eu/info/policies/justice-and-fundamental-rights/rights-child/eu-strategy-rights-child-and-european-child-guarantee_en

Consell d'Europa. (2016). *Council of Europe Strategy for the Rights of the Child (2016-201)*. Recuperat 3 novembre 2021, de <https://rm.coe.int/168066cff8>

Departament de Justícia. (s. d.). *Programa marc del model de participació i convivència dels centres penitenciaris de Catalunya*. Generalitat de Catalunya. Recuperat 3 novembre 2021, de http://justicia.gencat.cat/web/.content/home/ambits/reinsercio_i_serveis_peni/serveis_penitenciaris/participacio-convivencia/participacio_convivencia_cp.pdf

Departament de Justícia. (2020, setembre 30). *Els pares del centre penitenciari Brians 2 envien missatges als seus fills* [Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=u7wVajcVmRw&t=45s>

- Europris. (s. d.). *Europris. Promoting Professional Prison Practice*. <https://www.europris.org/>
- Expert Group Family Relations. (2017). *Good Practice Collection Family Relations*. Europris. <http://www.europris.org/file/expert-group-family-relations-good-practice-collection/>
- Ibañez, A., i Pedrosa, A. (2017). *El paper de les famílies en la reinserció de les persones que surten de la presó*. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.
- Llei orgànica 1/1979, de 26 de setembre, general penitenciària, BOE núm. 239 § 23708 (1979).
- ME-WE young carers. (s. d.). ME-WE young carers. Recuperat 3 novembre 2021, de <https://me-we.eu/>
- Recomanació CM/Rec(2018)5 del Comitè de Ministres als estats membres de la UE relativa als fills i a les filles de les persones detingudes. Consell d'Europa. Recuperat 3 novembre 2021, de <https://rm.coe.int/cm-recommendation-2018-5-concerning-children-with-imprisoned-parents-e/16807b3438>
- Reial decret 190/1996, de 9 de febrer, pel qual s'aprova el reglament penitenciari, BOE núm. 40 § 3307 (1996).
- Resolució de l'expedient AO-00220/2019 relativa al dret de relació dels infants amb progenitors a la presó. Síndic de greuges de Catalunya. Recuperat 9 novembre 2021, de https://seu.sindic.cat/Resolucions/ISAPI/Resol_ISAPI_FitxaResol/x64/Debug/Resol_ISAPI_FitxaResol.dll?CodiQueixa=0022019&TipusIntervencio=2
- Scottish Prison Service. (s. d.). *Family Strategy 2017-2022*. College Development Network. Recuperat 3 novembre 2021, de <https://www.cdn.ac.uk/wp-content/uploads/2017/08/CBL-Family-Strategy-2017-22.pdf>
- Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat. (2011). *El model de rehabilitació a les presons catalanes*. Generalitat de Catalunya, Departament de Justícia. Recuperat 3 novembre 2021, de http://justicia.gencat.cat/web/.content/enllacos/pdf/model_rehabilitacio_presons_catalanes.pdf

La intervenció social als CDIAP: una revisió contínua

Social intervention in Early Care and Childhood Development Centres (CDIAPs): an ongoing examination

Adela Rodríguez Civil¹

ORCID: 0000-0001-7590-474X

Jaume García Hernández²

ORCID:0000-0002-1498-6136

Gergana Dimitrova Aladzhova³

ORCID:0000-0003-0800-0542

Andrea V. Rodríguez Erazú⁴

ORCID: 0000-0002-7700-7193

Sunsi Segú Colomé⁵

ORCID: 0000-0003-0227-4497

Recepció: 10/06/21. Revisió: 21/07/21. Acceptació: 16/10/21

Per citar: Rodríguez Civil, A., García Hernández, J., Dimitrova Aladzhova, G., Rodríguez Erazú, A. V., i Segú Colomé, S. (2021). La intervenció social als CDIAP: una revisió contínua. *Revista de Treball Social*, 221, 139-152. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.08>

Resum

Hi ha un consens generalitzat en atenció precoç sobre la importància que tenen la família i l'entorn en el desenvolupament infantil i en el fet que promoure unes condicions ambientals o contextuals òptimes millora la qualitat de vida, així com el desenvolupament global dels infants.

La contínua evolució que es produeix en la societat i en l'entorn exigeix que l'atenció proporcionada als infants i a les seves famílies en els centres de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP) sigui adapta-

1 Graduada en Treball Social, treballadora social del CDIAP Martorell i coordinadora tècnica del CDIAP Fundació ASPANIDE. ro.adela.ci@gmail.com

2 Diplomada en Treball Social i doctor en Antropologia Social i Cultural, director de l'Àrea de Salut i Famílies de la Fundació Catalana Síndrome de Down i coordinador tècnic del CDIAP Fundació Catalana Síndrome de Down. jaumegarcia@yahoo.es

3 Graduada en Treball Social, treballadora social de la Fundació Catalana Síndrome de Down. gdimal19@gmail.com

4 Graduada en Treball Social, treballadora social del CDIAP Equip 40. arodriguez@equip40.cat

5 Diplomada en Treball Social, directora clínica de la Fundació Eulàlia Torras de Bea. ssegu@fetb.org

da a aquest canvi constant. Per aquest motiu, el present article revisa els documents i instruments que fins avui han servit de guia i orientació en l'atenció a les necessitats sociofamiliars que presenten les famílies en el marc de l'atenció precoç i, per altra banda, presenta el JADE, una proposta d'eina diagnòstica flexible i de fàcil adaptació a la liquiditat de les realitats actuals i un model de la seva implementació als CDIAP de Catalunya.

Paraules clau: Intervenció social, diagnòstic sociofamiliar, atenció precoç, JADE.

Abstract

There is a widespread consensus in early care about the importance of the family and the environment in childhood development and regarding the fact that promoting optimal environmental or contextual conditions improves the quality of life, and indeed the overall development of children.

The ongoing evolution that takes place in society and in the environment calls for the care provided to children and their families at Early Care and Childhood Development Centres (CDIAP) to be adapted to this constant change. For this reason, this article reviews the documents and instruments that have so far served as a guide and as guidance for the care that addresses the social and family needs exhibited by families in the context of early care. Moreover, it presents the *JADE*, a proposal for a flexible diagnostic tool that is easy to adapt to the unsteady nature of current realities and a model for the implementation of this tool in CDIAPs in Catalonia.

Keywords: Social intervention, social and family diagnosis, early care, *JADE*.

El treball social als CDIAP

L'atenció precoç es defineix com el conjunt d'intervencions orientades a la població infantil. Concretament, al *Libro Blanco de la Atención Temprana* s'especifica que:

S'entén per atenció precoç el conjunt d'intervencions, dirigides a la població infantil de 0-6 anys, a la família i a l'entorn, que tenen per objectiu donar resposta tan aviat com sigui possible a les necessitats transitòries o permanents que presenten els nens amb trastorns de desenvolupament o que tenen el risc de patir-ne (GAT, 2000, p. 13).

Per tant, s'entén que tots els serveis que atenen la primera infància (0-6) i les seves famílies estan desenvolupant la seva tasca dintre de l'atenció precoç, encara que es coneix que el centre específic de l'atenció precoç és el CDIAP.

El Decret 261/2003, que regula els CDIAP de Catalunya, apunta que la intervenció ha de ser des de l'equip interdisciplinari amb l'infant, la seva família i el seu entorn més proper i amb aquesta finalitat marca objectius de prevenció, detecció, diagnòstic, intervenció i tancament.

El Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç, de la Generalitat defineix al preàmbul l'atenció precoç com:

Un conjunt d'actuacions de caire preventiu, de detecció, diagnòstic i d'intervenció terapèutica, de caràcter interdisciplinari, que s'estén, en un sentit ampli, des del moment de la concepció fins que l'infant compleix els sis anys, abastant, per tant, l'etapa prenatal, perinatal, postnatal i petita infància.

Els equips interdisciplinaris dels CDIAP desenvolupen un procés d'atenció a les famílies que es basa en l'entrada al servei, diagnòstic, atenció terapèutica i la baixa del servei. Des del punt de vista del treball social, hi ha dos elements clau, la detecció i el diagnòstic. La detecció de famílies que es troben en una situació social desfavorable, que interfereix en el desenvolupament de l'infant, per la qual cosa necessiten una atenció des del punt de vista social tan aviat com sigui possible i el diagnòstic de la situació sociofamiliar per poder entendre quina és la realitat de la família, quins factors socials estan en situació de protecció, vulnerabilitat o risc i, en conseqüència, poder intervenir de la manera més adequada.

L'entrada al servei engloba la sol·licitud de la demanda i l'entrevista d'acollida i té com a finalitat poder determinar la idoneïtat de la demanda de la família per ser atesa al CDIAP.

Si la demanda és idònia, s'inicia el procés de valoració diagnòstica interdisciplinària, que finalitza amb una entrevista de devolució on s'explica a la família el diagnòstic inicial i el pla terapèutic proposat. Malgrat que aquest procés és inicial, si es detecten diferents aspectes en l'evolució

de l'infant que cal continuar explorant, es proposen noves valoracions de l'equip durant tota l'atenció de l'infant i la família al CDIAP.

Aquest aspecte és especialment important per al treball social, ja que alguns aspectes de la família es poden anar coneixent o poden anar canviant durant tot el procés d'atenció al CDIAP i sempre hi ha la possibilitat de valorar, revalorar i intervenir.

Les hipòtesis diagnòstiques o el diagnòstic quan el tenim ajuden a organitzar la intervenció amb l'infant i la seva família, en el cas que sigui necessària. La intervenció del professional del treball social depèn del diagnòstic sociofamiliar. Per tant, aquest pot plantejar un enfocament breu, un acompanyament assistencial, un treball de criança entesa com "l'actuació de suport i acompanyament a la cura que cal tenir del desenvolupament integral de l'infant" (Decret 261/2003, preàmbul) o una derivació a serveis de la xarxa per treballar aspectes concrets de la família.

Finalment, s'inicia el procés de baixa del CDIAP, que pot anar acompanyat d'una derivació a altres serveis de la xarxa.

Els antecedents de la valoració sociofamiliar

L'any 2004, la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de la Atención Temprana i GAT (2004) van presentar la primera edició de l'*Organización Diagnóstica para la Atención Temprana* (ODAT). Aquest document es crea en l'intent d'unificar els criteris de diagnòstic, dins del marc estatal, amb l'objectiu de poder conèixer, de manera més completa i unànime possible, el tipus de població atesa en atenció precoç. Posteriorment, l'any 2010, es crea el Programa Informàtic de Gestió del Coneixement dels CDIAP (EUCCAP) que utilitza com a base l'ODAT.

Quatre anys més tard, el 2014, el Grup de Treballadors Socials de CDIAP, format per professionals membres del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya (COTS) i de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç (ACAP), du a terme l'ampliació de l'àmbit social de l'ODAT i crea, així, l'*Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya* (García et al., 2014). Aquest document incideix en tres aspectes: d'una banda, s'amplien i ordenen els factors de risc psicosocial; d'un altre, es graduen i precisen els indicadors de risc social; i, finalment, es creen categories diagnòstiques que permeten conceptualitzar la vulnerabilitat social en la família i el seu entorn.

Revisió i anàlisi contínua del diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç

Pel que fa a l'àmbit social, la creació de l'*Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya* i la seva implementació en el programa informàtic EUCCAP van significar un canvi de paradigma per als CDIAP, ja que els factors de risc psicosocial havien estat

ampliats i ordenats, els seus indicadors graduats i precisats, i s'havien creat categories diagnòstiques que permetien conceptualitzar millor la vulnerabilitat social en la família i el seu entorn.

Tot i així, en l'*Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya* s'estableixen tres categories de família, segons si estan en situació de protecció, vulnerabilitat o risc. La primera d'aquestes categories, "Famílies en situació de protecció", opera una restricció en suposar que no requereixen cap mena d'intervenció des de l'àmbit social i una limitació en la inexistència d'una translació automàtica dels indicadors identificats a categories diagnòstiques proposades.

Entenent, però, que en la societat es generen canvis constants, tant en les famílies com en l'entorn, s'estableix el compromís de revisió contínua de l'*Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya*. A conseqüència d'això, Jaume García i Adela Rodríguez, com a membres del Grup de Treballadors Socials de CDIAP, van crear el JADE (García, 2020), un instrument de suport al diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç per als professionals del treball social que permet valorar el grau de risc social, establir una categoria diagnòstica familiar i fer una proposta d'intervenció, orientant al mateix temps l'àmbit d'actuació prioritari.

En els últims anys, l'estudi de la vulnerabilitat ha estat abordat des de múltiples vessants teòriques (Stallings, 1997; Cardona, 2004; Wisner et al., 2004), començant per les que emfatitzen el pes del component objectiu de les amenaces, fins a les que emfatitzen el pes de les construccions simbòliques, on les condicions materials se subordinen a la dimensió cultural i ideològica, passant per les que emfatitzen tant les amenaces físiques i els riscos objectius com les condicions socials que són subjacents a la desigualtat social, l'accés a recursos clau i la valoració que cada grup fa de les amenaces.

Per això, és important destacar que el JADE no fa una revisió en profunditat de la definició i mesurament de la vulnerabilitat social de les famílies. Parteix d'una definició de vulnerabilitat entesa com la potencialitat que una família sigui afectada per alguna circumstància adversa que pugui alterar l'exercici de les funcions parentals posant en risc el desenvolupament de l'infant. Definició, d'altra banda, que és el punt de partida de l'*Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya*.

La revisió diagnòstica que es planteja en aquest article dona especial importància a aquest instrument, atès que supera les limitacions de l'actual proposta diagnòstica de l'*Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya* i perquè es fonamenta en un procés participatiu en què han format part moltes professionals del treball social durant un llarg recorregut, des de l'any 2018 fins al 2021.

Durant l'elaboració del JADE, s'han fet dues proves pilot. La primera es va portar a terme l'any 2018 i hi van participar cinc professionals del treball social de cinc CDIAP diferents de la província de Barcelona. La segona es va fer l'any 2019 i hi van participar nou professionals del treball social de nou CDIAP també de la província de Barcelona.

Les professionals que van participar van ser seleccionades per la seva expertesa en l'àmbit de l'atenció precoç i rellevància del CDIAP en què desenvolupaven la seva tasca professional. Tanmateix, es va prioritzar la tècnica qualitativa del grup focal, ja que es va considerar més adient per a l'anàlisi qualitatiu de l'eina. D'aquesta manera, les professionals que van participar ho van fer utilitzant el JADE en la seva pràctica professional durant un període d'entre tres i sis mesos, van omplir un qüestionari de valoració de l'instrument i van participar en un grup focal sobre les limitacions de l'instrument i propostes de millora.

El qüestionari utilitzat en les dues proves pilot va ser el mateix i recollia l'opinió de cada professional sobre:

- La valoració general de l'instrument: si ho trobaven més útil que el que utilitzaven habitualment, si ho havien continuat utilitzant una vegada finalitzada la prova pilot, etc.
- La valoració dels factors, indicadors i exemples: si creien que faltava algun factor, indicador o exemple, si les definicions dels conceptes eren clares...
- La valoració de la ponderació dels indicadors: si consideraven operativa la ponderació proposada, si li donarien una puntuació diferent a algun indicador, etc.
- La valoració de les categories de família: si les definicions eren clares o si les categories eren excloents, per exemple.
- La valoració de les propostes d'intervenció: si les definicions dels conceptes eren clares, si trobaven pertinent la diferenciació entre atenció des del CDIAP o derivació a altres dispositius...
- Un apartat de suggeriments.

Quant als grups focals, es van fer sempre en contextos informals per aconseguir un ambient tan distès com fos possible, que facilités la participació de totes les persones que hi formaven part. Van tenir una durada total de cinc hores i les persones responsables de la prova van anar prenent nota dels comentaris més rellevants, seguint el mateix guió que per al qüestionari de valoració: valoració general de l'instrument, dels factors i indicadors, de la ponderació dels indicadors, de les categories de família i de les propostes d'intervenció.

En aquesta línia, el punt que va generar més discussió va ser el relacionat amb la proposta d'intervenció en funció de la categoria de família que, fruit del debat, va ser matisat per proposta d'intervenció recomanada. Per contra, els punts que van originar més consens van ser la bona valoració general de l'instrument i la seva ponderació dels indicadors.

Per altra banda, durant els mesos de setembre i octubre del 2019, es van dur a terme diferents sessions de treball en què es va analitzar la informació recopilada en les dues proves pilot del JADE i, com a conseqüència, es van introduir diferents propostes de millora de l'instrument, com ara: es van puntualitzar algunes definicions, es van ampliar els exemples i es van modificar algunes puntuacions dels indicadors.

Per acabar, al desembre de l'any 2019, l'ACAP i la Unió Catalana de Centres d'Atenció Precoç (UCCAP), en col·laboració amb la Universitat de Barcelona, van proposar la revisió i la renovació del sistema de diagnòstic biopsicosocial proposat en l'ODAT i van crear, així, una comissió interdisciplinària global de la qual deriven subcomissions específiques de cada disciplina que formen els equips d'atenció precoç: psicologia, fisioteràpia, neuropediatria, treball social, logopèdia i psicomotricitat.

Referent a l'àmbit social, es va crear la Comissió de Diagnòstic Social, formada per professionals experimentats en el treball social, alguns dels quals han format part d'anteriors iniciatives, que van aprofitar la tasca feta fins aquell moment per revisar-la, discutir-la i implementar algunes millores mitjançant sessions de discussió mensuals entre el desembre de l'any 2019 i el juliol del 2021.

Els resultats de la revisió diagnòstica

Per a l'elaboració de la revisió diagnòstica de l'àmbit social en atenció precoç, la comissió s'ha centrat en dos documents predecessors. D'una banda, s'ha basat en els indicadors i exemples ja existents en l'*Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya*, analitzant la seva presència en la societat actual, les conseqüències del seu ús i la seva pertinència en la pràctica professional. D'altra banda, s'han analitzat els factors i indicadors de valoració utilitzats en el JADE, així com els exemples i la ponderació proposats en aquest. Tots dos documents s'han comparat i s'ha adjudicat una especial importància a aquest últim, per la seva adaptació a la realitat actual amb la qual ens trobem, la visió global que ofereix pel que fa a la situació familiar i les orientacions de prioritat assistencial que proposa, alhora que és una eina flexible, de fàcil ús i actualitzada.

Després de la revisió de la documentació existent i l'anàlisi de la situació social i familiar, es presenta en aquest article la versió actualitzada del JADE, on s'estableixen deu factors socials: 1. Recursos interns dels progenitors; 2. Funcions parentals dels progenitors; 3. Dinàmica familiar del nucli familiar; 4. Necessitats educatives de l'infant; 5. Xarxa de suport del nucli familiar; 6. Estat de salut del nucli familiar; 7. Situació laboral dels progenitors; 8. Nivell econòmic del nucli familiar; 9. Habitabilitat de l'habitatge del nucli familiar; i 10. Aspectes legals del nucli familiar.

Cadascun d'aquests factors socials es divideix en tres dimensions: protecció, vulnerabilitat i risc social. Cada indicador té una puntuació associada: 0 els indicadors de protecció, 1 els indicadors de vulnerabilitat i 10 els indicadors de risc social. Així mateix, s'estableixen tres rangs de valoració segons els tres tipus de diagnòstic social:

- Família en situació de protecció (<1 punt), que correspon a una família organitzada, amb capacitats i recursos interns i externs però que, a causa de les dificultats del seu fill o filla, requereix

adaptacions, assessorament i activació de nous recursos per a la seva criança.

- Família en situació de vulnerabilitat social (d'1 a 9 punts), que correspon a una família organitzada en la qual les seves capacitats parentals disminueixen a causa d'unes característiques o condicions (transitòries o permanents) biològiques, psicològiques o socials, fet que comporta un risc important en la criança del seu fill o filla.
- Família en situació de risc social (> 9 punts), que correspon a una família en la qual els cuidadors presenten greus dificultats que els impedeixen tenir cura del seu fill o filla, fet que impedeix el seu desenvolupament de manera correcta.

Quant als factors sociofamiliars, es divideixen en dos tipus: d'una banda, els que estan vinculats a elements propis i subjectius de la família, als quals se'ls denomina interns i que es considera apropiat treballar-los des del propi CDIAP. D'altra banda, els que estan vinculats a elements socials, circumstancials o contextuals de la família, als quals se'ls denomina externs i que es considera pertinent derivar la família a serveis especialitzats de la xarxa.

Pel que fa a les categories diagnòstiques, es decideix continuar treballant amb la classificació en tres tipus: protecció, vulnerabilitat i risc, incidint en la idea de continu lineal entre la protecció i el risc, entenent la vulnerabilitat com un concepte intermedi que pot estar més pròxim a un extrem o altre.

El JADE: instrument per a la valoració sociofamiliar

El nom JADE ve de la pedra natural i les seves propietats i característiques. És un material que s'utilitza per fer eines, ja que és fàcilment modelable i resistent alhora. Així com la pedra natural, aquest instrument pretén convertir-se en una eina modelable segons el context social, amb l'objectiu de ser revisat i actualitzat. D'altra banda, la seva duresa o resistència aporta una estructura sòlida on desenvolupar el treball social en atenció precoç. Una de les seves característiques principals és que s'ha format a partir d'altres components: la jadeïta i la nefrita. Així mateix, el JADE integra en si mateix les veus d'altres professionals de l'atenció precoç.

Existeixen dues versions del JADE: una en format PDF pensada per a un ús analògic (impresa en paper per ser emplenada a mà, vegeu annex) i una altra en format de full de dades per a un ús digital (amb resultats automatitzats que es poden adjuntar a l'expedient digital de la família). Amb tot, l'objectiu últim és que el JADE pugui ser integrat, durant l'any 2022, al programa informàtic EUCCAP, que és l'eina informàtica per a la gestió del coneixement que fan servir la gran majoria de CDIAP de Catalunya.

El mode d'ús

El primer pas per a l'ús del JADE és l'exploració i la recollida de la informació necessària per a la valoració del cas a través d'entrevistes amb els referents parentals, de la lectura de documentació, d'interconsultes amb altres professionals de l'equip, de la coordinació amb altres professionals de serveis externs que intervenen en el cas (Educació, Sanitat i Serveis Socials), etc.

Com a conseqüència, el professional del treball social valora la informació recollida i, posteriorment, assenjala els indicadors i les puntuacions associades en el JADE. Per servir-se d'ajuda, a més de la definició, el professional pot consultar els exemples proposats per a cada indicador. No obstant això, cal destacar que aquests són orientatius, és a dir, no funcionen a manera d'ítems que determinen la categorització d'una situació sociofamiliar de manera directa.

És important tenir en compte que els indicadors per si sols no proporcionen prou informació per a l'anàlisi definitiva de la situació sociofamiliar, sinó que és necessari contextualitzar-la. I és central tenir en compte la globalitat ambiental i relacional en què viu la família, atès que poden existir esdeveniments que en una situació es defineixin com a indicadors de risc i en altres de protecció. D'altra banda, la presència d'indicadors de risc no determina que la situació sociofamiliar sigui de risc, ja que aquests poden ser atenuats per factors de protecció coexistents.

Una vegada valorats tots els factors, es procedeix a calcular la puntuació total que indicarà la categoria sociofamiliar: si aquesta és inferior a 1, es considera que la família es troba en situació de protecció; si la puntuació total oscil·la entre 1 i 9 punts, es categoritza com a família en situació de vulnerabilitat; i si la puntuació supera els 9 punts, es considera família en situació de risc social.

El JADE proposa una orientació a la intervenció per a cada categoria: intervenció puntual o breu, acompanyament social i, finalment, tractament social. Es remarca que cada professional o equip prendrà la decisió de com dur a terme la intervenció i la proposta assistencial dels casos.

Parafrasejant Escartín (1992), es considera la intervenció social com a promotora de canvi, per la qual cosa, des del treball social en atenció precoç, es prioritzen les actuacions relacionades amb els factors considerats com a interns: 1. Recursos interns dels progenitors; 2. Funcions parentals dels progenitors; 3. Dinàmica familiar del nucli familiar; 4. Necessitats educatives de l'infant; i 5. Xarxa de suport del nucli familiar.

Quant a la puntuació en els factors considerats com a externs, —6. Estat de salut del nucli familiar; 7. Situació laboral dels progenitors; 8. Nivell econòmic del nucli familiar; 9. Habitabilitat de l'habitatge del nucli familiar; i 10. Aspectes legals del nucli familiar—, es recomana l'orientació o derivació a altres serveis més adequats per a la satisfacció de les necessitats sociofamiliars.

El JADE està dissenyat per ser utilitzat en cada nucli de convivència del qual formi part l'infant. D'aquesta manera, en els casos de progenitors separats que tinguin compartida la custòdia dels infants, es recomana utilitzar un qüestionari per a cada nucli de convivència per valorar la situació sociofamiliar específica. No obstant això, per valorar la resta de situacions en què hi ha una separació i una custòdia exclusiva (amb règim de visites amb un dels progenitors), correspon als professionals del treball social avaluar la conveniència o no d'utilitzar l'instrument més d'una vegada.

Conclusions

Hi ha un consens general en atenció precoç que, juntament amb la normativa vigent, entén que la família (formada generalment pels progenitors) ha de jugar un paper clau en el procés assistencial al CDIAP: d'una banda, com a representants legals que tenen la pàtria potestat de l'infant han d'autoritzar el fet que aquests puguin rebre atenció per part del CDIAP. Per l'altra, com a garants de l'exercici de les funcions parentals, juguen un paper decisiu en el desenvolupament de l'infant fomentant (o no) l'establiment d'uns vincles d'aferrament segurs (generadors d'organització psíquica), mitjançant la seva capacitat reflexiva parental i el seu exercici de competències parentals positives.

El JADE, dissenyat com un instrument de suport al diagnòstic sociofamiliar en atenció precoç per als professionals del treball social, que permet valorar el grau de risc o vulnerabilitat social familiar, establir una categoria diagnòstica sociofamiliar, fer una proposta d'intervenció i orientar l'àmbit d'intervenció, pot jugar un paper important en els CDIAP.

El JADE suposa una millora en la sistematització de la pràctica professional unificant criteris en relació amb l'objecte d'intervenció. A més, és una eina que busca operar en dues fases del procés metodològic: en la fase diagnòstica i en la fase de tractament social a partir de la proposta de tipus d'intervenció.

Tot i això, és necessari continuar, en fases posteriors, treballant en el desenvolupament i operacionalització dels seus indicadors, entesos com les dades que ens mostren que existeix una afectació en l'infant, la seva família o entorn, que condiciona el desenvolupament de l'infant, ja que existeixen limitacions en el seu plantejament actual.

Encara que el JADE és una eina dissenyada específicament per als professionals del treball social, és molt important assenyalar que no comporta, de cap manera, que els indicadors que l'integren hagin de ser mesurats exclusivament per professionals d'aquesta disciplina. Al contrari, correspon a cada equip multidisciplinari de CDIAP decidir quins professionals, des de quines disciplines i amb quins instruments es mesuren aquests indicadors.

En tot cas, considerem que el JADE és una eina d'ús senzill i pràctica que pot facilitar la comunicació entre diferents disciplines. Per exemple, en reunions d'equip, espais de reflexió o coordinacions.

Entenent que la principal funció del treball social és la de promoure canvis, el JADE pot ser un bon esperó per a aquest fi, ja que assumeix com a punt de partida la importància (decisiva) de fer un diagnòstic social útil, que permeti una intervenció eficaç en cada cas (Hamilton, 1923). Això comporta prioritzar des del CDIAP només la intervenció relacionada amb les funcions parentals (cura, educació i socialització dels infants) i plantejar la derivació a Serveis Socials d'aquelles famílies en altres tipus de situacions de vulnerabilitat social.

Finalment, creiem que la construcció del diagnòstic social en atenció precoç està limitada per les representacions socials (Moscovici, 1961) del concepte *família social*, que determinen la manera de pensar les famílies en situació de vulnerabilitat social i condicionen el funcionament del CDIAP i, per tant, la pràctica professional del treball social. Aquest fet comporta fer diagnòstics socials sols d'aquelles famílies que entren dins dels paràmetres de les representacions socials de *família social* retroalimentant cada vegada més les imatges mentals (Lippmann, 1922) que els professionals de l'atenció precoç tenim sobre aquestes famílies.

L'ús del JADE comporta la introducció de pràctiques professionals noves en la disciplina del treball social que modificaran l'estructura de la representació social (Flament, 1987) de la família en situació de vulnerabilitat social. D'aquesta manera, la introducció de noves pràctiques activarà els esquemes que les prescriuen i reforçaran la seva ponderació en el camp representacional.

ANNEX

Plantilla de l'instrument

| EXPEDIENT NR: | | | |
|----------------------------------|---|---|----------------------------|
| INTEGRANTS NUCLI DE CONVIVÈNCIA: | | INDE | |
| DATA: | | | |
| FACTORS | | INDICADORS | |
| 1 | Recursos interns dels progenitors | 1.1 Progenitors amb recursos interns. | 0 |
| | | 1.2 Progenitors amb recursos interns alterats. | 1 |
| | | 1.3 Progenitors amb recursos interns molt alterats. | 10 |
| 2 | Funcions parentals dels progenitors | 2.1 Progenitors amb capacitats per portar a terme les funcions parentals. | 0 |
| | | 2.2 Progenitors amb dificultats per portar a terme les funcions parentals. | 1 |
| | | 2.3 Progenitors sense capacitats suficients per portar a terme les funcions parentals. | 10 |
| 3 | Dinàmica familiar del nucli familiar | 3.1 Progenitors amb capacitats per generar una adequada dinàmica familiar. | 0 |
| | | 3.2 Progenitors amb dificultats per generar una adequada dinàmica familiar. | 1 |
| | | 3.3 Progenitors sense capacitats suficients per generar una adequada dinàmica familiar. | 10 |
| 4 | Necessitats educatives de l'infant | 4.1 Infant amb cobertura adequada de les seves necessitats educatives. | 0 |
| | | 4.2 Infant amb cobertura inadequada de les seves necessitats educatives. | 1 |
| | | 4.3 Infant sense cobertura de les seves necessitats educatives. | 10 |
| 5 | Xarxa de suport del nucli familiar | 5.1 Nucli familiar amb suport de la xarxa. | 0 |
| | | 5.2 Nucli familiar amb suport insuficient de la xarxa. | 1 |
| | | 5.3 Nucli familiar sense suport de la xarxa. | 10 |
| 6 | Estat de salut del nucli familiar | 6.1 Nucli familiar en bon estat de salut. | 0 |
| | | 6.2 Nucli familiar amb problemes de salut. | 1 |
| | | 6.3 Nucli familiar amb greus problemes de salut. | 10 |
| 7 | Situació laboral dels progenitors | 7.1 Progenitors amb ocupació laboral. | 0 |
| | | 7.2 Progenitors amb ocupació laboral precària. | 1 |
| | | 7.3 Progenitors sense ocupació laboral. | 10 |
| 8 | Nivell econòmic del nucli familiar | 8.1 Nucli familiar sense dificultats econòmiques. | 0 |
| | | 8.2 Nucli familiar amb dificultats econòmiques. | 1 |
| | | 8.3 Nucli familiar amb precarietat econòmica. | 10 |
| 9 | Habitabilitat de l'habitatge del nucli familiar | 9.1 Nucli familiar que viu en un habitatge en bones condicions d'habitabilitat. | 0 |
| | | 9.2 Nucli familiar que viu en un habitatge amb problemes d'habitabilitat. | 1 |
| | | 9.3 Nucli familiar que viu en un habitatge amb greus problemes d'habitabilitat. | 10 |
| 10 | Aspectes legals del nucli familiar | 10.1 Nucli familiar en compliment dels aspectes legals que podrien afectar l'atenció adequada a l'infant. | 0 |
| | | 10.2 Nucli familiar amb aspectes legals oberts que afecten l'atenció adequada a l'infant. | 1 |
| | | 10.3 Nucli familiar amb aspectes legals oberts que afecten greument l'atenció adequada a l'infant. | 10 |
| PUNTUACIÓ TOTAL | | | <input type="text"/> |
| QUADRE DE PUNTUACIÓ | | | |
| PUNTUACIÓ TOTAL | DIAGNÒSTIC SOCIOFAMILIAR | | TIPUS D'INTERVENCIÓ |
| <1 punt | Família en situació de protecció | | Intervenció social breu |
| 1 - 9 punts | Família en situació de vulnerabilitat social | | Acompanyament social |
| >9 punts | Família en situació de risc social | | Tractament social |

PROGRAMA D'INTERVENCIÓ DES DEL CDIAP
AMBITOS D'ACTUACIÓ
ORIENTACIÓ O DERIVACIÓ A D'ALTRES SERVEIS

Referències bibliogràfiques

- Cardona, O. (2004). The need for rethinking the concepts of vulnerability and risk from a holistic perspective: a necessary review and criticism for effective risk management. Dins G. Bankoff (Ed.), *Mapping vulnerability. Disasters, development and people*, (37-52). Earthscan. Academia. Recuperat 1 maig 2021, de https://www.academia.edu/18707404/Mapping_Vulnerability_Disasters_Development_and_People
- Decret 261/2003, de 21 d'octubre, pel qual es regulen els serveis d'atenció precoç, DOGC núm. 4002 (2003).
- Escartín, M. (1992). *Manual de Trabajo Social: Modelos de práctica profesional*. Aguaclara.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana i GAT. (2004). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana: Manual de instrucciones*. Real Patronato sobre Discapacidad. GAT. Recuperat 1 maig 2021, de <http://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2019/05/odat.pdf>
- Flament, C. (1987). Pratiques et représentations sociales. Dins J. Beauvois, R. Joule i J. Monteil, *Perspectives cognitives et conduites sociales. Théories implicites et conflits cognitifs* (p. 143-150). Delval.
- García, J., González, M. D., Pola, M., i Rodríguez, A. (2014). Àmbit social de l'organització diagnòstica per a la xarxa de CDIAP de Catalunya. Unió Catalana de Centres d'Atenció Precoç. Recuperat 1 maig 2021, de https://www.uccap.cat/files/glossari_09-01-2015.pdf
- García, J., (2020). *La construcción del diagnóstico social en atención temprana. Profesionales, intervenciones y representaciones de la familia social*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Hamilton, G. (1923). *Progress in Social Case Work. Some changes in Social Case Work*. National Conference on Social Welfare. Official proceedings of annual meeting. Recuperat 1 octubre 2019, de <https://quod.lib.umich.edu/n/ncosw/ACH8650.1923.001/347?rgn=full+text;view=image>
- Lippmann, W. (1922). *La opinión pública*. Compañía General Fabril Editora.
- Moscovici, S. (1961). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul.

- Stallings, R. (1997). Sociological theories and disaster studies. Article preliminar 249 de la Distinguished Lecture on Disaster and Risk al Disaster Research Center, Departament de Sociologia i Justícia Criminal, Universitat de Delaware, Newark, 17 abril 1997. Recuperat 1 maig 2021, de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.844.6650&rep=rep1&type=pdf>
- Wisner, B., Blaikie, P., Cannon, T., i Davis, I. (2004). *At risk: natural hazards, people's vulnerability and disasters*. Routledge. Recuperat 1 maig 2021, de <http://www.geo.mtu.edu/volcanoes/06upgrade/Social-KateG/Attachments%20Used/AtRiskReview.pdf.pdf>

Ressenyes

Manuel Gandoy-Crego y Rubén González-Rodríguez (Coords.)

*Intervención social en dependencia:
cuestiones interdisciplinarias de interés*

Consejo General del Trabajo Social y Ediciones Paraninfo, 2018

Autor de la ressenya: Breogán Riobóo-Lois

Cristina Vidal-Martí

*La violencia laboral en las residencias de mayores.
¿Cómo gestionar la agresividad de la persona usuaria?*

Horsori Editorial, 2020

Autora de la ressenya: Eva Carulla Oller

Albert Mora Castro

*Conocer para transformar. Métodos y técnicas de investigación
en Trabajo Social*

Tirant lo Blanch, 2020

**Autora de la ressenya: Glòria Maria Caravantes López de
Lerma**

Josefa Fombuena (Coord.)

El trabajo social y su acción profesional

Nau Llibres, 2020

Autora de la ressenya: Rosa M. Carrasco Coria

Intervención social en dependencia: cuestiones interdisciplinarias de interés

Manuel Gandoy-Crego i Rubén González-Rodríguez (Coord.). Consejo General del Trabajo Social y Ediciones Paraninfo, 2018.

Breogán Riobóo-Lois¹

ORCID: 0000-0002-7293-1694

Per citar: Riobóo-Lois, B. (2021). [Ressenya del llibre *Intervención social en dependencia: cuestiones interdisciplinarias de interés*, de Manuel Gandoy-Crego i Rubén González-Rodríguez (Coord.)]. *Revista de Treball Social*, 220, 155-157. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.220.09>

Aquesta obra gira al voltant de les persones en situació de dependència a l'Estat espanyol, a partir de la creació del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD). Es tracta d'un llibre interdisciplinari, carregat de diversitat i pluralitat, coordinat per Manuel Gandoy-Crego, doctor en Psicologia, professor de la Universitat de Santiago de Compostel·la i coordinador del Grup de Recerca en Dependència, Gerontologia i Geriatria, juntament amb Rubén González-Rodríguez, treballador social i doctor per la Universitat de Santiago de Compostel·la, professor de la Universitat de Vigo i membre del Grup de Recerca GIES-10 d'aquesta mateixa universitat.

El llibre té cinc capítols, en els quals es presenten tota una sèrie de respostes i conductes a preguntes i interrogants que ens poden sorgir sovint en l'àmbit de les professions dedicades a la intervenció social. Molt especialment, s'hi aborden qüestions relacionades amb els professionals que treballen en l'àmbit de la dependència i la promoció de l'autonomia personal.

Rubén González-Rodríguez, Ana Isabel Lima Fernández, Carmen Verde-Diego i Ana María Rodríguez-González obren l'obra contextualitzant amb detall el SAAD. Reuneixen els diferents textos normatius i legislatius des dels inicis del segle XX, i altres elements que han acabat donant lloc a la creació d'aquest sistema a Espanya, que va veure la llum a través de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. D'aquesta manera, presenten una revisió històrica i analítica amb la qual posen l'èmfasi en les maneres de prestar l'atenció a les persones en situació de dependència per part de la Seguretat Social, dels Serveis Socials o del Sistema de Salut,

¹ Graduat en Treball Social. Becari de la Universitat de Vigo, Departament d'Anàlisi i Intervenció Psicosocioeducativa. arioboo@uvigo.es

abans de l'aparició del SAAD. A més a més, s'endinsen en les modificacions legislatives que aquest sistema ha anat patint arran de l'última crisi econòmica que va sacsejar el país l'any 2008. Recullen, per tant, els retards continus per al reconeixement del grau I, la més lleu de les situacions de dependència; els canvis en relació amb les quantitats marcades i les hores d'atenció cobertes segons el grau obtingut; o el gran impacte de les retallades perpetrades en les famílies amb persones en situació de dependència. A més, incorporen al seu treball l'estudi de l'important impacte de gènere, perquè "en la nostra societat, encara són les dones les que produeixen més benestar; no obstant això, són les més desfavorides amb les prestacions del sistema". El capítol acaba amb les seves consideracions quant al manteniment del sistema en l'actualitat, després de patir durant una mica més d'una dècada unes polítiques neoliberals que buscaven reduir la garantia dels drets socials recentment conquistats.

El segon capítol dona pas a la reflexió de Berta Miñones Cruz sobre l'"Avaluació de les necessitats biopsicosocials". L'autora incideix en la importància de fer una valoració i una planificació basades en la integralitat i la interdisciplinarietat. Justifica la seva proposta en la necessitat de dominar una sèrie de "coneixements, aptituds i habilitats que és molt difícil que un sol professional pugui conjuminar i desenvolupar". A més, enumera els avantatges de la interdisciplinarietat i ens mostra les diferents àrees de valoració que s'analitzarien en una persona que estigués en situació de dependència: la social, la física, la funcional i la mental.

El tercer capítol el firma Juan Bonome Rodal i es titula "El suport als cuidadors familiars". A partir d'identificar una sèrie de canvis en els procediments actuals d'atenció i de cures, en aquest capítol se'ns mostren els elements principals que hem de tenir en compte amb les famílies de les persones en situació de dependència institucionalitzades. L'autor esmenta una sèrie d'objectius com: la comunicació bidireccional continuada entre les professionals dels centres i les famílies, la formació i la informació respecte a la situació dels usuaris dels centres, i la formació necessària sobre autocura així com l'orientació cap als serveis de suport emocional. Igualment, a través del model explicatiu de Pearlin, ens presenta diferents problemes als quals s'ha d'enfrontar la família cuidadora. Finalment, el capítol conclou amb l'estructuració dels programes d'intervenció dirigits a les famílies cuidadores, formulant diferents nivells d'intervenció des dels mateixos centres, a saber: serveis d'informació i orientació, assessorament individualitzat interdisciplinari, grups psicoeducatius i grups d'autoajuda.

Al capítol quart, el penúltim, s'hi aborda "El dret civil de la persona dependent". L'autor, Xaime Requeixo Souto, introdueix el concepte de capacitat jurídica i d'obrar de les persones en situació de dependència, i s'endinsa a continuació en l'àmbit jurídic d'una forma àgil i subtil que el lector agrairà tractant-se com es tracta d'un tema amb una forta càrrega tecnicolegal. L'autor, conscient d'això, ens en facilita la comprensió presentant-nos exemples que trobem al llarg de la lectura. S'aborden temàtiques de gran interès per a la matèria com el patrimoni, els diferents tipus de responsabilitat (civil, penal, administrativa i disciplinària o professional),

la família i les successions, l'herència, i les legítimes tant a Galícia com a Espanya.

El cinquè capítol, que conclou l'obra, de Marián Pérez del Camp, ens acosta a la "Bioètica i cures al final de la vida". S'hi aborden elements crucials com els drets del pacient terminal, amb una gran presentació de tot el que està relacionat amb el consentiment informat i una aproximació magistral al testament vital, amb el qual assegurar-se "que la seva voluntat serà respectada tot i que ell mateix no pot manifestar-la". L'autora tanca el capítol analitzant el dret a una morta digna, que relaciona amb l'eutanàsia i les seves tres tipologies (passiva, indirecta i directa), la qual cosa vincula de manera expressa amb els principis bioètics de no-maleficència i justícia.

En resum, som davant d'una obra essencial que permetrà als futurs professionals del Treball Social i d'altres disciplines de la intervenció social amb persones en situació de dependència, adquiriran una sèrie de coneixements aplicables a la pràctica diària de la professió. A més, és altament recomanable perquè els professionals que ja estiguin exercint refermin els seus propis coneixements sobre les diferents temàtiques proposades. Intervención social en dependencia: cuestiones interdisciplinarias de interés és un llibre que brinda una sèrie d'aportacions que ajuden a comprendre el context actual del SAAD, a més d'aclarir diversos conceptes amb una lectura molt senzilla de seguir, a pesar que alguns s'endinsen en l'enrevessat món del llenguatge legal.

La violencia laboral en las residencias de mayores. ¿Cómo gestionar la agresividad de la persona usuaria?

Cristina Vidal-Martí. *Horsori Editorial*, 2020.

Eva Carulla Oller¹

Per citar: Carulla Oller, E. (2021). [Ressenya del llibre *La violencia laboral en las residencias de mayores. ¿Cómo gestionar la agresividad de la persona usuaria?*, de Cristina Vidal-Martí]. *Revista de Treball Social*, 221, 159-161. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.10>

El llibre que presento ha estat elaborat per Cristina Vidal-Martí, doctora en Psicologia, graduada en Educació Social i, des de fa uns anys, professora associada al departament de MIDE de la Facultat d'Educació de la Universitat de Barcelona. Aquest treball parteix de la seva tesi doctoral, en què analitza el fenomen de la violència exercida per part de les persones grans institucionalitzades cap als professionals.

L'autora, tal com apunta en la introducció, pretén visibilitzar un fenomen que està present en les organitzacions com és l'acció violenta cap als cuidadors professionals i, en concret, per part del col·lectiu de la gent gran institucionalitzada. L'objectiu és proporcionar coneixements que ajudin a entendre i comprendre per què es produeix aquest fenomen i dotar de competències personals i organitzacionals, tant als professionals com els equips directius, amb la finalitat de prevenir o gestionar la situació quan aquesta acció violenta s'ha produït.

L'exposició de l'autora se centra en el model interactiu de Chapell i Di Martino (2006). Aquests investigadors expliquen que la violència laboral és fruit de la interacció dels diferents factors de risc que poden ser tant de comportaments individuals, ja siguin de l'usuari com del professional, com també del context professional: l'entorn professional i les tasques que fa. D'acord amb aquest model i les investigacions dutes a cap, es detallen els factors de risc dels professionals de les residències de gent gran.

El llibre s'estructura en quatre capítols. En el primer, hi ha una aproximació a la conceptualització de la violència laboral a partir de la revisió bibliogràfica, especialment en el sector sanitari i de cura. L'autora presenta dades de la seva incidència, planteja les dues grans teories explicatives del fenomen, les diferents tipologies, les conseqüències que se'n deriven i els programes de prevenció implementats i avaluats.

1 Treballadora social. evacarulla@gmail.com

El segon capítol focalitza l'atenció en les característiques principals de la violència laboral en l'atenció a col·lectius d'especial vulnerabilitat. Aquest capítol, més aproximatiu a l'objecte d'estudi, permet saber i identificar els factors de risc de la violència laboral i, de manera especial, quan hi ha una relació professional entre qui exerceix l'acció violenta i qui la rep.

El tema principal del llibre es tracta en el tercer capítol. Aprofundeix en la violència laboral de tipus II en les residències de gent gran; és a dir, quan és la persona gran resident o el seu familiar qui exerceix l'acció violenta cap al professional. Aquest estudi se centra únicament en el paper de l'usuari, tot i que l'autora exposa que hi ha investigacions que evidencien que la família també pot ser un agent de l'acció violenta cap als professionals.

En aquest capítol es fa una anàlisi de la situació, exposant d'altres investigacions sobre la incidència del fenomen a partir de recerques fetes a escala internacional, i, partint del model interactiu de Chappell i Di Martino (2006), s'analitzen els factors de risc tant de comportaments individuals com de context. Aquesta reflexió acurada dels factors de risc possibilita entendre per què aquest fenomen es produeix i les repercussions i conseqüències que se'n deriven tant en el professional com en l'organització.

Un dels factors de risc que s'analitza en el llibre és la salut mental; en concret els trastorns neurocognitius majors. A diferència del que es podria esperar, les investigacions no són concloents i, per tant, no es pot establir que la salut mental de l'usuari sigui un factor de risc. Tanmateix, sí que s'utilitza aquest element com a eina justificativa per explicar per què les persones grans porten a terme accions violentes.

El més rellevant, al meu entendre, és el quart capítol. En aquest s'exposen mesures individuals i organitzacionals per dotar tant els professionals com els centres residencials d'estratègies per tractar aquesta qüestió des de la naturalitat, acompanyant els professionals quan les accions violentes s'han produït i establint mesures de prevenció i de protecció per gestionar i tractar el fenomen. Amb aquesta finalitat, l'autora apunta com a propostes individuals: la revisió dels propis prejudicis sobre la gent gran, els coneixements de la psicologia evolutiva de la vellesa i els trastorns neurocognitius, les habilitats comunicatives i de relació, i l'establiment de mesures de protecció com els límits, l'autocura i la formació. A escala organitzacional, l'autora proposa implementar mesures organitzatives com ara un protocol d'agressió per part de l'usuari, espais de supervisió professional, plans de formació i altres estratègies de promoció de la seguretat en l'entorn laboral.

Aquest llibre visibilitza una realitat que es produeix als centres residencials i que els professionals poden viure. Aporta eines que faciliten i ajuden els professionals i les organitzacions a parlar-ne. El fet de visibilitzar un problema és un primer pas per cercar futures estratègies de millora de la salut dels professionals i de les organitzacions. Parlar-ne també permet consensuar i millorar l'acompanyament a les persones grans institucionalitzades, des d'una perspectiva més global, humanitzadora i de respecte.

Referències bibliogràfiques

Chappell, D., i Di Martino, V. (2006). *Violence at work* (3rd ed.).
International Labour Office.

Conocer para transformar. Métodos y técnicas de investigación en Trabajo Social

Albert Mora Castro. Tirant lo Blanch, 2020.

Glòria Maria Caravantes López de Lerma¹

ORCID: 0000-0003-2656-7032

Per citar: Caravantes López de Lerma, G. M. (2021). [Ressenya del llibre *Conocer para transformar. Métodos y técnicas de investigación en Trabajo Social*, d'Albert Mora Castro]. *Revista de Treball Social*, 221, 163-165. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.11>

El treball social, així com altres disciplines pròpies de les ciències socials, necessiten una anàlisi rigorosa emparada en el mètode científic per comprendre la realitat social i els fenòmens objecte d'estudi per poder transformar la realitat. L'obra del professor de la Universitat de València, Albert Mora Castro, ens convida a aprofundir com a professionals en els mètodes i tècniques d'investigació social. Al llarg de les pàgines, presenta un ampli relat teòric amb exemples derivats de la praxi professional de l'autor, oferint un ampli ventall de possibilitats que la investigació ens brinda per obtenir respostes a les preguntes derivades de l'exercici professional.

El manual està estructurat en el pròleg, a càrrec de la professora Maria Eugenia González Sanjuán, seguit de la part introductòria i el contingut teòric organitzat en tres blocs temàtics, que es subdivideixen en deu capítols. Cada capítol es nodreix tant de l'experiència professional com personal de l'autor, acostant les persones lectores al món de la investigació amb un relat àgil i senzill.

D'una banda, el primer bloc temàtic presenta un breu recorregut del camp de la investigació en treball social, reivindicant la connexió entre investigació i professió i comparant-ne la rellevància amb les arrels de l'exercici professional en els diferents àmbits d'actuació. Seguidament, s'introdueix la lògica en el procés d'investigació social, de forma que les persones lectores puguin tindre un full de ruta sobre com desenvolupar una recerca de manera empírica i objectiva, plantejant els diferents tipus de dissenys i com abordar-los a través d'estratègies participatives i biogràfiques, així com l'exposició dels diferents tipus d'investigació social. El primer bloc finalitza amb els estudis desenvolupats a partir de fonts documentals i estadístiques, destacant els tipus de fonts secundàries existents i contex-

¹ Investigadora en formació (FPU18/02737) a l'Institut Interuniversitari de Desenvolupament Local (IIDL) de la Universitat de València. Gloria.Caravantes@uv.es

tualitzant-les en relació amb les revistes espanyoles per documentar-se en temàtiques vinculades al treball social, entre d'altres fonts.

D'altra banda, l'autor prossegueix amb el segon bloc temàtic relatiu al mètode quantitatiu, i al capítol quart enceta una àmplia exposició sobre com dur a terme el mesurament en el camp de les ciències socials. El capítol s'inicia amb l'exposició de com desenvolupar el procés d'operacionalització especialment diferenciant entre conceptes, dimensions, indicadors i índexs; aspectes essencials a l'hora d'emprendre i desenvolupar una investigació. A més a més, al llarg d'aquest capítol es destaca l'exposició dels diferents tipus de variables segons l'escala de mesura, el grau d'abstracció, la funció de les variables en la investigació i la funció del nivell de mesura, les escales de mesura de les actituds, com ara l'escala de Likert o l'escala de distàncies socials de Bogardus, entre d'altres. A continuació, el capítol cinquè gira al voltant de la tècnica quantitativa de l'enquesta, les seues modalitats i el seu disseny, assenyalant-ne igualment les utilitats i l'explicitació de les seues fases. Al capítol sisè s'exposa una àmplia descripció sobre els elements centrals del mostreig (població, mostra i marc mostral) i el seus diferents tipus (mostreig aleatori simple, sistemàtic, estratificat, per conglomerats, mostreig d'àrees i rutes aleatòries, el mostreig per quotes i altres mostrejors no probabilístics). Aquest segon bloc acaba introduint breument l'anàlisi estadístic i subratllant tres elements centrals, a saber: la preparació de les dades, la seua codificació i elaboració de la matriu de dades, l'anàlisi univariable i l'anàlisi bivivariable.

Per concloure, el tercer bloc està referit a les tècniques qualitatives de l'observació, l'entrevista en profunditat i el grup de discussió, que recullen els tres darrers capítols del llibre. Pel que fa a les tres tècniques, totes són definides des del punt de vista teòric, identificant-ne els avantatges i desavantatges en el procés d'investigació social, els tipus i les utilitats que tenen. Especialment significatiu resulta l'esment al procés d'anàlisi de la informació extreta d'aquestes tècniques, particularment en el cas de l'observació i l'entrevista en profunditat. En el darrer cas, l'anàlisi de la informació obtinguda a partir de l'entrevista és relatada com un recorregut des de la seua transcripció, la codificació del conjunt de la informació segons les categories i subcategories d'anàlisi a partir de les nostres preguntes d'investigació i objectius d'investigació, així com la descripció de l'anàlisi final en funció del recorregut dut a terme.

Aquest manual, lluny d'estar dirigit exclusivament al món de l'acadèmia, és una reivindicació per a l'aplicació dels mètodes i tècniques d'investigació social en l'exercici professional del treball social, advocant pel mateix títol del llibre, *Conèixer per transformar*. D'acord amb la descripció de María Eugenia González Sanjuán al pròleg: "només així, recolzat en el coneixement científic, serà possible caminar cap a una societat que incloga totes les persones, com prega el títol d'aquest manual: conèixer per transformar". Escrit des del món de les ciències socials, l'obra ofereix unes nocions bàsiques per endinsar-se en el món de possibilitats d'abordar investigacions socials des del treball social amb rigor, meticulositat i precisió. La conjunció entre teoria i exemples pràctics faciliten i agi-

litzen la comprensió dels mètodes i tècniques d'investigació tant per a les actuals generacions de treballadors i treballadores socials com per a les futures generacions amb l'objectiu d'assolir els reptes presents i futurs de la professió.

El Trabajo Social y su acción profesional

Josefa Fombuena (Coord.). Nau Llibres, 2020.

Rosa M. Carrasco Coria¹

ORCID: 0000-0002-5424-6829

Per citar: Carrasco Coria, R. M. (2021). [Ressenya del llibre *El Trabajo Social y su acción profesional*, de Josefa Fombuena (Coord.)]. *Revista de Treball Social*, 221, 167-170. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.12>

Valgui iniciar aquesta ressenya expressant el meu reconeixement a les autores d'aquest llibre. Algunes formen part del Consell Assessor de l'RTS, alguna altra és companya de pràctica professional i totes, sense excepció, han estat i continuen sent referents tant en la meua reflexió com en la meua acció professional. Aquesta sentida proximitat m'ha fet gaudir especialment amb la lectura del llibre, però estic segura que, fins i tot en el supòsit improbable de no tenir referències prèvies de les autores, qualsevol professional del treball social trobarà summament estimulants la seva lectura i se sentirà interpel·lada.

Josefa Fombuena, coordinadora del llibre, és professora contractada i doctora al Departament de Treball Social i Serveis Socials, i investigadora de l'Institut Interuniversitari de Desenvolupament Local de la Universitat de València. Ha rebut diversos premis de recerca, entre ells el Premi Dolors Arteman del 2006, que convoca el Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. També és autora d'una extensa bibliografia en la qual s'evidencia el seu interès pels mètodes en la intervenció social i la identitat del treball social.

Com en el seu darrer llibre (Fombuena, 2012), en *El Trabajo Social y su acción profesional* l'autora ens ofereix elements per a la pràctica i l'anàlisi del treball social, per a l'acció i per a la reflexió, sense perdre de vista les persones destinatàries del nostre saber (i saber fer) i la societat en la qual, tots i totes, interactuem.

Pedro Celiméndiz, encarregat de prologar el llibre, el resumeix amb encert:

...hi trobareu referències concretes als grans dilemes de la professió i a les dificultats quotidianes que trobem quan l'exercim, en una dansa

1 Directora de l'RTS. Treballadora social en atenció primària de salut. Llicenciada en Dret. Membre del Comitè d'Ètica Assistencial en Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut.

constant entre pràctica i teoria que converteix l'amable lectura del llibre en un deliciós ball (p.20).

Sent conscient de l'arbitrarietat que implica, en els següents paràgrafs destaco les idees que considero més rellevants de cadascun dels capítols i amb les quals, des de la pràctica i la ideologia, em sento alineada.

El primer capítol, a càrrec d'Emma Sobremonde, aporta les claus que expliquen les dificultats del treball social per ser reconegut com a ciència: indefinició de l'objecte d'intervenció, eclecticisme en els models, dificultats en el registre de les intervencions, en les avaluacions i fracàs de la pràctica basada en l'evidència. Aquesta anàlisi és encara més preocupant quan identifiquem que aquestes són les mateixes dificultats que ens dilueixen com a professió.

Josefa Fombuena, al segon capítol, parla de diners, qüestió omnipresent en l'activitat professional del treball social, i ho fa sense embuts, trencant el tabú. Els diners de les persones usuàries, però també el de les professionals. No fa una aproximació abstracta al problema econòmic, a les polítiques socials o al problema de la pobresa, al contrari, baixa a l'esfera terrenal: el que tinc, el que dec, el que vull tenir, el que puc tenir. Proposa la necessitat d'incorporar formació específica de treball social en gestió econòmica. Com es pot acompanyar adequadament persones amb escassos recursos si no es té la necessària formació?

També és Fombuena qui presenta l'evolució en l'exercici del treball social. Parteix del context prometedor de finals dels anys 70 i inicis dels 80, quan es van implementar els serveis socials i la desaparició de les desigualtats semblava possible. En aquell moment, les treballadores socials van apostar pels serveis socials com el principal camp d'intervenció professional, però aviat es va evidenciar que la burocràcia i la gestió anorrearren l'essència de la professió, la seva acció comunitària i la seva dimensió preventiva. Amb la reivindicació del coneixement disciplinari i científic, als anys 90, s'identifica un repunt esperançador per a la professió, però, lamentablement, encara avui són escassos els estudis que recullen els resultats de la pràctica professional. De la mateixa manera, continua sent crítica la situació del sistema públic de serveis socials.

Mirant al futur, l'autora apunta alguns elements clau per al desenvolupament de la disciplina: internacionalització, atenció a les emergències, als processos de mort, canvi climàtic, neurociències, *big data*, nous sistemes d'informació i exercici lliure com a nou àmbit de desenvolupament professional.

En els capítols quart i cinquè, Roser Talamantes ens aproxima a la intervenció professional pròpiament dita. En el primer es repassa el context de la pràctica professional: la realitat en la qual s'intervé i el lloc que ocupa la professional, tots dos sustentats per la dimensió científica i els fonaments ètics del treball social.

El següent capítol, "Diagnòstic, intervenció i avaluació", ens retroba amb l'essència i el diferencial de la pràctica professional. Es desgranen amb senzillesa idees bàsiques i principis innegociables del treball social.

Amb la lectura d'aquest capítol és inevitable revisar la pròpia pràctica i fins i tot comprendre per què algunes professionals exerceixen desorientades o desmotivades. Talamante també aprofundeix en el diagnòstic diferencial de treball social i en el risc de categoritzar oblidant que cada persona, amb les seves circumstàncies, és única.

La influència de les organitzacions i institucions en les quals es desenvolupa la pràctica del treball social és el tema que presenta Pepita Rodríguez. Reflexiona sobre el lloc que ocupen en les organitzacions les persones ateses i sobre el lloc que ocupen (i el que haurien d'ocupar) les treballadores socials. Les contradiccions entre els valors de la disciplina i els valors de les institucions, l'atenció oferta i la que s'hauria d'oferir, els interessos de gestió i els interessos d'atenció, situen les treballadores socials davant dilemes profunds.

La dimensió de gènere no es pot obviar en una professió eminentment desenvolupada per dones que, majoritàriament, destina la seva acció social a dones. Amalia Morales i Belén Agrela dirigeixen primer la nostra atenció a l'Acadèmia, on la jerarquia de sabers continua deixant a la cuneta la recerca sobre temes no rellevants per al mercat, temes que coincideixen amb aquells en els quals es desenvolupa la pràctica del treball social (pobresa, família, desigualtats, cures, violència de gènere, etc.).

També s'ocupen de la mirada de gènere en l'acció professional insistint que les treballadores socials hem d'adquirir les competències necessàries per incorporar l'anàlisi de gènere a la nostra pràctica i així afinar el diagnòstic, la intervenció i l'avaluació, evitant, a més, reproduir relacions de poder, estereotips i prejudicis.

Les autores comparteixen en aquest capítol el seu compromís i reivindicacions com a treballadores socials feministes, són reivindicacions de justícia social.

A continuació, María José Aguilar planteja la relació del treball social amb la comunitat. Entre altres idees, sosté que la classificació excloent dels mètodes d'intervenció (individual, grupal i comunitari) forma part d'una lògica restrictiva que dificulta generar alternatives alliberadores. Utilitza el concepte de "gàbia epistemològica" per explicar un treball social que redueix la comunitat a simple objecte negant la seva pròpia identitat i capacitat de transformació. També posa en evidència que les actuals polítiques d'austeritat carreguen sobre la comunitat la supervivència de les persones més fràgils, ometent obligacions pròpies de l'Administració. En la mateixa línia, el treball social, desconnectat d'actituds reivindicatives, corre el risc de perpetuar dinàmiques injustes i de control social.

En el novè capítol, la mateixa autora al·ludeix al mandat transformatiu implícit en el treball social. Ens situa davant del mirall retornant-nos una imatge que ens confronta amb veritats incòmodes. Des de la contradicció entre el discurs emancipador i la pràctica de control que el mateix treball social desenvolupa, es proposen elements per a una acció crítica i transformadora. Destaca la importància del pensament reflexiu i d'identificar models implícits dominants que, tendenciosament, simplifiquen la realitat i legitimen pràctiques opressives. L'autora també alerta de: cate-

goritzacions imposades, explicacions causals reduccionistes, actuacions paternalistes i accions que perpetuen relacions de dominació-opressió.

El llibre acaba amb un capítol d'Alfonso García dedicat al treball social amb persones en situació d'exclusió social. Presenta l'exclusió com un procés dinàmic, complex, expansiu i que, en les seves formes més severes, no es redueix encara que millori l'economia global. Planteja els límits de la intervenció social davant d'aquestes situacions, la frustració professional i el fracàs del model construït a partir del binomi necessitats-recursos. Finalment, recomana l'escriptura, el relat, com a manera d'humanitzar les intervencions i generar respostes innovadores. El mateix autor ens ofereix exemples preciosos.

El Trabajo Social y su acción profesional és una obra valenta, d'actualitat, que aborda temes incòmodes. No és un manual especialment recomanable per a estudiants i professionals novelles, és un llibre indispensable per a treballadores socials amb experiència, necessari per acompanyar la reflexió de la nostra acció professional.

Referències bibliogràfiques

Fombuena, J. (2012). *El Trabajo Social y sus instrumentos: Elementos para una interpretación a piacere*. Nau Llibres.

Normes per a la presentació d'articles a l'RTS

La *Revista de Treball Social*, editada pel Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, és una revista especialitzada que es publica des de l'any 1960 amb periodicitat quadrimestral. Els objectius de la publicació són:

- Difondre les experiències professionals i el coneixement científic generat a partir de la pràctica i la investigació en treball social.
- Contribuir al desenvolupament professional dels treballadors i les treballadores socials aportant eines metodològiques, experiències, investigacions, anàlisis i reflexions que permetin vincular pràctica i teoria.
- Promoure l'anàlisi crítica de la realitat social i les polítiques socials.

L'RTS es dirigeix, especialment, als treballadors i les treballadores socials de l'àmbit professional i acadèmic, també a estudiants universitaris i a qualsevol professional vinculat a l'entorn del treball social.

L'RTS està oberta a tots els treballadors i les treballadores socials que desitgin presentar articles originals sobre investigacions empíriques, treballs teòrics o revisions bibliogràfiques, descripcions d'experiències professionals, assajos i anàlisis crítiques, sempre en relació amb el treball social, les polítiques socials i els serveis de benestar social.

Els treballs presentats han de ser originals i no poden haver estat publicats, totalment ni parcialment, en cap altre mitjà o publicació. Han d'estar signats almenys per un/a treballador/a social.

L'RTS demana la cessió dels drets d'autoria, així com la no existència de conflicte d'interessos.

El contingut dels articles és responsabilitat exclusiva de qui firma l'autoria i si hi ha evidències de plagi es posaran en marxa les accions previstes per informar els autors i les autores, retirar el document no original de la pàgina web i informar els lectors i les lectores de la situació.

Les autores i els autors de treballs d'investigació declararan en el text de l'article que en el procés d'investigació s'han respectat els principis ètics que corresponen al tipus d'estudi que presenten (autoritzacions que corresponguin, consentiment informat dels i les

participants, dissociació de les dades d'identificació, cita adequada de les autories, etc.).

PROCÉS DE SELECCIÓ D'ARTICLES

L'equip de redacció farà una selecció prèvia dels articles presentats i, posteriorment, seran valorats seguint el procediment anònim de revisió per parells a doble cec (l'equip de revisió no coneix l'autoria dels articles i els autors i les autores no coneixen la identitat de qui valora el seu treball). Per tal que aquest mètode de revisió d'articles sigui factible, els articles es presentaran en versió anonimitzada, és a dir, una versió en la qual no es pugui identificar l'autoria.

Les persones que signen acceptaran sotmetre el treball a la revisió i a possibles canvis en contingut i estil segons les recomanacions de l'equip de revisió.

SECCIONS I EXTENSIÓ DELS ARTICLES PRESENTATS

A fons:

Articles que ofereixen un desenvolupament d'un tema d'interès per als i les professionals del treball social. Extensió entre 6.000 i 8.000 paraules.

Poden ser:

- Articles d'investigació empírica: que s'estructuraran, almenys, en els següents apartats: introducció, metodologia, resultats, discussió o conclusions i només les referències bibliogràfiques citades en el text.
- Articles teòrics: la redacció dels quals no estarà subjecta a una estructura concreta, però que, en qualsevol cas, comprendran una introducció, fonts documentals suficients, crítica fonamentada i conclusions pertinents.

Compartint la pràctica professional:

Articles en què es presentin bones pràctiques i sistematització d'experiències d'interès en treball social, serveis socials o altres sistemes vinculats al desenvolupament dels drets socials. Extensió entre 4.000 i 6.000 paraules.

Els articles incorporaran una introducció, el cos del text d'estructura lliure que inclourà, en tot cas, la contextualització teòrica, normativa (si procedeix) i metodològica de la intervenció presentada, unes conclusions i només les referències bibliogràfiques de les cites mencionades en el text.

Ressenyes:

Presentació i comentaris de llibres i tesis doctorals. Extensió màxima: 1.200 paraules.

En tots els casos l'extensió màxima inclou les referències bibliogràfiques.

Els articles que superin la quantitat de paraules indicada es retornaran als autors i les autores perquè en redueixin l'extensió.

Els articles s'han de presentar en format electrònic, en document de text editable (.docx o .RTF), lletra Arial cos 12; interlineat 1,5; marges 3 cm. Les cites literals es transcriuran en Arial 11, interlineat 1,5 i marges 4 cm.

IDIOMES

Els articles es poden presentar en català o castellà indistintament. En la versió en línia, cada número de l'RTS es publicarà en català i en castellà; a més es publicarà com a mínim un article, seleccionat per l'equip de redacció, traduït a l'anglès. La versió en paper recollirà tots els articles en l'idioma original. Els títols, resums i paraules clau de tots els articles es publicaran també en anglès.

SISTEMA D'ENVIAMENT D'ARTICLES

De manera prèvia a la presentació de qualsevol article, la persona que signi com a autora principal haurà de registrar-se (si no ho ha fet anteriorment) com a usuària de la pàgina web (www.revistarts.com). Els articles es carregaran a la plataforma seguint les indicacions detallades a l'apartat "Enviaments" de la pàgina web.

En tots els casos, l'article haurà de presentar: títol i subtítol, en cas que n'inclogui (40 paraules màxim); resum (250 paraules màxim) en català o castellà i en anglès; les paraules clau (5 com a màxim) en català o castellà i en anglès, i el text principal, que respondrà a les normes de la secció a la qual es presenta.

El text principal s'enviarà com a arxiu adjunt de manera anonimitzada, suprimint qualsevol element que permeti directament o indirectament la identificació de l'autor o autora. Un cop s'hagi realitzat la valoració, en el moment en què es comuniqui l'acceptació per a la publicació de l'article, es demanarà l'enviament de la versió definitiva identificant l'autoria.

FIGURES I TAULES

Taules: Es presentaran en el lloc del text que correspongui numerades segons l'ordre d'aparició. S'utilitzaran únicament per clarificar aspectes rellevants. Els títols o peus que acompanyin les taules han d'explicar el contingut i la font. Es presentaran sense colors, amb el format predefinit, línies senzilles i text en Arial.

Figures: es consideren figures les fotografies, els gràfics o les il·lustracions. Es presentaran en el lloc del text que correspongui numerades segons l'ordre d'aparició, s'identificaran amb el terme "Figura X". S'han de dissenyar amb un bon contrast, de manera que no perdin qualitat amb la reducció. En l'edició en paper seran publicades en blanc i negre. Les figures han de tenir la finalitat de clarificar de forma important el text i el seu nombre serà el mínim necessari.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

S'han de col·locar al final del text, seguint l'ordre alfabètic i d'acord amb les normes APA (7a edició, 2020). Només s'han de referenciar les citades en el text.

Llibre en paper: Cognoms, Inicial del nom. (Any). *Títol: Subtítol.* (# ed.). Editorial. En els casos d'autoria múltiple, s'han d'incloure tots els autors i les autores. Els seus noms i cognoms se separen amb comes i davant de l'últim/a autor/a s'hi posa "i".

Foucault, M. (1992). *Microfísica del poder.* (3a ed.). La Piqueta.
Moreno, M. D., Peris, F., i González, T. (2000). *Gestión de la calidad y diseño de organizaciones.* Ed. Prentice Hall.

Autor corporatiu: Nom de la institució o organisme (Any). *Títol: Subtítol.* (# ed.). Editorial.

Observatori del Treball i Model Productiu (2017). *La situació de desigualtat salarial a Catalunya entre homes i dones.* Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Generalitat de Catalunya.

Capítol de llibre: Cognoms, Inicial del nom de l'autor/a del capítol. (Any). Títol de capítol: Subtítol. Dins Nom i Cognom de l'editor/a (Ed.), *Títol del llibre* (# ed., p. xx-xx). Editorial.

García, E., i Báñez, T. (2016). Tejiendo identidades profesionales. Un proceso creativo y transformador. Dins G. Londoño i J. L. Rodríguez (Comps.), *Relatos Digitales en Educación Formal y Social* (p. 295-300). Universitat de Barcelona.

Llibre electrònic amb DOI: Cognoms, Inicial del nom. (Any). *Títol*.
Editor/lloc web. URL del DOI.

Londoño, G., i Rodríguez, J. L. (Comps.) (2017). *Relatos Digitales en Educación Formal y Social*. Universitat de Barcelona.
<https://doi.org/10.1344/105.000003160>

Llibre electrònic amb URL: Cognoms, Inicial del nom. (Any). *Títol*.
Editor/lloc web. Adreça URL.

Londoño, G., i Rodríguez, J. L. (Comps.) (2017). *Relatos Digitales en Educación Formal y Social*. Universitat de Barcelona. <http://www.greav.net/descargas/Actas2016.pdf>

Article de revista en format físic: Cognoms, Inicial del nom. (Any).
Títol de l'article. Subtítol de l'article. *Títol de la revista*. *Subtítol*,
volum(número), p.-p.

Carabaza, J. I. (2013). Apropiación de las TIC: apuntes para su operacionalización. *Revista Prisma Social*, 9, 352-390.

Article de revista amb DOI: Cognoms, Inicial del nom. (Any).
Títol de l'article. Subtítol de l'article. *Títol de la revista*. *Subtítol*,
volum(número), p.-p. URL del DOI.

Hernández-Echegaray, A. (2019). Reflexiones acerca de las oportunidades y dificultades de la fundamentación teórica y metodológica en el Trabajo Social. *Revista de Treball Social*, 215, 13-31. <https://doi.org/10.32061/RTS2019.215.01>

Article de revista en línia: Cognoms, Inicial del nom. (Any).
Títol de l'article. Subtítol de l'article. *Títol de la revista*. *Subtítol*,
volum(número), p.-p. Editor/lloc web. Adreça URL.

Deslauriers, J. P., i Pérez, J. V. (2004). El reto del conocimiento en la práctica del Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 195-210. Universidad Complutense de Madrid. <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0404110195A>

Pàgina web: Autor/a personal o corporatiu. (Any última actualització).
Títol de la pàgina. Editor/lloc web. Adreça URL.

Fundación Dialnet. Universidad de la Rioja (2018). *Dialnet*.
Recuperat de <http://dialnet.unirioja.es>

Simposis i conferències: Cognoms, Inicial del nom. (Any). Títol de la ponència. Dins Inicial del nom. Cognoms. (Editor literari), *Títol del simposi o congrés* (p. xx-xx). Editorial.

Fernández, J. (2006). Trabajo Social con Familias y Mediación. Dins C. Escobar, T. Andrés i G. Sánchez (Coord.), *V Congreso Estatal de Estudiantes de Trabajo Social* (p. 17-30). Universidad de Salamanca.

Tesis: Cognoms, Inicial del nom. (Any). *Títol de la tesi* (Tesi de grau, màster o doctorat inèdita). Nom de la universitat.

Parra, B. (2017). *El trabajo social de grupo en la actualidad* (Tesi doctoral). Universitat de Barcelona.

Tesis en línia: Cognoms, Inicial del nom. (Any). *Títol de la tesi* (Tesi de grau, màster o doctorat, Nom de la universitat). Adreça URL.

Cardona, J. (2012). *Definición del contexto de intervención en el trabajo social de casos* (Tesi doctoral, Universitat de les Illes Balears). <http://hdl.handle.net/10803/108691>

Vídeos: Cognoms, Inicial del nom. (Any, mes, dia). *Títol del vídeo*. Lloc web. Adreça URL

Centeno, A., i Morena, R. de la (2015). *Yes, We Fuck!* Vimeo. <https://vimeo.com/123177395>

Pel·lícula: Cognoms, Inicial del nom del productor/a. (Productor/a), i Cognoms, Inicial del nom del director/a. (Director/a). (Any). *Títol de la pel·lícula*. [Pel·lícula]. Estudi.

Mase, Y. (Productor) i Takita, Y. (Director). (2008). *Despedidas*. [Pel·lícula]. Shochiku Company Limited.

Notícies de premsa: Cognoms, Inicial del nom. (Data). Títol de l'article. *Nom del diari*, p.

Farreras, C. (2019, març 19). Pacto de la comunidad educativa contra los guetos en las escuelas de Catalunya. *La Vanguardia*, p. 26.

Notícies de premsa en línia: Cognoms, Inicial del nom. (Data). Títol de l'article. *Nom del diari*. Recuperat data, de + adreça URL.

Martínez, M. J. (2015, febrer 16). Las comunidades de propietarios se blindan ante Hacienda. *El País*. Recuperat 21 gener 2021, de http://economia.elpais.com/economia/2015/02/16/vivienda/1424085674_934021.html

Llei/ordre/decret: Títol de la regulació, Nom publicació oficial, núm. publicació, secció publicació (any publicació).

Llei 14/2011, d'1 de juny, de la ciencia, la tecnología y la innovación. BOE núm. 131 § 9617 (2011).

Aquestes referències s'han adaptat de les normes APA (7a edició, 2020). Per a altres documents, consulteu la pàgina web <https://apastyle.apa.org>

Els autors i les autores rebran 2 exemplars en paper del número de la revista on es publiqui el seu treball.

L'RTS no cobra quotes per la publicació dels articles.

L'equip de redacció de l'RTS no es fa responsable de l'autenticitat dels treballs publicats ni de la seva credibilitat. Les opinions expressades en els articles són responsabilitat dels autors i l'RTS no s'hi identifica necessàriament.

LLISTA DE COMPROVACIÓ PRÈVIA A L'ENVIAMENT D'ARTICLES

Els autors i les autores hauran de comprovar que els articles compleixen els requisits que es mostren a continuació; en cas de no complir-los, els treballs els seran retornats.

1. El cos de l'article s'ha anonimitzat: no inclou l'autoria ni la filiació i s'ha suprimit qualsevol element que pogués permetre directament o indirecta la identificació de l'autor o l'autora. S'ha confirmat que s'ha utilitzat el terme "Autor/a" per indicar les referències al seu propi treball.
2. El manuscrit s'envia en format .docx o RTF, incloses les referències bibliogràfiques, taules i figures.
3. Les referències bibliogràfiques inclouen el DOI o la direcció URL, segons correspongui, en tots els casos possibles.
4. El text es presenta en lletra Arial cos 12; interlineat 1,5; marges 3 cm. Les cites literals es transcriuran en Arial 11, interlineat 1,5 i marges 4 cm.
5. S'inclou el títol complet (40 paraules com a màxim) en castellà o català i en anglès; un breu resum (250 paraules com a màxim) en castellà o català i en anglès, i les paraules clau (5 com a màxim) en castellà o català i en anglès.
6. Les figures i taules són al lloc del text que els correspon, amb numeració correlativa, el títol i la font. Es presentaran sense colors, amb el format predefinit, línies senzilles i text en Arial.
7. Es declaren beques o suport financer i la seva procedència, si escau.
8. Es manifesta que el treball compleix amb els requisits ètics d'investigació.
9. El manuscrit respon a les especificacions de la secció a la qual es dirigeix.
10. S'han revisat les referències bibliogràfiques i s'ajusten a l'estil i el format de les normes internacionals APA exigides per la revista.

COMPROMÍS ÈTIC DE L'RTS

L'RTS es compromet a adoptar i promoure les bones pràctiques i els principis ètics orientadors de les publicacions científiques. Per aquest motiu es guiarà per les orientacions del codi de conducta de COPE (Committee on Publication Ethic), que es pot consultar a <https://publicationethics.org>

L'RTS assumeix els següents compromisos ètics:

- Incorporar la transparència com un dels principis clau en la gestió de la revista.
- Comunicar els objectius i funcionament de l'RTS a les persones lectores i possibles autores mitjançant la pàgina web de la revista.
- Explicar de manera clara les normes de presentació d'articles. Es facilitarà una llista de comprovació per ajudar a la confirmació del compliment de tots els requisits de presentació.
- Promoure l'atribució d'autoria apropiada incorporant tots els autors i les autores en les comunicacions que es realitzin des de l'RTS.
- Basar la decisió d'acceptar o no un treball per a la seva publicació únicament en el document presentat, valorant, entre altres aspectes, la rellevància del tema, l'originalitat i la claredat.
- Indicar a l'equip revisor dels articles presentats l'encàrrec, amb concreció, incorporant les recomanacions de la COPE:

Realitzar revisions objectives.

Evitar crítiques personals als autors i les autores.

Argumentar les valoracions amb referències, si és necessari.

Declarar qualsevol conflicte d'interessos com, per exemple i no exclusivament, que el revisor o la revisora tingui coneixement previ de l'enviament a la revista, hagi col·laborat recentment amb alguna de les persones autores o pertanyi a la mateixa institució.

Desistir de revisar els manuscrits en els quals tingui un interès competitiu per la temàtica tractada, l'autoria o la institució que presenta l'article.

Respectar la confidencialitat del material que se'ls facilita. No podran discutir un document inèdit amb col·legues o utilitzar la informació en un treball propi.

Vetllar perquè l'article valorat compleixi aspectes ètics com: l'originalitat de l'escrit, la declaració de l'autoria de no tenir conflictes d'interessos, i la confirmació que el tema investigat, la metodologia emprada i els resultats presentats

s'ajusten als principis de no discriminació i respecte a la dignitat.

Procurar la cita adequada de l'autoria d'obres, models d'intervenció o qualsevol altre aportació reconeguda, així com la identificació de plagis.

Confirmar que l'article es respectuós amb els principis de confidencialitat i secret professional, així com amb l'obtenció de les autoritzacions necessàries.

- En cas que s'identifiqui mala pràctica per part d'alguna de les persones que formen part de l'equip de revisió d'articles, aquesta serà retirada de la base de dades de revisors de l'RTS.
- Les revisions d'articles es faran mitjançant el mètode de revisió per parells a doble cec. L'equip de redacció es compromet a posar els mitjans necessaris per garantir la confidencialitat en el procés de valoració, tant cap als revisors i les revisores com cap a les persones autores. També vetllarà per l'agilitat d'aquest procés evitant demores innecessàries que puguin perjudicar aquestes últimes.
- En cas que algun membre de l'equip de redacció presenti un article a l'RTS per a la seva publicació, s'assumeix el compromís que se seguiran els mateixos procediments de valoració, revisió per parells de doble cec, com en qualsevol altre treball presentat. En cas que l'article d'un membre de l'equip de redacció de l'RTS sigui publicat es farà constar en una nota el procés seguit per a la seva selecció.
- En cas d'incorporar publicitat a la publicació, l'equip de redacció es compromet a mantenir la qualitat de la revista sense que les consideracions comercials afectin les decisions editorials.
- Finalment, assumim que la relació de l'RTS amb la Junta de Govern del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya es basa en el principi d'independència editorial.

NOTES

Recepció d'articles

L'RTS manté oberta de manera permanent la recepció d'articles. Segons recull l'apartat "Sistema d'enviament d'articles" (vegeu la pàgina 173), es poden fer arribar a través de www.revistarts.com.



COL·LEGI OFICIAL
DE TREBALL SOCIAL
DE CATALUNYA

www.tscat.cat

Amb la col·laboració de



Diputació
Barcelona



Generalitat de Catalunya
Departament
de Drets Socials