

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

RTS

REVISTA DE TREBALL SOCIAL

221 DESEMBRE 2021

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, Universitat 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**, Universitat 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**, Universitat de Alicante. **Carme Guinovart Garriga**, Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic. **Francisco Idareta Golderacena**, Universitat Pública de Navarra. **Maria Tereza Leal Cavalcante**, Universitat de Barcelona. **Silvana Martínez**, Federación Internacional de Trabajo Social (FITS). **Miguel Miranda Aranda**, Universitat 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**, Universitat 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 Cortés 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

Diálogo sí, subalternidad de ninguna 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

Intervención de Trabajo Social con familias rurales en el marco de construcción de paz en Colombia
Ana Marcela Bueno y 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

Los efectos psicosociales en los niños y adolescentes en una situación de duelo familiar. Un espacio para el Trabajo Social
Irene Casadó Cardil _____ 69

Compartint la pràctica professional

Sistematización del proceso de acogida en adicciones desde el Trabajo Social _____ 91
María Victoria Ochando Ramírez

Estudio de caso: el acompañamiento y la orientación individual como herramienta de cambio y progreso personal y familiar en el afrontamiento del cuidado de un familiar con demencia
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 penitenciari 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 interdisciplinares 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

Diálogo sí, subalternidad de ninguna manera

Miguel Miranda Aranda

Miembro del Consejo Asesor Editorial de la RTS. Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de la Universidad de Zaragoza

Confesaré que el primer borrador escrito para este editorial lo he tenido que desechar por la simple razón de que me he dado cuenta de que estaba repitiendo las ideas expuestas por quienes me han precedido en este honor que nos ofrece la RTS como editorialistas invitados, y que también son mis obsesiones: la necesidad de seguir trabajando en construir una identidad profesional clara, la recuperación de la historia del Trabajo Social poniendo en valor las figuras de nuestras pioneras hasta no hace mucho ignoradas y despreciadas, poner en valor las numerosas buenas prácticas profesionales que en demasiadas ocasiones permanecen invisibilizadas porque no se comunican al colectivo profesional, no se escriben ni se publican (y esto incluye intervenciones a escala grupal y comunitaria, que son más abundantes de lo que parece a primera vista), el fomento de la investigación con la consiguiente teorización propia sobre nuestro propio terreno, el reforzamiento de las revistas científicas como esta, que facilitan la comunicación sin barreras geográficas, el convencimiento de que el conocimiento científico se construye globalmente y ello implica romper fronteras de todo tipo, incluidas las lingüísticas, para posibilitar ese diálogo que sí existe en otras profesiones, el necesario diálogo entre el ámbito académico y el ámbito de la práctica directa, la necesaria formación permanente en un mundo cambiante y complejo en el que el conocimiento científico no se detiene huyendo de un mero practicismo...

Cuando la RTS te ofrece esta posibilidad, un honor sin duda y una especie de cerrar un círculo en el tiempo, para quien la utilizaba como libro de cabecera en los inicios profesionales, allá por los 70, es comprensible que se trate de aprovechar la ocasión para trasladar al colectivo profesional las preocupaciones propias de un veterano enamorado de su profesión y de su disciplina. Pero, como digo, el lector encontrará todos estos temas en estas páginas magníficamente tratados por otros editorialistas y articulistas. En consecuencia, trataré de ser un pelín original e incluso provocador y sin duda molesto para algunos. Nunca me quedé callado, ni ante la perspectiva de posibles y certeras represalias que, por otro lado, me resultan insignificantes.

Sin duda nuestras pioneras nos aconsejaron mantener el diálogo con las ciencias afines. No hay más que leer a M. Richmond para ver cómo dialoga con la medicina, el derecho, la filosofía, la antropología... Sus notas a pie de página de su obra de madurez (*What is social case work*) son una invitación a conocer la obra de los intelectuales más sobresalientes del

momento. También son muy sugerentes las citas que pone al principio de *Social Diagnosis*: una de James Jackson Putnam, un médico neurólogo fundador de la primera clínica neurológica que más tarde fue el Departamento de Neurología de la Harvard Medical School, uno de los introductores del Trabajo Social en los hospitales, con Cabot, impulsor de la Sociedad de Higiene Mental y colaborador de las C. O. S. además de pragmatista, amigo de W. James. La segunda es de Cooley, más conocido, profesor de la Universidad de Michigan. Y la tercera es de Hans Gross, un jurista austriaco considerado padre de la criminalística, el estudio científico del delito, en la Escuela de Criminología de Graz.

Helen Harris Perlman en el prólogo de su magnífico libro *Social Casework* califica de brillante *Social diagnosis*, la monumental obra de investigación de Richmond al que califica como “el primer y más sobresaliente esfuerzo hacia una organización y ordenación de los procesos del *casework*, seleccionando y aplicando algunos de los sistemas operativos vigentes en leyes y medicina...”. Si nos vamos de las C. O. S. a los Settlement, de M. Richmond a Jane Addams, es de cita obligatoria la obra de Mary Jo Deegan que tiene el significativo título de *Jane Addams and the Men of the Chicago School, 1892-1918*, en el que la socióloga canadiense, además de reclamarla como socióloga (por hacer investigación, como si las trabajadoras sociales no lo hubieran hecho desde el principio), la reconoce como la líder de todo el movimiento progresista, caldo de cultivo de los pragmatistas, interaccionistas y de tantos trabajos de aquella escuela donde los hombres (Park, Thomas), mandaban invisibilizando la contribución femenina a la que preferían solo en el ámbito de la intervención, reservándose para ellos el privilegio de pensar, de teorizar, incluso de ocupar la docencia universitaria.

Pues bien, es evidente que aquella práctica de diálogo interdisciplinar y aquella recomendación de Richmond a las siguientes generaciones se han cumplido sin género de dudas. M. Payne defiende que “las teorías de la acción social pueden ser entendidas relacionadas unas con otras como si fueran un cuerpo global de conocimiento” y dichas teorías que tratan de explicar, describir o justificar lo que hacen los trabajadores sociales son evidentemente compartidas con otras disciplinas y llegaron al Trabajo Social gracias a ese diálogo que se inició tan tempranamente con la filosofía (pragmatismo), la psicología social (el interaccionismo) y que continuó con el psicoanálisis en cuanto llegó a los Estados Unidos (Hamilton, Hollis, Robinson, Taft, Perlman) y en las siguientes generaciones. Y se siguió dialogando con el marxismo y la sociología crítica, con Bertalanffy y su teoría general de los sistemas, y con cualquier otra teoría que pudiera ser útil al Trabajo Social sin perder la identidad. Esto no lo hace solo el Trabajo Social, sino cualquier otra disciplina. Nadie puede permanecer en un compartimento estanco ignorando lo que se crea a su alrededor. El Trabajo Social, tampoco.

Ahora bien, y voy acabando, ese diálogo no significa sumisión, subalternidad frente a la hegemonía de otros (Gramsci). En ningún caso significa que el Trabajo Social sea una pista de aterrizaje para colonizadores, en

demasiadas ocasiones rechazados por sus ámbitos “naturales” que siguen pretendiendo liderar una profesión y una disciplina que no es la suya, y además con aires de superioridad y una pretendida innovación. Lo afirmo con contundencia en la presentación del volumen II de *Lo social en la salud mental. Trabajo Social en Psiquiatría*. Estamos hartos, pero verdaderamente hartos, de la gente que, amparada en normativas irracionales, pretende colonizarnos, como si estuviéramos necesitados de sus grandiosas aportaciones que por lo demás pasan en gran parte desapercibidas, aunque, eso sí, se publiquen en revistas de mucho impacto que casi nadie lee. El Trabajo Social tiene ya una larga trayectoria, es una profesión en la que para ejercer hay que tener la acreditación académica que corresponda en cada país. Y es una disciplina que dialoga, pero no en una permanente minoría de edad que solo existe en la cabeza de aquellos que buscan su lugar en el mundo al amparo del discurso de la transversalidad. Y como es obvio... para enseñar algo hay que conocerlo previamente. Y choca encontrarte con gente que al amparo de esa legislación irracional pretende enseñar para el ejercicio de una profesión que ellos mismos no podrían ejercer. Si no se puede enseñar medicina sin ser médico, ¿por qué sí se puede ser profesor de Trabajo Social en cualquiera de sus modalidades? Esta realidad es una falta de respeto a la profesión que a muchos nos resulta intolerable y sobre la que los órganos corporativos, como harían otros en su caso, deben, a mi juicio, reflexionar y actuar.

No puedo acabar sin dedicar en estas páginas un recuerdo emocionado a la profesora Mercedes Vilas, recientemente fallecida en Barcelona, ciudad a la que se retiró tras su jubilación en la Universidad de Zaragoza. Una catalana que dejó huella en generaciones de alumnos y alumnas. Culta, sabia, templada, excelente supervisora, profesora querida. No fui alumno suyo, pero sí compañero y sucesor en sus asignaturas. Siempre te recordaremos.

A fons

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

Núria Gallart Guivernau

Intervención de Trabajo Social con familias rurales en el marco de construcción de paz en Colombia

Ana Marcela Bueno y 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

Los efectos psicosociales en los niños y adolescentes en una situación de duelo familiar.

Un espacio para el Trabajo 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	RECOPILACIÓ
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	Veu 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, TSD001, 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.

Intervención de Trabajo Social con familias rurales en el marco de construcción de paz en Colombia

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

Recepción: 16/07/21. Revisión: 08/09/21. Aceptación: 25/10/21

Para citar: Bueno, A. M., y Torres Gómez, F. (2021). Intervención de Trabajo Social con familias rurales en el marco de construcción de paz en Colombia. *Revista de Treball Social*, 221, 29-47. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.02>

Resumen

La ruralidad como escenario de intervención ha sido poco considerada en el marco de los campos del Trabajo Social. Pese a ello, al analizar sus condiciones sociales, económicas, culturales y políticas, se encuentran situaciones que requieren del estudio, seguimiento y aporte de las ciencias sociales que identifiquen en las familias y en las comunidades necesidades y formas de abordaje, especialmente en un país como Colombia, en el que los territorios rurales han sido de poco interés y atención. En el año 2016 el gobierno colombiano firmó un acuerdo de paz con el grupo Fuerzas Armadas Revolucionarias FARC-EP, y en dicho acuerdo uno de los puntos era “mejores oportunidades para el campo”. Han pasado cinco años y aún falta bastante voluntad para superar los problemas sociales que aquejan a las poblaciones rurales. Desde el Trabajo Social se han venido proponiendo herramientas que forjen bases para la construcción de la paz desde ámbitos micro como son las familias.

1 Docente-investigadora en la Universidad de La Salle. Grupo de investigación Trabajo Social, equidad y justicia social. abueno@unisalle.edu.co

2 Docente-investigadora en la Universidad de La Salle. Grupo de investigación Trabajo Social, equidad y justicia social. mftorres@unisalle.edu.co

La investigación (Bedoya et al., 2016) de la que se deriva este artículo buscaba comprender escenarios y prácticas familiares para la generación de estrategias de educación para la construcción de paz territorial; se desarrolló con perspectiva cualitativa con familias rurales en el municipio de Guayabal de Siquima, con quienes se identificaron niveles de participación, capacidades y aportes como sujetos colectivos de derechos, con lo cual el presente artículo permite analizar las posibilidades de intervención desde el Trabajo Social para contribuir a la construcción de paz con la que soñamos en Colombia.

Palabras clave: Familias rurales, intervención de Trabajo Social, construcción de paz, sujetos colectivos de derechos.

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.

Introducción-contexto

Históricamente, la ruralidad en Colombia ha presenciado de manera directa la violencia del conflicto armado, lo que ha agudizado las problemáticas sociales en el escenario rural, tales como: pobreza, desigualdad, vulneración de derechos e inequidad en el acceso a tierras, entre otras. En este sentido, el acuerdo de paz (Presidencia de la República, Oficina del Alto Comisionado para la Paz, 2018) se convirtió en un panorama esperanzador que prometía una superación de las barreras que a lo largo del tiempo han vivido las personas que habitan el campo, especialmente en el primer punto sobre “Política de Desarrollo Agrario Integral. Hacia un nuevo campo colombiano: Reforma Rural Integral”, en el que se priorizó la búsqueda del cambio estructural del campo a través del bienestar social para la comunidad rural. Dicha propuesta se promueve para dar alcance a la construcción de paz desde la erradicación de la pobreza extrema y el decrecimiento del 50% de la pobreza en la población rural (Presidencia de la República de Colombia, 2016).

Pensar en la construcción de paz desde la ruralidad implica abordar las problemáticas sociales que históricamente han constituido este escenario, como la falta de igualdad en el acceso a la tierra, la falta de inversión estatal en el desarrollo agrícola, la pobreza en la población rural, las brechas sociales en el área rural y urbana; elementos clave que conciernen el enfoque territorial que se pactó en el acuerdo de paz desde el primer punto de la reforma agraria. Siguiendo los planteamientos de Briceño (2016), la consolidación de relaciones sociales enmarcadas en el arraigo y la lucha por la formalización del derecho a la propiedad son asuntos clave a la hora de construir la paz en el escenario rural, los cuales se logran a partir de la superación de la no formalización de la propiedad de la población rural y de la identificación de las potencialidades de sus habitantes, con lo cual se puede iniciar la transformación de las relaciones cotidianas para el afianzamiento del tejido social y con ello el aporte a un nuevo contexto que camina hacia la construcción de paz.

En la medida que el proceso de paz con las FARC-EP se anunció en el país, se identificó la ruralidad como un escenario relevante para la intervención desde el Trabajo Social, situación que motivó la investigación “Familias rurales: Escenarios y prácticas para la construcción de paz en el municipio de Guayabal de Síquima-Cundinamarca, Colombia” (Bedoya et al. 2016), en un territorio cercano a la capital del país, con características de interés para avanzar en la construcción de estrategias para la recuperación del tejido social y con ello contribuir a la paz que se venía gestando desde el gobierno nacional. Con ello, nos acercamos al municipio correspondiente, ubicado en la parte noroccidental del departamento de Cundinamarca,³

3 Cundinamarca es uno de los 32 departamentos en los que se divide Colombia geopolíticamente y se encuentra en el centro del país.

conformado por 3.652 habitantes, de los cuales el 76,44% se localizan en la zona rural y el 23,65% restante en la cabecera municipal.

La elección de este municipio se dio porque su población constituye una identidad en conjunto, representada por ideologías políticas cercanas al conservadurismo ya que sus gobernantes han sido de derecha en los últimos periodos. Con este panorama se generó una apatía política frente al proceso de paz y pudo ser causa principal de que en las votaciones del plebiscito por la paz ganara el NO;⁴ además de que hubiese falta de participación en dicha la votación (Registraduría Nacional del Estado Civil, 2016).

Se hizo un acercamiento al municipio de Guayabal de Siquima con el objetivo de conocer sus dinámicas como escenario rural, especialmente desde las familias y sus prácticas democratizantes para aportar en la convivencia comunitaria y con ello gestar procesos desde lo territorial para aportar a la construcción de paz nacional. En ese marco reconocimos que como Trabajo Social teníamos un papel fundamental en la reconstrucción de dinámicas pacíficas y el reconocimiento del *ethos* ciudadano, que desde los ámbitos micros requerían recuperarse para su afianzamiento y ponerlos al orden de los requerimientos del proceso de paz que se venía configurando. Para ello se tuvieron diálogos con algunas familias, madres, padres, niños y niñas en edad escolar, con quienes identificamos sus procesos de participación en el ámbito comunitario y la vivencia de sus derechos al interior de sus familias. Se obtuvieron elementos para su potenciación y armonización de la convivencia, asuntos clave para la reflexión del presente documento que dará cuenta de reflexiones sobre la intervención del Trabajo Social en la ruralidad a propósito de la construcción de paz.

Metodología

La metodología que se desarrolló en el estudio soporte de este artículo fue de orden cualitativo, con datos descriptivos a partir de las narrativas de los sujetos en comunicación oral y escrita e incluso a partir de la observación misma (Taylor y Bogdan, 1987). Se recogieron testimonios de los sujetos participantes para visibilizar sus voces y el significado de sus vivencias (Sampieri et al., 2010). Con ello se hizo uso de estrategias que permitieran la identificación de las características de las dinámicas familiares y la relación de los grupos familiares con los derechos colectivos, como posibilitadores para la construcción de la paz en el municipio de Guayabal de Siquima. Se acudió al uso de la memoria y la identidad colectiva cuyo fin se orientó a activar el vínculo social y la identificación de los participantes (Torres, 2011) con los procesos democratizantes que, asociados a la historia, se corresponden con sus dinámicas familiares,

4 En el resultado de las elecciones del plebiscito que se llevó a cabo el día 2 de octubre del 2016 para dar respuesta a la pregunta "¿Apoya usted el acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera?", el SÍ obtuvo 750 votos, equivalente al 49,34%, y por otro lado el NO tuvo 770 votos, equivalente al 50,65%.

desde las cuales se deseaba rescatar elementos que pudieran aportar a la construcción de paz.

Este estudio no se desarrolló con un número amplio de personas, utilizó un muestreo básico guiado por un propósito⁵ (Sampieri et al., 2010), el cual implicó que de un grupo del Programa “Familias en Acción”⁶ desarrollado en el municipio, se eligiera un subgrupo de 20 familias en 7 veredas que contaran con integrantes entre los 7 y 12 años, y mujeres y hombres mayores de edad.⁷ También se realizó revisión de literatura como una técnica que permitiera dar cuenta de aportes desde las ciencias sociales para el análisis de los fenómenos que hoy deben relevarse para comprender la vida rural y las emergencias que de ella se derivan, especialmente desde escenarios de investigación e intervención del Trabajo Social, ámbito desde el que se pretendió aportar en esta reflexión.

El ingreso al campo se realizó acudiendo a la secretaría social del municipio, definiendo unas consideraciones éticas que exigieron la realización de acercamientos previos para presentar el proyecto y negociar formas de participación de las familias, y la firma de un consentimiento informado para autorizar la recolección y adecuado manejo de la información tanto de la población adulta como de la población menor de edad, con total confidencialidad y devolución una vez culminada la investigación.

Con estas consideraciones se procedió al desarrollo de talleres de sensibilización, entrevistas en profundidad y actividades lúdicas de implementación de materiales didácticos logrando así información de las dinámicas familiares, con la vivencia cotidiana de los derechos y por ende de la democratización familiar, pero también de la posibilidad de construir con la población escenarios posibles para la construcción de paz, en un territorio que históricamente estuvo marcado por el conflicto, como pasa con la generalidad de los municipios rurales en el país.

Familias rurales y la construcción de paz

La familia como organización social, según Uribe (2012), se ha venido transformando debido a diferentes situaciones y acontecimientos sociales, políticos y culturales, entre los cuales se ubican el ingreso de la mujer al escenario laboral y educativo, el auge del modelo económico capitalista, el posicionamiento de movimientos sociales y las transiciones demográficas que cuestionan la familia tradicional compuesta por un matrimonio

5 La muestra estratificada por propósito implica segmentar la población de interés en estratos (esto se realizó al retomar únicamente las familias de estratos 1 y 2) y luego se seleccionó un subgrupo pequeño de casos para estudiarlos cuidadosamente.

6 “Es un programa de prosperidad social que opera en el país desde el 2000. El objetivo de este programa es complementar los ingresos de las familias beneficiarias, para que puedan acceder a la asistencia escolar, educación media y superior, revisiones de salud y medidas preventivas para el embarazo en los jóvenes” (Rivas, 2020, párr. 3).

7 El trabajo de campo contó con la participación de estudiantes que se encontraban realizando proyectos de investigación en el Programa de Trabajo Social de la Universidad de La Salle, Bogotá, durante los años 2016 y 2017.

entre un hombre, una mujer y sus hijos. Estas transformaciones han entrado en lo íntimo, lo privado y lo público de las familias, modificando el ser y el hacer familiar, propiciando la reconstrucción de vínculos alternativos a los tradicionales, como lo menciona Palacios (2020), quien explicita la dificultad de unificar la lectura de familia por su diversidad toda vez que su comprensión posee "(...) una porosidad que contiene la interpretación y construcción social de marcos de referencia, prácticas y discursos en torno a la sexualidad, la procreación, la con-vivencia, la sobrevivencia y la co-residencia en este tiempo social" (p. 31-32).

En este marco, Jelin (2005) reconoce en las familias el principal espacio para la satisfacción de un conjunto de necesidades humanas universales, desde las cuales se generan y perpetúan relaciones de producción, reproducción y distribución bajo tensiones de poderes y fuerzas entre los componentes ideológicos y afectivos, puesto que no son grupos aislados del contexto social, sino que están íntimamente relacionados con los patrones culturales y políticos de cada momento histórico.

Por todo ello, la comprensión de la familia como una colectividad que se convierte en sujeto de derechos y responsabilidades (Galvis, 2015), a partir de la titularidad tanto a escala individual como en su consideración colectiva, implica la consagración de la igualdad en derechos y responsabilidades de los cónyuges y la garantía de los derechos de niños, niñas y adolescentes, como características fundamentales de este concepto. De igual forma se considera que: "la familia representa, pero no oculta a sus integrantes, por el contrario, su tarea es hacerlos visibles como personas portadoras de sus atributos ontológicos y de sus derechos" (Galvis, 2011, p. 95).

Galvis (2015) afirma que para reconocer que la familia es sujeto colectivo de derechos se deben tener en cuenta los siguientes elementos: 1) partir de un principio orientador (gestión pública), para que haya una articulación entre los derechos individuales y colectivos; 2) las capacidades que posee permiten el agenciamiento de proyectos tanto de sus integrantes como del grupo en general; 3) está en el centro de la gestión integral del estado, ya sea como actora o beneficiaria. De acuerdo con la misma autora, desde la condición de la familia, como sujeto colectivo de derechos, la forma en que esta resuelve los conflictos se relaciona con los ejercicios de autoridad que plantean dos opciones: 1) familias democráticas y garantes de derechos; o 2) familias autoritarias propensas al maltrato (Galvis, 2011).

En este orden de ideas, la familia deja de tener una actitud pasiva ante el Estado y se constituye como sujeto activo, autónomo, responsable e interlocutor ante este y otras instituciones (Galvis, 2015 p. 618); todo esto desde el paradigma de los derechos humanos en correlación con el modelo democrático de Estado, que desde esta perspectiva promueve la igualdad y la responsabilidad. En esta vía, Patiño (2015) pone en escena las relaciones desiguales de poder que se dan en las esferas microsociales de las familias, producto de relaciones antidemocráticas que no reconocen la diversidad de subjetividades al interior de las familias, cuestionando el lugar que este grupo social ocupa como actor del desarrollo en la tran-

sición hacia la construcción del postacuerdo colombiano actual. En este sentido, reconoce el impacto que el conflicto ha generado en la sociedad, materializado en la tendencia a concebir lo diferente como enemigo, y a naturalizar las prácticas violentas de diverso orden.

De aquí se desprende cómo la comprensión de las familias que esboza Patiño (2015) reconoce su carácter propositivo, al concebirlas como “grupos con capacidad de actuación en los procesos sociales tendientes a generar otras formas de relación, sentido y enunciación que ayuden a fundar nuevos pactos de convivencia” (p. 11), en sintonía con los planteamientos de Castro (2012), quien indica que:

(...) las familias rurales se caracterizan por vivir en territorios con densidad poblacional relativamente baja, con prolongada presencia de generaciones en este, por tanto, con importantes relaciones de parentesco asentadas en el lugar, con identidades ligadas al trabajo y relación con la tierra, extendida hoy a actividades de servicios como forma de integración a los procesos de modernización social (p. 185).

Ambos autores rescatan la conexión entre este grupo, su capacidad de agencia y el territorio donde desarrollan su trayectoria vital, coherente ello con lo planteado por Páez et al. (2016), que vinculan cuatro formas de asumirla, entre las cuales se ubica su estructura, dinámica, conflictos y autopercepción, concluyendo que:

(...) la familia rural cree en ella cuando se nombra y se reconoce como tal, y que se sabe diferente y crítica de la urbana. Además, aprecia su condición rural con todo lo que el contexto ofrece, al tiempo que no anhela parecerse a la urbana. La familia rural también identifica que los valores para vivir con las demás personas inician en el hogar, que la primera educación es recibida en la familia, antes que la escuela y todo lo demás (p. 106).

Por lo anterior, en el contexto colombiano, es importante reconocer la diversidad y el papel fundamental que cumple la familia como constructora de ciudadanos en y para la paz en perspectiva territorial.

Sobre la noción de construcción de paz, Cárdenas et al. (2014) retoman autores como John Paul Lederach, Fundación CIND, Johan Galtung y Vicenç Fisas, los cuales se ubican en el campo de los estudios de paz, interrelacionando con la necesidad de articular factores estructurales de ejercicio de derechos y capacidad de agencia, con la mediación pacífica de conflictos, y la consolidación de la democracia, desde el cual las autoras reconocen que “(...) el término paz se relaciona con la justicia social, la equidad, la armonía, la satisfacción de las necesidades básicas, autonomía, diálogo, solidaridad e integración” (p. 8). Respecto a la cultura de paz, las mismas autoras plantean que para consolidar prácticas de paz es vital vivenciar una cultura pacífica de la no violencia, que articule los discurs-

sos de actores como la familia, el Estado y la sociedad bajo el principio de corresponsabilidad y solidaridad.

Es compromiso de diferentes actores sociales reflexionar y actuar en la promoción de prácticas alternativas de mediación de conflictos, a partir de propuestas como las planteadas por Arias (2013) fundadas en: la prevención de problemáticas sociales como la violencia en el contexto familiar, escolar y social desde la protección de los derechos y el cumplimiento de los deberes estatales, la transformación de la cultura patriarcal desde modelos democráticos de cuidado centrados en los vínculos familiares, la formación de ciudadanías para la paz en dinámicas familiares democráticas, la eliminación de prácticas violentas de abordaje del conflicto que vulneran la dignidad humana, el fomento de justicia, la compasión y la solidaridad en los ámbitos de la cotidianidad, y la construcción del tejido social para la paz de diferentes actores, a la luz de la educación ciudadana familiar y escolar.

En relación con el desconocimiento de las prácticas y significados vinculados a la construcción de paz, Cárdenas et al. (2014) resaltan la importancia de considerar los estilos que desarrollan los agentes corresponsables en la primera infancia como agentes constructores de paz, en contextos caracterizados por la naturalización de la violencia y la cultura patriarcal, de cara a la visibilización y promoción de niñas y niños como sujetos políticos capaces de participar en la transformación de la connotación tradicional de vulnerabilidad, para lo cual es pertinente asumir en la infancia un ejercicio de cuidado fundado en el amor, el vínculo y el buen trato. En esta etapa vital, la familia juega un papel fundamental, en tanto los valores que allí se gestan se trasladan al ámbito público en las interacciones de los sujetos.

Hablar de construcción de paz en las familias rurales supone comprender el significado de conflicto y violencia, debido a las convergencias y divergencias que se interponen entre estos conceptos. Para consolidar la paz en la cotidianidad, Pérez (2016) propone asumir la cultura de paz como prerrequisito para la convivencia social, analizando variables como el capital social, expresado en la conciencia cívica, la resolución pacífica de los conflictos y la confianza, entre otros componentes. En este orden, la cultura de paz debe ser cultivada por las familias, la escuela, el mercado y el Estado: “transformar nuestra idiosincrasia violenta requiere la intervención en este dominio del sistema de creencias patriarcal, de modo que se logre la interiorización de nuevas creencias que reemplacen las que están configurando nuestro *ethos* conflictivo” (p. 22). Vivir esta cultura de paz es una oportunidad para re-construir el tejido social, puesto que apropiarse de estos compromisos nos mueven a aprender la reconciliación y el perdón en los diferentes actores permeados por la violencia.

A continuación, se presentan algunos hallazgos, en los cuales se retomaron los elementos centrales identificados en la investigación, recordando que el sentido de este documento es la reflexión de estos en clave de intervención. En este sentido, los elementos centrales responden a las siguientes categorías: familias rurales como sujetos colectivos de

derechos; prácticas de democratización familiar y aportes de las familias a la construcción de paz territorial.

Hallazgos

Las familias de Guayabal de Siquima como sujetos colectivos de derechos

Las relaciones que se establecen al interior de las familias guayabalunas participantes del proceso de investigación dejan ver algunas significaciones sobre sí mismas que vale la pena señalar. Lo primero que se denota es un espacio donde se construye el afecto y la autonomía de sus integrantes y fundamental para la satisfacción de necesidades económicas, atravesado por principios de unión y protección; de otro lado, se asume este como un lugar en donde se aprenden valores y principios que servirán para la vida, entre los que se encuentran compromiso, responsabilidad, honestidad, respeto, autoestima, paz, amor y diálogo (Mondragón et al., 2017).

En la generalidad, la familia sigue siendo un escenario en el que recaen toda una serie de principios, valores y responsabilidades, que se afianza además con el reconocimiento de una ideología patriarcal que marca la sociedad colombiana con mayor fuerza en el ámbito rural. Pese a ello, se reconoce que la autonomía y el afecto son elementos en la dinámica familiar que favorecen el tránsito hacia ejercicios democráticos. Tal como lo menciona Schmukler (2013), que las mujeres se constituyan en sujetos de derecho y los hombres en sujetos de afecto con capacidad para expresar y manifestar el amor, desde el respeto, el buen trato, las relaciones horizontales y la autoridad al interior de los grupos familiares, son signos de la democratización familiar.

Un elemento asociado a lo anterior tiene que ver con las pautas de crianza, las cuales incluyen normas y reglas familiares, autoridad, poder, principios y valores, desacuerdos y actividades en los tiempos de ocio, entre otros. En este escenario, para las familias priman la existencia de normas como referente de orden, especialmente para los niños y las niñas, pero también de control y protección de forma permanente, con la opción del reconocimiento respecto a las expresiones e ideas de ellos. Aun con estas consideraciones, la violencia es una situación que persiste en las familias guayabalunas, pues algunas refirieron acudir a manifestaciones como golpes o palmadas para castigar; y en voces de niñas y niños, es la expresión más frecuente (Caicedo et al., 2017).

Prácticas de democratización familiar en Guayabal de Siquima

En cuanto a las prácticas de democratización familiar y construcción de paz territorial, las mujeres participantes manifiestan hacer uso de diversas formas de mediación de conflictos familiares. La primera referida a alternativas para enfrentar problemáticas de tipo familiar como la falta de comunicación entre padres e hijos de formas creativas, pacíficas, no

violentas, por ejemplo, la importancia de hablarles sobre aspectos que conlleven a posibles tensiones sin la necesidad de recurrir a actos violentos. Estas prácticas se pueden concepcionar a partir del fortalecimiento de la comunicación al interior de la familia, tomando conciencia de que existen otros métodos de educación diferentes al grito o al golpe, reconociendo las potencialidades de cada uno de los miembros de la familia, específicamente de los hijos, que están en proceso de aprendizaje. De la misma manera, existe un aspecto importante y es que, para construir procesos de democracia y paz, se parte de la aceptación y reconocimiento del error, lo que permite superar la problemática de la violencia y fortalecer las relaciones familiares basadas en la igualdad de derechos y deberes.

La segunda forma de mediación de conflictos familiares hace referencia a las estrategias de afrontamiento, es decir, desarrollar acciones y medidas para el cambio de situaciones y problemáticas que generan malestar al interior de la familia, como por ejemplo el fortalecimiento de redes sociales, en este caso institucionales, como apoyo significativo para sus vidas, generar relaciones y vínculos con el colegio, comisaría de familia, servicios de psicología, pues las mujeres expresan la necesidad de acudir a otras instancias u orientaciones que intervengan para el mejoramiento de las relaciones y situaciones al interior de sus familias.

La tercera forma se refiere a la resignificación por parte de los padres acerca de hechos vividos en su infancia, adolescencia y juventud para no reproducirlos en sus familias, lo que implica dar nuevas significaciones y características a estos acontecimientos, logrando así relaciones armónicas al interior de la familia. A partir de estos aprendizajes se crean otras prácticas para la crianza, mejorarlas y fortalecer el desarrollo de las relaciones familiares.

Por último, se encuentra la toma de decisiones por parte de las mujeres que deciden independizarse con sus hijos debido a las dificultades que se presentaban con sus cónyuges, ya que estos interferían en la condición de paz y tranquilidad familiar, por lo que separarse les permitió sentirse más tranquilas y estables en su hogar, además que, como ejemplos para sus hijos, es una forma de proyectar armonía y una forma pacífica de resolver los problemas. Ahora son familias con jefatura femenina.

Aportes de las familias rurales a la construcción de paz territorial

Entendiendo que la democratización familiar aporta a la construcción de paz, en términos de promover relaciones armónicas que se dan a partir de la relación con otras personas, se identifica que la paz territorial se nutre de las formas como aportan las familias a la convivencia en escenarios comunitarios. En esta medida, la paz territorial se construye a partir de dos dimensiones: desde el hogar, elemento que da cuenta de la cotidianidad, de lo íntimo-privado; y desde el entorno comunitario entendido como lo público, es decir son dos ámbitos en los cuales las familias interactúan y crean significados.

Desde el hogar se denota que se construye paz a partir de lo micro para lograr una incidencia en el territorio, pero se empieza desde el hogar como referente simbólico. Es decir, a partir de las relaciones que se construyen entre los miembros de la familia, en sus casas o viviendas, entienden el hogar como un ámbito privado en el cual cada sujeto se construye y aprende. Por otro lado, relatan que la paz se construye a partir de procesos de concertación en los cuales las decisiones y opiniones se desarrollan de forma equitativa tanto para hombres como para mujeres e hijos y especifican la noción de espacio referida a lo íntimo, su espacio propio, es decir, las relaciones que solo se construyen en su ámbito familiar.

Respecto a la dimensión de paz más claramente ubicada en el ámbito comunitario, las informantes consideran que su cotidianidad en el municipio se da en condiciones de seguridad y tranquilidad, en tanto no se visibilizan situaciones de riesgo en el contexto. Pese a ello, existe inconformidad con la poca intervención del Estado, el cual no responde a las necesidades que se tienen en el territorio; tampoco garantiza el cumplimiento de derechos fundamentales como la salud y la educación. Dicha situación se evidencia a partir del no funcionamiento de los servicios de urgencias del hospital, generando que sus habitantes deban acudir a otros municipios. El caso de la educación se manifiesta en que sus hijos no tienen garantizada la educación universitaria o profesional y esto conlleva que los jóvenes se tengan que ir de Guayabal, es decir, la relación con las instituciones a escala municipal es débil.

Por otra parte, cuando se hace referencia a la paz desde el entorno y el bienestar que manifiestan los y las habitantes del municipio, es importante recordar el fortalecimiento de los lazos y relaciones con las instituciones a escala municipal, adicional a esto las veredas tienen una gran significación para las familias en cuanto a construcción y relaciones de paz, pues en estas las familias sienten mayor tranquilidad que en el casco urbano.

A partir de lo anterior, existe una relación de estos aspectos con las familias rurales del municipio Guayabal de Siquima, pues frente a la democratización se llevan a cabo ciertas prácticas para la mediación de conflictos familiares, entre estas las alternativas para afrontar problemáticas. Efectivamente se propone el diálogo, la importancia de hablar al interior de la familia, fortaleciendo las relaciones entre padres e hijos, generando relaciones armónicas al interior de las familias, llevando hacia el exterior aportes que contribuyen a la sana convivencia. Por otro lado, se desarrollan reglas para procesos de democratización que permiten la reflexión colectiva sobre las relaciones familiares, también relaciones horizontales en las cuales a pesar de que los adultos estén a cargo, por la participación de niños, niñas, adolescentes, jóvenes y adultos y adultas es primordial llegar a acuerdos, lo que favorece y afianza la confianza al interior de la familia.

Intervención de Trabajo Social con las familias rurales para la construcción de paz

La construcción de paz desde la convivencia familiar armónica con otros contextos y ámbitos posibilita un trabajo mancomunado referido en las intencionalidades de la política pública nacional de apoyo y fortalecimiento a la familia, orientado a la coherencia entre la educación al interior del hogar y las instituciones en torno a la conciliación de los tiempos laborales, familiares y las jornadas escolares. En dicha articulación es pertinente la formación y puesta en práctica de la convivencia, la autonomía y la autorregulación de las relaciones intersubjetivas, desde las cuales se reconoce al otro como un legítimo, activo en la comunicación, a través de la cimentación de experiencias de vidas cotidianas respetuosas y responsables entre las generaciones y roles en los contextos familiares y sociales, según Galvis (2011), en cuatro aspectos fundamentales: “la titularidad de los derechos de niños, niñas y adolescentes; el ejercicio de la autoridad; destrezas para fijar los límites y el manejo del riesgo” (Galvis, 2011, citado en Universidad de La Salle, 2013, p. 139).

Las familias, como aliadas estratégicas en la construcción de paz desde la convivencia, deben aportar en la consolidación de actitudes culturales democráticas, a partir de prácticas democráticas cotidianas que permitan a niños, niñas y adolescentes formarse en escenarios de aprendizaje realmente democráticos, donde puedan aprender sobre la garantía y titularidad de derechos, la autonomía y la importancia del cuidado, a través de estrategias que reconozcan el valor y el papel de cada sujeto, la importancia de la participación y la expresión de opiniones, sentimientos y emociones, la escucha activa y propositiva, el diálogo permanente como herramienta de mediación de conflictos, y la generación de ciudadanías comprometidas con la reconciliación y la justicia social que tanto requiere nuestra sociedad para transformarse en pro de la paz, asuntos en los cuales desde el Trabajo Social se puede aportar en su construcción y afianzamiento.

Recapitulando, las familias rurales son sujetos colectivos activos que cultivan la paz al poseer una relación y apropiación particular con el territorio, en el marco de las transformaciones que este posee, y los impactos sociales, políticos, culturales y ambientales que atraviesan la coyuntura actual en la ruralidad y nueva ruralidad colombiana. Bajo este panorama, se asumen como organización social que conectan el escenario de lo privado y lo público desempeñando roles de afecto, protección, cuidado, educación, sostenibilidad, subsistencia y producción, entre otros, matizados por las dinámicas culturales que devienen de la identidad campesina, las disputas entre tradición y modernidad, y las brechas socioeducativas y económicas que deja el histórico abandono estatal.

En estas familias, desde los rasgos culturales e ideológicos predomina la distribución de tareas de proveeduría en hombres y mujeres, sobrecargando a estas últimas en el tema del cuidado, quedando la autoridad y el poder generalmente en los hombres, dando cuenta de dinámicas

patriarcales en las que los hombres participan en la escena de lo público y las mujeres en el marco de lo privado. Tales relaciones se transmiten por medio de los procesos de socialización y las pautas de crianza autoritarias que en algunos casos perpetúan la violencia al interior del grupo familiar, a pesar de la emergencia de pautas más democráticas en otras familias que buscan transformar aquellos modelos intergeneracionales hacia el diálogo y la resolución alternativa y pacífica de conflictos. Llama la atención como se establecen relaciones solidarias y cooperativas en los ámbitos comunitarios de estas familias, producto del conocimiento y la confianza construida en el marco de los intercambios locales de orden productivo, social y educativo, entre otros, entrelazados a partir de vínculos como redes sociales para afrontar las múltiples carencias que viven en términos de acceso a derechos básicos como la salud, la vivienda digna, la educación y servicios públicos, entre otros.

Es oportuno indicar, como lo menciona Falla (2014), que en el énfasis de la intervención como en la investigación focalizada en los contextos socioculturales, es necesario relevar la centralidad de los sujetos sociales como líderes y protagonistas del quehacer. En este sentido, desde el Trabajo Social se ameritan diálogos articuladores entre investigación e intervención, para ahondar en los rasgos característicos de las familias rurales desde la construcción de paz, situando el contexto histórico, cultural y social de estas. Con dicho diálogo disciplinar-profesional, se llega a comprender desde la alteridad las condiciones, problemáticas y afrontamientos que han consolidado las familias rurales, al resistir los embates de la pobreza, la desigualdad y el conflicto armado interno, propiciando escenarios de acompañamiento y fortalecimiento de la capacidad de agencia de las familias. Con lo anterior, es posible incidir en los determinantes sociales que afectan las dinámicas de las familias rurales, para transformar sus dinámicas violentas hacia apuestas democráticas de interacción, y la transición a relaciones diferenciales y de género equitativas, que conlleven un trabajo profundo en el sistema de creencias y prácticas familiares.

De otro lado, es vital promover la participación de las familias en la consolidación de las políticas públicas de los escenarios rurales, lo que implica el fortalecimiento de la cultura ciudadana con la población rural a través de la exigibilidad de sus derechos, la participación en temas de la agenda pública que favorezcan y estén en sincronía con el fortalecimiento de su bienestar social, comunitario y gestión económica, justamente: "la sociedad civil debe organizarse en diferentes instancias para identificar, construir y cambiar espacios para la práctica de la democracia participativa" (De Souza y Vega, 2001, p. 44, citado por Samperio y Bracaglioli, 2004, p. 7-8). En este sentido, las y los profesionales de Trabajo Social promueven una formación participativa que permita la activación reflexiva, postura crítica y fortalecimiento de autonomía de los actores sociales en las decisiones que afectan a su misma comunidad.

Añádase a esto una serie de focos en la intervención profesional con familias rurales asumiendo como intención la construcción de paz, entre los cuales se ubican: el fortalecimiento de las redes primarias y secundarias

de dichas familias para incidir en el buen vivir en perspectiva territorial; resignificar las pautas de crianza fundamentadas en lógicas patriarcales, de dominación y subordinación a través de la violencia a partir de la transición a la socialización democrática y el manejo alternativo de los conflictos; deconstruir las prácticas de machismo e inequidad de género predominantes a partir del posicionamiento de las mujeres y sus aportes a la ruralidad, que dan cuenta de liderazgos alternativos y democráticos a resaltar; y acompañar la reconstrucción de proyectos de vida individuales y familiares en el territorio rural que contribuyan a superar las situaciones y afectaciones que el conflicto armado interno conlleva, principalmente el de las y los jóvenes que carecen de oportunidades para continuar habitando el territorio desde la continuidad de su vocación e identidad campesina.

Ahora bien, es importante contar en dichos procesos de intervención profesional con la interacción y diálogo interdisciplinar y participación de las familias, para comprender y transformar tales tensiones de forma integral y completa en el escenario rural. Todo ello para fortalecer la capacidad de agencia de las familias rurales como sujetos colectivos que pueden exigir sus derechos, el respeto de sus saberes y las prácticas de su diario vivir que, a su vez, aportan a la construcción de paz (Bueno y Torres, 2018).

En términos del posicionamiento de la intervención profesional en las prácticas sociales democratizantes al interior de las familias rurales que apuestan a la construcción de paz, es necesario tener en cuenta el contexto cargado de infinidad de conflictos que han conllevado la violencia en diferentes factores y como ello puede incidir en la sociedad en general del municipio de Guayabal de Siquima, lo que permite comprender que hablar de paz implica también hacer referencia al conflicto.

La paz se conforma por aquellos escenarios de no conflicto antagónico, de no exclusión, de no intolerancia, de no violencia, de no discriminación y de no abusos (Sandoval Forero, 2016). De ahí se puede deducir que las herramientas para construir paz no solo se centran en apostar a un conflicto constituido por dos o varias partes, aquí el papel fundamental está en las familias rurales como sujeto colectivo de derechos y garantías de un ambiente de paz para las futuras generaciones, a partir de una sana convivencia donde se respete y no se vulnere la diferencia al interior de esta organización social.

En este orden, las herramientas que influyen para dar sentido a esta construcción es el diálogo, la mediación y la transformación pacífica de los conflictos a partir de este, las normas, las leyes, los derechos humanos y el reconocimiento de todas las diversidades culturales, étnicas, religiosas, políticas y sociales que permitan el fortalecimiento de las instituciones encargadas de garantizar y promover el bienestar social (Sandoval Forero, 2016).

Para tal fin, es oportuno trabajar en la mediación familiar como estrategia para el abordaje de los conflictos, que para la trabajadora social Zapata implica (2012):

(...) definir y reconocer el conflicto, analizar las consideraciones y significados que otorgan las partes comprometidas en el mismo, así como la forma en que afecta o compromete la relación entre ellas y buscar, con los participantes, nuevas alternativas coherentes con los significados compartidos que puedan transformar favorablemente su relación o la relación con el conflicto (p. 90).

Además, construir paz significa evitar o destruir todas las expresiones de violencia, la injusticia, el desencuentro, la miseria, la explotación, la incomunicación, la sumisión y la desigualdad. Estas maneras de entender la paz se originan en el rechazo a la violencia física y a la inclusión de la población civil en la confrontación, garantizándole los derechos humanos, es decir en proyección de lo que los expertos denominan “paz positiva” (Sandoval Forero, 2016, p. 43).

Construir paz al interior de las familias rurales, en un país que ha sido violentado por más de medio siglo, no es tarea fácil. Guayabal de Siquima, una población que ha sido directamente damnificada por este conflicto armado, permite repensarnos la forma de lograr instaurarla en el territorio. Se puede decir que, para tal hecho, es necesario formular estrategias de paz que cambien o modifiquen las causas estructurales que se manifiestan en la población. Es necesario comprender que la paz no solo es el cese del conflicto bilateral y el término de la guerra, la paz es bienestar, estabilidad.

Finalmente, es imperante avanzar en la construcción disciplinar que vincule la intervención familiar y la construcción de paz, como lo expresa Loaiza (2015), toda vez que: “(...) existe innumerable bibliografía sobre lo que los profesionales pueden ‘hacer’, pero todavía no se ha construido conocimiento sobre aquello que puede facilitar la construcción de paz y en cómo esta puede configurarse como objeto de conocimiento” (p. 103), destacando entonces como ruta para este fin el posicionamiento como profesión mediadora y generadora de alternativas al conflicto en diferentes escalas.

Conclusiones

Pese a que los ámbitos rurales son escenarios en los cuales es evidente la necesidad de la intervención por parte del Trabajo Social, desde los microcontextos como las familias o en mesocontextos como las comunidades, es relevante alertar que este momento es oportuno en tanto se trata de un momento en el que el llamado a la construcción de paz nos convoca como profesionales de una profesión que promueve la defensa de los derechos humanos, la justicia social y la convivencia armónica en los diversos territorios, por lo que vale la pena seguir desarrollando procesos de investigación e intervención que visibilicen cada vez más la ruralidad como escenario de intervención profesional.

Desde el Trabajo Social, la recuperación de elementos como la democratización familiar que aporta a la construcción de paz promueve relaciones armónicas que se dan a partir del vínculo con el otro; la paz territorial nutrida a partir de los aportes que las familias hacen a la convivencia en escenarios comunitarios. En esta medida, la paz territorial se construye a partir de dos dimensiones: el hogar que da cuenta de la cotidianidad, de lo íntimo-privado; y el entorno comunitario entendido como lo público, es decir dos ámbitos en los cuales las familias interactúan, se crean significados y se revierten en la convivencia comunitaria.

En cuanto a la construcción de paz desde el hogar, esta se desarrolla a partir de las relaciones que se tejen entre los miembros de la familia en sus viviendas, en donde cada sujeto se construye y aprende de forma equitativa y será lo que luego revierta en sus demás contextos. Por otra parte, cuando se hace referencia a la paz desde el entorno y el bienestar que manifiestan los y las habitantes del municipio, es importante recordar el fortalecimiento de los lazos y relaciones con las instituciones a escala municipal. Adicional a esto, las veredas tienen una gran significación para las familias, en cuanto a construcción y relaciones de paz, pues en estas las familias sienten mayor tranquilidad que en el casco urbano.

Finalmente, es necesario mencionar que, aun cuando las prácticas democráticas son positivas, es importante seguir avanzando en este tipo de procesos, pues en algunas familias se siguen evidenciando relaciones de poder mediante la adquisición de dinero, es decir, que en algunos hogares quien provee genera acciones de relegación hacia los otros. También esto puede evidenciarse en las manifestaciones de las desigualdades de género que se presentan, en las cuales las mujeres siguen siendo principalmente quienes se encargan de labores domésticas en las que los hombres tienen poca incursión. Por tanto, es de suma importancia manifestar los aspectos positivos, pero en esta misma vía potenciar el cambio de los escenarios tradicionalistas que no permiten la construcción de relaciones más democráticas al interior de la familia. Por esta situación, la formación en temas como la perspectiva de género, la memoria sobre el conflicto, la construcción de paz y los procesos comunitarios rurales, entre otros, son clave para el abordaje de estos territorios y poblaciones, con quienes se deben crear estrategias de intervención acordes a los contextos mismos, sus costumbres y sus intereses.

Referencias bibliográficas

- 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.
- Bedoya., Bueno, M., López, J., y Torres, F. (2016). *Proyecto de investigación Familias rurales: escenarios y prácticas para la construcción de paz en el municipio de Guayabal de Síquima-Cundinamarca*. Universidad de La Salle.
- Briceño, L. H. (2016). Lo rural en los programas regionales de desarrollo y paz. En L. H. Briceño, M. C. Torres, Á. F. Córdoba, J. Le Blanc, y 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., y Torres Gómez, M. F. (2018). Las familias rurales, sujetos colectivos de derechos: el caso de Guayabal de Síquima. *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., y Guerrero, V. (2017). *Construcción de paz con los niños y niñas entre 7-12 años del municipio de Guayabal de Síquima* (Investigación en el marco de la asignatura Desarrollo de proyectos de investigación social en el Programa de Trabajo Social). Universidad de La Salle, Bogotá.
- Cárdenas, N., Parra, Y., y Rico, S. (2014). *Significados y prácticas de construcción de paz desde la primera infancia*, Ed. Universidad 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. En 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., y Vásquez Bernal, L. L. (2017). *Características de las familias rurales guayabalunas, una lectura desde la construcción de paz 2017*. (Trabajo de Grado - Pregrado, Universidad de La Salle, Bogotá). https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo_social/270
- Páez, R., Ramírez, M., Idárraga, M., Gutiérrez, M., y Ramírez, M. (2016). *La familia rural y sus formas de diálogo en la construcción de paz en Colombia*. Universidad 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. Recuperado 4 noviembre 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. Recuperado 11 noviembre 2021, de <https://www.jep.gov.co/Sala-de-Prensa/Documents/tomo-2-proceso-paz-farc-mesa-conversaciones-reforma-rural.pdf>

- Registraduría Nacional del Estado Civil. (2016). Plebiscito 2 de octubre de 2016. https://elecciones.registraduria.gov.co/pre_plebis_2016/99PL/DPL15127ZZZZZZZZZZZZ_L1.htm
- Rivas, A. (2020, marzo 24). *Cómo acceder al programa Familias en Acción* [Boletín]. Colconectada. <https://www.colconectada.com/familias-en-accion/>
- Samperio, E., y 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 de 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. Recuperado 4 noviembre 2021, de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-059.pdf>
- Sampieri, R., Fernández, C., y 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. En 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. Recuperado 11 noviembre 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*. Universidad Nacional de Colombia.

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 als 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
Ente 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 especifiqui 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 contagiats?
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:
- 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:
 - 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:
 - Creu que la situació de confinament dificulta la seva feina?
 - Sí, molt
 - No gaire
 - La facilita
 - No l'afecta
 - Especifiqui:
 - 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:
 - Creu que la situació de confinament pot afectar els progressos dels pacients?
 - Sí, milloren
 - Sí, empitjoren
 - No afecta
 - Motius:
 - En pacients nous, creu que la presa de contacte de forma no presencial pot tenir una influència rellevant en el recull d'informació?
 - Creu que en general ha augmentat l'assistència a les sessions?
 - Ha augmentat l'assistència
 - Es manté constant
 - Els pacients fallen més
 - I, en concret, en persones que acostumaven a absentar-se?
 - Ha augmentat l'assistència
 - Ha disminuït l'assistència
 - No ha afectat
 - Motius:
 - 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:
 - Creu que aquesta situació es mantindrà després del confinament?
 - Sí
 - No
 - Motius:
 - 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:
 - 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:
 - 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>
- Llort, 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.

Los efectos psicosociales en los niños y adolescentes en una situación de duelo familiar. Un espacio para el Trabajo 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

Recepción: 10/06/21. Revisión: 22/07/21. Aceptación: 29/10/21

Para citar: Casadó Cardil, I. (2021). Los efectos psicosociales en los niños y adolescentes en una situación de duelo familiar. Un espacio para el Trabajo Social. *Revista de Treball Social*, 221, 69-88. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.04>

Resumen

La muerte de un miembro de la familia es un factor estresor muy importante que afecta a la estructura familiar y a su equilibrio respecto a la dinámica funcional de esta. Puede provocar consecuencias muy distintas en cada uno de los miembros de la familia extensa, así como interferir en la evolución típica de sus miembros.

El presente artículo trata sobre la experiencia del duelo familiar desde el punto de vista de los niños y adolescentes, haciendo especial énfasis en los efectos psicosociales que se pueden observar en su desarrollo tras la pérdida. Se destacan las formas de intervención desde el Trabajo Social con los niños y adolescentes para volver a restablecer el equilibrio familiar y evitar consecuencias negativas en su vida inmediata y futura, así como el papel que el Trabajo Social desempeña.

Palabras clave: Trabajo Social, Trabajo Social sanitario, duelo, sistema familiar, crisis.

¹ Trabajadora social del proyecto de acompañamiento sociolaboral a personas migradas 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. Introducción y planteamiento teórico

La familia es un elemento determinante en el desarrollo de las personas y tiene diferentes funciones, entre las que destacan la función interna de protección biopsicosocial de sus miembros y la función externa de acomodación y transmisión de la cultura.

La familia tiene como objetivo ofrecer seguridad emocional y económica, generar patrones de comportamiento sanos, facilitar la adaptación a los cambios, superar conflictos, satisfacer necesidades, conseguir una emancipación positiva y establecer pautas y normas de convivencia familiar y social adecuadas (Ponce de León Romero y Fernández García, 2008, p.141).

Durante el desarrollo familiar han de superarse una serie de etapas en las que pueden ocurrir acontecimientos desestabilizantes del equilibrio familiar y que conducen a la familia entre periodos de estabilidad y periodos de cambio. También ocurren hechos accidentales que no tienen que ver con estas etapas y que generan crisis no transitorias (Herrera Santi, 2012), siendo la muerte de uno de sus integrantes uno de estos acontecimientos. La muerte de un miembro de la familia nuclear es un factor estresor que afecta al equilibrio y a la funcionalidad de la familia y que puede provocar efectos psicosociales en los niños y adolescentes cuando la persona que fallece es uno de los progenitores.

La investigación que se expone en este artículo pretende profundizar sobre estos efectos, sobre la forma de intervención para volver a restaurar el equilibrio perdido y evitar la aparición de un duelo patológico, así como sobre el papel que juega el Trabajo Social y su metodología durante la intervención ante estas situaciones, centrando el foco de atención en la población infantil y adolescente.

Crisis y estresores familiares. Factores de riesgo y familias disfuncionales

Las situaciones de riesgo familiar suelen derivarse de una crisis o de un conflicto acontecido como puede ser la enfermedad o muerte de alguno de sus miembros, una situación laboral precaria, vivir en entornos desfavorecidos o tener una situación de ilegalidad en el país, entre otras (Martínez et al., 2015).

Cuando se habla de la disfuncionalidad de la familia se hace referencia a familias que no pueden solucionar los problemas que surgen durante su desarrollo y cuyos miembros no cumplen con las funciones del sistema familiar (Ponce de León Romero y Fernández García, 2008). Así, la **familia funcional** es capaz de redefinir las demandas del entorno para adaptarse y seguir evolucionando y así poder buscar soluciones y superar las crisis. Por otro lado, las **familias disfuncionales** tienen una dinámica relacional en la que las estrategias de resolución son muy poco efectivas, se culpabiliza a algún miembro de la familia como foco del problema o incluso se llega a negar. La capacidad que tenga la familia es un elemento básico a la hora

de afrontar las situaciones que pueden desestabilizar el sistema incluso a la hora de buscar ayuda en recursos externos.

La familia genera sus propios recursos para adaptarse y emerger de la crisis de forma eficaz y lo menos traumática posible. Es por ello por lo que hay que tener en cuenta estos recursos familiares al hacer un análisis holístico de la afectación que puedan generar los acontecimientos familiares en la salud familiar (Herrera Santi, 2012). Las familias funcionales cuentan con mayores recursos como son organización, apoyos externos, comunicación entre sus miembros o roles bien definidos, entre otros. Además, el subsistema parental desempeña un papel clave en este proceso, por lo que la ausencia de uno de sus miembros puede provocar una situación de alto riesgo (Cánovas et al., 2014).

Características del duelo en la infancia y adolescencia

El duelo puede presentarse de diferentes formas: el **duelo funcional**, en el que las personas se ajustan y adaptan a la pérdida, el **duelo complicado o patológico**, en el que el proceso no empieza o se detiene en alguna de sus fases. En este sentido, según la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales —DSM-5—* (American Psychiatric Association, 2014), el duelo es un estresor de suficiente entidad como para desencadenar un episodio depresivo mayor en una persona vulnerable, definiéndose, este tipo de estados, como “trastorno por duelo persistente”. También existe el **duelo anticipatorio**, que suele darse en casos de enfermedad grave y que se produce en el momento del diagnóstico y, por último, el **duelo aplazado**, que se da, sobre todo, en adolescentes que deciden retrasar el duelo.

Los duelos del adulto, del adolescente y del niño presentan importantes diferencias dado el carácter evolutivo del fenómeno. Lewis (citado en De Hoyos López, 2015) afirma que la mayoría de los niños perderán a alguno de sus abuelos a lo largo de su infancia y hasta el 3,5-4% a uno de sus progenitores o hermanos, según las estadísticas a escala mundial.

Se pueden observar tres etapas diferentes en las que las vivencias del duelo son lo suficientemente homogéneas: niños de 6 años, de 6 a 12 años y adolescentes (Colegio de Médicos de Bizkaia, 2017).

En la primera de ellas, **hasta los 6 años**, los niños no entienden la idea de universalidad de la muerte, piensan que sus seres queridos y ellos mismos vivirán para siempre y no comprenden que la muerte es irreversible. Creen que el cuerpo del fallecido de alguna forma sigue funcionando y predomina un sentimiento “mágico” que permite que esa persona fallecida vuelva si lo desean con todas sus fuerzas. Este pensamiento “mágico” puede ser determinante de los sentimientos de culpa que pueden surgir en estas edades. La muerte se relaciona con la vejez y con la enfermedad y, cuando ocurre, la omnipotencia del adulto se rompe y se activan y actualizan antiguos terrores (miedo a la oscuridad, angustia por separación, etc.). También son características la gran curiosidad que tienen y la gran cantidad de preguntas que hacen.

Los síntomas de alerta de que el duelo se está complicando son llantos constantes, incapacidad para realizar cosas que se hacían de forma autónoma, ansiedad por separación que no cesa, síntomas de depresión, negativa a comer, miedos incapacitantes, insomnio prolongado y pesadillas recurrentes.

De los 6 a los 12 años se cuestionan la muerte, aunque no se da una aceptación de la propia muerte. A partir de los 7 años ya tienen claro que el cuerpo no funciona y que la muerte es irreversible y desaparece el pensamiento “mágico”. Siguen manteniendo una enorme curiosidad y la necesidad de razonarlo todo, siendo su grupo de amistades fundamental y angustiándose por miedo a que se les estigmatice.

Los síntomas de alerta de que el duelo se está complicando son aislamiento familiar y social extremo, aparente anestesia emocional, excesiva responsabilidad o colaboración tras el fallecimiento, síntomas de ansiedad que no cesan, malhumor constante, bajada drástica de actividad y rendimiento escolar, incapacidad para integrarse de nuevo en el ámbito académico, etc.

En los **adolescentes**, la comprensión de la muerte y la elaboración del duelo es similar a la de los adultos y tienen mucho interés en saber qué sucede tras la muerte. Hay que tener en cuenta que es una etapa de cambios por lo que hay más conflictos con los progenitores, pudiendo darse sentimientos de culpabilidad si ocurre su muerte. Son conscientes de su propia muerte y fantasean con ella, incluso puede aparecer la idea del suicidio. Es frecuente que no se compartan con los adultos las emociones tras la pérdida por no querer mostrarse vulnerables y tienen una preocupación especial en no querer parecer diferentes de su grupo de iguales, al que dan mucha importancia, por lo que a veces renuncian a vivir el duelo.

Los síntomas de alerta de que el duelo se está complicando son irritabilidad, agresividad y cambios de humor extremos, ira incontrolada, pensamientos negativos sobre la muerte, conductas de riesgo, sintomatología depresiva y culpa que no cesa, bajada importante del rendimiento académico, consumo de sustancias adictivas, incapacidad para retomar sus rutinas, asunción de responsabilidades que antes no asumía, etc.

El Trabajo Social en la intervención en duelo

En la mayoría de los casos, la intervención en el duelo desde la disciplina se enmarca dentro del Trabajo Social sanitario. La etapa de la atención al final de la vida comprende tanto la intervención en cuidados paliativos como el proceso ligado a la muerte y el apoyo a la familia durante la enfermedad y el periodo del duelo.

La *Guía de Intervención del Trabajador Sanitario de la Comunidad Valenciana* (Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública, 2012) indica que el diagnóstico social sanitario permite concretar la acción que se realizará con el paciente y su entorno, identificando las situaciones de riesgo social que les afectan y estableciendo un plan de intervención individualizado que se comparte con el equipo multidisciplinar para proporcionar al enfermo y a la familia los apoyos necesarios.

Así, la práctica del Trabajo Social sanitario toma como referente el propio método de Trabajo Social para establecer una **metodología** (García Ledesma et al., 2015):

- Estudio sociofamiliar que empieza por una investigación y estudio de las distintas áreas de la dimensión sociofamiliar y pretende identificar las variables que condicionan la problemática del paciente y familia y conocer sus expectativas, circunstancias y dificultades sociales. Se realiza a través de entrevistas, observación directa, registro de datos, análisis y valoración de las necesidades y los apoyos sociales.
- Diagnóstico social que es un juicio técnico de la situación-problema y que debe realizarse con un enfoque globalizador e integrador que valore causas, orígenes, circunstancias desencadenantes e interrelaciones. Se identifican situaciones en los órdenes familiares, el apoyo social, familiar y económico.
- Plan de intervención social en el que se establecen objetivos, actividades, grados de actuación, métodos y recursos. Hay dos grupos de acciones diferenciados: tratamiento psicosocial e información y tramitación de recursos. El primero pretende fomentar que ellos mismos sean agentes de su propio cambio y potenciar habilidades necesarias y se realiza a través de entrevistas, principalmente. La tramitación de recursos sirve para facilitar el acceso a los recursos sociales y sociosanitarios y se lleva a cabo informando, asesorando y apoyando en los trámites.

Por todos estos se puede afirmar que la incorporación del trabajador social en un servicio de estas características facilitará profundizar en los todos los ámbitos de la persona, de forma precisa, ajustándose a la realidad.

Tabla 1. Ámbitos de influencia del trabajador social en situaciones de final de vida

Equipo	Enfermo y familia	Comunidad	Investigación
Aportación de conocimientos sociales y culturales asociados al proceso de enfermedad.	Atención para mantener la calidad de vida.	Información, sensibilización y optimización de recursos comunitarios.	Aportación de datos para la mejora de la atención global.

Fuente: Instituto Catalán de Oncología (2004).

Durante sus intervenciones, los profesionales necesitan una formación muy específica y el principal objetivo es facilitar la información, ayudar con los asuntos inacabados del fallecido, incrementar la realidad de la pérdida, colaborar en dar una despedida adecuada, facilitar la expresión emocional o ayudar a reajustarse tras la pérdida (Worden, citado en González Calvo, 2006). **Las técnicas** para alcanzar estos objetivos son la entrevista, la observación, el uso de símbolos, escribir cartas o dibujar,

el *role playing*, etc. Es necesario el conocimiento de la situación familiar y de las necesidades de los niños y adolescentes y del resto de componentes para poder realizar un buen diagnóstico social.

Existen algunos aspectos que hay que tener en cuenta para que la intervención sea lo más adecuada posible, como son: estar sentado al dar malas noticias, suministrar informaciones claras, reconocer que el sufrimiento es natural y que cada persona tiene su ritmo, estar disponible para escuchar sin juzgar, ya que hablar libera el estrés, dar espacio para el silencio y el contacto físico para hacer un acogimiento no verbal (Campos Toledo, 2015).

2. Planteamiento metodológico

El objetivo principal es corroborar la hipótesis de que la muerte de una persona de la familia, sobre todo de la familia nuclear, es un factor estresor y desestabilizador en el desarrollo psicosocial de los miembros más jóvenes, ya sean niños o adolescentes.

Los objetivos específicos que se han definido son los siguientes:

- Identificar la muerte familiar como un factor estresor para la funcionalidad familiar y el equilibrio de esta.
- Definir los principales problemas desde el punto de vista psicosocial en los niños y adolescentes.
- Conocer las diferentes formas de afrontar el duelo según el momento evolutivo de la persona.
- Definir la forma de intervención en niños y adolescentes en situación de duelo familiar.
- Conocer cómo se desarrolla la práctica profesional del trabajador social en el ámbito del Trabajo Social sanitario y la intervención en los ámbitos de enfermedad y duelo. Definir la metodología que siguen y las principales técnicas.
- Establecer los ámbitos de mejora para la práctica del Trabajo Social en el proceso del duelo a escala familiar.

En cuanto a la metodología utilizada para alcanzar el objetivo, se ha trabajado con dos técnicas diferentes: **la revisión bibliográfica y la entrevista**. Ambos métodos forman parte de la investigación cualitativa, que tiene como objetivo identificar la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones y su estructura dinámica. Se centra en la fenomenología y la comprensión, es subjetiva, exploratoria, inductiva y descriptiva. Además, está orientada al proceso, es holista y trata la realidad como un fenómeno dinámico. Por el contrario, la investigación cuantitativa determina la correlación entre variables, la generalización y la objetivación de los resultados. Cabe destacar que en la investigación cualitativa los investigadores son sensibles a los efectos que ellos mismos causan en las personas objeto de estudio y valoran todas las perspectivas, siendo todos los posibles escenarios dignos de estudio.

Revisión bibliográfica

Este instrumento de análisis se compone, principalmente, de dos elementos: los documentos elegidos para la revisión, que en este caso han sido libros, artículos de revistas científicas, actas de diferentes congresos específicos sobre la disciplina y tesis doctorales y, por otra parte, el resultado del análisis de todos ellos. En este proceso hay que tener en cuenta los diferentes tipos de documentos con los que se puede trabajar: los primarios, que son originales y transmiten información directa; los secundarios, que ofrecen descripciones de los primarios; y, finalmente, los terciarios, que sintetizan los primarios y secundarios (Pedraz, 2004). En el caso de esta investigación se han utilizado, principalmente, primarios y terciarios (como es el caso de directorios de bases de datos, por ejemplo).

Dentro del proceso de investigación, la revisión de la bibliografía se encuentra, inicialmente, en el proceso de justificación de la investigación para mostrar cuáles son las metas, los objetivos, el alcance y la exposición de motivos que fundamentan la investigación. Del mismo modo, la revisión también incluye una exploración de la metodología utilizada para poder contestar la pregunta de investigación, y aporta una fundamentación para los enfoques metodológicos y diseños de investigación utilizados.

Entrevista

La entrevista nos permite recoger información sobre los hechos y aspectos subjetivos de las personas y conocer su opinión en relación con estos hechos.

La entrevista forma parte de las técnicas de investigación social cualitativa, cuya función es interpretar los motivos profundos que tienen los agentes a la hora de actuar o presentar de determinado modo con respecto a distintos problemas sociales. Para ello, a través de una serie de preguntas estructuradas y un contacto directo, el entrevistador interpreta los aspectos más significativos y diferenciales de los entrevistados (Taguenca Belmonte y Vega Budar, 2012, p. 60).

Muestra

Tal como afirman Gutiérrez y del Val (citado en Gallego y Tomás, 2016), una entrevista como las que se presentan en este estudio se realiza sobre un panel de informantes reducido que es representativo, cuantitativa y cualitativamente, de la población que deseamos observar. Se ha comenzado haciendo un diseño teórico de los sujetos a entrevistar que en la mayoría de los casos pretende ser un reflejo de los sectores sociales relevantes para el objeto de estudio.

Esta investigación se ha realizado con un muestreo integrado por 18 profesionales de la intervención en situaciones de duelo en diferentes puntos de España. Sus perfiles son, principalmente: trabajadores sociales de centros hospitalarios o de entidades que trabajan con enfermedades graves, psicólogos expertos en duelo y académicos que han desarrollado una intensa carrera como autores de diferentes publicaciones y docentes de formación especializada en el tema. Los profesionales participantes

ejercen principalmente en unidades de cuidados paliativos de diferentes entes públicos y privados, asociaciones de enfermedades crónicas, grupos de duelo, gabinetes de psicología especializados y universidades de distintos puntos del territorio.

La búsqueda de estos se ha llevado a cabo a partir de directorios de grupos de duelo, de hospitales y también a través de los autores de las obras referenciadas en la bibliografía. De los 35 contactos iniciales seleccionados para hacer la entrevista se ha llevado a cabo con 18 de ellos, siendo los perfiles de los entrevistados los siguientes:

- 8 trabajadores sociales pertenecientes al ámbito hospitalario o a asociaciones que trabajan con enfermedades graves y terminales.
- 9 psicólogos expertos en procesos de duelo de los cuales 4 podemos catalogarlos como profesionales reconocidos a escala estatal por la cantidad de profesionales que se han referido a ellos, el volumen de bibliografía publicada y por ser referentes en el ámbito académico.
- 1 educadora social que ha hecho varios trabajos y publicaciones en este ámbito específico.

Tabla 2. Composición de la muestra

Entrevistado	Ocupación y competencias	Años de experiencia duelo familiar
E1	Terapeuta de duelo en un hospital de referencia	6 años
E2	Trabajadora social en asociación oncológica referente a escala nacional	5 años
E3	Psicóloga en asociación oncológica referente a escala nacional	12 años
E4	Psicóloga de equipo de cuidados paliativos en hospital de referencia	5 años
E5	Psicóloga familiar especializada en procesos de duelo	20 años
E6	Psicóloga familiar especializada en procesos de duelo	10 años
E7	Psicóloga familiar especializada en procesos de duelo	12 años
E8	Trabajadora social en asociación oncológica referente a escala nacional (coordinadora del equipo social)	10 años
E9	Trabajadora social en hospital de referencia	13 años
E10	Docente especializada en duelo infantil y juvenil y autora de varios estudios sobre el tema	20 años
E11	Coordinador departamento de Trabajo Social en hospital de referencia	6 años
E12	Psicopedagoga y docente especializada en duelo infantil y juvenil	15 años
E13	Psicóloga familiar especializada en procesos de duelo	12 años

E14	Psicóloga especializada en duelo infantil y juvenil y autora de varios estudios sobre el tema	20 años
E15	Trabajador social sector público y autor de varios estudios sobre el tema	5 años
E16	Educadora social especializada en jóvenes y adolescentes	3 años
E17	Trabajadora social en institución sanitaria oncológica de referencia	20 años
E18	Trabajadora social sanitaria, docente e investigadora	13 años

Fuente: Elaboración propia.

Instrumentos

Se ha utilizado la técnica de entrevista individual de tipo estructurada y con una duración aproximada de 30-45 minutos cada una.

Siendo la psicología y el Trabajo Social especialidades e intervenciones muy diferentes entre sí, se han elaborado dos tipologías diferentes de entrevista (en los «Anexos» se incluyen los dos guiones), una para cada tipo de profesional, con las que se pretende cumplir con la verificación de la hipótesis y de todos los objetivos específicos. Es por ello que en el proceso de redacción de las entrevistas se ha elaborado cada pregunta buscando su correlación con los objetivos a alcanzar. En todo momento se ha trabajado para mantener la confidencialidad de los sujetos entrevistados informándoles sobre la finalidad del estudio y garantizando su anonimato.

Análisis

Para identificar los resultados se ha realizado un análisis cualitativo de los datos obtenidos en las entrevistas a profesionales del ámbito, tanto psicólogos como trabajadores sociales, basado en el método de comparación constante creado en 1967 por los sociólogos Barney Glaser y Anselm Strauss y que ha sido perfeccionado por otros a lo largo del tiempo. Según Samter (2012), este método permite descubrir conocimiento a través de la generación de categorías de conceptos que surgen a partir de la evidencia empírica. Así, se ha podido realizar un diálogo entre los resultados y la literatura actualizada en sobre el tema.

En este caso, y tras haber estudiado los registros a través de la lectura y la realización de una tabla para unificarlos, se han identificado los siguientes temas emergentes:

1. La muerte como estresor que afecta a la estructura y al equilibrio familiar.
2. Principales problemáticas en niños y adolescentes.
3. Diferencias principales en el proceso de duelo entre los niños y adolescentes, y las personas adultas.
4. Formas de intervención con niños y adolescentes.
5. La figura del trabajador social.
6. Ámbitos de mejora.

3. Resultados

A continuación, se muestran los resultados obtenidos en cada uno de los temas.

La muerte como estresor que afecta a la estructura y al equilibrio familiar

Se puede afirmar que en la mayoría de los casos la muerte de un miembro de la familia nuclear representa un estresor importante para la familia y, más concretamente, para los niños y adolescentes. A parte del significado de la pérdida, hay muchas adaptaciones que la familia tiene que hacer en cuanto a horarios, estructura, asunción de responsabilidades, organización académica, económica, etc., debiendo estructurarse de nuevo desde una perspectiva nueva de familia, reformular y delimitar los papeles y las funciones. La familia, como entidad viva, pasa por diferentes etapas vitales durante el proceso de enfermedad de uno de sus miembros, pudiendo desestabilizar su funcionamiento, creando situaciones de crisis vitales, estresantes y provocando modificaciones en su sistema interno y en los roles y funciones de cada uno de ellos.

La muerte puede ser un estresor, ya que la familia es un sistema vivo y dinámico que tiene diferentes etapas en su ciclo vital y un proceso de enfermedad o muerte puede provocar modificaciones en su sistema interno y en sus roles y funciones (E6, 10 años de experiencia).

A pesar de que parece existir un consenso sobre la naturaleza de la muerte como estresor familiar, una parte de los entrevistados conviene que lo será en mayor o menor medida dependiendo de algunos factores clave: cómo el adulto de referencia gestiona el duelo, la forma en que gestionan el proceso con el niño o adolescente y la relación o vínculo que les unía.

Los niños y adolescentes no tienen la experiencia previa con el tema de la muerte, por lo que ellos harán lo que haga el adulto de referencia. Por ejemplo, si se puede hablar de forma natural del tema aprenderá que es algo natural y hablará de forma natural, pero si se evita el tema, tampoco hablará y es cuando hay riesgo de que el proceso se complique. Es importante transitar el dolor y se tiene que ayudar a los niños y adolescentes a que sepan identificar lo que sienten y poderlo expresar y regular de forma adecuada, siendo muy importante la educación emocional recibida. En la mayoría de los casos han recomendado que el trabajo se realice con el adulto de referencia a no ser que el niño o adolescente presente síntomas graves o persistentes.

Problemas o efectos desde el punto de vista psicosocial en los niños y adolescentes

Un punto clave es especificar y valorar la edad biológica del niño o adolescente, ya que el concepto de muerte no es el mismo desde el punto de vista evolutivo y será un aspecto a tener en cuenta para la intervención del profesional. En edades hasta los 7-8 años, es posible que se den cambios en el ciclo del sueño y en el descanso, en las rutinas fisiológicas,

el apetito, mayor irascibilidad y las denominadas “rabiets” e incluso que aparezcan cuadros psicosomáticos como dolor de cabeza, de estómago, etc. Siempre y cuando no se alarguen en el tiempo y no sean muy intensos, puede considerarse dentro de la normalidad.

En el caso de los niños pequeños y de niños hasta 7 años, es muy posible que, si no se le explica bien y de forma clara, pueda desarrollar sentimientos de que ha sido abandonado, de inseguridad, de rabia y de decepción que pueden repercutirle en muchos ámbitos de su vida (E17, 20 años de experiencia).

En cuanto a los adolescentes, la pérdida puede afectar al rendimiento en la escuela, que bajen las notas, que pierdan las ganas de ir. También se observan conductas más irascibles, más frágiles, la adopción de conductas de riesgo y la asunción, en muchos casos, de responsabilidades que no les corresponden por su edad.

En el caso de los adolescentes, la pérdida se añade al propio proceso vital que están teniendo, que puede ser complicado, por lo que hay más factores de riesgo como son el consumo excesivo de videojuegos, alcohol, tabaquismo, sexo sin precauciones, etc. (E3, 12 años de experiencia).

Diferencias principales en el proceso de duelo entre los niños y adolescentes y los adultos

La mayoría de los expertos coinciden en que el duelo infantil se considera un duelo desautorizado, que son muy pequeños para afrontarlo y les evitan y ocultan lo que envuelve la muerte, de modo que complican el proceso, por lo que muchas veces pasa sin notarse en la infancia y es en la adolescencia cuando aparecen trastornos de ansiedad, comportamientos de riesgo o alguna depresión debido a que la pérdida no está trabajada. En cambio, el adulto tiene más conciencia de cómo se vive el proceso y facilidad para identificar las emociones que están presentes. Además, lo normal es que cuente con más recursos para gestionar las emociones que siente.

El adulto tiene, a priori, muchos más mecanismos de afrontamiento que los niños y adolescentes y más opciones, como por ejemplo poder pedir ayuda o desconectar haciendo algo que le gusta cuando se siente mal, entre otros (E6, 10 años de experiencia).

También convienen en que existen muchos mitos acerca de cómo viven la pérdida los niños y adolescentes que dificultan el camino haciendo que los adultos tiendan a sobreprotegerles y a no dejarles participar en el proceso de despedida, rituales o ni siquiera en las conversaciones sobre la persona fallecida.

Formas de intervención con niños y adolescentes ante la pérdida familiar

Se debe realizar un abordaje integral de la situación con todos los miembros que forman la familia durante todo el proceso de adaptación a la enfermedad, desde el momento del diagnóstico (con el consecuente primer proceso de duelo que es la pérdida de la salud), hasta la intervención en los procesos de anticipación al duelo en situaciones en las que el pronóstico indica la próxima muerte del paciente. Uno de los aspectos

más importantes en este momento es la detección de factores de riesgo de duelo complicado, por lo que los profesionales deben tenerlo presente y hacer las derivaciones pertinentes. Posterior a la muerte del paciente se debe intervenir en los procesos de duelo de los familiares que pasan a ser dolientes a través de entrevistas o llamadas posteriores. En el caso de existir niños o adolescentes a cargo, es muy importante incidir sobre una serie de cuestiones en concreto. En caso de detectar un síntoma de que niños y adolescentes pueden tener un duelo complicado se pueden realizar sesiones grupales en grupos de duelo, sesiones individuales en las que se les ayude a expresarse a través de dibujos, cuentos, relatos, etc.

Lo que mejor funciona son los grupos de duelo para niños y adolescentes, que están separados, ya que, sobre todo los últimos, sienten que están con un grupo de iguales en la misma situación y eso les ayuda a abrirse (E1, 6 años de experiencia).

En este sentido, ha sido muy importante la creación de recursos específicos a partir del trabajador social sanitario para atender este tipo de situaciones.

La figura del trabajador social en la intervención con niños y adolescentes en situación de duelo familiar

Desde el Trabajo Social se acompaña a la familia desde una perspectiva biopsicosocial, empezando con una primera entrevista o llamada. Es en esa exploración donde se estudian y se valoran las necesidades psicosociales del paciente y de su contexto familiar. Para mejorar la calidad de vida del paciente y de su sistema familiar más cercano, la situación debe abordarse teniendo en cuenta todas las dimensiones (física, emocional, social, económica, relacional, espiritual, etc.) para dar respuesta a todas las necesidades y problemáticas que se den.

Como principio, el Trabajo Social tiene como objetivo la consecución del bienestar de las personas, e intervenir en los procesos de duelo es una forma de contribuir al logro de ese objetivo (E15, 5 años de experiencia).

Hay que destacar la importancia que el Trabajo Social juega en los equipos de profesionales que atienden al paciente y a su familia y destacan que es básico que existan buenas herramientas de coordinación entre unos y otros para evitar duplicidades y abordar la problemática de la forma más integral posible.

Siempre que haya un equipo estable, la presencia del trabajador social sanitario resulta crucial interna y externamente. Las razones son de principios: celeridad, economía, flexibilidad... Pero también porque la familia siente el apoyo profesional desde la verdad, no desde la retórica. El problema se da cuando el trabajador social sanitario acude a demanda y no forma parte del equipo (E18, 13 años de experiencia).

Sin embargo, algunas aportaciones de los entrevistados se refieren a la labor excesivamente burocrática que se realiza desde el Trabajo Social como mero tramitador de prestaciones o ayuda en las gestiones posteriores a la muerte.

Como trabajadora social, una gran parte de mi tiempo lo dedico a la tramitación de ayudas económicas puntuales o ayuda con los trámites para el funeral, información sobre posibles prestaciones, etc. Me gustaría poder intervenir más a largo plazo con esa familia en dificultades (E2, 5 años de experiencia).

Para concluir este punto, se puede afirmar que la figura del trabajador social en los procesos de final de la vida y duelo es una pieza clave para el paciente y la familia a través de una intervención profesional específica que solo puede desarrollar un profesional que esté cualificado y formado para ello. En este caso, será el trabajador social sanitario el referente sobre el que recaerá la intervención. Para continuar evidenciando las ventajas de la intervención se tiene que seguir trabajando en la investigación, que en los últimos años ha sido una de las claves que ha permitido poder mostrar con resultados los beneficios que aporta esta figura profesional.

Ámbitos de mejora para la intervención

Existen varios aspectos mejorables, como la ratio de trabajadores sociales por hospital, que es muy bajo (además la figura no está presente en todos) o el reforzamiento en atención primaria con especialistas. También la creación de una modalidad de baja laboral reconocida en estos casos, así como la implementación del principio de universalidad en el sistema sanitario en relación con estas situaciones, ya que no hay una cobertura universal y cualquier persona en esta situación debería poder acceder de forma gratuita a los recursos pertinentes.

El acompañamiento en el duelo no está reconocido como recurso en el sistema de salud, por lo que no hay una cobertura universal y ni tan siquiera existe un motivo de baja médica que sea el del duelo, solo tienes 4 días (E1, 6 años de experiencia).

También son necesarias soluciones para casos de muerte repentina en la que el paciente no ha estado institucionalizado y no está dentro del ámbito de ninguna institución.

Siempre tienes la sensación de ser un apagafuegos, solo hay entrada en los recursos cuando se da una situación límite o hay una larga enfermedad detrás, si no, la persona, está desamparada (E3, 10 años de experiencia).

Otro aspecto que muchos profesionales han destacado es la importancia de la escuela y el sistema educativo para que se implemente formación para los profesores y también en los estudios de grado, tanto en los de Trabajo Social como en los de psicología o pedagogía. Por último, en algún caso apuntan a los desequilibrios territoriales que se dan en cuanto a los recursos y a la dificultad de conocerlos todos, por lo que deberían existir directorios en cada centro de salud, hospital, tanatorio, consulta psicológica, etc. A pesar de lo anteriormente expuesto, existen muchas opiniones afirmando que sí que hay recursos de calidad, pero no se conocen.

Considero que sí existen bastantes recursos pero que no están visibilizados y ni los profesionales ni el público en general los conocen ya

que no forman parte del Sistema Nacional de Salud y además el tema sigue siendo algo tabú (E3, 12 años de experiencia).

4. Discusión

Y ya, para finalizar, se presentan las conclusiones más importantes a las que se ha llegado con los datos obtenidos contrastando los resultados de las entrevistas con el discurso teórico existente sobre el tema.

- Existe un discurso homogéneo y un consenso elevado acerca de las consecuencias que tiene la muerte de uno de los progenitores, tanto emocional como socialmente. Como ya apuntaba Herrera Santi (2012) y se ha demostrado con la investigación, la muerte de un miembro de la familia extensa afectará a la realización de las funciones familiares y propiciará un cambio en la estructura, necesitando una readaptación y una aceptación ante la pérdida de la relación que tenía con la persona fallecida. El nivel de estrés puede variar en función del entorno familiar o social, el proceso de duelo que lleven a cabo y de la relación que se mantenía con la persona fallecida.
- Por otro lado, hay una visión unánime acerca de cómo se trata el duelo de los niños y adolescentes y cómo sigue siendo un tema tabú en el que se tiende a la sobreprotección y a la ocultación de los sentimientos y de las circunstancias. Apuntan a que los comportamientos típicos siguen siendo: no dejarle participar en los rituales ni en las conversaciones, esconderle la realidad o no ser claros con ellos. Los profesionales se encuentran día a día con falsas creencias relacionadas con el duelo de los niños y adolescentes que deslegitiman su proceso.
- Contrastando las entrevistas y la base teórica se constatan las diferentes formas de afrontar el duelo según la etapa evolutiva del niño, ya que el duelo se afronta o transita de forma diferente según el momento evolutivo en el que se encuentre la persona. Es normal que los niños más pequeños pasen de estados de tristeza a estados de alegría de forma brusca y que sus expresiones no sean siempre de sufrimiento, ya que si bien son capaces de experimentar el malestar, no saben ponerle nombre, tienen la línea entre la ficción y la realidad no muy clara ni definida. En el caso de los adolescentes, el hecho de encontrarse en un momento de muchos cambios bruscos en los ámbitos físico y emocional y de tener un mayor acceso a comportamientos de riesgo (drogas, alcohol, etc.) puede complicarles aún más el proceso de duelo.
- No existen, ni en la esfera pública ni en la privada, suficientes recursos para tratar temas de pérdida familiar, ni siquiera en el ámbito de los cuidados paliativos. Además, casi la mitad de la población no tiene acceso a este tipo de recursos ya que

solo los hospitales de referencia cuentan con ellos. También se debería incrementar y protocolarizar la asistencia en estos casos en el Sistema Nacional de Salud, sobre todo en la Atención Primaria, con formación específica, así como en el ámbito educativo para que el profesorado pueda acompañar a los alumnos que se encuentran en esta situación. Teniendo en cuenta la Convención sobre los Derechos del Niño (UNICEF, 2006) en sus artículos 12 y 24, queda patente que el estado no dispone de recursos ni profesionales para garantizar a los niños y adolescentes los apoyos ni servicios necesarios ante una situación de estas características.

- El papel del trabajador social sanitario y su intervención en enfermedad y duelo no tienen un reconocimiento ni un espacio plenamente definido, ya que hay muchos aspectos que deben mejorarse, aunque sí tiene una metodología y unos roles definidos. Hay deficiencia de profesionales en la mayor parte de equipos que atiende estas situaciones (solo en un 50% de los casos existe la figura) y ni siquiera lo suelen hacer a jornada completa. Además, es un campo poco estudiado desde la perspectiva de la intervención social, al menos en comparación con la sanitaria o psicológica. Por ello se puede explicar la poca presencia que tienen estos profesionales en las intervenciones y en los recursos específicos existentes y también la excesiva burocratización de la práctica (gestión de prestaciones, tramitación, expedientes, etc.).
- La temática no tiene ninguna presencia en los estudios del Grado en Trabajo Social ni en formaciones de postgrado o máster, solo puede accederse a través de cursos muy específicos. Se demanda que esté presente, además, en los estudios de disciplinas como la de educación o pedagogía para así poder realizar un acompañamiento de los niños y adolescentes desde los centros educativos.
- Durante la intervención desde el Trabajo Social, existe poca profundidad y seguimiento de los casos una vez la persona ha fallecido. En los casos de enfermedad, la intervención se centra casi exclusivamente en el paciente y no en la familia, y una vez se ha producido el desenlace se centra, en la mayoría de las veces, en una llamada pasadas unas semanas.

A partir del estudio realizado se han identificado una serie de posibles líneas de investigación que se podrían desarrollar en un futuro para aportar un mayor conocimiento sobre el tema, así como ideas sobre cómo mejorar la intervención.

Los principales ámbitos de análisis serían: la adolescencia y los factores de riesgo ligados al momento evolutivo en el que se encuentra el joven, los recursos específicos para niños en edades de preescolar (0 a 6 años) para afrontar una muerte familiar y que sean adecuados a sus

capacidades e intereses o el rol del padre y de la madre dentro de la familia nuclear, ya que, como han apuntado algunos entrevistados, siguen representando papeles diferentes y esto tiene una influencia a la hora de afrontar la muerte de uno de ellos.

En cuanto al papel del trabajador social se podría ampliar la investigación a la figura que ocupa en los hospitales dentro de los equipos de atención al final de la vida y en las unidades de cuidados paliativos, al protocolo de intervención del trabajador social sanitario en casos de final de vida con niños y adolescentes a cargo y también desde los servicios sociales de primera atención en caso de niños y adolescentes en situación de pérdida de un familiar.

Sería interesante conocer más profundamente la forma de abordar el tema en los grados de ciencias sociales como son Trabajo Social, psicología, educación social, o pedagogía, así como las opciones de formación de máster o doctorado.

Para finalizar, y volviendo al rol que tiene el trabajador social en las situaciones de duelo familiar, para poder evidenciar los beneficios que aporta durante la intervención, hay que seguir investigando y construyendo un mayor cuerpo teórico que respalde su intervención y sus beneficios a través de los resultados y de la rigurosidad científica.

ANEXOS

Guion de la entrevista para profesionales del ámbito psicológico

A continuación, se expone el guion de la entrevista a profesionales del ámbito psicológico:

1. Según su experiencia, ¿considera que la muerte de un familiar dentro de la familia nuclear es un estresor para el niño/adolescente? ¿Por qué?
2. ¿Cuáles cree que son los principales efectos o consecuencias en los niños y adolescentes de la pérdida de un miembro de la familia (sobre todo progenitor)? ¿Cómo cree que les puede afectar en su futuro desarrollo y en qué ámbitos existe mayor riesgo?
3. En su opinión, los efectos que comentaba sobre los niños/adolescentes, ¿en qué se diferencian de los que sufre el adulto?
4. ¿Qué efectos o consecuencias tiene sobre la estructura y funcionalidad familiar dicha pérdida? ¿sobre qué aspectos del desarrollo de la familia es más importante incidir?
5. Según su experiencia, ¿existen recursos suficientes para atender este tipo de situaciones? ¿Cuáles creen que son los principales ámbitos de mejora?

Guion de la entrevista en el ámbito del Trabajo Social sanitario

A continuación, se expone el guion de la entrevista a profesionales del ámbito del Trabajo Social sanitario:

1. En su día a día, ¿cuál es el método o actuaciones dentro del equipo de atención a la familia en casos de enfermedad crónica o terminal? ¿Existe un protocolo de seguimiento posterior una vez se produce el desenlace y la familia abandona el hospital?
2. Según su experiencia en los centros médicos u hospitalarios, ¿cuáles son los recursos más habituales para afrontar este tipo de situaciones? ¿En qué ámbitos de la familia es más importante incidir, existiendo mayor riesgo?
3. ¿Cree que el trabajador social sanitario tiene suficiente presencia en los equipos? ¿Cree que el Trabajo Social es una disciplina relevante que podría ayudar a lograr un mayor impacto en la intervención? ¿Por qué?

¿Qué aspectos de la intervención cree que se podrían mejorar en la atención a las familias?

Referencias bibliográficas

- 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., y 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>
- Colegio de Médicos de Bizkaia. (2017). *Guía sobre el duelo en la infancia y adolescencia*. Recuperado 15 noviembre 2021, de <http://www.cop.es/uploads/PDF/GUIA-TRATAMIENTO-DUELO.pdf>
- Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública. (2012). *Guía de intervención de Trabajo Social Sanitario*. Generalidad Valenciana. Recuperado 15 noviembre 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.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2006). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Naciones Unidas. Recuperado 15 noviembre 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*. Capítulo 2. Universidad de Zaragoza.
- García Ledesma, R., Mellado Cabrera, A., Illarramendi Hernández, C., y 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*. Ponencia presentada en el IV Congreso de Escuelas Universitarias de Trabajo Social, Zaragoza.

- Dialnet. Recuperado 15 noviembre 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. Recuperado 15 noviembre 2021, de <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/89/122>
- Instituto Catalán de Oncología. (2004). *Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica*. Generalidad de Cataluña. Recuperado 15 noviembre 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., y Fernández Suárez, A. (2015). *Orientación familiar. Contextos, evaluación e intervención*. Sanz y Torres.
- Pedraz, A. (2004). La revisión bibliográfica. *Nure Investigación*, 2. CCUMA. Recuperado 15 noviembre 2021, de <http://webpersonal.uma.es/~jmpaez/websci/BLOQUEI/DocuI/Revision.pdf>
- Ponce de León Romero, L., y Fernández García, T. (2008). *Trabajo Social con familias*. Alianza Editorial.
- Samter, N. (2012). Método de comparaciones constantes. En J. Paola, P. Danel y R. Manes (Comp.), *Reflexiones en torno al Trabajo Social en el campo gerontológico: Tránsitos, miradas e interrogantes* (p. 137-151). Universidad de Buenos Aires. Recuperado 21 marzo 2021, de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/27629>
- Taguena Belmonte, J., y 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. Recuperado 15 noviembre 2021, de https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/7465/tecnicas_de_investigacion_social_-_las_entrevistas_abiertas_y_semidirectivas.pdf

Compartint la pràctica professional

Sistematización del proceso de acogida en adicciones desde el Trabajo Social

María Victoria Ochando Ramírez

Estudio de caso: el acompañamiento y la orientación individual como herramienta de cambio y progreso personal y familiar en el afrontamiento del cuidado de un familiar con demencia

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 penitenciari 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

Sistematización del proceso de acogida en adicciones desde el Trabajo Social

Restructuring the addiction reception process from the field of social work

María Victoria Ochando Ramírez¹

ORCID: 0000-0001-7416-5279

Recepción: 24/03/21. Revisión: 06/05/21. Aceptación: 07/07/21

Para citar: Ochando Ramírez, M. V. (2021). Sistematización del proceso de acogida en adicciones desde el Trabajo Social. *Revista de Treball Social*, 221, 91-108. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.05>

Resumen

En este artículo, se pretende sistematizar una parte de la praxis del Trabajo Social en el contexto de las adicciones. Se centra en el proceso de acogida que se realiza a personas drogodependientes y a sus familiares en la Asociación de Alcohólicos Liberados de Jaén y Mágina (ALJAMA), en la provincia de Jaén. Se exponen las principales dificultades que encuentran las personas con adicciones y sus familiares previas a iniciar el tratamiento y se describe cómo se realiza el proceso de acogida en esta entidad. Se considera que este proceso inicial, que es desarrollado por trabajadores y trabajadoras sociales, es el punto de partida para el resto de la intervención. La forma de establecer los primeros contactos es determinante para ofrecer servicios de calidad centrados en la persona. Por último, se presentan algunas recomendaciones sobre el proceso de acogida que favorecerán el proceso de rehabilitación y contribuirán al bienestar social de las personas adictas y de sus familias.

Palabras clave: Trabajo Social, adicciones, acogida, proceso, calidad.

1 Doctora en Trabajo Social. Profesora en la Universidad Internacional de La Rioja (UNIR). Trabajadora Social en 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.

Introducción

En Trabajo Social, la sistematización está adquiriendo protagonismo debido a razones intrínsecas a la profesión y por los entornos laborales. Consta de un carácter científico desde Mary Richmond. Para alcanzar el conocimiento, es indispensable generar sinergias entre la investigación y la práctica (Esteban y Del Olmo, 2021). La sistematización permite extraer conocimiento de la praxis profesional del Trabajo Social.

Las tendencias en la Administración pública y en las organizaciones van en la línea de la implementación de sistemas de calidad y la mejora continua (Ochando, 2021). Los sistemas de protección han ido incorporando esta filosofía, cuestión que se refleja a su vez en el terreno normativo. En el ámbito de los servicios sociales, se concreta en las leyes de servicios sociales de última generación. Se basa en principios como la orientación al cliente, la orientación a resultados, el trabajo en base a procesos, la mejora continua, etc. Promueve prácticas basadas en la evidencia, por lo que la evaluación y la reflexión sobre la práctica son necesarias para saber qué se hace y cómo, y si dichas actuaciones permiten responder al propósito de la entidad. La implantación de un sistema de gestión de calidad desde un enfoque de calidad total favorece la satisfacción de todos los grupos de interés, personas usuarias, profesionales, etc., se motiva para alcanzar resultados excelentes y contribuye a la sistematización de datos. En concreto, contribuirá al Trabajo Social:

- La generación de nuevos enfoques teóricos o metodológicos.
- El análisis de la práctica y la mejora continua de los procesos.
- El establecimiento de un lenguaje compartido.
- La difusión de buenas prácticas entre profesionales.
- La visibilización de los recursos sociales, instituciones y colectivos.
- El reconocimiento y el prestigio de la profesión; lo que no se divulga no se conoce.

La sistematización ha de integrarse en las funciones de los trabajadores y trabajadoras sociales de las organizaciones y en los servicios sociales comunitarios y especializados. En este artículo, se describe el proceso de acogida realizada desde el Trabajo Social en un servicio especializado en adicciones.

El fenómeno de las adicciones

Los problemas sociales y económicos derivados de la adicción a sustancias constituyen en la actualidad un grave problema social que repercute a miles de personas. El acceso a las drogas es sencillo, hay una elevada disponibilidad (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2020). La línea que separa un uso de un abuso y, finalmente, una dependencia, es pequeño. Cualquier persona puede adquirir una adicción

independientemente de su estatus social o su género, entre otros, sobre todo si los factores de riesgo tienen mayor presencia que los factores de protección. A escala social, existe gran permisibilidad y baja percepción de riesgo.² Los consumos experimentales que suelen iniciarse en la adolescencia pueden desencadenar conductas de riesgo, e incluso una adicción. La adicción a las drogas según la Organización Mundial de la Salud (1994) es:

Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio (p. 13).

Los comportamientos adictivos afectan a quien consume alcohol u otras drogas y a su entorno, repercutiendo negativamente en el sistema familiar, en contextos laborales, etc. Para atender estas situaciones complejas, se requieren profesionales como los trabajadores y las trabajadoras sociales, dada su trayectoria en el ámbito de las adicciones y sus conocimientos de la persona y el entorno (Borràs, Pérez y Llord, 2019). Se encargarán de gestionar las demandas de ayuda al sistema sanitario y al de servicios sociales. La atención sociosanitaria está regulada por leyes sectoriales y especialmente por la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (Ministerio de Sanidad, 2017), y las respectivas regulaciones autonómicas.

En Andalucía, marca las directrices el III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (Secretaría General de Servicios Sociales, 2016). Se establecen líneas prioritarias como la perspectiva de género, la intervención a personas dirigidas con alto riesgo de exclusión social, modernización y calidad de los servicios y programas e impulso a las nuevas tecnologías, entre otras. Distingue cuatro áreas de actuación: Prevención, Atención Sociosanitaria, Incorporación Social y Gestión del Conocimiento. Los recursos especializados en drogodependencias para Andalucía se plasman en el Mapa de Servicios Sociales de Andalucía.

Contexto de la organización

La Asociación de Alcohólicos Liberados de Jaén y Mágina (ALJAMA) es una asociación provincial sin ánimo de lucro fundada en 1988 que tiene como misión proporcionar un abordaje integral de las adicciones a personas adictas y a sus familiares. Desarrolla programas preventivos y programas de apoyo al tratamiento. A través de actuaciones de carácter

2 Para más información de incidencia de consumo de drogas, revisar las publicaciones anuales del Ministerio de Sanidad sobre el Plan Nacional sobre Drogas, el Observatorio Español de Drogas y Adicciones; el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, entre otros.

ambulatorio con profesionales, potencia las habilidades sociales y la calidad de vida de las personas usuarias.

ALJAMA es una entidad de pequeño tamaño, con escasos recursos, que atiende semanalmente una media de 30 a 40 personas adictas y a sus familias. El perfil más habitual de personas adictas son hombres de entre 35 y 50 años, dependientes del alcohol o policonsumidores. El número de mujeres usuarias adictas es muy reducido, alrededor del 5%. Entre el grupo de familiares, predomina el sexo femenino y la relación de pareja. La mayoría de las personas usuarias tienen hijos o hijas y disponen de una red de apoyo familiar. El estatus social es de clase media. Hay un porcentaje bajo de hombres enfermos que acuden solos, mientras que es la pauta mayoritaria en las mujeres adictas.

El equipo técnico es estable y se ofrece un trato cercano. En ocasiones, hay voluntariado o alumnado de prácticas. En cuanto al tratamiento, no se dan altas. La persona usuaria puede asistir a tratamiento todo el tiempo que requiera, ajustándose en todo momento a las necesidades que presente. Es habitual que personas más veteranas apoyen a miembros nuevos, y que los nuevos retroalimenten a los más veteranos para que no olviden cómo estaban. Se potencia el grupo y la ayuda mutua. Las personas de ALJAMA se consideran una familia, se sienten entendidos y escuchados.

Metodología

Esta sistematización se basa en la experiencia profesional como trabajadora social de la autora durante más de diez años en ALJAMA. Desde un enfoque cualitativo y con alcance descriptivo, se ha servido de revisión documental, entrevistas y observación. Se han recopilado evidencias extraídas de soportes documentales como historias sociales, hojas de registro de socios y de socias, hojas de registro de asistencia a terapias, actas de terapia, cartas, fichas de observación, etc. También se ha plasmado la experiencia en atención directa de la autora. En concreto, a través de las entrevistas personales iniciales y de seguimiento, y en las terapias grupales semanales desarrolladas ininterrumpidamente desde 2010 hasta la actualidad. Además, con objeto de validar estas aportaciones, se ha sometido esta publicación a la revisión interna de personas usuarias de ALJAMA, ya que se considera pertinente incluir algún grado de participación en la sistematización (Caparrós, Carbonero y Raya, 2017).

Circunstancias previas al proceso de acogida

La atención de las adicciones se realiza desde un enfoque interdisciplinar (Arredondo, 2019). Se promueven intervenciones grupales, que permiten la identificación de la persona con el resto de los miembros del grupo, el aprendizaje y el apoyo mutuo. Los grupos terapéuticos o terapias grupales se consideran una de las técnicas más utilizadas en el trata-

miento de las adicciones (Monras et al., 2020). El grupo favorece alcanzar los objetivos grupales e individuales y lograr el éxito en la rehabilitación. Estas técnicas grupales se complementan con intervenciones individuales. Desde el Trabajo Social se requiere además una atención personalizada de casos que permita el abordaje de la persona y su entorno, la detección de necesidades y el empoderamiento. En este sentido, se requiere tener en cuenta algunas circunstancias previas al proceso de acogida.

A menudo, las personas consumidoras de sustancias y sus familias experimentan un periodo de toma de conciencia que antecede a la demanda. La duración de esta etapa previa a la incorporación a la asociación es muy variable, hay personas que han tardado en dar el paso más de seis meses, o incluso años. El hecho de tomar la determinación entrafia aspectos psicológicos y sociales que variarán en función de cada caso y persona, así como del contexto social.

Las familias que se ven afectadas por la adicción en su unidad familiar toman conciencia de que hace falta un cambio incluso antes que el propio adicto o adicta. Atendiendo al marco teórico en adicciones y lo observado en ALJAMA, se establece el siguiente proceso circular en las dinámicas familiares de estas personas usuarias:

1. El proceso se inicia cuando un componente del núcleo familiar se percata de que uno de los miembros de su familia está desarrollando un comportamiento distinto y que además le resulta molesto o negativo.
2. Se detecta que dicho comportamiento empieza a ser más habitual de lo que gustaría. No se sabe bien qué está sucediendo. Se pone en duda si verdaderamente se trata de una adicción o si estas actitudes se deben a otra circunstancia (por ejemplo, la pérdida de empleo, relaciones familiares tensas, infidelidad, problemas de rendimiento escolar, etc.). La familia desarrolla una observación mayor y una búsqueda de respuestas.
3. La familia percibe indicios de que dicho cambio de comportamiento puede estar ocasionado por el consumo de una sustancia (alcohol, cocaína, cannabis, etc.); o por un patrón repetitivo que pueda derivar en una adicción sin sustancia (juego, compras, sexo, etc.). Las familias se debaten entre momentos de claridad y otros de confusión, incluso se plantean que la otra persona bebe o consume drogas por su culpa. Se manifiestan emociones ambivalentes, en las que predominan la rabia, la impotencia y la incomprensión de lo que está sucediendo.
4. La propia familia, con el objetivo de minimizar el impacto de los comportamientos, despliega conductas que le ayudan a “sobrellevar” la situación. Modifican sus horarios, rutinas, se aíslan socialmente por temor al escándalo, no cuentan lo que sucede para evitar problemas.
5. Se identifica la existencia de una adicción. Los familiares experimentan ansiedad, problemas de salud, asunción de responsabilidades, sobrecarga emocional y dependencia a la persona

adicta en diferentes intensidades. Como familiar, se pretende salvar a la persona con adicciones, haciendo que toda su vida y la del núcleo familiar gire en torno a los patrones de la adicción de su familiar enfermo u enferma. Si, además, se trata de un familiar y el adicto es el hombre, se acrecientan las funciones de cuidado y protección derivados de los roles de género. De ahí que se produzca en algunos casos la codependencia.

6. Se produce un empeoramiento o incremento del consumo que afecta a todas las áreas. Los familiares están desbordados y se plantean pedir ayuda profesional. A veces no es el primer intento.

Las circunstancias descritas no son lineales, pudiendo combinarse meses donde la persona tenga un patrón de consumo más reducido y otros en los que la adicción esté más presente. Todo depende del tipo de consumo que tenga, a qué sustancia, la tolerancia, las motivaciones y el grado de adicción. Las familias estarán a la expectativa durante el tiempo que consideren, pudiendo ser muy pacientes y esperar años o, por el contrario, detectar la conducta adictiva e iniciar antes la intervención profesional. Entre las personas que acuden a ALJAMA, hay una mayor incidencia del primer grupo.

Los familiares de personas adictas encuentran numerosas dificultades para dar el paso de pedir ayuda (Tabla 1). Las esperanzas de que se produzca el cambio derivan de promesas constantes de cambio. Las personas en activo incumplen sus promesas y se reactiva el ciclo del consumo. Otros motivos que se pueden encontrar son los temores hacia el qué dirán, la pérdida de prestigio social, la culpa, etc., que les llevan no solo a postergar la decisión, sino a pensar que pueden controlar a la persona adicta.

Tabla 1. Dificultades para pedir ayuda en familiares de personas adictas

Dificultades para pedir ayuda en familiares de personas adictas
Desconocen que el consumo es un problema a largo plazo.
Confían en las promesas de cambio que hace la persona adicta.
Creer que es un tema que se puede manejar en la familia, sin ayuda de nadie.
No quieren hacer nada que enfurezca a su familiar y le lleve a consumir más.
Tienen miedo al qué dirán si los demás se enteran de su problema.
Desean normalizar la situación respecto a sus hijos o hijas u otras personas (jefes o jefas, familias).
No tienen claro si se debe a un problema de adicción o a otros motivos.
Sienten que la otra persona bebe o consume por su carácter o características. Culpa.
Desconocen los recursos disponibles.
Tienen una falta de comprensión de la adicción.

Fuente: Elaboración propia.

Aun siendo conscientes de que existe un problema, en ocasiones, los familiares no terminan de entender por qué la otra persona bebe o consume drogas y en qué consiste la adicción. Se oyen expresiones del tipo “bebe porque quiere”, “es un vicioso”, “no quiere a su familia: si lo hiciera, dejaría de beber”, “debería cambiar y no consumir por el bien de sus hijos”, etc. Cuando la adicción es de fin de semana, resulta más complejo si cabe.

A la persona adicta le cuesta dejarlo, ha perdido el control. No se es más adicto por tomar más cantidad o por consumir con más frecuencia. Hay una gran variedad de personas y de adictos o adictas. Es importante recordar que cuando se habla de personas con adicciones, no se refiere a personas que se encuentren bajo los efectos del alcohol y/o las drogas constantemente, sino que también tienen momentos de lucidez y sentimientos, aunque no sepan o no puedan afrontar su problema por su adicción al alcohol y/o a otras drogas. La intervención con drogodependientes y familiares ha de partir de la dignidad y el conocimiento de lo que supone tener una adicción.

Finalmente, los familiares llegan a un momento insostenible en sus dinámicas familiares y trayectorias vitales. Coloquialmente indican “que han tocado fondo”, se encuentran en una situación muy crítica desde el punto de vista personal, familiar y económico. La comunicación con la persona adicta suele ser muy tensa o casi inexistente. Los conflictos son habituales y de mayor envergadura, aparecen algunas deudas económicas, mentiras y evasión de responsabilidades personales, laborales y familiares. En algunos casos, si hay menores, tienen escasa relación con la persona consumidora.

Cuando las familias deciden que es el momento de actuar y pedir ayuda, incluso aunque la persona adicta aún no reconozca su situación adictiva, se encuentran la tesitura de no saber por dónde empezar. El desconocimiento de los recursos de la red de centros especializados de atención a adicciones es evidente. En muchos casos, se inicia la búsqueda a través del médico de cabecera o del psicólogo, quienes derivan a los recursos de la red asistencial. En ALJAMA hay personas que vienen por estas vías, pero, principalmente, acuden a través de alguna persona conocida de su entorno con experiencia en la asociación.

Mayoritariamente, entre las familias, esta petición de ayuda a los servicios especializados de adicciones se suele iniciar por la pareja o la madre. En muchas parejas, la demanda de separación suele ser el último recurso disponible para poner a la persona adicta en la tesitura de “o cambias o me voy”. Es por ello por lo que muchas personas enfermas inician su tratamiento bajo esta presión familiar imponente.

Por su parte, la toma de conciencia para las personas adictas es distinta a la de los familiares. La mayor dificultad viene dada por entender qué le está pasando y aceptar su problema. Existen diferentes tipologías de personas adictas, que, en el caso del alcohol, además se le une ese componente social de que el alcohol está presente en las celebraciones y hábitos sociales. Expresiones como “yo bebo lo normal”, “todo el mundo bebe”, o “yo controlo” van a marcar el discurso de las personas adictas

al alcohol en los primeros momentos. El hecho de que una persona adicta decida por sí misma iniciar el cambio, dependerá de muchos factores y del momento en el que se encuentre.

Prochaska y DiClemente (1982) establecieron el modelo transteórico del cambio, donde definen las seis etapas del cambio que la persona adicta experimenta (Tabla 2). Este modelo permite sustentar teóricamente la intervención. Teniendo en cuenta este marco, se pueden establecer las estrategias de intervención más apropiadas en función del estadio en el que la persona usuaria con adicción a drogas se encuentre. El modelo permite evaluar las necesidades y ajustar las técnicas más adecuadas.

Tabla 2. Los estadios de cambio

Precontemplación	La persona con adicciones no se plantea modificar su comportamiento.
Contemplación	La persona manifiesta una actitud ambivalente hacia el cambio.
Preparación	Se establece una actitud favorable al cambio.
Acción	La persona se motiva hacia el cambio, abandona su consumo.
Mantenimiento	Consolida los cambios logrados, trabaja para evitar recaídas.
Recaída	La recaída puede formar parte del proceso, la persona puede retroceder a estadios iniciales.

Fuente: Prochaska y DiClemente (1982).

El consumo problemático de drogas debe abordarse por parte del trabajador o trabajadora social de manera diferente según si la persona percibe o no que tiene un problema; y si desea o no introducir cambios en su vida en diferentes áreas. Las personas con adicciones que acuden a ALJAMA a pedir ayuda, tanto por convicción propia como presionadas por la familia, suelen encontrarse en las etapas iniciales del modelo: precontemplación, contemplación y preparación. Así, aquellas personas que han visto las consecuencias a las que les ha llevado su consumo, aunque sea mínimamente, se muestran más receptivas a cambiar parte de su conducta, o incluso a informarse en un centro especializado, una asociación, etc. Algunas personas usuarias consideran que esa primera visita “para cubrir el expediente” será suficiente; otras afirman que lo han intentado por su cuenta sin éxito, que quieren mejorar su vida, etc. También hay personas adictas que presentan notables prejuicios hacia lo que pueden encontrarse en un centro de adicciones, independientemente de si es público o privado. Cantos (2020) apunta que “la imagen social de las personas drogodependientes está cargada de estereotipos y es generadora de estigma y exclusión” (p. 50). Todos estos pensamientos iniciales

facilitarán o retrasarán el momento de pedir ayuda y deben considerarse también en la acogida inicial (Tabla 3).

Tabla 3. Dificultades para pedir ayuda en personas adictas

Dificultades para pedir ayuda en personas adictas
Ausencia de conciencia del problema: “yo no tengo ningún problema, controllo y puedo dejarlo cuando quiera”; “llevo dinero a casa”; “soy un buen profesional”.
Derivación de las responsabilidades a otras personas: “mi familia está muy nerviosa, tiene que ir a un psicólogo. Yo estoy bien y no necesito ayuda”.
Prejuicios hacia los centros o las personas usuarias: “eso es una secta”; o “allí no hay más que borrachos, enganchados, colgados”.
Vergüenza o temor a dañar su imagen social.
Pensar que es la única persona a la que le pasa.
Desconocimiento de los recursos disponibles.

Fuente: Elaboración propia.

Analizando estos motivos, también se evidencian aspectos que deben abordarse desde una perspectiva de género (Arredondo, 2019). Están patentes en los discursos de las personas usuarias de ALJAMA. Los hombres drogodependientes presentan una imagen social más positiva frente a las mujeres consumidoras. Se realizan atribuciones del tipo “estará pasando una mala racha”, “es una excelente persona, pero no sabe controlar”, “tiene que atender a sus clientes y necesita ir al bar para cerrar los tratos”, “tendrá problemas y por eso ha caído en el alcohol”, “todos los hombres beben y no pasa nada siempre que lleven dinero a su casa”, etc. Estas expresiones evidencian una mayor permisibilidad social hacia las conductas adictivas, a los hombres se les juzga en términos de mala suerte (Cantos, 2020) y en un rol de víctima (Escuela Andaluza de Salud Pública, 2015). Las mujeres drogodependientes son percibidas socialmente de una forma más negativa y estigmatizada, siendo valoradas si son buenas o malas madres, hijas, etc.: “ha dejado a sus hijos abandonados por la bebida”; “estás echa un desastre”. Hay una valoración desigual respecto a la petición de ayuda. A los hombres se les anima: “has hecho lo que tenías que hacer”, “muy bien por echarle valor”, “lo importante es que te mejores, toma el tiempo que necesites”, etc. Aplicando esta misma situación a las mujeres, se aprecia más rechazo: “¿cuánto tiempo tienes que ir a ese sitio?”; “¿quién va a atender a los hijos mientras?”, “¿cómo se van a apañar en casa?”, “ponte bien que tienes que empezar a trabajar pronto”; “ellos te necesitan”, etc. El derecho a dedicar tiempo para recuperarse puede ser diferente en función del género. A las mujeres se les tacha de personas egoístas (Escuela Andaluza de Salud Pública, 2015). En cuanto al apoyo social de familiares o amistades en el inicio y durante el tratamiento es igualmente distinto (Cantos, 2020). Es constatable en ALJAMA la preva-

lencia de mujeres que no disponen de apoyo en el tratamiento frente a las que lo tienen; es menor que el apoyo del que disponen sus compañeros varones, tal y como reflejan las investigaciones (Fernández, 2015).

El proceso de acogida en adicciones

La rehabilitación de una persona con adicciones consta de varias fases y procesos esenciales. Los procesos serán los mismos para personas enfermas y familiares, aunque el contenido y las necesidades a trabajar serán distintas. En cada momento de la rehabilitación, se potenciará un enfoque centrado en la persona y la participación de las personas usuarias. La intervención se basa en el modelo transteórico del cambio, modelo cognitivo conductual y modelo sistémico. En ocasiones de mayor urgencia, se usará el modelo de atención en crisis. Se establecerán normas, se gestionarán conflictos y se potenciará la integración en la asociación y en el grupo. Se generará un contexto de ayuda, basado en el respeto y en la confidencialidad.

Las funciones del trabajador o trabajadora social se irán ajustando a las necesidades de cada persona y del grupo en cada momento de la rehabilitación. En cualquier caso, ejercerá un rol de acompañamiento y orientación para el cambio (Castilla, 2016) durante toda la intervención. Sus aportaciones serán necesarias para lograr una intervención integral (Sánchez Rodríguez, 2021; Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid, 2012). Desde el Trabajo Social, se requiere una actitud flexible y permeable a los cambios que puedan acontecer, así como una capacidad de respuesta rápida. Hay que saber ajustarse a cada una de ellas para que la intervención sea eficaz y de calidad.

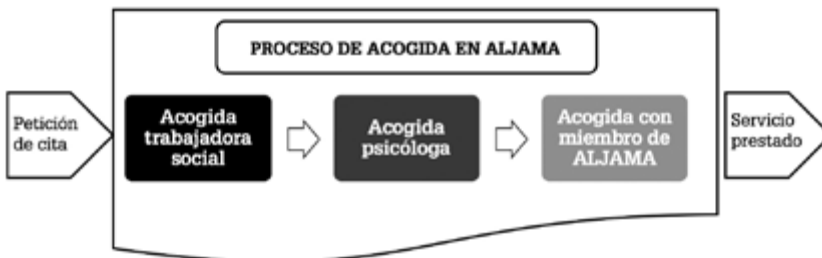
El proceso de acogida se puede definir como el conjunto de tareas que tienen como objetivo conocer y valorar a la persona usuaria y prepararla para el proceso de rehabilitación. Equivale a las entrevistas previas al inicio del tratamiento. En adicciones, la acogida es un proceso significativo y delicado por la naturaleza de los temas que se abordan. La manera de hacer frente al proceso de acogida será determinante para la continuidad en el tratamiento de rehabilitación, de ahí que se contemple como un proceso esencial también en ALJAMA. Esto significa que, si la persona percibe un trato no satisfactorio, puede decidir no volver y, por ende, no adherirse al tratamiento. La adherencia al tratamiento favorece alcanzar los resultados deseados (García del Castillo, García del Castillo López y López, 2014) y, dentro de la misma, los factores asistenciales pueden ser una variable significativa. M. Ortiz y E. Ortiz (2007) correlacionan positivamente la satisfacción con la persona profesional y la tasa de adherencia al tratamiento, ya que consideran que una relación de colaboración entre ambas puede fomentar la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas.

El proceso de acogida aportará valor a la persona usuaria y satisfacción con el servicio recibido. Es un proceso operativo que se dirige a cualquier persona que perciba tener un comportamiento adictivo a una sus-

tancia, así como a los familiares directos. También se orienta a personas o instituciones que buscan una información general sobre las adicciones, o los factores de riesgo y protección.

La acogida se inicia cuando la persona usuaria es capaz de superar las barreras, con la solicitud de una cita en ALJAMA. El proceso de acogida concluye cuando la persona se integra en las terapias grupales, o cuando se ha proporcionado la información general solicitada. El equipo técnico de ALJAMA tiene la responsabilidad en el proceso de acogida. El proceso de acogida en ALJAMA integra tres subprocesos: la acogida social, la acogida psicológica y la acogida entre iguales (Figura 1):

Figura 1. Proceso de acogida en ALJAMA



Fuente: Elaboración propia.

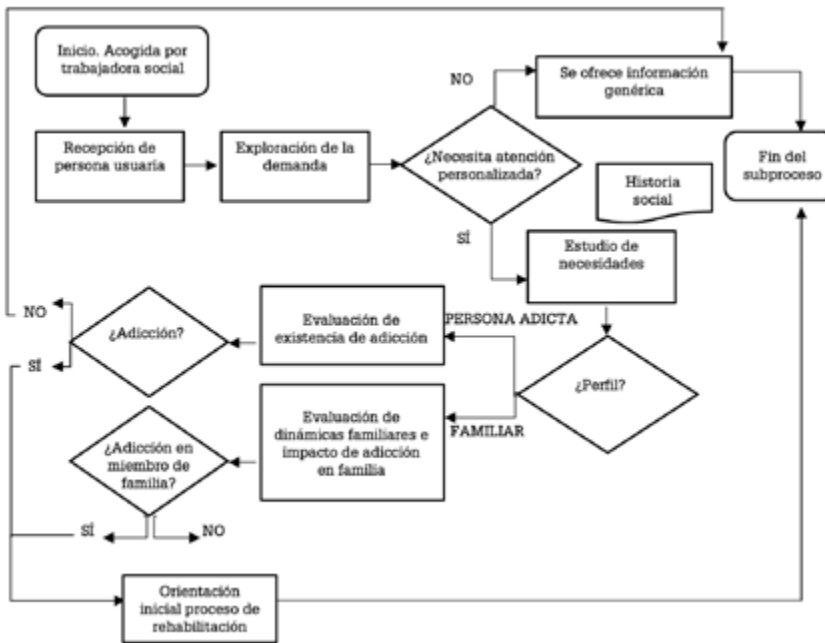
En un primer momento, la trabajadora social recibe y realiza la acogida a las personas usuarias. Posteriormente, tiene lugar la acogida con la psicóloga. Se busca que no pase demasiado tiempo entre ambas, generalmente una semana a lo sumo. Las acogidas que realizan cada una de las profesionales se sistematizan en documentos como la historia clínica y la historia social. La técnica utilizada es la entrevista. La acogida de la psicóloga y la trabajadora social tienen como objetivo valorar de manera amplia el caso, desde un enfoque interdisciplinar. Ambas pondrán en común los hallazgos de cara a consensuar el diagnóstico de cada una y planificar conjuntamente la intervención posterior. Cabe señalar que el diagnóstico no es algo cerrado, sino que se va ajustando a medida que se va ampliando la información durante todo el proceso o si aparecen situaciones nuevas.

Posteriormente, se contacta con un compañero o una compañera que tenga unas características similares que pueda realizar la acogida a la persona recién llegada. Se pretende una identificación entre iguales, que le ayudará también a prepararse para la inclusión en el grupo. Si se trata de familiares, se realiza la misma dinámica. En algunas ocasiones, si no hay ningún compañero o compañera o disponible en ese momento o las personas que hay no presentan un perfil que se ajuste a la persona recién llegada, se puede pasar la persona usuaria a terapia siempre que reúna los requisitos. La acogida entre miembros de ALJAMA puede postergarse para otro día.

La acogida en adicciones desde el Trabajo Social

La acogida desde el Trabajo Social corresponde a la fase de investigación del método básico del Trabajo Social. Se exploran necesidades, se establecen variables, se determinan hipótesis, etc. Normalmente, conllevará una única sesión para identificar cuestiones básicas, que puede requerir otras entrevistas para completar el análisis de la persona y sus circunstancias. El subproceso de acogida en Trabajo Social se plasma en el siguiente flujograma (Figura 2):

Figura 2. Flujograma del subproceso de acogida desde el Trabajo Social en ALJAMA



Fuente: Elaboración propia.

En esta primera toma de contacto, se establece la relación terapéutica con las personas usuarias. Requiere una preparación adecuada del trabajador o trabajadora social que le permita conducir adecuadamente la entrevista. Hay que acomodar a la persona usuaria, transmitirle que se encuentra en un espacio seguro donde no se la juzga por lo que ha hecho y que es confidencial. Algunas claves pueden ser:

- Generar una primera pregunta intrascendente que permita romper el hielo.

- Iniciar la entrevista con una pregunta lo suficientemente abierta que permita a la persona expresarse con libertad.
- Mostrar una actitud receptiva y de escucha activa desde el punto de vista verbal y no verbal.
- Generar empatía y comprensión.
- Reformular las palabras de la persona usuaria para hacerle ver que se la está entendiendo.
- No agobiar a la persona con preguntas, darle su tiempo para pensar y contestar.
- Explorar si la persona acompañante es de su confianza o si le hace sentirse cohibido o cohibida.
- Recoger algunas notas, pero no excesivamente. Evitar el uso de pantallas o tecnologías que puedan interrumpir la comunicación.
- Cuidar los detalles, evitar interrupciones o ruidos.

La persona usuaria puede encontrarse en un estado de nervios o manifestar cierta inquietud. En estas ocasiones, es preferible detener la entrevista y ofrecerle mensajes de tranquilidad. También puede ser útil reforzar el paso que ha dado acudiendo a la asociación, y manifestarle el apoyo para ayudarle en todo que necesite. A veces, podemos estar frente a personas tímidas, que también precisan sacar lo que llevan dentro.

Conforme va avanzando la entrevista, se debe ir entrando paulatinamente en preguntas más complejas sobre su trayectoria vital, aspectos familiares y motivación hacia el cambio. Es fundamental investigar su relación con el medio. Además, habrá que manejar los tiempos y los silencios, así como las emociones que aparezcan.

La acogida en Trabajo Social se realiza para indagar en el perfil de la persona adicta con los siguientes objetivos específicos:

- Explorar la trayectoria vital en todas las áreas.
- Identificar el tipo de consumo y los patrones de consumo.
- Recabar datos sobre la trayectoria en el consumo: motivos y consecuencias.
- Valorar la existencia de una adicción.
- Profundizar en qué estadio de cambio se encuentra.
- Analizar la existencia de redes sociales de apoyo y dinámicas familiares.
- Estudiar el contexto de la persona usuaria.
- Determinar las cualidades personales, factores de riesgo y protección.
- Valorar si los servicios que se prestan en ALJAMA se ajustan a las necesidades de la persona, o si precisa de otro recurso de la red.
- Explorar la disposición para iniciar la rehabilitación.
- Orientar e informar sobre la adicción.
- Informar sobre las normas de la asociación.

Igualmente, la acogida inicial se realizará a la persona o personas de la familia que acompañen al individuo con comportamiento adictivo. Los objetivos específicos que alcanzar dentro de la acogida del Trabajo Social en este caso son:

- Indagar en las necesidades específicas del familiar.
- Identificar acontecimientos significativos en la esfera personal y en la trayectoria familiar ocasionados por el consumo de la sustancia.
- Explorar la relación actual y la comunicación con la persona adicta.
- Contrastar y ampliar la información ofrecida por la persona adicta.
- Valorar la existencia de redes de apoyo.
- Explorar la disposición para iniciar la rehabilitación.
- Orientar sobre la adicción y roles familiares a adquirir.
- Informar sobre las normas de la asociación.

En la acogida que se realiza desde el Trabajo Social, lo importante es lograr por nuestra parte que la persona se sienta cómoda y que pueda expresarse ampliamente. Se parte de una entrevista motivacional utilizando técnicas de orientación, de comprensión, de ventilación, de reflexión, etc., y herramientas como el genograma. Como trabajadores y trabajadoras sociales hemos de saber gestionar todas las emociones que se generan durante la entrevista y ofrecer apoyo.

La base teórica permitirá determinar la existencia de adicción e interpretar el caso, pudiendo recurrir a escalas de valoración de adicciones como AUDIT, CAGE, o de relación familiar como APGAR Familiar, etc. Si se aprecian evidencias claras de que existe una adicción, se informará a la persona del prediagnóstico de adicción a la sustancia o sustancias, y del tipo de consumo. Se le ofrecerá información concreta sobre el proceso de acogida, el proceso de rehabilitación y los servicios de ALJAMA. Se planteará iniciar la rehabilitación y se le ofrecerá un contrato de intervención y confidencialidad. Si es familiar, también se le orientará sobre adicciones y se emplazará a una cita con la persona adicta para contrastar la información y ajustar el diagnóstico. En cualquier caso, la persona debe salir del despacho con una sensación positiva, de que se les ha escuchado, respetado, y con un atisbo de esperanza.

Toda la información se plasmará en la historia social donde se recogen todas las dimensiones relevantes del caso, como su trayectoria y tipología de consumo y las áreas familiar, social, laboral, de salud, etc., y diagnóstico social. Esto permitirá finalizar el subproceso de acogida social y continuar el proceso de acogida. Una vez finalizado, se consensuará el diagnóstico con el equipo técnico y se orientará la persona hacia nuevos procesos operativos que contribuyan a su rehabilitación y atención integral desde un enfoque biopsicosocial y centrado en la persona.

Conclusiones

La atención a las personas con adicciones y a sus familias desde el Trabajo Social requiere conocimientos teóricos y metodológicos específicos. En el marco de la red asistencial de recursos de atención en adicciones, la figura del trabajador o trabajadora social en adicciones contribuye a dar una atención integral, acompañando y apoyando a la persona usuaria y a su familia durante todo el proceso de rehabilitación. Entre otras funciones, desarrolla la acogida a la persona con adicciones y a sus familiares. La acogida permite establecer el vínculo y explorar la situación adictiva. Este proceso inicial es determinante, ya que del vínculo terapéutico que se logre establecer y del abordaje del caso que se realice, dependerá la continuidad de la persona en el recurso. La calidad de la atención realizada repercutirá en la satisfacción de la persona usuaria, pero, sobre todo, impactará en la calidad de vida de las personas con adicciones y sus familias. Por ello, desde el primer contacto, el trabajador o la trabajadora social debiera esforzarse en manifestar a las personas usuarias un alto compromiso ético, humano y social (Consejo General del Trabajo social, 2012, artículo 4).

Referencias bibliográficas

- Arredondo Quijada, R. (2019). Adicciones: diagnóstico, intervención y evaluación. En M. Del Fresno García (Dir.), y 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., y Lloret 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., y 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>
- Consejo General del Trabajo Social (2012). *Código Deontológico del Trabajo Social*. Recuperado 20 septiembre 2021, de https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico
- Escuela Andaluza de Salud Pública (2015). *Perspectiva de género en el tratamiento de las drogodependencias en Andalucía: conocimientos, expectativas y propuestas de intervención*. Secretaría General de Políticas Sociales. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía.
- Esteban Carbonell, E., y 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-problematica-social-en-persones-drogodependents-amb-perspectiva-de-genere-i>
- García del Castillo, J. A., García del Castillo López, A., y 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>
- Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid (2012). *Protocolo de intervención desde el Trabajo Social en los Centros de Atención a las Drogodependencias del Instituto de Adicciones*. Instituto de Adicciones y Ayuntamiento de Madrid. Recuperado 20 septiembre 2021, de <https://pnsd.sanidad.gob.es/eu/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloIntervSocial.pdf>
- Ministerio de Sanidad (2017). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Recuperado 20 septiembre 2021, de <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>
- Monras, M., Ortega, L., Mondon, S., Lopez-Lazcano, A., y 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>
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2020). *Informe Europeo sobre Drogas. Cuestiones clave*. Recuperado 20

- septiembre 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>
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado 20 septiembre 2021, de https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Ortiz, M. y 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. Q., y 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://trabajosocialesevilla.es/wp-content/uploads/2021/01/TRANSFORMACION-N4-6.JOVENES-CON-ADICIONES.pdf>
- Secretaría General de Servicios Sociales (2016). *III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2016-2021)*. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. <https://www.juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/78114.html>

Estudio de caso: el acompañamiento y la orientación individual como herramienta de cambio y progreso personal y familiar en el afrontamiento del cuidado de un familiar con demencia

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

Recepción: 14/06/21. Revisión: 04/07/21. Aceptación: 23/07/21

Para citar: Lopes Dos Santos, M. C. (2021). Estudio de caso: el acompañamiento y la orientación individual como herramienta de cambio y progreso personal y familiar en el afrontamiento del cuidado de un familiar con demencia. *Revista de Treball Social*, 221, 109-121. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.06>

Resumen

El acompañamiento y la orientación individual son una herramienta básica para generar cambios y potenciar el progreso personal y familiar en el afrontamiento del cuidado de familiares con demencia, puesto que permite incidir en aspectos cotidianos, orientar en contextos naturales y apoyar a la persona cuidadora en el proceso, ayudando a comprender el mismo y a generar los cambios de perspectiva necesarios para convivir con la enfermedad. Esta línea de trabajo se encuentra más allá del diagnóstico y tratamiento, puesto que trata de acompasar el afrontamiento al

¹ Doctora en Trabajo Social por la Universidad Pública de Navarra. Profesora asociada de la Universidad Pública de Navarra, Facultad de Ciencias Humanas, Sociales y de la Educación, Departamento de Sociología y Trabajo Social. Grupo de investigación ALTER. cristina.lopes@unavarra.es

Estudio de caso: el acompañamiento y la orientación individual como herramienta de cambio y progreso personal y familiar en el afrontamiento del cuidado de un familiar con demencia

que debe encararse el familiar que se encuentra en una situación personal de cuidado en un proceso patológico tan complejo y desconcertante como es la demencia.

La labor de la persona profesional de referencia en este proceso, en este caso de Trabajo Social, supone una fuente de apoyo básica que debe desarrollar una estrategia específica y planificada en dicho proceso, acompañando la evolución y progreso personal y familiar de acuerdo con el momento y la circunstancia.

Palabras clave: Acompañamiento, afrontamiento, cuidado demencia, apoyo, progreso.

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.

Introducción

El acompañamiento es una herramienta básica en la intervención social, no solo trata de orientar o asesorar a la persona con la que se trabaja, sino que va más allá, procurando establecer una relación vincular de apoyo continuado en la que la persona profesional interviniente genera un proceso guiado de soporte que sirve a la persona usuaria de elemento sostenedor y de apoyo, potenciador de su resiliencia, y dinamizador de sus capacidades y habilidades para afrontar la situación que vive (Raya y Hernández, 2014). En ámbitos como el de la exclusión social, se ha posicionado como una pieza clave:

Las estrategias de incorporación social han cobrado un papel nuclear en nuestro modelo de bienestar y en el conjunto de las políticas sociales del Estado español. La intervención en el ámbito de la incorporación social con personas en situación o riesgo de exclusión, y por extensión, el conjunto de profesionales que trabajan en los dispositivos y servicios, se mueven entre grandes y variadas exigencias; acompañar a las personas en sus procesos de cambio y desarrollo de sus potencialidades y capacidades, fomentar al mismo tiempo que las personas sean competentes socialmente y que sepan responder a las exigencias de una sociedad exclusógena en plazos de tiempo medios o cortos y, simultáneamente, dar respuesta a las situaciones de necesidad y/o urgencia de las personas participantes en los programas (Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2016, p. 13).

En este proceso es fundamental que la persona profesional sea una pieza clave que cree las relaciones oportunas entre ambas de tal manera que sirva como luz orientadora a la persona usuaria, pudiendo ofrecerle cauces diversos de participación, ayudándole a desarrollar sus capacidades y la comprensión de la enfermedad, los cambios y el progreso de esta, para adecuar de la mejor manera posible su realidad e interacción con el familiar con quien convive.

El trabajo social individual, y también el trabajo en clave de acompañamiento, se dirigen fundamentalmente a la intervención en las motivaciones y competencias individuales o familiares (Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2016, p.18).

Este devenir debe ser pausado y continuado, para que la persona usuaria pueda sentir el apoyo y acompañamiento, al tiempo que experimentar los cambios que introduce en el proceso y los resultados de este, pudiendo generar sus propias valoraciones y decisiones acordes con su visión y objetivos. Se trata de que cada profesional se acerque al contexto de la persona y su familia y se oriente a su apoyo incondicional (Fernández Solís y Castillo Sanz, 2010).

En el caso de las situaciones de demencia y su cuidado, se produce una necesaria vinculación empática entre la persona cuidadora principal y su familiar con demencia. En este sentido, la neurodegeneración que

produce la demencia conlleva distintas circunstancias limitantes que generan dependencia a través de pérdidas funcionales que irrumpen en la cotidianidad de las personas y desestructuran su vida y relación (Rodríguez y Sánchez, 2004; Losada, Peñacoba et al., 2008; López et al., 2009). Una realidad de cuidado que afecta fundamentalmente a mujeres (Cameron y Moss, 2007; Durán, 2011; Rodríguez, 2011) y que se ejerce en hogares principalmente (Gómez, 2007). En este proceso de cuidado continuo se han detectado situaciones de hipervigilancia (Losada, Márquez et al., 2017), estrés e incluso sufrimiento psico-emocional (Rodríguez, M. I. Archilla y M. Archilla, 2014; Bermejo, 2004). De ahí el necesario acompañamiento a la persona cuidadora en todo este difícil y arduo proceso.

Llegar a establecer una relación vincular en la que la persona usuaria se enriquezca y desarrolle, progrese y mejore tanto en la esfera personal como familiar, es el objetivo principal del acompañamiento que, tras el proceso inicial e intenso de cambio, deberá ir poco a poco reduciéndose a medida que aumenta la competencia y autonomía de la persona usuaria en su nueva visión y orientación práctica del afrontamiento de la enfermedad, de la convivencia con la persona enferma.

Objetivos

El estudio de caso que ocupa este artículo conllevaba la consecución de cinco objetivos:

1. Atender la demanda explícita de apoyo que la usuaria solicitaba.
2. Establecer y delimitar un proceso de acompañamiento temporal a la usuaria de acuerdo con su circunstancia personal y familiar.
3. Desarrollar una metodología de acompañamiento para la mejora de las circunstancias vividas por la usuaria.
4. Dotar de estrategias y herramientas sostenibles de afrontamiento de la situación familiar a la usuaria en atención.
5. Comprobar la existencia o no de mejoras en la relación intrafamiliar de la usuaria con su madre, así como la adquisición de estrategias y herramientas.

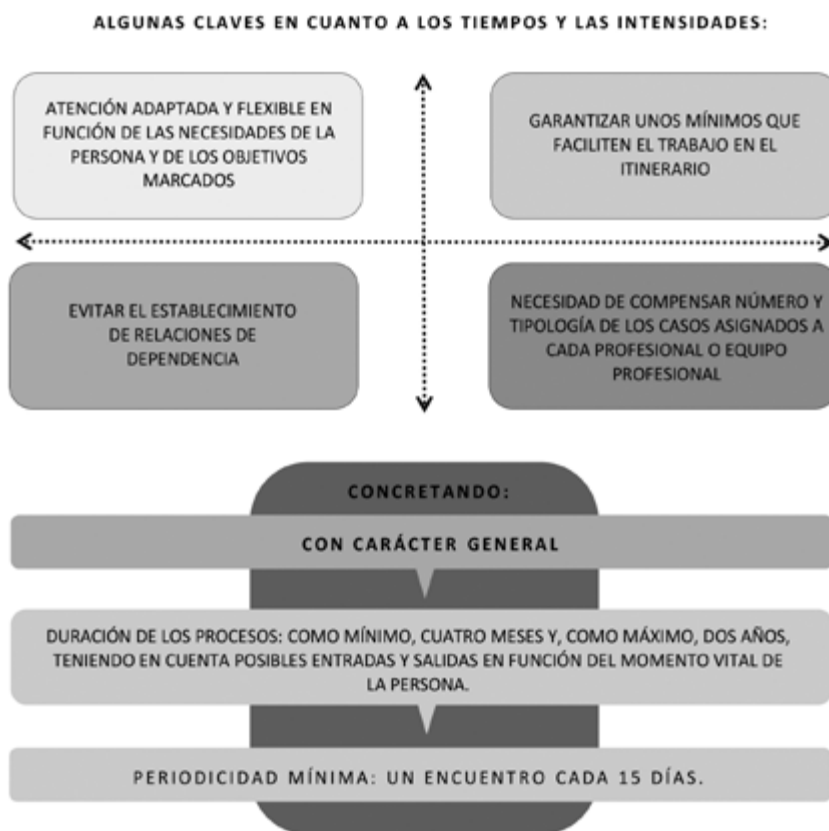
Todos ellos están relacionados con la creación de una relación vincular de apoyo a través del acompañamiento y el empoderamiento de la persona atendida desde una óptica de desarrollo sostenible personal y familiar. El planteamiento global es el de capacitar a la persona para la adaptación y afrontamiento de la circunstancia vital que experimenta y el desarrollo progresivo de la misma a corto, medio y largo plazo.

Metodología

El acompañamiento es un “método de intervención profesional temporal, de intensidad variable, basado en el derecho de la ciudadanía a una relación de ayuda o atención social personalizada. Partiendo de una

relación proactiva y de confianza, y mediante el diseño conjunto de un itinerario individualizado de incorporación con objetivos acordes a las necesidades, debe posibilitar una oportunidad de mejora o reducción de daños. Debe estar encaminada al desarrollo de las potencialidades y capacidades de la persona y al descubrimiento y reinterpretación de la situación clave de cambio, tomando el protagonismo del propio proyecto social” (Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social, 2016, p. 23).

Figura 1. El acompañamiento y su intensidad temporal



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

Para realizar este acompañamiento y que resulte efectivo, es preciso tener en cuenta tres factores iniciales fundamentales: situación de vulnerabilidad, “abandono” y/o desconcierto de la persona cuidadora, necesidad expresada y solicitud de apoyo en el proceso, y una persona profesional conocedora de la patología y las dinámicas intrafamiliares.

Desde esas premisas, el proceso de acompañamiento es un abordaje lento, paulatino y sostenido que se desarrolla durante un tiempo concreto

pero flexible, valorando periódicamente los avances de la persona usuaria y potenciando en todo momento su desarrollo y progreso, evitando la directividad y generando nuevos enfoques que valorar para adoptarlos o no en su propio desarrollo personal y familiar.

Es por ello por lo que se han establecido citas continuadas y periódicas, una vez al mes, en un espacio privado (siempre el mismo), que han permitido la privacidad y familiaridad necesarias para poder avanzar en el proceso de acompañamiento.

La *cita inicial* estuvo marcada por el inicio del acompañamiento en la que se produjo un encuentro entre ambas personas para conocer la situación, establecer la demanda y ofrecer el acompañamiento.

Cada una de *las siguientes citas* estuvo estructurada en base a tres premisas: espacio abierto para las opiniones, reflexiones y análisis de la usuaria desde el anterior encuentro, escucha activa por parte de la profesional interviniente e incidencia en aspectos mejorables (exposición y valoración de alternativas) y reforzamiento positivo de aquellos que han mejorado a través de cambios de conducta o puesta en práctica de nuevos procedimientos o tareas descubiertos en el proceso o por iniciativa de la persona cuidadora. Técnicas dialógicas de encuentro y relación de ayuda para favorecer la interacción y crecimiento personal (Arnkil, 2019).

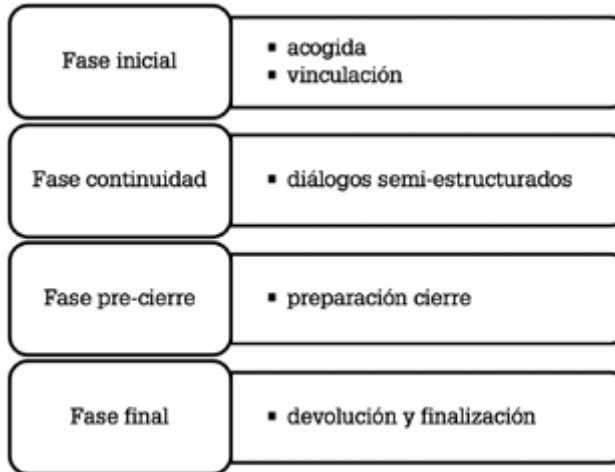
Tres meses *antes del cierre* del proceso y habiendo observado y constatado un desarrollo de competencias y nuevos focos de abordaje y afrontamiento de la enfermedad, hasta el punto de considerar el acompañamiento por terminado, la profesional informó a la usuaria del progreso positivo en su desarrollo y el planteamiento de cierre de la intervención, procediendo a dos últimas citas, de común acuerdo, para afianzar los elementos alcanzados y desarrollados, así como preparar la desvinculación.

En todo el proceso destacó como técnica por excelencia la *entrevista*, método de intervención que facilita la comunicación y la relación de ayuda. Especialmente se utilizó como base la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 1990), ya que fundamentalmente se trataba de potenciar los recursos personales y la capacidad de resiliencia y autoafirmación en sus propias competencias y en el crecimiento personal en el proceso iniciado.

Otra técnica utilizada fue el *autorregistro* a través del diario que llevó a cabo la persona atendida y que la profesional sugirió. De este modo también plasmaba sus vivencias y podía observar su propio desarrollo en el proceso, así como las dificultades y estrategias de afrontamiento establecidas. Un autoanálisis que permitía el aprendizaje y el desarrollo posterior de alternativas y aprendizajes para los procesos siguientes.

Asimismo, en las primeras entrevistas, se usó la *historia de vida* como método para obtener la información necesaria para el diagnóstico, así como favorecer la toma de conciencia y promover la vinculación. En la figura 2 se observa el proceso de acompañamiento realizado.

Figura 2. Proceso cronológico de acompañamiento



Fuente: Elaboración propia.

Resultados

Los resultados obtenidos fueron registrados por la profesional y por la usuaria a través de un diario que sugirió la profesional y que posteriormente facilitó, en parte, a la referente en el acompañamiento, con objeto de su análisis. Se realizaron un total de 18 citas en el plazo de 18 meses, con una periodicidad mensual, y una duración de 2 h 30' cada una. Siempre en el mismo espacio, día y hora (salvo cambios sugeridos por la usuaria por necesidades personales, manteniendo siempre la periodicidad mensual y el tiempo de atención). Fueron, por lo tanto, un total de 45 horas de intervención directa.

Dichos resultados muestran un progreso positivo desde el inicio del acompañamiento y cómo se encontraba la usuaria hasta el final de este. Se pueden constatar distintas etapas o fases de acuerdo con las circunstancias personales y posterior desarrollo. La usuaria atraviesa un proceso de aceptación y toma de conciencia, así como de reformulación de sus propias expectativas, acercándose al contexto de la enfermedad y realidad de su madre. Además, adquiere y desarrolla estrategias de acción que no solo reducen su estrés y malestar, sino que permiten la emergencia de una relación positiva entre ambas.

Contexto

La usuaria es una mujer en la década de los cuarenta, autosuficiente e independiente que vive sola, con una pareja con cierta continuidad y que ha recibido la noticia de que su madre padece Alzheimer, tras una caída

fortuita en su casa y su ingreso posterior en el hospital. A raíz de dicho ingreso su madre presenta estados confusionales agudos que son valorados por neurología, que detecta un deterioro cognitivo leve (DCL) que pronto da paso al diagnóstico definitivo (Alzheimer). Como hija única se siente en la obligación de atender a su madre, pero no sabe cómo hacerlo, carece de directrices diarias y solicita comprender la enfermedad y lo que está pasando. Sobre todo, le preocupa saber qué hacer y si es correcto o no. Se siente frustrada y comenta que su madre padecía esquizofrenia, lo que le impedía una relación cotidiana normalizada con ella y con las demás personas (llevaba 20 años sin salir de casa), con el consiguiente alejamiento interpersonal y la desvinculación madre-hija.

Fase Inicio

Puede situarse en los tres primeros meses del acompañamiento. La usuaria muestra necesidad de apoyo y establece rápidamente una vinculación con su referente. La demanda y la situación son claras y se diagnostica en la primera entrevista a través de la historia de vida. La usuaria manifiesta angustia y nerviosismo, literalmente dice: “con el diagnóstico me derrumbé, hasta ese momento no me parecía que estuviera tan mal”, “esto solo va a ir a peor”, “soy yo la que tiene que tomar decisiones y siempre es de manera muy rápida”, “me tengo que hacer cargo de todo”, “el que se haya apoderado de mi casa lo llevo mal” (su madre ha pasado a residir con ella).

Es un periodo marcado por angustia, malestar y pesimismo, así como sobrecarga. Tiene que asumir una realidad impuesta y no deseada, modificando su proyecto vital para adaptarse a una circunstancia negativa.

El peso de la ausencia de relación anterior hace mella en el momento actual. Su madre es una desconocida que manifestaba delirios y alucinaciones como consecuencia de la esquizofrenia, lo que había distanciado y casi anulado la relación entre ambas: “decía que había unas bolas en la calle que la iban a matar, y con eso llevaba 20 años sin salir de casa”, “ya no teníamos relación, alguna llamada y poco más”, “es muy difícil cuando una persona no está bien y no puedes hacer nada por cambiarlo... te acostumbras... y acabas haciendo tu vida”. Asumir un cuidado no deseado, pero al mismo tiempo aceptado frente a otras opciones, generó una ambigüedad en la usuaria que dificultaba el establecimiento de una relación y su afrontamiento: “bueno, yo sé que podría tener alguna otra opción, pero tampoco lo veo, es que es lo que me parece que tengo que hacer... y también es que quiero hacerlo... pero por otro lado... me desespera”.

Al mismo tiempo, su demanda constante era la de saber qué tenía que hacer y cómo. Esperaba soluciones a corto plazo que modificaran el proceso degenerativo con la irrealista esperanza de mejora: “sé que no va a mejorar, porque ya sé qué es esto... pero yo pienso que con voluntad se consiguen las cosas y que si puedo ayudarle a hacer cosas pues va a poder volver a ser, por lo menos, más autónoma”.

Fase Desarrollo

Se sitúa en los 12 meses siguientes tras el inicio de la relación de ayuda. Durante este periodo la usuaria realiza un proceso de aceptación de la enfermedad y el cuidado, encauzando sus energías hacia la resolución de cuestiones concretas, planteamiento de objetivos viables y reforzamiento de la relación madre-hija.

Es el momento de mayor crecimiento personal y familiar. La usuaria verbaliza: “he recuperado una relación con mi madre perdida desde hace años”, “veo que tengo que vivir el momento”, “antes no me hubiera supuesto mucho que se muriera, pero ahora me da pena”, “veo que ella es feliz”, “es muy cariñosa conmigo”. Desde esta perspectiva, la usuaria ha aprendido a modificar su visión negativa inicial y sus intentos continuos de aleccionar a su madre y orientar su conducta hacia la normalidad, por una aceptación paulatina de la enfermedad y de los límites de esta, pudiendo avanzar hacia elementos emotivos positivos y centrados en la relación y no en el progreso patológico. Esto ha hecho que haya ido adquiriendo más conciencia de la enfermedad y ha disminuido progresivamente su sensación de malestar y directividad.

En este periodo se trabajaron elementos concretos diarios, como secuencias de acción y comportamientos que la usuaria esperaba de su madre y no conseguía (tales como ir y volver sola de la parada del autobús o realizar alguna tarea doméstica específica). Inicialmente la usuaria no entendía por qué no era capaz de realizarlas “si es muy sencillo, ir y volver a la parada, es fácil y a mí me resolvería mucho que pudiera ir”. Se trabajó con ella las señales de referencia, los acompañamientos y la secuencia de pasos a realizar. Además, se sugirió el uso de un centro de día de la localidad de residencia para la estimulación cognitiva y la atención durante unas horas mientras la usuaria estaba trabajando. Finalmente, optó por contratar a una persona cuando observó las limitaciones de su madre.

En cuanto a las estimulaciones implementadas por la usuaria, esta se orientaba a fortalecer aspectos generales y cuestiones obtenidas de estudios científicos. Por ejemplo, leyó que aprender ajedrez era muy positivo para prevenir el Alzheimer y se planteó que su madre aprendiera ajedrez. La profesional recondujo esa cuestión hacia elementos viables y pragmáticos relacionados con la historia vital de su madre para potenciar dichas asociaciones y aprendizajes, evitando la introducción de nuevos factores estresantes y poco eficientes.

La elaboración de la historia de vida de la madre supuso un efecto reconstituyente en la relación entre ambas: “fíjate, estoy recordando cosas que antes había olvidado sobre ella”. Estas cuestiones hicieron que la usuaria hablara con su madre y buscara información sobre ella (familiares vivos cercanos, en concreto dos tías, hermanas de la madre), potenciando su asociación de recuerdos y reviviendo aspectos saludables de su infancia y juventud.

La madre recuperó hábitos perdidos como hacer punto y se volvió más extrovertida y cariñosa: “ahora habla con todo el mundo, es como si

fuera otra persona, no recuerdo haberla visto así”, “te cuenta cosas de cuando era cría y jovencita, de eso sí que se acuerda bien”, “está siempre contenta, no como antes, y cuando nos sentamos en el sofá me acaricia el pelo”, “siempre me está diciendo que me quiere mucho”.

La retroalimentación positiva entre madre e hija permitió que la sensación inicial de la usuaria y su elevado estrés ante la situación vivida se redujeran. En este sentido, también la actitud de la madre fue cada vez más indulgente y cariñosa.

La usuaria aprendió a situarse en el momento presente y orientarse a resolver cuestiones que se iban dando para valorar las vivencias actuales: “me han dicho que cuanto antes a una residencia, en cuanto haya plaza, pero yo les he dicho que no, que ahora que empiezo a disfrutar de estar con ella, que no quiero, que ya habrá tiempo de eso, que de momento está bien como para estar conmigo”. La evitación de duelos anticipatorios y la proyección hacia el disfrute del momento orientado a abordar cada circunstancia de acuerdo con su aparición fueron aspectos clave en el proceso que siguió la usuaria y que fue descubriendo paulatinamente.

Fase final

Coincidente con los últimos tres meses de acompañamiento, la usuaria mostró habilidades personales de resiliencia y progreso, se sintió apoyada y pudo desarrollar una relación más positiva. Ella verbalizó: “ahora me siento bien, me siento tranquila”, “necesitaba alguien a quien contar y que me dijera si iba bien o no”, “me dejas muy bien”. Agradeció el acompañamiento que considera clave en este proceso y que le ha permitido desarrollarse desde el punto de vista personal y familiar, abordando un tema tan complejo como la demencia.

Entendió el cierre del proceso de acompañamiento al haber adquirido competencias y herramientas de afrontamiento del proceso, siendo consciente de que podía volver a necesitar apoyo en el futuro. En este momento se reforzaron sus logros y competencia y se recordaron aspectos de apoyo fundamentales para su continuidad (estrategias desarrolladas, aprendizajes, objetivos...).

Conclusiones

En relación con los objetivos planteados, se ha alcanzado la totalidad de los elementos inicialmente expuestos. En referencia a la atención de la demanda de apoyo que solicitaba la usuaria (objetivo 1), el establecimiento de un proceso de acompañamiento a lo largo de 18 meses de forma periódica (mensual), lo que facilitó el seguimiento de la relación de ayuda y el establecimiento de espacios de escucha, pautas de abordaje, refuerzo de elementos alcanzados y reajuste de estrategias fallidas. En referencia al establecimiento y delimitación de un proceso de acompañamiento temporal de acuerdo con la circunstancia personal y familiar de la usuaria (objetivo

2), la construcción de un espacio específico y detallado desde el primer momento de la intervención, planteando un límite temporal, permitió dotar de una estructura relacional orientada a objetivos específicos que se centraban en el afrontamiento del progreso de la enfermedad y convivencia conjunta con la persona familiar afectada. En referencia al desarrollo de una metodología de acompañamiento para mejorar la situación vital de la usuaria (objetivo 3), esta fue implementada, ajustada y revisada durante todo el proceso, lo que permitió una adaptación flexible a los distintos bagajes y momentos vivenciales que la usuaria experimentaba. En referencia a la dotación de estrategias y herramientas sostenibles de afrontamiento de la situación familiar a la usuaria (objetivo 4), a lo largo de la intervención, la figura profesional reforzó aquellos elementos que de manera autónoma la usuaria experimentaba o solicitaba confirmación de uso, y que eran adecuados para el desarrollo de estrategias positivas; a la par que proponía otros planteamientos y cuestiones que abordaban dificultades relatadas por la usuaria, indagando en aspectos de la cotidianidad convivencial. Finalmente, en cuanto a la comprobación de mejoras en la relación intrafamiliar y la adquisición de las estrategias y herramientas propuestas (objetivo 5), cabe destacar que, de acuerdo con los progresos experimentados y relatados por la propia usuaria, fue capaz de aceptar la realidad de convivencia con la persona enferma y generar estrategias efectivas de afrontamiento, mejorando su relación intrafamiliar. Sin embargo, no es posible asegurar la existencia de una sostenibilidad posterior a largo plazo, ya que, si bien no volvió a solicitar apoyo durante el periodo de dos años tras el cierre de la intervención, no se ha podido constatar si lo hizo posteriormente a través de otra persona profesional, con lo que solo se puede corroborar que a corto y medio plazo este acompañamiento ha sido efectivo.

Este estudio de caso muestra la eficacia de la intervención por medio del acompañamiento personalizado. Otros estudios, como el de Pulice (2016), señalan la relevancia del acompañamiento a las personas cuidadoras en el afrontamiento de la neurodegeneración que produce el Alzheimer y otras demencias. Se observa cómo es posible ofrecer un marco de actuación compatible con los planteamientos de atención y acompañamiento propios del Trabajo Social.

Un aspecto especialmente importante es la capacidad de flexibilizar tanto el tiempo de atención como la intensidad en cada proceso. En el caso aquí presentado, la adaptación paulatina al cambio y a las necesidades de la usuaria ofrecieron frutos positivos que, con sus altibajos y momentos difíciles, confluyeron en un proceso resiliente. La necesidad de establecer una ruta de trabajo adaptable al contexto y circunstancia es esencial para el acompañamiento. Por otro lado, es necesario orientar desde el conocimiento y la intervención en un contexto social, familiar y personal específico y no desde pautas generalistas con eficacia limitada.

En cuanto a limitaciones del estudio, obviamente el trabajo con un único caso ofrece una visión parcial y una práctica circunscrita a una realidad en exclusiva. No obstante, es desde esa misma práctica del acom-

pañamiento (observado como un proceso positivo en otros múltiples casos) y su desarrollo y registro, desde donde es posible delimitar el campo de acción y perfilar metodologías y técnicas cada vez más precisas. Es necesario visualizar y visibilizar estos procedimientos y compartir distintas experiencias que permitan mejorar las intervenciones y evaluar los niveles de eficacia y eficiencia. De este modo, el acompañamiento se perfila como una metodología capaz de potenciar y desarrollar aspectos resilientes ante procesos complejos, difíciles y cada vez más frecuentes, como es el cuidado de familiares con demencia.

Referencias bibliográficas

- 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., y 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. Recuperado 20 septiembre 2021, de <https://eprints.ucm.es/id/eprint/37909/1/El%20trabajo%20del%20cuidado%20en%20ramon%20ramos.pdf>
- Fernández Solís, J. D., y 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., y 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., y 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., y Cigarán, M. (2008). *Cuidar cuidándose: Evaluación e intervención interdisciplinar con cuidadores familiares de personas con demencia*. Ed. Encuentro.
- Miller, W., y Rollnick, S. (1990). *La entrevista motivacional*. Ed. Paidós.
- Pulice, G. (2016). *Acompañamiento terapéutico, transferencia y dirección de la cura*. Ed. Letra Viva.
- Raya, E., y 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., y Archilla, M. (2014). La sobrecarga de los cuidadores informales. *Metas de enfermería*, 17(1), 62-67.
- Rodríguez, M., y 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'intervenció 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 penitenciari, 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 penitenciari 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 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 els 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 penitenciari 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.

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.

Parafraçant 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 y Rubén González-Rodríguez (Coords.). Consejo General del Trabajo Social y Ediciones Paraninfo, 2018.

Breogán Riobóo-Lois¹

ORCID: 0000-0002-7293-1694

Para citar: Riobóo-Lois, B. (2021). [Reseña del libro *Intervención social en dependencia: cuestiones interdisciplinarias de interés*, de Manuel Gandoy-Crego y Rubén González-Rodríguez (Coords.)]. *Revista de Treball Social*, 221, 155-157. <https://doi.org/10.32061/RTS2021.221.09>

Esta obra gira en torno a las personas en situación de dependencia en el Estado español, a partir de la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Se trata de un libro interdisciplinar, cargado de diversidad y pluralidad, coordinado por Manuel Gandoy-Crego, doctor en Psicología, profesor de la Universidad de Santiago de Compostela y coordinador del Grupo de Investigación en Dependencia, Gerontología y Geriátrica, junto con Rubén González-Rodríguez, trabajador social y doctor por la Universidad de Santiago de Compostela, profesor de la Universidad de Vigo y miembro del Grupo de Investigación GIES-10 de la misma.

El libro está conformado por cinco capítulos en los que se nos van presentando toda una serie de respuestas y procedimientos ante las preguntas e interrogantes que nos pueden surgir a menudo en el ámbito de las profesiones dedicadas a la intervención social. Muy especialmente, se abordan aquellas cuestiones relacionadas con los profesionales que desempeñan sus labores en el ámbito de la dependencia y la promoción de la autonomía personal.

Abren la obra Rubén González-Rodríguez, Ana Isabel Lima Fernández, Carmen Verde-Diego y Ana María Rodríguez-González, contextualizando pormenorizadamente el SAAD. Reúnen los diferentes textos normativos y legislativos desde los inicios del siglo XX, y otros elementos que han acabado por germinar en la creación de dicho sistema en España, que vio la luz a través de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. De esta forma, realizan una revisión histórica y analítica con la que enfatizan en los modos de prestar la atención a las personas en situación de dependencia por parte de la Seguridad Social, de los Servicios Sociales

¹ Graduado en Trabajo Social. Becario de la Universidad de Vigo, Departamento de Análisis e Intervención Psicosocioeducativa. arioboo@uvigo.es

o del Sistema de Salud, antes de la aparición del SAAD. Asimismo, se adentran en las modificaciones legislativas que este sistema ha ido padeciendo a raíz de la reciente crisis económica que sacudió al país en el año 2008. Recogen, por lo tanto, las continuas demoras para el reconocimiento del grado I, la más leve de las situaciones de dependencia; los cambios en relación a las cantidades marcadas y las horas de atención cubiertas según el grado obtenido; o el gran impacto de los recortes perpetrados sobre las familias con personas en situación de dependencia. Además, incorporan a su trabajo el estudio del importante impacto de género, pues aunque “en nuestra sociedad, las mujeres son las que más bienestar producen, sin embargo, son ellas las más desfavorecidas con las prestaciones del sistema”. El capítulo termina con sus consideraciones en cuanto al mantenimiento del sistema en la actualidad, después de padecer durante algo más de una década unas políticas neoliberales que buscaban reducir la garantía de los derechos sociales recientemente conquistados.

El segundo capítulo da paso a la reflexión de Berta Miñones Cruz sobre la “Evaluación de las necesidades biopsicosociales”. En este trabajo, la autora incide en la importancia de una valoración y planificación basadas en la integralidad y la interdisciplinariedad. Justifica su propuesta en la necesidad de dominar una serie de “conocimientos, aptitudes y habilidades que es muy difícil que un solo profesional pueda aunar y desarrollar”. Además, enumera las ventajas de la interdisciplinariedad y nos muestra las distintas áreas de valoración que se analizarían en una persona que estuviera en situación de dependencia: la social, la física, la funcional y la mental.

El tercer capítulo lleva la firma de Juan Bonome Rodal y se titula “El apoyo a los cuidadores familiares”. A partir de la identificación de una serie de cambios en los procedimientos actuales de atención y de cuidados, en este capítulo se nos muestran los elementos principales que debemos tener en cuenta con las familias de las personas en situación de dependencia institucionalizadas. El autor menciona una serie de objetivos como: la comunicación bidireccional continuada entre las profesionales del centro y las familias, la formación y la información respecto a la situación de la persona usuaria del mismo, y la necesaria formación sobre autocuidado a la par que la orientación hacia los servicios de apoyo emocional. Igualmente, a través del modelo explicativo de Pearlin, nos presenta los diferentes problemas a los que la familia cuidadora ha de enfrentarse. Finalmente, el capítulo concluye con la estructuración de los programas de intervención dirigidos a las familias cuidadoras, formulando diferentes niveles de intervención desde los propios centros, a saber: servicios de información y orientación, asesoramiento individualizado interdisciplinario, grupos psicoeducativos y grupos de autoayuda.

El capítulo cuarto, penúltimo, aborda el “El derecho civil de la persona dependiente”. A manos de Xaime Requeixo Souto, introduce el concepto de capacidad jurídica y de obrar de las personas en situación de dependencia, para adentrarnos a continuación en el ámbito jurídico de una forma ágil, sutil y que es de agradecer para el lector tratándose de un tema con

una fuerte carga técnica-legal. El autor, consciente de ello, nos facilita la comprensión con una serie de ejemplos según avanzamos en la lectura. Se abordan temáticas de gran interés para la materia como el patrimonio, los distintos tipos de responsabilidad (civil, penal, administrativa y disciplinaria o profesional), la familia y las sucesiones, la herencia, y las legítimas tanto en Galicia como en España.

La obra termina con un quinto capítulo bajo la pluma de Marián Pérez del Campo, quien nos acerca a la “Bioética y cuidados al final de la vida”. Elementos cruciales como los derechos del paciente terminal, una gran presentación de lo relacionado con el consentimiento informado o una magistral aproximación al testamento vital con el que cerciorarse “de que su voluntad va a ser respetada aun cuando él mismo no puede manifestarla”, son aspectos que se abordan a lo largo de este último capítulo. La autora finaliza analizando el derecho a una muerte digna y relacionándolo con la eutanasia y sus tres tipologías (pasiva, indirecta y directa), lo que vincula de forma expresa con los principios bioéticos de no maleficencia y justicia.

En resumen, estamos ante una obra esencial para que los futuros profesionales, del Trabajo Social y de otras disciplinas de la intervención social con personas en situación de dependencia, adquieran una serie de conocimientos aplicables a la práctica diaria de la profesión. Además, es altamente recomendable para que aquellas profesionales que ya estén ejerciendo, afiancen sus propios conocimientos sobre las distintas temáticas propuestas. *Intervención social en dependencia: cuestiones interdisciplinarias de interés* es un libro que brinda una serie de aportaciones que ayudan a comprender el contexto actual del SAAD, además de clarificar diferentes conceptos con una lectura muy sencilla de seguir, a pesar de que algunos entran en el farragoso mundo del lenguaje 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

Para citar: Carrasco Coria, R. M. (2021). [Reseña del libro *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>

Valga iniciar esta reseña expresando mi reconocimiento a las autoras de este libro. Algunas de ellas forman parte del Consejo Asesor de la RTS, alguna otra es compañera de práctica profesional y todas, sin excepción, han sido y siguen siendo referentes tanto en mi reflexión como en mi acción profesional. Esta sentida proximidad me ha hecho disfrutar especialmente con la lectura del libro, pero estoy segura de que, aun en el supuesto improbable de no tener referencias previas de sus autoras, cualquier profesional del Trabajo Social encontrará sumamente estimulante su lectura y se sentirá interpelada.

Josefa Fombuena, coordinadora del libro, es profesora contratada y doctora en el Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales, e investigadora del Instituto Interuniversitario de Desarrollo Local de la Universidad de Valencia. Ha recibido varios premios de investigación, entre ellos el Premio Dolors Arteman del 2006, que convoca el Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. También es autora de una extensa bibliografía en la que se evidencia su interés por los métodos en la intervención social y la identidad del Trabajo Social.

Como en su último libro (Fombuena, 2012), en *El Trabajo Social y su acción profesional* la autora nos ofrece elementos para la práctica y el análisis del Trabajo Social, para la acción y para la reflexión, sin perder de vista a las personas destinatarias de nuestro saber (y saber hacer) y a la sociedad en la que, todos y todas, interactuamos.

Pedro Celiméndiz, encargado de prologar el libro, lo resume con acierto:

...vais a encontrar referencias concretas a los grandes dilemas de la profesión y a las cotidianas dificultades que encontramos en su ejer-

1 Directora de la RTS. Trabajadora social en atención primaria de salud. Licenciada en Derecho. Miembro del Comité de Ética Asistencial en Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud.

cicio, en una danza constante entre práctica y teoría que convierte la amable lectura del mismo en un delicioso baile (p.20).

Siendo consciente de la arbitrariedad que implica, en los siguientes párrafos destaco las ideas que considero más relevantes de cada uno de los capítulos y con las que, desde la práctica y la ideología, me siento alineada.

El primer capítulo, a cargo de Emma Sobremonte, aporta las claves que explican las dificultades del Trabajo Social para ser reconocido como ciencia: indefinición del objeto de intervención, eclecticismo en los modelos, dificultades en el registro de las intervenciones, en las evaluaciones y fracaso de la práctica basada en la evidencia. Este análisis es aún más preocupante cuando identificamos que estas son las mismas dificultades que nos diluyen como profesión.

Josefa Fombuena, en el segundo capítulo, habla de dinero, cuestión omnipresente en la actividad profesional del Trabajo Social, y lo hace sin tapujos, rompiendo el tabú. El dinero de las personas usuarias, pero también el de las profesionales. No realiza una aproximación abstracta al problema económico, a las políticas sociales o al problema de la pobreza, al contrario, baja a lo terrenal: lo que tengo, lo que debo, lo que quiero tener, lo que puedo tener. Propone la necesidad de incorporar formación específica de Trabajo Social en gestión económica. ¿Cómo se puede acompañar adecuadamente a personas con escasos recursos si no se tiene la necesaria formación?

También es Fombuena quien presenta la evolución en el ejercicio del Trabajo Social. Parte del contexto prometedor de finales de los años 70 e inicios de los 80, cuando se implementaron los servicios sociales y la desaparición de las desigualdades parecía posible. En ese momento, las trabajadoras sociales apostaron por los servicios sociales como el principal campo de intervención profesional, pero pronto se evidenció que la burocracia y la gestión arrollarían la esencia de la profesión, su acción comunitaria y su dimensión preventiva. Con la reivindicación del conocimiento disciplinar y científico, en los años 90, se identifica un repunte esperanzador para la profesión, pero, lamentablemente, aún hoy son escasos los estudios que recogen los resultados de la práctica profesional. De la misma manera, sigue siendo crítica la situación del sistema público de servicios sociales.

Mirando al futuro, la autora apunta algunos elementos clave para el desarrollo de la disciplina: internacionalización, atención a las emergencias, a los procesos de muerte, cambio climático, neurociencias, *big data*, nuevos sistemas de información y ejercicio libre como nuevo ámbito de desarrollo profesional.

En los capítulos cuarto y quinto, Roser Talamantes nos aproxima a la intervención profesional propiamente dicha. En el primero se repasa el contexto de la práctica profesional: la realidad en la que se interviene y el lugar que ocupa la profesional, ambos sustentados por la dimensión científica y los fundamentos éticos del Trabajo Social.

El siguiente capítulo, "Diagnóstico, intervención y evaluación", nos reencuentra con la esencia y lo diferencial de la práctica profesional. Se

desgranar con sencillez ideas básicas y principios innegociables del Trabajo Social. Con la lectura de este capítulo es inevitable revisar la propia práctica e incluso comprender por qué algunas profesionales ejercen desorientadas o desmotivadas. Talamante también profundiza en el diagnóstico diferencial de Trabajo Social y en el riesgo de categorizar olvidando que cada persona, con sus circunstancias, es única.

La influencia de las organizaciones e instituciones en las que se desarrolla la práctica del Trabajo Social es el tema que presenta Pepita Rodríguez. Reflexiona sobre el lugar que ocupan en las organizaciones las personas atendidas y sobre el lugar que ocupan (y el que deberían ocupar) las trabajadoras sociales. Las contradicciones entre los valores de la disciplina y los valores de las instituciones, la atención ofrecida y la que se debería ofrecer, los intereses de gestión y los intereses de atención, sitúan a las trabajadoras sociales ante dilemas profundos.

La dimensión de género no se puede obviar en una profesión eminentemente desarrollada por mujeres que, mayoritariamente, destina su acción social a mujeres. Amalia Morales y Belén Agrela dirigen primero nuestra atención a la Academia, donde la jerarquía de saberes sigue dejando en la cuneta la investigación sobre temas no relevantes para el mercado, temas que coinciden con aquellos en los que se desarrolla la práctica del Trabajo Social (pobreza, familia, desigualdades, cuidados, violencia de género, etc.).

También se ocupan de la mirada de género en la acción profesional insistiendo en que las trabajadoras sociales debemos adquirir las competencias necesarias para incorporar el análisis de género a nuestra práctica y así afinar el diagnóstico, la intervención y la evaluación, evitando, además, reproducir relaciones de poder, estereotipos y prejuicios.

Las autoras comparten en este capítulo su compromiso y reivindicaciones como trabajadoras sociales feministas, son reivindicaciones de justicia social.

A continuación, María José Aguilar plantea la relación del Trabajo Social con la comunidad. Entre otras ideas, sostiene que la clasificación excluyente de los métodos de intervención (individual, grupal y comunitario) forma parte de una lógica restrictiva que dificulta generar alternativas liberadoras. Utiliza el concepto de “jaula epistemológica” para explicar un Trabajo Social que reduce la comunidad a simple objeto negando su propia identidad y capacidad de transformación. También pone en evidencia que las actuales políticas de austeridad cargan sobre la comunidad la supervivencia de las personas más frágiles, omitiendo obligaciones propias de la Administración. En la misma línea, el Trabajo Social, desconectado de actitudes reivindicativas, corre el riesgo de perpetuar dinámicas injustas y de control social.

En el noveno capítulo, la misma autora alude al mandato transformativo implícito en el Trabajo Social. Nos sitúa frente al espejo devolviéndonos una imagen que nos confronta con verdades incómodas. Desde la contradicción entre el discurso emancipatorio y la práctica de control que el mismo Trabajo Social desarrolla, se proponen elementos para una acción

crítica y transformadora. Destaca la importancia del pensamiento reflexivo y de identificar modelos implícitos dominantes que, tendenciosamente, simplifican la realidad y legitiman prácticas opresivas. La autora también alerta de: categorizaciones impuestas, explicaciones causales reduccionistas, actuaciones paternalistas y acciones que perpetúan relaciones de dominación-opresión.

El libro acaba con un capítulo de Alfonso García dedicado al Trabajo Social con personas en situación de exclusión social. Presenta la exclusión como un proceso dinámico, complejo, expansivo y que, en sus formas más severas, no se reduce aunque mejore la economía global. Plantea los límites de la intervención social frente a estas situaciones, la frustración profesional y el fracaso del modelo construido a partir del binomio necesidades-recursos. Por último, recomienda la escritura, el relato, como forma de humanizar las intervenciones y generar respuestas innovadoras. El mismo autor nos ofrece preciosos ejemplos.

El Trabajo Social y su acción profesional es una obra valiente, de actualidad, que aborda temas incómodos. No es un manual especialmente recomendable para estudiantes y profesionales noveles, es un libro indispensable para trabajadoras sociales con experiencia, necesario para acompañar la reflexión de nuestra acción profesional.

Referencias bibliográficas

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.

FE D'ERRADES

A l'RTS 220, al quart paràgraf de la pàgina 45, ha de dir:

"Desde una perspectiva ética, cabe señalar que el primer Código Deontológico en Trabajo Social editado por el Consejo General del Trabajo Social se aprobó en la Asamblea General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social en la sesión extraordinaria".

En comptes de:

"Desde una perspectiva ética, cabe señalar que el primer Código Deontológico en Trabajo Social, editado por el Consejo General del Trabajo Social, se aprobó en la Asamblea General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social en la sesión extraordinaria".

A l'RTS 220, al segon paràgraf de la pàgina 191, ha de dir:

"Recordamos, brevemente, que Honneth fue director del Instituto de Investigación Social, adscrito a la Universidad Goethe de Frankfurt que acogió la denominada Escuela de Frankfurt. En esta habían participado autores del renombre de Horkheimer y Adorno, así como posteriormente Habermas, quien dirigió su tesis".

En comptes de:

"Recordamos, brevemente, que Honneth fue el tercer director del Instituto de Investigación Social, de la Universidad de Frankfurt, la denominada Escuela Crítica de Frankfurt, después de Theodor W. Adorno, con la colaboración de Max Horkheimer, y Jürgen Habermas, quien dirigió su tesis".



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