

# **Educació Social**

Revista d'Intervenció Socioeducativa

**Maig - agost 2017**

[www.peretarres.org/revistaeducaciosocial](http://www.peretarres.org/revistaeducaciosocial)



Comitè científic

José Antonio Caride: Universitat de Santiago de Compostela  
Carles Armengol: Fundació Escola Cristiana de Catalunya  
Anna Berga: Universitat Ramon Llull  
Ferran Casas: Universitat de Girona  
Jaume Funes: Universitat Ramon Llull  
Josep Gallifa: Universitat Ramon Llull  
Angel Gil: Institut Guttmann  
José Miguel Leo: Representant del Col·legi d'Educadors/es Socials de Catalunya  
Rafael López Arostegui: Fundación EDE (Bilbao)  
Ramon Nicolau: Ajuntament de Barcelona  
Carme Panchón: Universitat de Barcelona  
Rafael Ruiz de Gauna: Fundació Pere Tarrés  
Rosa Santibáñez: Universitat de Deusto  
Enrique Pastor: Universidad de Murcia  
João Paulo Ferreira Delgado: Escola Superior de Educação. Instituto Politécnico do Porto

Equip de direcció

Editor: Joan-Andreu Rocha  
Director de publicacions: Jesús Vilar  
Comunicació: Isabel Vergara  
Administració: Jesús Delgado

**Coordinació del monogràfic** Carles Ariza i Paco López

**Disseny i composició** Sira Badosa

**Tractament de textos, correcció i traducció** Núria Rica

**Traducció a l'anglès** Graham Thomson

La revista està indexada a

Carhus plus+ 2010, MIAR, DICE, INRECS, RACO, Latindex, REDINED, DIALNET, CIRC, PSICODOC, ISOC, CIRC.



Reconeixement - NoComercial (by-nc): Es permet la generació d'obres derivades sempre que no se'n faci un ús comercial.  
Tampoc no es pot utilitzar l'obra original amb finalitats comercials.

Editada per la Facultat d'Educació Social i Treball Social Pere Tarrés Universitat Ramon Llull

Santaló, 37 08021 Barcelona  
Tel. 93 415 25 51 Fax: 93 218 65 90

Redacció: jvilar@peretarres.org  
Subscripcions / publicitat: bsoley@peretarres.org  
Publicitat: drodriguez@peretarres.org

Impressió: ALPRES  
Dipòsit legal: 8.932/1995  
ISSN 2339-6954

La revista es publica en dues edicions:  
en català i en castellà

La publicació no comparteix necessàriament les  
opinions expressades en els articles.

**FUNDACIÓ  
PERE TARRÉS**  
Universitat Ramon Llull

## Editorial

Educació social i salut ..... 5

## Opinió

Sobre les formes d'interpretació de l'expressió "bona pràctica" ..... 6

## Monogràfic

### Educació social i salut

La vessant psicosocial de la salut i la malaltia, *Carles Ariza* ..... 13  
Ètica, salut, àmbit social: la gestió de la complexitat, *Montse Esquerda Aresté* i *Josep Pifarré Paredero* ..... 33  
Competències socioemocionals i salut en educació social, *Paco López Jiménez* ..... 51  
L'educador social al servei de salut mental, *Jordi Juanico Sabaté* i *David Ventura Lluch* ..... 70  
Infants que no viuen en la infància, *Maria Urmeneta Sanromà* ..... 86

## Intercanvi

El model de l'acompanyament extensiu dels adolescents: més enllà de l'educació en medi obert, *Salvador Avià Faure*, *Paz Víguer Seguí* i *Roberto Pescador Fernández de Larrea* ..... 106  
Mesurant la qualitat de vida de les persones sense llar: l'Escala GENCAT de Qualitat de Vida, *Eva Benito Herráez*, *Carles Alsinet* i *Mora* i *Araceli Macià Antón* ..... 123

## Llibres recuperats

*Les orphelins de la Shoah. Les maisons de l'espoir* ..... 141

## Publicacions

*Una mirada psicosocial a la salut i la malaltia* ..... 143  
Llibres rebuts ..... 144

## Propostes

Propers números monogràfics ..... 145

## Educació social i salut

---

Les construccions cada vegada més polièdriques sobre l'estudi de la vida i l'activitat humana que aporta la perspectiva de la complexitat, obren la porta a mirades i propostes de treball que, des d'un punt de vista lineal i cartesià, fins fa poc eren impensables. Aquesta perspectiva obre nous universos d'anàlisi i, en conseqüència, també aporta nous escenaris de treball sobre la realitat social. Un exemple clar d'aquest canvi de perspectiva el trobem en el camp de la sanitat. Si fins fa ben poc la mirada sobre la salut tenia una perspectiva fonamentalment mèdica i/o biòloga, cada vegada són més els estudis que apunten a una mirada àmplia de caràcter bio-socio-psico-social, és a dir, integradora de perspectives que, lluny de ser antagòniques, en realitat són complementàries entre elles.

El present monogràfic aborda les aportacions que el camp socioeducatiu pot fer a l'abordatge de la salut, això és, com redefineix el concepte per superar la perspectiva biòloga i mèdica i com el fet de contemplar-la també des d'una dimensió social i educativa contribueix notablement a millorar la qualitat de vida humana, entesa en sentit ampli.

Els diferents articles d'aquest monogràfic posen l'èmfasi en un concepte de salut ampli que inclou la dimensió social, emocional, ètica i vivencial, perspectives que es complementen entre elles i aporten una nova forma d'aproximació global i integradora des del prisma de l'educació.

## Sobre les formes d'interpretació de l'expressió “bona pràctica”

Inicialment, podem dir que una *bona pràctica* fa referència a una acció que ha tingut algun tipus d'èxit, de manera que té la voluntat de servir de referent per a altres situacions similars a aquella. Aquesta possible replicabilitat implica superar la idea d'experiència d'èxit (allò que ha anat bé) i fer el pas a la identificació d'aquells aspectes clau que caracteritzen aquesta *bona pràctica* i que serviran de fonament en altres experiències diferents en la seva aparença i expressió última, però similars pels elements de referència que comparteixen i li serveixen de base. Ara bé, sempre se li donen els mateixos significats a la idea de *bona pràctica*? A què ens referim quan parlem d'una *bona pràctica* i quins paràmetres s'utilitzen per definir-la?

La mirada des de l'ètica ens ha d'ajudar a clarificar el sentit i significat de l'expressió *bona pràctica* i a identificar els components de l'acció socioeducativa. Com a punt de partida, direm que tota acció hauria d'integrar quatre grans dimensions que interactuen entre elles i que podem agrupar en dues grans perspectives, una de caràcter teleològic, centrada en els efectes, i una altra de caràcter axiològic, centrada en les aspiracions i els valors.

Des de la perspectiva teleològica, l'acció socioeducativa presenta una dimensió **científica** que defineix el marc disciplinari per llegir la realitat i constitueix el fonament de la posterior acció; en segon lloc, presenta també una dimensió **tècnica**, que és la que estableix els mecanismes, els processos, els passos i els moments per a la utilització del coneixement científic.

Des de la perspectiva axiològica, en primer lloc, trobem una dimensió **jurídica i administrativa**. Aquesta, que és de caràcter imperatiu, defineix el marc normatiu on es desenvoluparà l'acció (qui és subjecte de l'acció, on, quan, en quines circumstàncies, durant quant de temps, etc.) i concreta les polítiques i serveis específics per a la seva implementació; en segon lloc, tenim també la dimensió **ètica**, que és la que defineix uns valors i principis orientadors de referència per emmarcar allò que es considera una acció justa.

Ara bé, sempre es tenen en compte aquestes quatre dimensions a l'hora de parlar de *bona pràctica*? El plantejament ètic de referència les integra o, per contra, posa l'èmfasi en uns elements en detriment d'uns altres?

Podríem afirmar que la idea de *bona pràctica* no sempre integra aquestes quatre dimensions i, per contra, està polaritzada entre les dues grans perspectives que abans comentàvem: en uns casos es té en compte fonamentalment

les dimensions científica i tècnica (perspectiva teleològica), mentre que en altres casos es té en compte sobretot les dimensions jurídica-administrativa i també l'ètica, tot i que aquesta darrera no sempre amb la mateixa intensitat (perspectiva axiològica).

Des de la perspectiva teleològica, una *bona pràctica* és aquella que se centra en els resultats, això és, en els efectes i les conseqüències de l'acció, de manera que ens està parlant d'encerts o d'errors. Com es pot veure, té un component procedimental de caràcter tecnocràtic, en el sentit que el resultat està determinat per l'estratègia. El supòsit és que una acció esdevé una *bona pràctica* en la mesura que el mètode emprat ens acosta a l'èxit entès com l'assoliment d'un resultat previst. Igualment, diríem que és una *mala pràctica* aquella que ens allunya de l'efecte que es pensava aconseguir i, en una situació extrema, implica un fracàs.

Des de la segona perspectiva, una *bona pràctica* és aquella que se centra en les intencions, en la coherència amb l'orientació ideològica o en les actituds del professional a l'hora d'implementar-la. Com es pot veure, té un component valoratiu de caràcter polític i també moral, en el sentit que el que compta són les motivacions i l'estil de l'acció. Essent així, una *bona pràctica* és aquella que està motivada per la voluntat de servei o de fer el bé a les persones ateses, amb unes actituds coherents amb els principis que orienten l'acció (per exemple, la justícia, el respecte o el deure de protecció-promoció). En canvi, una *mala pràctica* seria aquella que ha descuidat aquests principis, de manera que pot arribar a comportar un tracte injust i, fins i tot, negligent.

En síntesi, segons l'enfocament, la idea de *bona pràctica* o de *mala pràctica* es pot entendre com efecte, resultat o conseqüència si es mira des d'una perspectiva teleològica, o, per contra, com a intenció, motivació o actitud si la perspectiva triada és l'axiològica.

Possiblement, la mirada des d'una de les perspectives en detriment de l'altra no ajuda a donar tot el sentit ampli i profund que hauria de tenir una *bona pràctica*. Si l'èmfasi es posa en la perspectiva teleològica, es poden arribar a justificar comportaments professionals poc respectuosos (vulneració del principi d'autonomia i de justícia en nom del paternalisme que es pot derivar del principi de beneficència). Portat a l'extrem, es podria arribar a justificar qualsevol acció si els resultats són favorables i responen a la finalitat

que s'havia plantejat el professional. Per contra, si l'èmfasi es posa en la perspectiva axiològica, es podria caure en una definició de bondat centrada únicament en les intencions i en les actituds manifestades en la relació professional, malgrat que els resultats no hagin estat satisfactoris (en aquest cas, contràriament a la perspectiva anterior, es podria arribar a vulnerar el principi de beneficència, segons el qual el professional té el deure de maximitzar els beneficis de la seva acció).

Per superar aquesta dicotomia, considerem que una acció socioeducativa s'acostaria a la idea de *bona pràctica* si supera aquesta dualitat entre les finalitats/resultats i les motivacions/actituds, i finalment és capaç de combinar de forma harmònica aquestes quatre dimensions (científica, tècnica, jurídica i ètica).

Una *bona pràctica* seria aquella en què l'acció està científicament ben fonamentada: identifica sense error l'objecte d'estudi i documenta la seva naturalesa amb bases sòlides; que tècnicament està ben desenvolupada i implementada en tot el seu procés: el diagnòstic és correcte, el disseny que se'n deriva és viable, l'aplicació de les accions està ben estructurada i els sistemes de seguiment i avaluació són precisos i permeten reorientar l'acció en cas de necessitat; que l'aplicació dels criteris normatius i els serveis existents per oferir les prestacions regulades per la llei s'emmarquen en un context que potencia el desenvolupament dels drets de les persones: lleis justes, serveis flexibles i adaptats a les persones, recursos adequats per al tractament el més personalitzat possible de cada cas; que tota l'acció està regida per una idea de justícia que es concreta en comportaments ètics que s'orienten cap a l'excel·lència: definició dels valors i principis de referència que contemplin la diversitat d'escenaris i situacions de conflicte, unes actituds o conductes morals que fan de la pràctica un exercici responsable i tangible de cura i promoció personal i uns mecanismes o estratègies per abordar de manera efectiva els conflictes de valor.

L'extrem més positiu seria aquell que combina adequadament les millors intencions, actituds i motivacions amb els millors resultats. En aquest cas, parlariem d'excel·lència i representarien la idea de *bona pràctica*. L'extrem més negatiu és aquell en què les intencions, motivacions i actituds no són de respecte i, a més, obtenen uns resultats que res tenen a veure amb la promoció de les persones i el respecte a l'exercici dels seus drets. Aquí clarament es podria parlar de negligència i de maleficència.

Ara bé, entre els dos extrems s'obre un ventall de possibilitats molt ampli: bons resultats sense motivacions o amb actituds no gaire respectuoses amb les persones ateses; mals resultats amb molt bones motivacions i amb actituds de molt respecte; resultats acceptables amb motivacions i actituds raonablement justes... Com es pot veure, la combinatòria podria ser molt àmplia i els professionals es troben amb la necessitat de definir estructures i guies de referència que ajudin a construir criteris que, dins de la combinació de tots els elements que hem indicat (dimensió científica, tècnica, jurídic-administrativa i ètica), permetin optimitzar les accions cap a l'excel·lència. Els codis deontològics poden ser un primer instrument de referència útil com a punt

de partida per acordar aquets criteris de referència, però són insuficients per ells mateixos (convertir els codis deontològics en codis de conducta d'obligat compliment implicaria caure en les limitacions del principalisme: falta de contextualització i rigidesa davant de la complexitat dels fenòmens socials).

Com a conclusió: si tradicionalment el sistema de valoració de les accions socioeducatives ha tingut un referent marcadament tècnic en forma d'indicadors centrat en els resultats (teleologia), a poc a poc s'ha fet evident la insuficiència d'aquesta perspectiva, especialment si s'accepta que tot allò que és tècnicament possible pot no ser èticament acceptable. Ara bé, una acció socioeducativa centrada en les intencions i motivacions (axiologia), sense una bona estratègia d'acció, pot convertir-se en una gran font de patiment i perjudicis per a les persones ateses. La forma de superar aquesta dicotomia consisteix a plantejar el treball amb persones des de la perspectiva dels drets humans. Aquest punt de vista obliga a adoptar unes mirades més àmplies i més globals que posen la persona en el centre i articulen la perspectiva teleològica i l'axiològica en el disseny d'una acció determinada.

Jesús Vilar Martín  
Professor de la Facultat d'Educació Social  
i Treball Social Pere Tarrés - URL



Educació social i salut

Carles Ariza

# La vessant psicosocial de la salut i la malaltia

Recepció: 03/09/2017 / Acceptació: 25/10/2017

## Resum

La vessant psicosocial de la salut i la malaltia il·lumina aquelles zones de l'exercici dels professionals socials on els principals fenòmens vinculats a la salut i la malaltia incideixen en la vida quotidiana de les persones i el seu entorn familiar i social. Alguns col·lectius vulnerables quant a la salut i la malaltia demanen una atenció preferencial. Treballar per la promoció de la salut és una de les grans eines a l'abast del professional social, per connectar amb la comunitat i apoderar-la, en el descobriment de les seves pròpies respostes.

### Paraules clau

Salut, Malaltia, Psicosocial, Promoció de la salut, Vulnerabilitat social

## La vertiente psicosocial de la salud y la enfermedad

*La vertiente psicosocial de la salud y la enfermedad ilumina aquellas zonas del ejercicio de los profesionales sociales donde los principales fenómenos vinculados a la salud y la enfermedad inciden en la vida cotidiana de las personas y su entorno familiar y social. Algunos colectivos vulnerables en cuanto a la salud y la enfermedad piden una atención preferencial. Trabajar por la promoción de la salud es una de las grandes herramientas al alcance del profesional social, para conectar con la comunidad y apoderarla, en el descubrimiento de sus propias respuestas.*

### Palabras clave

Salud, Enfermedad, Psicosocial, Promoción de la salud, Vulnerabilidad social

## The Psychosocial Aspect of Health and Illness

*The psychosocial aspect of health and illness sheds light on those areas of the practice of social professionals in which the principal phenomena associated with health and illness have direct impacts on people's daily lives and also their family and social milieu. Groups that are vulnerable in terms of health and illness often call for preferential attention. Working to promote health is one of the great tools at the disposal of the social professional, as a way of connecting with the community and empowering it in the discovery of its own responses.*

### Keywords

Health, Illness, Psychosocial, Health promotion, Social vulnerability

### Com citar aquest article:

Ariza, Carles (2017).

La vessant psicosocial de la salut i la malaltia.

*Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 66, 13-32



- El manuscrit s'estructura en sis parts amb l'objectiu de donar resposta a quines són les principals característiques psicosocials dels processos de salut i malaltia en el camp de la salut pública i les tasques més importants (promoció, prevenció, atenció, rehabilitació) que els professionals socials poden realitzar per a una atenció integrada de la salut i de la malaltia.

La vessant psicosocial de la salut i la malaltia al·ludeix a les conseqüències que una i altra tenen en la vida quotidiana de les persones

La vessant psicosocial de la salut i la malaltia al·ludeix a les conseqüències que una i altra tenen en la vida quotidiana de les persones. Aquesta vivència de la salut o malaltia és allò “internalitzat”, és a dir, allò psicosocial, atès que enfront d'una mateixa situació social la reacció dels individus pot ser molt diferent. Tenir cura d'això és propi de les professions socials en el camp de la salut pública.

El manuscrit planteja també la importància dels determinants socials per explicar els processos de salut i malaltia, fet cada cop més reconegut. Avui ja es reconeix la seva influència tant sobre les condicions de vida com sobre els mateixos estils de vida dels individus i de les seves comunitats. Sense oblidar que, tant des d'una visió individual com social, cal veure la salut dels individus des d'una perspectiva de tot el cicle vital, ja que els fets i esdeveniments viscuts en unes etapes repercuteixen en les posteriors o poden ser conseqüència de les anteriors.

La salut apareix així com a recurs per a la vida, mentre la promoció de la salut esdevé el paradigma que incorpora tots els professionals de la salut, també els socials, les estratègies per conservar i estendre la salut a totes les polítiques, l'acció comunitària, l'educació i la reorientació del mateix sistema de salut.

Per últim, cal concebre la malaltia com el final de tot un procés d'exposició a les causes o factors que generen el risc de patir-la. Els professionals socials s'involucren en l'atenció i cura d'aquests factors per contribuir a la prevenció de la malaltia, amb accions tant sobre l'individu com sobre la comunitat, però també abordant tot el que la malaltia provoca en la vida quotidiana de les persones. Però la manca de la salut i els problemes vinculats a aquesta pèrdua no afecten de la mateixa manera a tots els individus. Tant a causa de la desigualtat social, conseqüència de la conculcació de drets, com a causa de l'emergència de la malaltia o discapacitat en la vida de les persones, es generaran uns col·lectius vulnerables, que demanen atenció preferencial de les professions socials.

## Els professionals socials i la salut pública

Les necessitats o problemes psicosocials són les necessitats o problemes que comporten aspectes relacionats amb la salut o malaltia en la vida diària de la persona. La realitat psicosocial o interpersonal és la forma estrictament

individual i particular en què una persona fa introspecció del seu context interpersonal o social i com es relaciona amb aquest context (Ituarte, 2002). Els factors psicosocials de la salut i de la malaltia afecten la vida quotidiana de les persones a nivell de la família, el treball, les relacions personals, l'autoimatge i l'autoconcepte de la persona, la vivència de la pròpia salut, la forma de viure el present i el futur, el desenvolupament de la funció i el sentiment d'utilitat social, les activitats de la vida diària i la satisfacció personal (Cueto, 2001). Allò que defineix i identifica al professional social, ja sigui el treballador social o l'educador social, és la comprensió de la realitat psicosocial com lloc de trobada entre la persona i el seu context (Ituarte, 2009). Per poder aportar aquest rol en el sistema d'atenció a la salut, les funcions principals dels professionals socials es concentraran en l'atenció psicosocial i seran dues, la prevenció dels factors psicosocials i el tractament dels problemes psicosocials. En el desenvolupament d'aquestes funcions, el professional social actuarà a tres nivells: l'individu i la seva família, el grup i la comunitat.

Cueto (2001) considera que els professionals socials poden contribuir a la *prevenció dels factors psicosocials*, en la mesura que tinguin presència en els òrgans d'estudi, planificació i prioritització dels plans i polítiques per fer front als factors de risc psicosocial i en la línia de promoure un ecosistema més saludable que eviti l'aparició de malalties. Les accions preventives són sempre accions que s'exerceixen sobre el conjunt de la comunitat. Les principals activitats preventives poden ser de planificació (afavorint la creació d'ambients favorables en tots els àmbits comunitaris: la família, el barri, l'entorn laboral i els espais de lleure i temps lliure); de coordinació (interna: accions promogudes de treball en equip en el propi centre de treball; externa: foment de la cooperació amb altres institucions públiques i privades); educatives (subministrament d'informació a la població, reforç de la seva motivació i promoció de l'adopció d'hàbits i habilitats saludables); i de foment de la participació ciutadana (anàlisi de les necessitats de salut de la comunitat; establiment de les prioritats; i elecció de les actuacions que cal desenvolupar, mantenint el control d'aquestes activitats).

Realitzat el diagnòstic social i havent delimitat clarament quins són els principals problemes psicosocials que cal abordar, el professional social procura el *tractament psicosocial* d'aquests problemes i té sempre com a objectiu tant l'individu com el seu entorn, principalment la família. Les principals mesures de tractament psicosocial inclouen el consell i suport emocional (assistència als individus i les seves famílies en la presa de decisions difícils, especialment les que plantegen problemes ètics com ara confidencialitat, planificació familiar, avortament, donacions, eutanàsia...; i ajuda per resoldre problemes de comportament que impedeixin prendre aquestes decisions); l'educació per a la salut (comprensió de la història natural de la malaltia i dels factors de risc relacionats; modificacions positives en els hàbits de vida i el compliment terapèutic; informació sobre l'ús adient del sistema sanitari i dels recursos que el componen); les accions encaminades a la reinserció so-



Els professionals socials poden contribuir a la prevenció dels factors psicosocials



cial (reintegrant complet de la persona a la seva vida habitual en qualsevol àmbit: família, treball, lleure..., un cop ja curat del seu problema o quan, fet el primer abordatge de la malaltia, el pacient pot fer una reincorporació a les seves obligacions habituals); l'orientació sobre recursos (contacte estret amb les institucions i les persones rellevants de la comunitat i de l'àmbit dels serveis, mantenint una bona informació del sistema sanitari i dels recursos i serveis disponibles, recordant sempre que la intervenció psicosocial va molt més enllà de la mera "dispensació" i orientació sobre els recursos); i l'assessorament a d'altres professionals de la salut (ajut als altres perquè per la seva capacitat professional resulta útil als membres de l'equip quan, per a la millor atenció al pacient, atén també les famílies, serveix de nexa entre aquestes i l'equip sanitari i serveix de suport professional davant de situacions difícils i estressants) (Cueto, 2001).

## La rellevància dels determinants socials de la salut

La salut és un estat de complet benestar i no merament l'absència de malaltia

La definició de l'OMS de 1946 que inaugura el debat actual del concepte de salut ("la salut és un estat de complet benestar físic, mental i social i no merament l'absència de malaltia" WHO, 1947) té l'avantatge de trencar amb la separació entre salut i vida quotidiana, per la qual cosa des del punt de vista científic pot considerar-se poc objectiva i, de fet, subjectiva. També s'ha destacat la vessant positiva que inaugura aquest concepte. D'altra banda, com a limitacions, s'ha considerat que aquesta definició considera la salut com una qualitat estàtica. En considerar la salut com estat, entra en contradicció amb qualsevol fenomen biològic. A més no permet la introducció de matisos en funció de situacions concretes. Un treballador d'una indústria química, per exemple, trobant-se en una situació de benestar global, pot estar en desenvolupament d'un càncer per l'exposició a un carcinogen industrial derivat de la seva feina (Martí, 1995). El subjectivisme assenyalat abans també s'ha considerat com a limitació, tant per no considerar aspectes objectius com la capacitat de funcionament ("sentiment d'utilitat i de poder fer el que caracteritza la realització humana"), assenyalada per Terris (1987), com per parlar d'un estat complet, quan existeixen diversos graus de benestar i salut, com també va assenyalar aquest autor. En darrer terme, respecte a la definició de l'OMS, es considera també que la seva aplicació pràctica no va evitar que la majoria dels sistemes sanitaris invertissin la majoria dels seus recursos en una visió negativa i fragmentada de la salut, que es basa en la malaltia i la mortalitat.

El pas següent foren les definicions o conceptes dinàmics, com la del Xè Congrés de Metges i Biòlegs de llengua catalana de Perpinyà (1976): "la salut és aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa", que va tenir un gran èxit en l'entorn català, tot i mantenint un clar subjectivisme.

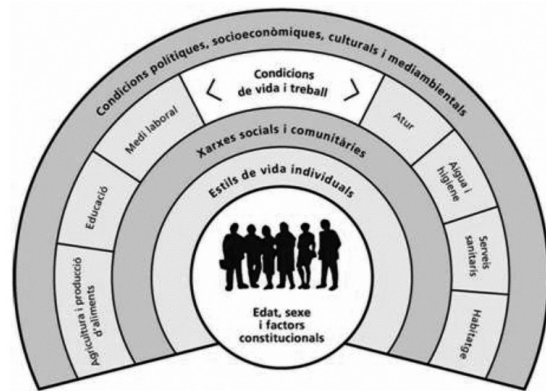
També se les ha criticat com d'excessiva desbiologització, perquè no quedessin tancades en l'estricta àmbit mèdic, i d'un clar optimisme que rau a considerar la salut com a plenitud o benaurança, conceptes més místics que científics (Martí, 1995). Però la mateixa OMS va abandonar la definició utòpica i maximalista i va adoptar el concepte dinàmic de salut en la formulació dels objectius de l'estratègia "Salut per a tots a l'any 2000", on desapareix la paraula "complet" i s'accepta que els habitants dels diferents països han de tenir el nivell de salut suficient que els permeti treballar productivament i participar de la vida comunitària on viuen (Organització Mundial de la Salut, 2000). Una altra crítica que formula l'epidemiologia a aquestes definicions és que dificulten mesurar la salut, sobre tot perquè l'epidemiologia està avaluada a mesurar la malaltia, però no sap estudiar des d'una perspectiva quantitativa que vol dir sentir-se sa, a banda de la dificultat que suposa per a l'epidemiologia la mesura dels nous riscos ambientals (Martí, 1995). Finalment, una nova objecció que es pot fer a aquestes definicions és que no se situen en la perspectiva del cicle vital, ja que no és el mateix el benestar físic o l'autonomia d'una persona al voltant dels 20 anys o l'autonomia d'una persona gran.

De les limitacions i insuficiències dels conceptes dinàmics, se'n va fer ressò a inicis dels anys vuitanta i durant tota la dècada següent el desenvolupament de l'ecologia i la teoria general de sistemes. Ja alguns sociòlegs s'havien pronunciat sobre l'excessiu rol de les professions sanitàries en general, i la mèdica en particular, quant a la definició de salut i de malaltia. Es parlaria així de la medicalització del concepte de salut, en tant que derivaria a la culpabilització de les persones per les seves conductes individuals, una certa "tirania moral", aliena als fenòmens socials que condicionen la salut i la malaltia (Fritzgerald, 1994). Illich (1974) ho formulava com "la intensitat amb que les persones solucionen o s'adapten als seus problemes interns i condicions externes". Això és el que comportarà que, d'una forma progressiva, no s'entengui la salut sense la interacció amb l'entorn i l'adveniment de la visió socioecològica ("la salut és allò que es crea en els ambients on la gent juga, al lloc de treball, a l'escola, la comunitat i els entorns més amplis on hom viu", Kickbush, 1997). Per tant, no es pot entendre la salut sense un individu en interacció amb els altres de la seva comunitat, pel que, a partir d'aquest moment no serà possible explicar la salut sense la importància de les influències socials.

Goran Dahlgren i Margaret Whitehead (1992) van idear un model (model de les capes d'influència) per explicar com les desigualtats socials en la salut són el resultat d'interaccions entre diferents nivells de condicions causals, des de l'individu a les comunitats i al nivell de polítiques de salut nacionals.



No es pot entendre la salut sense un individu en interacció amb els altres de la seva comunitat



Font: Dahlgren, G; Whitehead, M. (1992). *Policies and strategies to promote equity in health.*

Els individus tenen edat, sexe i factors genètics i estan en el centre de la primera capa, la central, ja que tots ells influeixen en el seu potencial global de salut. Anant cap a l'exterior, la següent capa comprèn les conductes personals i els estils de vida. Les persones amb menys mitjans materials tenen barreres de finançament per poder triar un estil de vida saludable i poden mostrar pitjor alimentació i també solen mostrar més factors conductuals negatius com el tabaquisme. Les influències socials i comunitàries es representen en la capa següent. A l'escala social baixa hi ha menys xarxes i suport social, fet que acaba comportant menys prestacions socials i facilitats per a l'activitat de la comunitat. En el nivell social següent es troben els factors relacionats amb les condicions de vida: treball, provisió d'aliment i accés als serveis més bàsics. Són els nuclis més pobres els que mostren més problemes d'habitatge, condicions més perilloses o estressants a la feina i accés més limitat als serveis i això crea també riscos diferencials sobre la seva salut. Per sobre de tots aquests nivells estan les condicions econòmiques, culturals i medioambientals (posició econòmica del país, mercat de treball...) que produeixen pressió sobre totes les altres capes. A tall d'exemple, el mode de vida d'una societat pot influenciar l'elecció d'un habitatge, del treball o de determinades interaccions socials, així com alguns hàbits de l'estil de vida. O, en l'àmbit cultural, les creences sobre el rol de la dona en la societat poden influir sobre el seu patró vital i la seva posició social (Dahlgren i Whitehead, 1992).

Al llarg del temps s'han anat precisant alguns dels determinants socials més influents, que es poden mesurar amb indicadors precisos (OMS, 2005).

- **Gradient social:** determina que a més baix nivell social, l'expectativa de vida és menor i més alta la freqüència de malaltia. Els efectes no estan confinats als pobres, sinó que el gradient social en salut travessa tota la societat, ja que es deu a causes materials i psicosocials.

- **Estrès:** les circumstàncies estressants que fan sentir-se a les persones preocupades, ansioses i incapaces de superació són perjudicials per a la salut i poden conduir a una mort prematura.
- **Exclusió social:** la pobresa absoluta és la manca de cobertura de les necessitats materials i bàsiques de la vida. L'exclusió social és particularment dolenta durant l'embaràs i per als nadons, els infants i la gent gran.
- **Addiccions:** les persones s'introdueixen sovint en les addiccions per minorar el dolor per les condicions socials i econòmiques adverses i la dependència porta a la mobilitat social descendent.
- **Alimentació saludable:** en estar l'alimentació controlada pel mercat global, és un problema polític. La qualitat de l'alimentació està mediada per les condicions socials i econòmiques i contribueix a les desigualtats en salut.
- **Transport:** el transport saludable significa conduir menys vehicles, caminar més i anar en bicicleta, alhora que un major ús del transport públic promou la salut, en augmentar l'exercici físic, reduir els accidents, augmentar els contactes socials i reduir la contaminació atmosfèrica.



## La salut en el cicle vital

La innovació teòrica més gran de la perspectiva del cicle vital en la salut rau en la integració d'explicacions diverses per als individus o grups en salut, incloent-hi factors de la personalitat, influències actuals sobre la salut o les conductes saludables, història vital individual i la història vital col·lectiva dels diferents grups socials (George, 2003). Existeix un particular interès a entendre com l'acumulació d'avantatges i desavantatges al llarg del cicle vital afecta l'estat de salut en la vida posterior. La posició econòmica a la infantesa i adolescència es tradueix en probabilitats diferents d'accés a l'educació universitària. L'educació superior en millors escoles augmenta les probabilitats d'accés a algunes carreres universitàries i també a un millor treball a la vida adulta. Una bona feina es defineix com aquella que manté o millora la posició econòmica aconseguida. Es caracteritza per millors salaris, millors gratificacions socials, més prestigi, més control sobre les demandes i calendari de treball i millor seguretat laboral. Successivament, tenir un millor lloc de feina al llarg de la vida adulta s'associa amb millor salut al final de l'adulthood, específicament menor risc cardiovascular i menor mortalitat. Una millor feina s'associa a millor assegurança de salut, accés a millors cures de salut i menor exposició a estrès crònic a la feina i altres àrees de la vida (Blane, 2000).

Existeix un particular interès a entendre com l'acumulació d'avantatges i desavantatges al llarg del cicle vital afecta l'estat de salut en la vida posterior

## Certs tipus de problemes de salut a la vida adulta tenen relació amb les condicions socials a la infantesa

També hi ha evidència que certs tipus de problemes de salut a la vida adulta tenen relació amb les condicions socials a la infantesa, especialment les malalties associades a la nutrició a la infància (Okasha, 2003). La pobresa a la infantesa, especialment en els anys d'educació en els gustos i preferències dels aliments, s'ha relacionat amb la dificultat d'adquisició de dietes nutricionalment adients (Wethington, 2005).

El plantejament de la perspectiva del cicle vital ajuda a diferenciar alguns problemes de salut que són independents del moment vital en què es produeixen i que són conjunturals, com per exemple una infecció gripal, d'altres que estan clarament vinculats a etapes específiques del cicle vital i que són més propis d'aquest moment que de d'altres. Això pot ser degut al programa genètic, però molt sovint també a les circumstàncies socials i culturals que condicionen les experiències que la persona viu en cada moment de la seva vida. Des de la perspectiva del cicle vital, els moments més crítics en el desenvolupament de la salut al llarg de la vida són el període intrauterí i la infantesa (0-12), etapa que anomenem salut maternoinfantil; l'adolescència (13-18); i la tercera edat o fase de gent gran (>65).

Pel que fa a la *salut maternoinfantil* (SMI), el primer indicador de mortalitat i morbiditat és el baix pes en néixer. Els principals problemes psicosocials en SMI són la infertilitat, la interrupció voluntària de l'embaràs, l'embaràs de l'adolescent, el maltractament de gènere, l'abandonament de la dona, el naixement prematur, els nens nascuts amb malalties cròniques i la mortalitat perinatal. Els professionals socials han de garantir les prestacions de prevenció primària com l'atenció a l'embaràs i al part amb cures obstètriques, exàmens mèdics a la infantesa i educació sobre el creixement i desenvolupament.

L'*adolescència* és un període important per al desenvolupament saludable, perquè en ella es completa la maduració cerebral. Els principals problemes de salut d'aquesta etapa són el sobrepès i l'obesitat, la sexualitat de risc, el consum de drogues i el risc d'addiccions, els accidents en vehicle de motor, el "bullying" i la violència, els trastorns mentals i el suïcidi i les comorbiditats (presència conjunta de més d'un d'aquests problemes). Els professionals requereixen de la màxima informació d'aquests problemes per a la seva detecció. A més han d'assegurar als adolescents l'accés als programes preventius, als serveis de salut i a l'educació per a la salut que els protegeixi dels problemes esmentats.

Quant a la *gent gran*, hi ha una tendència a l'envelliment progressiu de la població i s'estima que al 2030, el 20% de la població de la majoria de països desenvolupats tindrà més de 65 anys. Els principals problemes de salut específics de la gent gran deriven de la pèrdua de facultats i la consegüent fragilitat i la presència de les malalties degeneratives. Entre els problemes psicosocials estan també la necessitat de ser escoltats, la pèrdua de rols socials, els sentiments de soledat i els d'aïllament social. Els professionals socials

haurien de monitoritzar tots aquests problemes, ajudar al desenvolupament de polítiques i lleis com la de l'autonomia i dependència, assegurar les cures de salut i d'atenció primària, proporcionar educació per a la salut sobre els problemes esmentats i donar ajuda i suport al "cuidador" de les persones amb alt nivell de dependència.

## Treballar per la promoció de la salut

Els professionals socials, en el desenvolupament de l'acció social, necessiten veure la salut com a recurs. El paradigma intersectorial que ha desenvolupat aquesta visió és la promoció de la salut. S'entén per *promoció de la salut* el procés adreçat a la capacitació de la població per a que aquesta controli i millori el seu nivell de salut (WHO, 1984). Això representa considerar la salut com un recurs per a la vida quotidiana, que alhora precisa d'uns recursos bàsics previs: els ingressos, l'alimentació i l'habitatge; i també com una capacitat, i en sentit positiu, representa reconèixer la necessitat d'uns recursos personals i socials que el procés de l'atenció de la salut haurà de promoure de forma adient. Es considera que aquesta estratègia és mediadora entre la gent i els seus entorns, sintetitzant l'opció personal i la resposta social en la salut (WHO, 1984).

A partir d'aquí, l'OMS considera que la promoció de la salut es basa en cinc principis (WHO, 1984):

1. Ha d'implicar activament tota la població en els aspectes de la vida quotidiana, incloent, però sense restringir-se, les persones amb risc de malalties específiques i que entren en contacte amb els serveis sanitaris.
2. Ha d'actuar sobre les causes últimes de les malalties i trastorns de salut. Cal assegurar-se que l'ambient que està més enllà del control dels individus sigui favorable a la salut.
3. Utilitza diverses estratègies per a la millora de la salut: informació, educació, mesures fiscals, desenvolupament i organització comunitàries, accions legals i desenvolupament de la legislació per a la protecció de la salut.
4. La promoció de la salut depèn fonamentalment de la participació comunitària. Aspira a la participació efectiva de la població, animant a les persones a contribuir a promocionar la salut de les seves comunitats.
5. Els professionals de la salut, especialment aquells que treballen en l'atenció primària, tenen un rol important en la promoció de la salut.



Considerar la salut com un recurs per a la vida quotidiana

La promoció de la salut no és només una responsabilitat del sector sanitari, sinó que requereix d'una atenció intersectorial

Per tant, la promoció de la salut no és només una responsabilitat del sector sanitari, sinó que requereix d'una atenció intersectorial (WHO, 1984).

Un punt de referència per a la visió integradora de la promoció de la salut fou la Conferència Internacional per a la Promoció de la Salut que va tenir lloc a Ottawa, Canadà, l'any 1986. Els cinc principis vistos sobre la promoció de la salut es van ampliar en la "Declaració d'Ottawa per a la Promoció de la Salut", coneguda posteriorment com la carta d'Ottawa (WHO, CPHA, 1986). Aquest document defineix el que significa treballar per la promoció de la salut, concretant cinc línies de treball com les contingudes a la següent taula.

**Taula 1.** Treballar per la promoció de la salut: la Carta d'Ottawa

1. Desenvolupar polítiques públiques saludables
2. Crear entorns favorables a la salut
3. Reforçar l'acció comunitària
4. Desenvolupar les capacitats personals
5. Reorientar els serveis sanitaris vers la promoció de la salut

Font: World Health Organization, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association (1986). Ottawa Charter for Health Promotion. WHO Copenhagen.

#### 1) *Desenvolupar polítiques públiques saludables*

La promoció de la salut va més enllà de la mera assistència sanitària i vol que la salut es converteixi en motiu d'atenció dels polítics en tots els sectors d'acció. No n'hi ha prou amb les polítiques sanitàries, es precisen a més les polítiques públiques saludables: polítiques que amplien l'espectre de les més saludables i restringeixen les que ho són menys, en el sector públic. Només s'entén per política pública saludable aquella que de forma deliberada tracta d'obtenir beneficis en salut (Colomer, 2001).

#### 2) *Crear entorns favorables a la salut*

Ashton (1990) considera que la promoció de la salut té en compte que, tant a nivell global com local, la salut humana es construeix sobre la manera com tractem la natura i el nostre propi ambient. Quan s'explota el medi ambient sense ser sensible a les conseqüències, acaben per deixar-se sentir efectes adversos a nivell social i de salut. Ja s'ha assenyalat que la promoció de la salut és propera a una visió socioecològica de la salut. La Conferència d'Ottawa, dins d'aquesta perspectiva ecològica, considera com a qüestió rellevant que les organitzacions i empreses tinguin la salut de la gent com un afer propi. Això suposa, d'una banda, el control sobre els productes d'ús i consum, la producció d'energia i el medi ambient. D'altra banda, la creació d'un clima d'opinió favorable a la salut que les engresqui en la contribució positiva a la salut, tant en relació amb el que produeixen, com en relació a com organitzen el treball (Arias, 1991).

#### 3) *Reforçar l'acció comunitària*

La Carta d'Ottawa posa la comunitat, i la gent en general, com un dels recursos més importants per a la promoció de la salut. La gent, tant individualment com col·lectivament, sigui allà on sigui, pot actuar per crear condicions més saludables per a ells mateixos, per als altres i per generacions futures (Arias, 1991).

Ashton (1990) creu que la promoció de la salut només funciona a través d'accions comunitàries efectives. Les comunitats han de tenir el seu propi poder i exercir el control de les seves pròpies iniciatives i activitats.

Kickbush (2003) considera que les relacions socials són un dels determinants dels valors i comportaments en relació amb la salut. Posa com exemples algunes de les activitats més importants i efectives de l'acció comunitària com són l'ajuda mútua, el suport social i els grups comunitaris. *L'ajuda mútua* és l'acció de prestar un servei o col·laboració entre dos o més persones. Es porta a terme a través dels grups d'ajuda mútua (GAM). Pot implementar-se de "tu a tu", en trobades informals o en reunions de grup (Roca, 2001). El *suport social* representa la interacció que estableix l'individu amb la seva xarxa de contactes socials i inclou aspectes de suport emocional i suport material. La manca de suport social és un factor de risc de mala salut i d'augment de la mortalitat (Cohen, 2000). En la *participació comunitària*, grups específics que presenten necessitats compartides i que viuen en una mateixa àrea geogràfica prenen decisions i estableixen mecanismes per satisfer-les.

#### 4) *Desenvolupar les capacitats personals*

La Carta d'Ottawa considera que la promoció de la salut deriva d'una concepció de salut que contempla, en primer lloc, la capacitat dels individus de realitzar les seves aspiracions humanes i satisfer les seves necessitats i, en segon lloc, la capacitat de conèixer i canviar l'entorn, és a dir, una visió socioecològica de la salut. En aquesta quarta línia de treball per la promoció de la salut es posa de manifest que també la *informació*, l'*educació per a la salut* i l'ajuda a la comunitat són mitjans necessaris per al desenvolupament de les habilitats necessàries per aconseguir opcions de vida saludables, tant a nivell personal com social.

Kickbush (1987) assenyalava que la promoció d'estils de vida que portin a una millor salut en les diverses dimensions de la persona (física, mental, emocional, social i espiritual) suposa atendre a les formes personals de situar-se i afrontar els fets de vida i les diverses etapes de la mateixa, des de la infantesa a la vellesa. També les creences i valors respecte de la salut estan condicionats per la perspectiva vital, per la història de la persona i les condicions en què ha hagut de viure. L'*educació per a la salut* és la combinació d'experiències d'aprenentatge planificada, destinada a facilitar canvis voluntaris de comportaments saludables. S'inspira en les ciències de la salut, de la conducta, de l'educació i de la



La manca de suport social és un factor de risc de mala salut

comunicació. Els programes d'educació per a la salut han d'inspirar-se en models teòrics que expliquen les formes d'aprenentatge de les conductes de salut. Els models del comportament (de creences de salut, PRECEDE, de l'aprenentatge de la conducta) s'inspiren en les teories de l'aprenentatge (de les necessitats de Maslow, de l'aprenentatge social de Bandura, de l'acció raonada). Existeixen dues perspectives per a la programació en educació per a la salut: la tecnològica, basada en la pedagogia per objectius (diagnòstic de la situació, finalitats, objectius, activitats d'aprenentatge, execució i avaluació) i la crítica, basada en la participació de la comunitat.

La promoció de la salut implica i desenvolupa la salut en la població, més enllà de la responsabilitat d'oferir atenció mèdica

5) *Reorientar els serveis sanitaris*

La Carta d'Ottawa diu que, en l'àmbit dels serveis, la promoció de la salut implica una reorientació dels serveis per mantenir i desenvolupar la salut en la població, més enllà de la responsabilitat d'oferir atenció mèdica. Kickbush (1987), en base al que diu la declaració d'Ottawa, puntualitza que, mentre que la promoció de la salut és bàsicament una activitat del camp de la salut i del camp social, i no un servei mèdic, els professionals de la salut, particularment els de l'atenció primària, tenen un rol important en el suport i consolidació de la promoció de la salut. Ashton (1990) ho formula assenyalant que la responsabilitat de la promoció de la salut en els serveis sanitaris ha de ser compartida entre els individus, els grups comunitaris, els professionals de la salut, el personal auxiliar, les administracions i els governs. Tots ells han de treballar junts reorientant el sistema vers una atenció que realment tingui la salut com a objectiu.

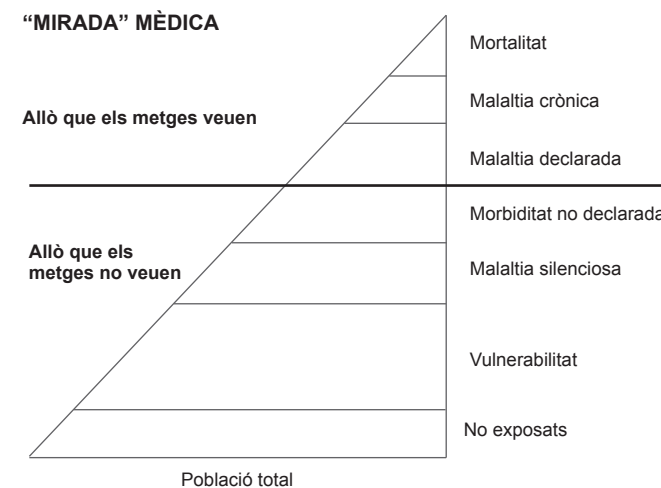
Els nous plantejaments orientats a la promoció de la salut han canviat la perspectiva de la salut pública. La *salut de la comunitat (salut comunitària)* està determinada per la interacció de factors personals i familiars i per l'ambient socioeconòmic, cultural i físic. Les principals accions s'adrecen a entorns com l'escola, els centres laborals, els centres sanitaris i els barris de les ciutats. La salut a l'escola es dona per la interacció d'un entorn escolar sa i segur amb les relacions personals favorables de la comunitat escolar, els serveis de salut de referència i l'educació per a la salut. La salut en els centres laborals està regulada parcialment per la llei de prevenció de riscos laborals. Defensa un treball digne i amb capacitat de decisió de l'individu; cerca la detecció de les malalties professionals o de les relacionades amb el treball, així com la prevenció dels accidents laborals. La salut en els centres sanitaris té el repte de desplaçar el sistema de salut vers la salut com a centre. Ho fa a través de la humanització dels centres; la promoció de la salut a través d'accions com l'educació nutricional, la lluita antibàctica o els programes de primers auxilis; i l'educació de pacients i usuaris. La salut als barris segueix un procés de metodologia participativa i implica els diversos actors en la cerca dels actius de salut del barri, de cara a la prioritització de les intervencions comunitàries més necessàries per a cada territori.

## Fer front a la vessant psicosocial de la malaltia

En el concepte de malaltia hi ha tres elements: en primer lloc, un component *subjectiu*, en tant que la malaltia és una experiència personal, que costa de comunicar en la totalitat del que l'individu vivència; en segon lloc, la *demanda d'ajut*, que és el reconeixement de que el que se sent i s'experimenta no es pot arranjar per un mateix; i el tercer aspecte, el més important des de la perspectiva de la salut pública, és l'element *social i cultural*, consistent en com els éssers humans aprenen a estar malalts i a reconèixer-se i ésser reconeguts com a malalts, en base al que socialment i culturalment és considerat i legitimat com a malaltia (Martí, 1995). Les malalties conegudes pel metge només representen la punta de l'iceberg: les d'aquells que declaren i consulten, els que estan malalts de forma palesa i els que moren (Last, 1988). Hi ha vulnerabilitat, malaltia silenciosa i morbiditat no declarada que normalment no es veu.



Figura 2. "Iceberg" de la malaltia de last (last, 1988)



Els éssers humans aprenen a estar malalts i a reconèixer-se i ésser reconeguts com a malalts, en base al que socialment i culturalment és considerat com a malaltia

Des de la perspectiva d'una visió més global de la salut, l'atenció a la malaltia no pot quedar-se merament en l'atenció guaridora a aquells que declaren els problemes i són reconeguts i atesos clínicament. Les fases de vulnerabilitat, d'exposició a problemes o morbiditat silenciosa i no-declarada creen l'espai per a una visió més ampla de les atencions a la salut que inclou la promoció de la salut, tal com s'ha vist en l'apartat precedent i la prevenció de la malaltia, que s'analitzarà immediatament en aquest manuscrit. A la conjunció de l'atenció guaridora i rehabilitadora de la malaltia amb l'atenció de promoció de la salut i de prevenció de la malaltia se la coneix com *atenció integrada de la salut*.

Les possibilitats del pacient i de la seva família respecte del compliment terapèutic són també part del diagnòstic psicosocial

El *diagnòstic psicosocial de la malaltia* comprèn, entre d'altres, l'anàlisi individual del malalt en relació amb la seva situació familiar, els sentiments del pacient i de la família respecte de la malaltia, les possibilitats pròpies i de la família per a seguir les indicacions terapèutiques i les característiques del seu habitatge (Cueto, 2001). Des del punt de vista familiar, interessa si el malalt viu sol o amb d'altres familiars i també si les relacions familiar són conflictives o ha hagut recentment la pèrdua de familiars propers. Els sentiments del pacient i de la família respecte de la malaltia o problema de salut són especialment importants des de la perspectiva psicosocial. Cal explorar com és l'acceptació de la malaltia o si hi ha sentiments de culpabilitat respecte del procés, fet que generarà ansietat sobreafegida. Molt sovint, i d'acord amb la gravetat de la malaltia, pot existir por de morir o del diagnòstic d'una malaltia greu, que comprometi la qualitat i el contingut del futur vital. Les possibilitats del pacient i de la seva família respecte del compliment terapèutic són també part del diagnòstic psicosocial. Són aspectes a valorar la possibilitat de complir amb la medicació o amb les recomanacions sobre nutrició o d'exercici o de control dels factors de risc. També pot ser oportuna la valoració sobre si acudirà a les visites mèdiques de seguiment de la malaltia.

Finalment, el professional social, a partir d'una visita domiciliària amb l'objecte de valorar les condicions de vida del pacient i de la seva família i del seu nivell d'adaptació a aquest ambient, està en condicions d'aportar informació sobre les característiques de l'habitatge. Entre d'elles, pot valorar especialment les condicions d'habitabilitat i la possible presència de barreres arquitectòniques.

L'anàlisi detallat de tota aquesta informació obtinguda permet la realització d'hipòtesis diagnòstiques i un pla de tractament psicosocial. En ocasions no s'aprecia la presència de problemàtica psicosocial rellevant i el professional social es limita a assessorar al professional de la salut sobre com planificar millor el tractament. En d'altres casos amb problemàtica psicosocial específica, actuarà d'acord amb les mesures ja vistes al primer apartat d'aquest manuscrit. Si és necessari, el professional social sol·licita les interconsultes oportunes o deriva el pacient a un altre servei social o sociosanitari.

Des d'una perspectiva social i de salut pública, les malalties poden classificar-se en transmissibles (MT) o infeccioses i no-transmissibles i cròniques en la seva evolució. Les malalties cròniques (MC) són la principal causa de mortalitat en tot el món. Les més freqüents són les malalties cardiovasculars (MCV), el càncer, la diabetis i les malalties respiratòries cròniques. Són malalties que tenen un curs perllongat, que no es resolen espontàniament i que rarament es curen de forma completa. Es caracteritzen en funció de la causalitat i el risc, de l'evolució i el curs que segueixen (durada llarga, remissions i recaigudes freqüents) i de l'eficàcia de les mesures de control, habitualment incerta.

La *prevenció de la malaltia* representa una estratègia de la salut pública dintre de l'atenció integrada de salut. Depenent del moment de la intervenció, l'estratègia preventiva pot ser primària (abans que la malaltia aparegui i destinada a les poblacions vulnerables), secundària (en la fase silenciosa o presintomàtica de la malaltia) i la terciària (quan la malaltia ja està instaurada). La prevenció primària es focalitza en evitar l'aparició dels factors de risc i la promoció dels estils i condicions de vida saludables. La prevenció secundària va adreçada a combatre els factors de risc que ja han aparegut o a fer el diagnòstic precoç de la malaltia per tractar d'aturar-la o guarir-la. La prevenció terciària s'orienta a la prevenció de les complicacions i conseqüències de la malaltia i a propiciar la reinserció del pacient.

La prevenció psicosocial pretén crear un ecosistema social que eviti l'aparició de les malalties. Es fa a través de mesures de planificació, coordinació, educació i foment de la participació, tant en les MT com en les MC (MCV i càncer), tal com s'ha vist en un apartat previ del manuscrit.

## Vulnerabilitat social i salut

La *vulnerabilitat* és la susceptibilitat d'un individu o un col·lectiu a ser ferit, afectat, danyat o vençut de patir un perjudici. És una zona intermèdia, inestable, que conjuga la precarietat en el treball i la fragilitat de les ajudes de proximitat (Castel, 1991). La vulnerabilitat seria, a més d'un procés, un resultat de pèrdues i ruptures successives, ja sigui del treball i de la seguretat social o dels lligams familiars. A més, està lligada als itineraris objectius i subjectius, i als factors contextuals que impedeixen fer ús de les capacitats i en disminueixen les possibilitats (Sen, 2000). La vulnerabilitat social és el conjunt de característiques d'una persona o grup i del seu entorn que influeixen la seva capacitat per anticipar, fer front, resistir i recuperar-se de l'impacte d'esdeveniments naturals o socials (Coy, 2010). O sigui que depèn, d'una banda, de la mesura de l'amenaça i, de l'altra, de les estratègies i capacitats de superació dels afectats, amb tots els factors que hi influeixen, com per exemple, el nivell d'ingressos, el gènere o l'edat. La pobresa va, en principi, acompanyada d'un major grau de vulnerabilitat ja que els grups de nivell socioeconòmic més desafavorit, en general, tenen menys possibilitats d'elecció i no disposen de recursos suficients per a la prevenció. Negri i Saraceno (2003) creuen que vulnerabilitat, pobresa i exclusió podrien ésser pensades com un continuïum, probablement consecutiu, però que no sempre ho és. Una persona pot veure no reconeguts els seus drets o pot mancar-li la xarxa de reconeixement social i això no implica necessàriament l'escassetat de recursos. Alhora, es pot ésser pobre sense estar-ne exclòs, com succeeix a barris desafavorits on una majoria de la gent és pobre. Mentrestant, la vulnerabilitat seria l'entrada de la pobresa i d'una posterior exclusió, que estaria al final, en la part més distal del procés. Per a aquests autors, el pas d'un estadi a l'altre es donaria en funció de les biografies personals i de les op-



La prevenció psicosocial pretén crear un ecosistema social que eviti l'aparició de les malalties

cions socialment estructurades que s'ofereixen. Això convida a interessar-se per aquests itineraris i intentar conèixer els factors de les successives crisis que fan passar de la vulnerabilitat a la pobresa i d'aquesta a l'exclusió, i quines són les circumstàncies que afavoreixen, limiten o obstaculitzen aquestes transicions (Negri i Saraceno, 2003).

A partir d'aquí, interessa identificar específicament aquelles poblacions amb vulnerabilitat vinculada amb la salut i la malaltia i les consegüents dificultats sanitàries i socials. Segons el factor central originari de la vulnerabilitat, es poden distingir dos grups diferents. Ho podem veure a la taula següent.

**Taula 2.** Algunes de les poblacions vulnerables des de la perspectiva de salut

| Origen de la vulnerabilitat   | Principals col·lectius vulnerables                                      |
|-------------------------------|---|
| Desigualtat i exclusió social | Col·lectius afectats per les <b>desigualtats socioeconòmiques</b>       |
|                               | Persones en " <b>situació de sense llar</b> "                           |
|                               | Població <b>immigrant</b>   |
|                               | Dones afectades per la <b>violència de gènere</b> (violència masclista) |
| Malaltia o discapacitat       | Part de la <b>gent gran</b> (envelliment fràgil i dependència)          |
|                               | Persones amb <b>problemes de salut mental</b>                           |
|                               | Persones amb <b>drogodependències</b>                                   |
|                               | Persones amb <b>diversitat funcional o discapacitat</b>                 |

a) *La desigualtat i exclusió social*

En aquest cas, i tal com assenyala Subirats (2004), el concepte de vulnerabilitat social delimita diverses situacions que estan presidides per un equilibri social precari que pot transformar-se en exclusió social, mitjançant un procés d'intensificació o aparició de nous factors d'exclusió que no necessàriament estan relacionats amb la resta de factors preexistents. Actualment, no es pot seguir parlant de la pobresa i els seus efectes com la causa darrera de les desigualtats i la integració social (Subirats, 2004). Apareixen molts altres aspectes de desigualtat que van més enllà de l'esfera econòmica, com la precarietat laboral, els dèficits de formació, la manca d'habitatge digne o d'accés a la mateixa, condicions precàries de salut, manca de relacions socials estables, trencament de llaços i vincles familiars... Això és el que permet a Subirats (2004) definir l'exclusió social com "una situació concreta fruit d'un procés dinàmic d'acumulació, superposició i/o combinació de diversos factors de desavantatge o vulnerabilitat social que poden afectar persones o grups, generant una situació d'impossibilitat o dificultat intensa d'accedir als mecanismes de desenvolupament personal, d'inserció sociocomunitària i als sistemes preestablerts de protecció social". Tot i que, en la perspectiva d'aquest manuscrit, la mirada predominant és des de la salut, és una ocasió més per emfasitzar que la salut ha de tenir sempre una consideració intersectorial.

S'inclouen en aquest grup:

- Els col·lectius afectats per *les desigualtats socioeconòmiques*: fa referència a les diferents oportunitats i recursos lligats a la salut que tenen les persones de diferents classe social, gènere, ètnia o territori.
- La població en *situació de sense llar*: l'absència de llar i feina situa aquest grup de població a l'extrem de l'estructura social, al marge de la societat i amb graus importants de vulnerabilitat social i sanitària.
- La població *immigrant*: una part important d'aquest col·lectiu, arran del treball que realitzen, el barri on viuen o les condicions de l'habitatge, es troba en condicions de vulnerabilitat, que repercuteixen en la seva salut.
- Dones afectades per la *violència de gènere*: en aquest cas es produeix una vulneració dels drets humans que aboca a un problema de salut pública.
- La *gent gran*: un subconjunt d'aquesta població, com a conseqüència d'una pitjor evolució de l'envelliment, la pèrdua de capacitats i la limitació de recursos econòmics, està en condicions de fragilitat i de vulnerabilitat social.

b) *La malaltia o la discapacitat*

En aquesta segona part sobre col·lectius vulnerables es presenta un segon grup en el qual la vulnerabilitat està associada a la malaltia o a la discapacitat. Aquestes dues circumstàncies, la malaltia o la discapacitat, apareixen com el principal risc a què s'enfronta el subjecte. En les tres situacions que s'inclouen serà clau tenir en compte els aspectes constitutius de la vulnerabilitat individual per evitar estigmatitzar l'altre, com si allò que esdevé en ell ens fos totalment aliè. S'entendrà, per tant, la vulnerabilitat com la *susceptibilitat de les persones a problemes i danys de salut*. Per a que hagi un dany normalment es precisa la conjunció de tres fets: la presència d'un esdeveniment advers; la manca de capacitat d'adaptació del subjecte al perill; i la manca de resposta de l'individu, entesa com la capacitat de lluita i de recuperació, tant dels individus com dels grups, per a fer-hi front (Wisner, 1998). Per tant, alguns segments de la societat són més vulnerables d'emmalaltir i morir que d'altres. En això influeixen tant les *característiques personals* com les *condicions adquirides* en el transcurs de la vida. Entre les primeres s'inclouen les condicions, característiques i situacions de protecció (o de desprotecció i risc) dels individus i grups contra la malaltia. Entre les segones hi ha les resultants de l'estil de vida i del desenvolupament d'estratègies i habilitats per enfrontar traumes i malalties. Així, el grau de vulnerabilitat s'altera o depèn de la modificació en la condició o ambient social. Un exemple d'això s'ha establert amb l'ús del cànnabis en els primers anys de l'adolescència, que avui se sap que modera l'associació entre el risc genètic o vulnerabilitat individual a l'esquizofrènia i la maduració cor-



S'entendrà la vulnerabilitat com la *susceptibilitat de les persones a problemes i danys de salut*

tical dels individus barons (French, 2015). Aquestes troballes impliquen els processos subjacents a la maduració cortical com a mediadors entre l'ús del cànnabis i la seva influència sobre la producció d'esquizofrènia (French, 2015).

La vulnerabilitat social associada a la malaltia i a la discapacitat es relaciona també amb els processos d'exclusió, discriminació o afebliment dels grups socials i la seva capacitat de reacció. Baggio (2015) ha observat que les persones que han de freqüentar amb assiduitat els serveis d'urgència se senten discriminades i amb una percepció pitjor de la seva salut, independentment de l'estat objectiu de salut i de l'afecció per la qual consulten, fet que afegeix un element més a la seva condició de vulnerabilitat.

Entre els col·lectius vulnerables vinculats a la malaltia o discapacitat es consideren:

1. Les persones amb *problemes de salut mental*: la malaltia o trastorn mental afecta nuclearment la qualitat de vida, la integració i participació social i genera condicions de vulnerabilitat.
2. Persones amb *drogodependències*: a més de l'addicció, quan aquesta s'instaura, pot associar-se a comportaments delictius i de marginació associats (prostitució...), que produeixen una vulnerabilitat específica.
3. Les persones amb *discapacitat o diversitat funcional*: una malaltia o lesió prèvia porta a la discapacitat, la qual determina l'accés al treball, barreres arquitectòniques i dificultats en la integració social. Són aspectes importants que es troben en l'origen de la vulnerabilitat.

Carles Ariza  
 Cap del Servei d'Avaluació i Mètodes d'Intervenció  
 Agència de Salut Pública de Barcelona  
 Professor de la Facultat d'Educació Social i Treball Social  
 Pere Tarrés – URL  
 cariza@peretarres.org

## Bibliografia

**Arias, A.** (1991). “Vers la promoció de la salut: des de la salut com absència de malaltia a una perspectiva socioecològica de la salut”. A: Arias, A. (comp.) (1995). *El món de l'educació i la salut*. Col·lecció Paideia, núm. 21 Barcelona: Raima.

- Ashton, J.; Seymour, H.** (1990). *La nueva salud pública*. Barcelona: Masson.
- Baggio, S.; Iglesias, K.; Hugli, O.; Burnand, B.; Ruggeri, O.; Wasserfallen, J. B. et al.** (2015). “Associations between perceived discrimination and health status among frequent Emergency Department users”. *European Journal of Emergency Medicine*. doi: 10.1097/MEJ.0000000000000311.
- Blane, D.** (2000). “The life course, the social gradient, and Health”. A: Marmot, M., Wilkinson, R.G., eds. (2000). *Social Determinants of Health*. Oxford, UK: Oxford University Press; 64-80.
- Castel, R.** (1991). “La désaffiliation: Travail et vulnérabilité relationnelle”. Traducció catalana. Barcelona: *Revista Món Laboral*, núm. 3.
- Cohen, S.; Gottlieb, B. H.; Underwood, L. G.** (2000). “Social relationships and Health”. A: Cohen, S.; Underwood, L. G.; Gottlieb, B. H. (eds.) *Measuring and intervenint in social suport*. New York: Oxford University Press. p. 3-25.
- Colomer, C.; Álvarez-Dardet, C.** (2001). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.
- Coy, M.** (2010). “Los estudios del riesgo y de la vulnerabilidad desde la geografía humana. Su relevancia para América Latina”. *Población y Sociedad*, 17:9-28.
- Cueto, A.; García, M.; Gijón, M. T.; Galicia, M. D.** (2001). “Papel del trabajador social en los servicios de salud”. A: Piédrola Gil. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Masson. 10a edició.
- Dahlgren, G.; Whitehead, M.** (1992). *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- French, L.; Gray, C.; Leonard, G.; Perron, M.; Pike, G. B.; Richer, L. et al.** (2015). “Early cannabis use, polygenic risk score for schizophrenia and brain maturation in adolescence”. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry. 2015.1131. Published online August 26, 2015.
- Fritzgerald, F. T.** (1994). *The tyranny of health*. *Lancet*, 331, 196-198.
- George, L. K.** (2003). “Life course research: achievements and potential”. A: Mortimer, J.; Shanahan, M. eds. (2003). *Handbook of the Life Course*. New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 671-680.
- Illich, I.** (1974). *Medical nemesis*. *Lancet*, 1, 918-921.
- Ituarte, A.** (2002). “El acontecer clínico en Trabajo Social”. *Trabajo Social Hoy*. 2002 1r. cuatrimestre, 5ª época, 35:42-59.
- Ituarte, A.** (2009). “Sentido del trabajo social en Salud”. Ponència. XI Congrés Estatal de Treball Social. Saragossa.
- Kickbusch I.** (1997). “Health promoting environments: the next steps”. *Aust N Z J Public Health*. 21:431-434.
- Kickbush, I.** (2003). “The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion”. *Am J Public Health*, 93: 383-388.
- Last, J. M.** (1988). “El iceberg: completando una visión clínica en Medicina general”. A: *El desafío de la Epidemiología, problemas y lecturas seleccionadas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Martí Casas, O.** (1995). *Introducció a la Medicina Social* (vol.1) Barcelona: ICESB Escola Universitària de Treball Social.





**Negri, N.; Saraceno, C.** (2003). *Povertà e vulnerabilità sociale in aree svilupate*. Roma: Carocci.

**Okasha, M.; McCarron, P.; McEwen, J.; Durnin, J.; Davey Smith, G.** (2003). "Childhood social class and adulthood obesity: findings from the Glasgow Alumni Cohort". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 508-509.

**Organització Mundial de la Salut** (2000). "Regional strategy for attaining health for all by the year 2000". Copenhagen: OMS-Oficina Regional per Europa.

**Organització Mundial de la Salut** (2005). Commission on Social Determinants of Health. Towards a conceptual framework for analysis and action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper for The Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO.

**Roca, F.** (2001). "Grupos de ayuda mutua". A: Colomer, C.; Álvarez-Dardet, C. *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson, p. 77-88.

**Sen, A.** (2000). "Social exclusion. Concept, application and scrutiny". *Social Development Paper*, núm.1. Manila: Asian Development Bank.

**Subirats, J.; Riba, C.; Giménez, L.; Obradors, A.; Giménez, M.; Queralt, D.; Bottos, P.; Rapoport, A.** (2004). *Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea*. Colección "Estudios Sociales" núm. 16. Barcelona: Fundació "La Caixa".

**Terris, M.** (1987). *La revolución epidemiológica y la medicina social*. Mèxic: Siglo XXI.

**Wethington, E.** (2005). "An Overview of the Life Course Perspective: Implications for Health and Nutrition". *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 37, 115-120.

**Wisner, B.** (1998). Marginality and vulnerability: Why the homeless of Tokyo don't 'count' in disaster preparations. *Applied Geography*(1) January: 25-33.

**World Health Organization** (WHO). (1947). Health International Conference, New York, 1946. Constitution of the World Health Organization. Chronicle of the WHO (annex 1): 29.

**WHO Europe.** (1984). Health promotion. A discussion document on the concepts and principles. WHO, Copenhagen.

**World Health Organization** (WHO) (1986). Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association (CPHA). Ottawa Charter for Health Promotion. WHO Copenhagen.

**Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana** (1976). *Funció Social de la Medicina* (II Ponència). Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.

Montse Esquerda  
Josep Pifarré

## Ètica, salut, àmbit social: la gestió de la complexitat

Recepció: 10/10/2017 / Acceptació: 25/10/2017

### Resum

Vivim un temps molt complex i aquesta complexitat impacta de manera punyent en els àmbits social i sanitari, que poden contactar amb l'espai íntim i privat de les persones. La bioètica, que neix precisament de la gestió de la complexitat, pot orientar en l'exercici de les professions de l'àmbit social, en un moment en què la relació amb les persones ateses passa per capacitar per a la decisió, acompanyar a descobrir nous recursos personals, proposar alternatives o, fins i tot, saber respectar les decisions que pren l'altre. La bioètica ha desenvolupat ja un marc conceptual d'orientació, que s'exposa al llarg d'aquest article, davant dels nous reptes plantejats pel progrés biotecnològic i els canvis socials, per poder trobar criteris en un món postradicional, postcristià i postmodern.

### Paraules clau

Ètica, Bioètica, Àmbit socio-sanitari, Complexitat, Principalisme, Salut

Ètica, salud, ámbito social: la gestión de la complejidad

Ethics, Health, Social Environment: the management of complexity

*Vivimos tiempos muy complejos y esta complejidad impacta de forma punzante en los ámbitos social y sanitario, que pueden contactar con el espacio íntimo y privado de las personas. La bioética, que nace precisamente de la gestión de la complejidad, puede orientar en el ejercicio de las profesiones del ámbito social, en un momento en que la relación con las personas atendidas pasa por capacitar para la decisión, acompañar para descubrir nuevos recursos personales, proponer alternativas o, incluso, saber respetar las decisiones que toma el otro. La bioética ha desarrollado ya un marco conceptual de orientación, que se expone a lo largo de este artículo, ante los nuevos retos planteados por el progreso biotecnológico y los cambios sociales, para poder encontrar criterios en un mundo postradicional, postcristiano y posmoderno.*

*We live in very complex times and this complexity has a dramatic impact on the social and health sectors, which often come into contact with people's private and personal space. Bioethics, which has its basis precisely in the management of complexity, can help orient the practice of the social professions at a time when the relationship with the client is increasingly predicated on empowering people to take decisions, accompanying them in their discovery of new personal resources, proposing alternatives and respecting the decisions they may take. Bioethics has already developed a conceptual framework within which to orient itself, and this is set out in the article in the context of the new challenges posed by biotechnological progress and social changes, in order to identify valid criteria in a post-traditional, post-Christian and post-modern world.*

### Palabras clave

Ètica, Bioètica, Àmbit socio-sanitari, Complejidad, Principalismo, Salud

### Keywords

Ethics, Bioethics, Social health, Complexity, Principalism, Health

### Com citar aquest article:

Esquerda Aresté, Montse; Pifarré Paredero, Josep (2017) Ètica, salut, àmbit social: la gestió de la complexitat. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 66, 33-50



## ▲ Temps de complexitat

*Què estrany és tot avui! I ahir era com sempre!  
Hauré canviat durant la nit?  
Però si no sóc la mateixa, la pregunta és: qui sóc?  
Ai, aquest és el gran misteri!*

*Alicia en el País de les meravelles, Lewis Carroll*

Si busquéssim algunes paraules per descriure els temps actuals, entre les que segurament més s'aproximarien podríem trobar mots com “complexitat”, “incertesa” o “acceleració”. Vivim temps altament complexos i aquesta complexitat impacta de forma encara més punyent en aquells àmbits que “tenen el permís” per contactar amb l'espai íntim i privat de les persones. Tant l'àmbit social com el sanitari estan immersos plenament en aquesta complexitat, persones que treballen amb persones, amb els seus valors i preferències, en què es prenen decisions sobre les seves opcions i les seves vides.

Diego Gracia, un dels grans bioeticistes espanyols, ho recull en una frase: “La medicina ha canviat més en vint-i-cinc anys que en els vint-i-cinc segles anteriors”. Però aquesta frase no tan sols s'aplica a la medicina, sinó que es pot aplicar a molts altres àmbits i, en general, a tota la societat: s'ha produït un gran canvi en els darrers vint-i-cinc o cinquanta anys, molt més gran que els canvis experimentats en segles anteriors, i això ha passat molt ràpidament. Com l'Alicia de Lewis Carroll, que es desperta i exclama amb perplexitat que res és el que era, just ahir mateix era com sempre i avui tot ha canviat, mira el món que l'envolta i no el reconeix. Aquesta incertesa és un fet ben difícil d'assimilar, però Alicia no es pregunta tan sols sobre aquesta nova realitat, sinó que la pregunta clau que es fa és: Qui sóc jo? Quin és el meu paper en aquest món nou?

Aquestes preguntes apareixen també, encara que potser no del tot formulades, en el dia a dia de molts professionals perquè els canvis vertiginosos han impactat directament en la vida de les persones i impacten encara més en aquelles professions que intervenen en l'àmbit íntim de les persones, de forma que sovint es viuen els nous temps amb una gran incertesa.

**En poc temps hem passat d'una societat suposadament de codi únic a una societat de codi múltiple**

Els canvis han estat diversos i en múltiples àmbits. En poc temps hem passat d'una societat suposadament de codi únic, en què es podria pressuposar que els valors i les preferències eren compartits i explícits, a una societat de codi múltiple, pluri i multicultural, amb diversitat de valors coexistents i d'identitats morals que influeixen en la presa d'opcions de vida.

Els professionals ja no poden pressuposar que les seves propostes són les vertaderes o les correctes, sinó que dependran dels valors propis, socials, culturals i familiars de la persona o grup familiar que està atenent. A més de pluricultural, hiperinformada i hipertecnificada.

De forma paral·lela a aquest canvi social, es percep un canvi en el model social i sobretot en el model de famílies, amb nous estils d'estructura i nous estils de vida, molt més fràgils en relació amb les persones i els nuclis vulnerables, i tot això amb el impacte de la recent crisi econòmica.

Ha canviat també la relació amb les persones ateses. En general, el rol dels professionals ha estat modificat. Francesc Abel deia que “el canvi més profund en la relació professional-pacient en els últims trenta anys és el reconeixement del pacient com a agent moral autònom.”

Reconèixer les persones ateses com a agents morals autònoms és un fet ben revolucionari, tant en els models d'atenció, els models sanitaris i els models socials. Aquests àmbits porten una tradició mil·lenària d'atenció a les persones vulnerables basada en el paternalisme, amb el “tot per la persona atesa, però sense tenir en compte el que vol o diu la persona atesa”. En aquests casos era el professional qui marcava les fites.

És un fet que es podria anomenar “la caiguda del paternalisme”, i paraules com autonomia, empoderament i presa de decisions compartides ens porten a nous models d'abordatge, en què el paper central passa del professional al ciutadà.

Això fa que la relació professional-persona atesa experimenti força evolució, passant d'una relació basada en “manar” el que l'altra persona ha de fer a aportar informació, capacitar per a la decisió, acompanyar a descobrir nous recursos personals, proposar alternatives o, fins i tot, saber respectar les decisions que pren l'altre. Tot un repte.

I els canvis es produeixen també en les organitzacions. Ara es demana un enfocament més basat en el treball en equip que en el treball individual. Fa poc un estudiant comentava a classe la incongruència que representa l'educació actual: la majoria de professions demanen saber treballar en equip, quan la formació és altament individualista i hi preval la competitivitat. Desenvolupar les habilitats necessàries per a un treball en equip és imprescindible avui en dia, però no és pas senzill.

No és estranya la incertesa que es viu a nivell professional, a vegades fins i tot amb angoixa, per la pèrdua de referents clars i controlats. Cal aprendre de nou, com deia Zygmunt Bauman a *Ètica postmoderna*: “haurem d'aprendre a acceptar les contingències, a respectar l'ambigüitat, a valorar les emocions i l'espiritualitat, a apreciar accions sense propòsit...”.

Per a acceptar contingències i ambigüitat, en aquest context canviant, és important tenir una visió àmplia en l'aproximació a la complexitat: entorns complexos requereixen abordatges complexos. Molts cops busquem estratègies senzilles o solucions reduccionistes a problemes globals, perquè són respostes tranquil·litzadores i allò que és simple és fàcilment abastable i, a



**Reconèixer les persones ateses com a agents morals autònoms és un fet ben revolucionari**

La bioètica neix, precisament, de la gestió de la complexitat

més, hem après i hem estat ensenyats en un model lineal. Davant els reptes actuals, cal una visió àmplia, o millor, saber unir diferents visions per tenir una millor perspectiva de la realitat. La bioètica neix, precisament, de la gestió de la complexitat.

## Què es la bioètica i com neix: pont entre avenços tecnològics i sistemes de valors humans

*Els nostres mestres es preguntaven  
si la medicina era ciència, art o religió.  
Nosaltres ens preguntem  
si és indústria, comerç o política*

J. M. Mainetti

La bioètica, com una de les primeres ètiques aplicades i segurament la que disposa d'un desenvolupament i bagatge més amplis, pot orientar en aquests moments de gran incertesa en l'exercici de les professions d'àmbit social.

Malgrat que es tracta d'una disciplina relativament nova, la bioètica té ja una història d'uns cinquanta anys, amb el desenvolupament d'un extens cos teòric i pràctic. La incertesa i la complexitat de què parlàvem a l'inici, en aquest àmbit, ha estat i és força elevada. Com assenyala Mainetti, cal combinar ciència, art, religió, indústria, comerç i política.

La imatge més freqüent que il·lustra la bioètica és la imatge d'un pont. Van Rensselaer Potter, bioquímic dedicat a la investigació oncològica, l'empra com a il·lustració del seu llibre *Bioètica: puente hacia el futuro*. Un pont que fa de lligam entre coneixements biotecnològics i científics i sistemes de valors humans.

Francesc Abel, fundador de l'Institut Borja de bioètica, aporta una de les definicions més complertes de la bioètica: “és l'estudi interdisciplinari i transdisciplinari, orientat a la presa de decisions ètiques dels problemes plantejats pels progressos mèdics i biològics, en l'àmbit microsòcial i macrosòcial, micro i macro econòmic, i la seva repercussió en la societat i en el seu sistema de valors, tant en el moment present com en el futur.

Abel subratllava la necessitat d'anar més enllà de la interdisciplinarietat. Aquesta seria merament la transferència de coneixement i mètodes d'una disciplina a una altra. Caldria arribar a la transdisciplinarietat, és a dir, a la

capacitat d'abordatge que està al mateix temps entre les disciplines, a través de les diferents disciplines i més enllà de qualsevol d'elles.

Per a Abel, les característiques del diàleg bioètic serien les següents, aplicables tant en l'àmbit sanitari com en el social.

- Diàleg interdisciplinari entre diferents disciplines com a metodologia de treball. La necessitat d'ésser capaços d'anar més enllà dels corpus teòrics de cada disciplina i compartir coneixements i mètodes.
- Raonabilitat dels arguments i precaució en la utilització del criteri d'autoritat, com la necessitat de buscar arguments racionals i raonables per abordar les qüestions plantejades, més enllà del “sempre ha estat així” o “cal fer-ho així”.
- Convicció que els nous problemes plantejats requereixen noves respostes. Tal com es comentava a l'inici els canvis vertiginosos en la societat actual suposen nous conflictes, que no s'havien produït en èpoques anteriors. El bagatge previ no serveix per poder resoldre els nous conflictes.
- Importància d'incloure en el diàleg les diferents cultures i religions. No tan sols compartir entre diferents disciplines, sinó també entre altres visions culturals i religioses, en una societat multi i pluricultural.
- Provisionalitat de les respostes, entenent que allò que avui podem donar per vàlid potser no ho serà en les properes dècades, sinó que cal estar obert a una revisió i un debat constant, una cultura del *reframe-rethink*.

Cal tenir en compte que la bioètica s'ha vist obligada a desenvolupar-se, progressivament i sense pausa, empenya pels reptes i per les necessitats de noves respostes, que es plantejava tant pels nous avenços biotecnològics com pels canvis socials. Successivament nous conflictes i nous problemes, tant en l'àmbit assistencial com de recerca, han anat reclamant respostes.

Francesc Abel parlava de la necessitat de debat sobre aquests avenços biotecnològics i mèdics i la seva repercussió en la societat i en el seu sistema de valors, tant en el moment present com en el futur, davant una certa visió acrítica del desenvolupament científic.

En aquest sentit és interessant la percepció per part de la societat sobre el paper de l'ètica. Una enquesta de Fundació BBVA sobre “Actituds sobre la ciència, 2012”, en què van participar 1.500 persones d'11 països, mostrava una actitud altament positiva cap a la ciència, considerant-la del progrés, amb efectes altament positius en la millora de la salut de les persones, la cultura de la societat i la forma d'entendre el món. Més del 70% dels enquestats (el 73% a Espanya) creien que en 25 anys la ciència curaria la majoria dels tipus de càncer, i el 60% creien que la ciència podria eliminar abans de



Diàleg interdisciplinari. La necessitat d'ésser capaços d'anar més enllà dels corpus teòrics de cada disciplina

néixer els principals factors genètics responsables de malalties greus (el 69% ho creia a Espanya). El que més crida l'atenció és que aproximadament un 47% de persones enquestades consideraven que "l'ètica no hauria de posar límits als avenços científics".

Dos fets ben curiosos de l'actitud social en relació amb la ciència: unes expectatives força elevades (cura del càncer i extinció de les malalties genètiques) i una certa visió que l'ètica limita l'avenç de la ciència. L'enquesta acaba aquí i no es pregunta, per exemple, quins límits seria possible obviar: demanar consentiments a les persones per participar en recerca? No posar límits a la recerca amb embrions humans? En genètica?

La funció de l'ètica és valorar l'impacte del progrés tecnològic en les societats i el seu sistema de valors

La funció de l'ètica com a límit de la ciència no és ben bé el seu objectiu. Sí que ho és, en canvi, valorar l'impacte del progrés tecnològic en les societats i el seu sistema de valors, ja que tot canvi té un impacte real. L'enquesta posa de relleu una visió acrítica de la ciència, la creença altament instaurada que la tècnica o la ciència no tenen valors, o que els valors que manegen són sempre el del major interès de la humanitat.

Engelhardt comenta que "el desafiament de la futura bioètica és que, més que mai, tenim coneixement científic i capacitat tecnològica; tanmateix, no tenim la mínima noció de com utilitzar-los, atès que que la crisi de la nostra era és la d'haver adquirit un poder inesperat que hem de fer servir enmig del caos d'un món postraditional, postcrisià i postmodern".

Potser es tracta només d'una qüestió lèxica i ho entendríem millor si en lloc de parlar de límits, parléssim de criteris. Erich Fromm, a *La por a la llibertat*, ens parla d'aquesta necessitat de criteris, de marc d'orientació necessari per sobreviure: "La persona ha nascut com un producte de la naturalesa, estant en ella i a l'hora transcendint-la. Ha de trobar els principis d'acció i decisió que substitueixin els principis dels instints. Ha de tenir un marc d'orientació que li permeti organitzar un dibuix coherent del món a fi de realitzar conductes coherents. Ha de lluitar no tan sols amb els perills de la supervivència, la gana o del dolor, sinó també amb altres preocupacions específicament humanes: la de la cordura. En altres paraules, ha de protegir-se no tan sols dels perills de perdre la seva vida sinó també dels perills de perdre la seva ment."

La bioètica ha intentat desenvolupar aquest marc conceptual d'orientació, davant dels nous reptes plantejats pel progrés biotecnològic i els canvis socials, per poder trobar criteris en un món postraditional, postcrisià i postmodern.

## Desenvolupament de la bioètica i el principalisme

*Per tots els països, sorgint de la multitud de conversos a la consciència bioètica, es pot escoltar un mantra: "beneficència..., autonomia..., justícia..., com un conjur ritual davant de dilemes biomèdics.*

Clouser i Gert



Des de la descripció inicial de la bioètica per part de Potter, el desenvolupament es realitza de forma vertiginosa, i ràpidament es van estructurant les bases de la nova disciplina: el Congrés d'Estats Units crea una Comissió especial el 1974, que redacta l'informe Belmont el 1978, i poc després apareix la primera edició d'un dels textos bàsics de referència com és el *Principles of Biomedical Ethics* de Beauchamp i Childress.

Aquest desenvolupament inicial de la bioètica ha estat molt marcat pel principalisme, potser massa, ja que s'ha arribat quasi a assimilar o fins i tot a reduir. Com assenyalen Clouser i Gert, hi ha hagut l'intent de resoldre tots els problemes bioètics mitjançant els quatre principis.

Tot intentant evitar reduccionismes, els principis bioètics poden ajudar a establir part dels criteris concrets que comentàvem. La bioètica principalista pren com a punt de partida per a la deliberació i l'anàlisi dels problemes ètics quatre principis fonamentals, que emanarien del respecte a la dignitat humana i serien d'aplicació en l'àmbit d'atenció a la persona:

- *No maleficència*: obligació moral d'evitar fer dany o perjudicar la persona atesa, *primum non nocere*.
- *Beneficència*: deure d'actuar sempre en benefici de la persona atesa, "fer bé el bé".
- *Autonomia*: obligació moral d'acceptar l'altre com a ésser autònom, amb plena llibertat de consciència i agent de la seva pròpia vida, permetent a les persones ateses prendre les seves pròpies decisions.
- *Justícia*: obligació moral de distribuir justament els recursos i evitar la discriminació.

Les principals crítiques al principalisme es basen en la manca d'una teoria ètica de base per a la fonamentació, i per la manca d'un mètode deliberatiu jerarquitzat, que permeti donar respostes i resoldre els conflictes amb més facilitat.

La bioètica principalista pren com a punt de partida quatre principis fonamentals: no maleficència, beneficència, autonomia i justícia

Com comenta Francesc Abel, “amb els principis bioètics no tenim gens resolts els problemes de la bioètica, ni tan sols els de la bioètica clínica. Per això caldria que estiguéssim d’acord en els valors a transmetre en la seva jerarquització i, en definitiva, en la concepció que tenim de l’home, de la societat, del sentit de la vida i de la mort. Com que això no és possible, hem d’intentar aproximar-nos-hi al màxim, que vol dir acceptar d’entrada que individus amb diferents concepcions ètiques, fins i tot dins del mateix sistema ètic, arribin a conclusions ètiques diferents, i que això requereix diàleg, tolerància i fidelitat a les pròpies conviccions”.

En aquest punt és important destacar una de les aportacions més interessants de la bioètica espanyola, realitzada pel professor Diego Gracia, que ha estat l’intent de jerarquitzar els principis bioètics per facilitar la deliberació.

Aquest autor no s’atura en la necessitat de fonamentació, ja que considera que des de diferents corrents filosòfiques s’hi pot convergir. En canvi emfatitza la necessitat d’una jerarquització d’aquests principis, un “principalisme jerarquitzat”. La proposta d’aquesta jerarquia s’estructura en dos nivells: públic i privat.

El primer nivell seria el públic i està constituït pels principis de no-maleficència i justícia, serien els principis propis d’una “ètica de mínims”, exigible a tots, fins i tot coercitivament. És l’ètica del deure, i se’n pot fer una regulació legal. Són els mínims exigibles per a una convivència reglada i pacífica, per poder conviure i respectar la resta de conciutadans, persones amb deures i drets. Aquest nivell seria similar als clàssics deures perfectes kantians, i té com a fonament filosòfic el principi d’universalitat.

Adela Cortina, a *Ètica mínima*, escriu: “l’ètica cívica consisteix en aquest mínim de valors i normes que els membres d’una societat moderna comparteixen, siguin quines siguin les seves conviccions religioses, agnòstiques o atees, filosòfiques, polítiques o culturals”.

El segon nivell és el privat, i el formen els principis d’autonomia i beneficència, propis d’una “ètica de màxims”. Aquest nivell pertany a l’àmbit personal i depèn del sistema de valors de cada individu, del propi ideal de perfecció i plenitud. És l’ètica, doncs, de la felicitat i d’allò que és bo, que és particular i propi de cada persona. Aquest nivell correspondria als deures imperfectes, i estaria basat en la particularització.

L’ètica de màxims és la recerca per part d’un individu o grup del sentit, de la plenitud, i serà lícita sempre que no es vulgui imposar a la resta de societat, que cada persona s’hi hagi adscrit lliurement i no col·lisióni o qüestionï l’ètica de mínims socialment establerta.

Tal com ho expressa el mateix autor, “les relacions entre aquests dos nivells es troben governades per dues regles. La primera diu que cronològicament el primer nivell és anterior al segon. La segona o jeràrquica afirma que en cas de conflicte entre deures d’aquests dos nivells, els deures de nivell públic tenen sempre prioritat sobre els de nivell privat... Per això els deures públics han de ser anomenats, al meu entendre, *deures d’obligació perfecta o de justícia*, en tant que els altres, els privats, s’han de considerar com *deures d’obligació imperfecta o de beneficència*”.

Més enllà del principalisme, altres models ètics es van desenvolupant, tots ells amb aplicació a l’àmbit social: l’utilitarisme, la casuística, el deontologisme, l’ètica de la cura, ètica de les virtuts, comunitarisme...

Cal destacar potser l’ètica de la cura, basada en la preocupació pel compromís i el desig d’actuar pel benefici de les persones amb estreta relació, té com a base les relacions de cura, responsabilitat, confiança, fidelitat i sensibilitat. Aquest model reivindica la interdependència de les relacions, més enllà de l’autonomia, i el paper de les emocions.

Té com a fonament l’enfocament més feminista, basat en l’enfocament psicològic de Gilligan, segons el qual les dones parlen amb una veu moral diferent, la veu de la cura i del sentit de responsabilitat vers els altres, tenint més en compte el context; i l’enfocament filosòfic de Baier, que no accepta exclusivitat en regles i principis universals, sinó que es basa en valors com la confiança, la relació, el patiment, l’amor i l’amistat.

Com es pot apreciar, la base teòrica desenvolupada a partir de l’àmbit de la bioètica sobrepasa l’àmbit biomèdic i és també aplicable a molts altres àmbits, com seria en aquest cas l’àmbit de la intervenció social. És, doncs, un camp que es pot desenvolupar a partir d’una àmplia base que dona la bioètica, i intentant evitar errors que s’han pogut produir, com per exemple el reduccionisme principalista.

La imatge del pont pot seguir essent vàlida, no tan sols com a pont entre avenços tecnològics i societat, sinó també com a lligam, per exemple entre diferents àmbits. L’ètica podria tenir una funció de pont entre els àmbits sanitari i social, àmbits molt propers de treball directe i íntim amb les persones, però que continuen estant força allunyats, i que sovint treballen en els mateixos casos però d’una forma inexplicablement allunyada.



La base teòrica desenvolupada a partir de l’àmbit de la bioètica sobrepasa l’àmbit biomèdic

## L'ètica com a base: l'ètica de les professions

*Vivim un temps de forta ambigüïtat moral,  
que ens ofereix una llibertat d'elecció mai abans viscuda,  
tot i que també ens crea un estat d'incertesa  
inusitadament aclaparadora*

Zygmunt Bauman

Com es conjuguen els temps líquids de Bauman, fluids, incerts, amb les professions, sòlides i estables? L'ètica ens apropa a un constant diàleg entre els deures professionals i els temps canviants.

La professió té, més enllà del conjunt de coneixements i habilitats, un component de servei a la societat, tot cercant el seu benestar, fet que determina un cos deontològic i de valors. Aquests valors i principis professionals sí que han de ser sòlids, prou sòlids per saber-se adaptar a la fluïdesa de la societat on es desenvolupa.

Un estudiant de medicina, com a part de la resposta d'un examen, va fer aquesta avaluació de la bioètica que podria ajudar en aquest context. Deia: “la bioètica no és ben bé un coneixement teòric, sinó una forma d'entendre i practicar l'activitat professional, basada en principis i valors”. Una molt bona reflexió, no recordo quina nota li vaig posar!

**L'ètica forma part de la seva forma d'exercir la professió, la impregna tota**

El professional no “fa ètica” en un moment i espai determinats i deixa de fer-ne a la resta de la seva activitat professional, o no dedica una part de la jornada a fer anàlisis ètiques i la resta de jornada a fer altres funcions. L'ètica forma part de la seva forma d'exercir la professió, la impregna tota, atès que forma part del nucli de la mateixa.

Per una banda, doncs, l'ètica professional va relacionada amb la responsabilitat per assumir els coneixements necessaris per exercir-la. Augusto Hortal, citat a *Ètica de la investigació científica* de Florensa i Sols, ho explica així: “fer bé les coses i fer bé a les persones mitjançant l'exercici professional comporta ser competent, eficient, diligent i responsable en allò que el professional té entre mans. La competència requereix una preparació inicial que faciliti l'adquisició de coneixements teòrics i pràctics per saber què fer i com fer-ho; un cop rebuda la formació inicial, el professional haurà de mantenir-se al dia, actualitzar els seus coneixements i renovar procediments que es van introduint per tal d'assolir els objectius de la seva professió”.

Però més enllà dels coneixements, el fet de ser professional comporta un compromís amb la societat. El mateix Hortal descriu “el bon fer professional no pot desentendre's del context social en què es porta a terme ni tampoc de les obligacions de justícia que això comporta. L'ètica professional necessita

entroncar amb l'ètica social; en fer-ho intervenen criteris de justícia per establir drets i deures, per marcar prioritats i distribuir recursos escassos [...]. Cal tenir en compte el context i el marc social, les necessitats de tots i els recursos disponibles, a l'hora d'establir prioritats, distribuir recursos i fixar límits amb criteris de justícia. Per això l'ètica professional ha de preguntar-se si la funció social que de fet exerceix una professió és la mateixa que la societat necessita o espera d'ella.”

Aquest seria el marc global de l'ètica professional: la competència professional i la mirada cap al bé social. Pel que fa al marc particular, l'ètica professional posa la mirada en els valors i principis, i la importància de la pràctica basada en valors. Diego Gracia, després d'una etapa en què la seva obra se centra en els principis i la seva jerarquització, desenvolupa el paper dels valors en la pràctica professional i la deliberació ètica.

Per a Gracia, la base de la deliberació ètica precisa un procés de reflexió i deliberació sobre els valors. És importat conèixer els fets, però mai hi ha fets purs, sinó que sempre estan íntimament associats a valors. El mateix concepte de salut va més enllà del fet físic de la malaltia com a trastorn o disfunció, la salut és un valor.

No es pot reduir, doncs, el debat ètic al nivell dels fets. Això és important perquè situa i delimita el problema: “una bona ètica comença per unes bones dades”. Però més enllà dels fets, cal una anàlisi de valors per aproximar-se a les diferents mirades sobre el conflicte i poder arribar a la decisió més prudent.

Els valors són el nucli de les identitats personals i grupals, allò que ens diferencia dels altres, van lligats a les creences, les tradicions, les esperances, les expectatives i les emocions. És important incloure'ls en l'atenció a les persones, explicitar-los i recollir-los en “històries de valors” per poder assolir una pràctica professional de major qualitat.

En els conflictes ètics, poden col·lisionar els valors de la persona atesa amb els dels professionals o les organitzacions. Fulford, metge psiquiatra i filòsof, parla de la pràctica basada en valors (PBV) com aquella que hauria de ser la base de les professions que treballen amb persones en el segle XXI. Descriu, així mateix, deu punts principals per a la pràctica basada en valors.

1. En totes les decisions hi ha “fets” i “valors”.
2. Només s'acostumen a “veure” els valors quan són diversos o potencialment conflictius.
3. En incrementar-se les opcions, la diversitat humana de valors juga un major rol en la presa de decisions.
4. Els valors de la persona atesa, en aquest model, ocupen el lloc central en la presa de decisions.



**Aquest seria el marc global de l'ètica professional: la competència professional i la mirada cap al bé social**

5. Els conflictes de valors s'haurien de resoldre principalment en processos de deliberació, que haurien d'intentar respectar totes les perspectives.
6. És important ser més conscients de la presència de valors en les persones ateses, explorant atentament el seu llenguatge, el discurs i el context.
7. Un increment dels coneixements empírics i filosòfics pot ajudar en la identificació i detecció de valors.
8. La deliberació ètica, després d'explorar les diferències de valors, pot ajudar a determinar l'opció més prudent.
9. Les habilitats comunicatives són imprescindibles en la pràctica basada en valors.
10. La pràctica basada en valors forma part del nucli fonamental de la relació professional-persona atesa.

Incloure l'anàlisi dels valors en la pràctica professional és una de les grans incorporacions de l'ètica en les professions

Incloure l'anàlisi dels valors en la pràctica professional és una de les grans incorporacions de l'ètica en les professions, a més de la deliberació i el diàleg com aproximació als conflictes. En paraules de Gracia, l'ètica té per objecte que els professionals i les institucions aprenguin a gestionar els valors i els conflictes de valor perquè es puguin prendre millors decisions i de major qualitat.

### L'ètica en el canvi de la mirada a les persones ateses: el respecte a l'autonomia com a marc del respecte a la dignitat de la persona

*Si fos un objecte seria objectiu; com que sóc un subjecte, sóc subjectiu.*

José Bergamín

*Jo sóc jo i la meva circumstància, i si no la salvo a ella, no em salvo jo.*

Ortega y Gasset

Entrem en el terreny d'allò que és subjectiu i circumstancial, de la vida com a biografia, "de la vida que no és només transcurs i decurs, sinó també discurs". I sols a través del discurs biogràfic i de valors de la persona atesa podrem interpretar l'autonomia de l'altre.

Comentàvem les paraules de Francesc Abel, que emmarquen molt bé el canvi de mirada a la persona atesa: "el canvi més profund en la relació professional-pacient en els últims trenta anys és el reconeixement del pacient

com a agent moral autònom, que ha de ser tractat amb tota competència professional i respecte. Aquest respecte s'ha de manifestar en l'acollida, en l'escolta atenta sobre el que el pacient vol i desitja comunicar."

Abel dona les claus no sols amb el concepte teòric del reconeixement de l'autonomia, sinó amb les actituds necessàries per assolir-la: no hi ha canvi real en la mirada sense respecte, acollida i escolta de l'altre.

Cal, encara, adaptar força la pròpia mirada per reconèixer en l'altre la persona, però cal també adaptar els serveis, les administracions i les polítiques públiques, per poder arribar a ésser una societat oberta a la diversitat i acollidora de l'altre.

Adaptant les paraules d'Eric Cassell, "la gran revolució actual és que els pacients/usuaris s'han convertit en persones. L'aparició de la bioètica com a força motriu en el respecte a la persona i a l'autonomia guarda una clara relació en els canvis. En aquests moments, la bandera de l'atenció centrada en la persona oneja en la teulada de totes les universitats i formacions. Però molts cops l'atenció que se segueix prestant en els serveis segueix estant centrada en el problema, en el diagnòstic o en l'estructura del mateix servei."

Adaptar el respecte a l'autonomia i la dignitat de les persones ateses, en l'atenció directa, requereix ésser capaços de desenvolupar una sèrie de principis, no només individuals sinó també institucionals.

- *Saber explicar i informar*  
Una de les característiques de les relacions professionals paternalistes és que el professional informa poc, i a més aquesta informació pot estar esbiaixada. El nou marc de relació professional-persona atesa està basat en informació correcta i adequada i, malgrat que sembli obvi, a saber dir la veritat.
- *Protegir la informació confidencial*  
El marc de respecte a l'autonomia de les persones té com a conseqüència clara protegir aquella informació que prové de l'atenció. Un conegut aforisme del lletrat francès Portés diu: "No hi ha confiança sense confidència ni confidència sense secret". Es posa clarament de manifest que la confidencialitat és la base de la confiança en una relació assistencial.

Això implica ésser molt curosos amb l'accés i la gestió de la informació, amb la manera de tractar les dades aportades per les persones ateses, fins i tot dins dels mateixos equips. Vol dir, també, evitar de fer comentaris en espais públics o a tercers, evitar el llenguatge pejoratiu i subjectiu. Seria bo poder establir cercles de confidencialitat clars, intentant delimitar qui i com té accés a quina informació.



La gran revolució actual és que els pacients/usuaris s'han convertit en persones

El dany que es pot fer a una persona quan es trenca la confidencialitat, pot ser molt difícilment reparable. La confidencialitat, tant en l'àmbit sanitari com en el social, no és absoluta, és relativa i té uns límits, però implica que qualsevol intent de trencar la confidencialitat ha d'estar molt ben ponderat i raonat. Les exempcions són poques, com el risc clar de parlar a terceres persones, per imperatiu judicial o algunes exempcions en persones no competents o amb menors (ponderant també molt en aquests casos).

- *Saber respectar la intimitat*  
Més enllà de la confidencialitat, hi ha el respecte a la intimitat. Intimitat prové del llatí *intus*, dintre, i cal tenir molt present que és un concepte que canvia per a cada persona o cada cultura. Té a veure amb l'espai privat, on cadascú se sent en confiança i seguretat.

Dèiem que poques professions tenen “permís” per entrar i convida amb la intimitat de les persones. Tant l'àmbit social com el sanitari el tenen. Els centres residencials de menors o les residències de gent gran són espais on la persona atesa hauria de poder disposar d'un espai íntim, de casa, com ara les habitacions dels hospitals. Els professionals que els atenen han d'ésser conscients que “entren a casa de l'altre”.

Sobreprotegir és, de fet, desprotegir, perquè es substitueix la persona

- *Saber ajustar el que demanem a les capacitats de la persona i saber valorar la competència*  
Cal saber ajustar en un continuïum que va des del proteccionisme paternalista a l'autonomia abandonada. Tots dos extrems són perillosos. D'una banda, el paternalisme del qual es prové hiperprotegia sovint les persones vulnerables, sense tenir en compte que malgrat ésser persones fràgils podien disposar d'algunes capacitats. Sobreprotegir és, de fet, desprotegir, perquè es substitueix la persona. Però cal tenir present l'altre extrem del risc, l'autonomia plena en la majoria de persones amb què treballa l'àmbit social és una fal·làcia, i pot donar lloc a un abandonament de la persona.

És important saber trobar, en aquest continuïum, el punt necessari per a cada persona, per a cada decisió, en un context d'interdependència.

En aquest punt, saber valorar la competència de la persona per a una acció concreta pot ajudar en aquest ajustament. L'avaluació de la competència compta amb instruments desenvolupats. Com comenta Gracia, “la maduresa d'una persona, sigui major o menor d'edat, s'ha de mesurar per les seves capacitats formals de jutjar i valorar les situacions, no pel contingut dels valors que assumeixi o manegi. L'error clàssic ha estat considerar immadur o incapaç a tot el que tenia un sistema de valors diferent del nostre”.

- *Fomentar les capacitats*  
Més enllà de l'avaluació de la competència de la persona en la presa de decisions, els professionals poden ser també promotors o, fins i tot, prescriptors d'autonomia.

Moltes de les persones ateses mai no han estat incorporades en processos de presa de decisions, i sempre algú altre ha decidit per elles. El desenvolupament de les capacitats humanes no és un fet espontani, no depèn tan sols del desplegament genètic, sinó que es precisa la interacció i un ambient adequat per poder desenvolupar tot el propi potencial.

Informar, escoltar, incorporar la persona en les decisions són aspectes claus en el foment de les capacitats.



## El pont entre àmbit sanitari i social: la salut com a constructe biopsicosocial

*El teu codi postal és més important per a la teua salut que el teu codi genètic*

Robert Wood

*Si els principals determinants de salut son socials, també ho han de ser les solucions*

Michael Marmot

Comentàvem també la possibilitat de l'ètica com a pont entre la salut i l'àmbit social.

La salut és un valor, més enllà d'ésser un fet. L'OMS, l'any 1948, en una agosarada definició del terme salut, hi incorporava no només els aspectes biològics, sinó també els psíquics i socials. No entrarem en les matisacions i crítiques a aquesta definició, però sí cal reconèixer que va obrir l'àmbit sanitari al model biopsicosocial i espiritual.

De fet, hem heretat del segle xx un concepte de salut ampli i pluridimensional, però no hem heretat estratègies d'abordatges adequades i integrals. L'atenció continua essent en la major part biològica, només una petita part es dedica a aspectes psicològics. Els sistemes de salut entren en contacte molt tangencialment amb la part social.

La salut és un valor, més enllà d'ésser un fet



En els anys vuitanta es va emetre al Regne Unit un informe anomenat Black que ha arribat a ésser un best-seller en salut pública i en l'àmbit social. S'hi analitzava l'evolució del Sistema Nacional de Salut, National Health Service, després d'uns quaranta anys de funcionament. El va encarregar el govern laborista al col·legi de metges britànic, però es va emetre a l'època del govern conservador de Margaret Thatcher. El títol era prou prometedor: *Inequalities in Health*.

L'informe va arribar a conclusions no del tot esperades: malgrat que la salut general de la població havia millorat des de la implantació del NHS, aquesta millora no era l'esperada. La salut dels rics havia millorat molt més que la dels pobres. Per exemple, la taxa de mortalitat en treballadors prejubilats no qualificats/professionals era 2/1 i el gradient de classe era molt major que en altres països occidentals (com França).

El problema és que les solucions estaven fora del sistema sanitari i aquest sistema no era el principal determinant de les diferències. Factors econòmics i socials com l'atur, el nivell d'ingressos, l'educació, l'habitatge, el transport o estils de vida eren els que més influïen en salut. El més curiós és que el seu abordatge havia quedat fora del sistema de salut. De fet, està fora del abordatge en la majoria de sistemes de salut de països desenvolupats.

La universalització del sistema sanitari sobre la salut global de la població no va resultar tan determinant com es podria pensar d'entrada. Va posar sobre la taula la importància dels factors socioeconòmics en salut.

A partir de l'informe Black, es va començar a diferenciar entre dret a l'assistència sanitària (com a equitat en l'accés als sistemes sanitaris) i dret a la salut (mesures d'igualtat en relació amb determinants de salut).

Els sistemes sanitaris són una part important en la salut i una de les bases de l'estat de benestar. L'any 2015, l'OMS estableix una sèrie de principis perquè els sistemes sanitaris es basin en drets humans com la universalitat, l'equitat, la no discriminació, la disponibilitat i l'accessibilitat als recursos sanitaris, l'acceptabilitat i la qualitat, foment de la cohesió social i rendició de comptes.

Fins i tot amb sistemes força igualitaris, la Llei de cures inverses de Hart ens diu que la disponibilitat d'una bona atenció mèdica tendeix a variar inversament en la població assistida. És a dir, que es destinen més recursos a qui menys ho necessita. Es diu que per conèixer el nivell de renda d'una persona, no cal mirar la seva declaració sinó la seva boca.

La universalització del sistema sanitari sobre la salut global va posar sobre la taula la importància dels factors socioeconòmics en salut

I cal tenir en compte que la major part de la despesa pública en salut ha estat enfocada en els sistemes sanitaris de salut. Però de fet, en la línia de l'informe Black, el pes relatiu de diferents factors en la salut actualment es considera força repartit:

- El 10% està determinat per l'entorn físic (habitatge, contaminació...).
- El 20% està determinat pel sistema sanitari (accessibilitat i qualitat dels serveis).
- El 30% està determinat pels estils de vida o condicions de vida (tabac, dieta, alcohol, exercici, hàbits sexuals...).
- El 40% està determinat pels factors socioeconòmics (educació, treball, ingressos, suport familiar o comunitari...).

Cal subratllar, doncs, que aproximadament el 80% de la salut d'una societat està determinada per l'entorn, els estils de vida i socioeconòmics, mentre que només una part ínfima de la despesa va destinada a aquests aspectes.

Margaret Whitehead va definir les desigualtats socials en salut com "aquelles diferències en salut injustes i evitables entre grups de poblacions definits de forma social, econòmica, demogràfica o geogràfica". L'informe Black ja conclouia recomanant que per a millorar la salut calia millorar les condicions materials de vida (ingressos, condicions de treball, habitatge, escoles bressol...) sobretot de les classes més baixes, en especial els col·lectius més pobres i prioritant tres grups (infants, gent gran i discapacitats). Recordem que eren l'època del govern Thatcher.

Més enllà dels factors correctors de les desigualtats socials, hi ha tot el tema relacionat amb els estils de vida (o condicions de vida) i tot un tema nou com és la prescripció social, és a dir, totes aquelles intervencions i activitats socials que es prescriuen en l'àmbit sanitari per canviar o millorar estils o condicions de vida, i que requereixen el suport de l'àmbit social i comunitari. Tot un nou repte.

El model biopsicosocial està encara a la recerca de ponts que ajudin a establir abordatges entre bio, psico i social. Començàvem amb Alicia sorpresa davant d'un món que no reconeix i es pregunta qui és. I acabem amb Alicia quan pregunta al Gat:

- Podries dir-me, sisplau, quin camí he de seguir?
- Això depèn en gran part del lloc on vols arribar –contesta el Gat.
- No m'importa gaire el lloc –diu Alicia.
- Doncs llavors tampoc importa gaire el camí que prenguis –diu el Gat.
- Sempre que arribi a algun lloc... –va afegir Alicia a l'explicació.

Aquest pot ser el darrer repte descrit. L'ètica no tan sols per ajudar a entendre on som, qui som i la base de la tasca professional en un món complex, incert i accelerat, sinó que també per ajudar a conèixer i marcar el rumb.



Aproximadament el 80% de la salut d'una societat està determinada per l'entorn, mentre que només una part ínfima de la despesa va destinada a aquests aspectes

Si no sabem cap a on anar, tant és el camí que prenem. Si ens aturem a pensar, a discernir, a avaluar i a dialogar –tots ells, verbs ètics– serà més fàcil que trobem el camí.

Montse Esquerda Aresté  
Directora general de l'Institut Borja de Bioètica  
Universitat Ramon Llull  
Sant Joan de Déu - Terres de Lleida  
mesquerda@ibb.url.edu

Josep Pifarré Paredero  
GSS - Hospital Universitari Santa Maria  
Sant Joan de Déu - Terres de Lleida  
pifarrel@comll.cat

## Bibliografia

- Abel F.** (2001). *Orígenes de la bioètica: presente, pasado y futuro*. Barcelona: Institut Borja de Bioètica i Fundació Mapfre Medicina.
- Bauman Z.** (2005). *Ética postmoderna*. Madrid: siglo XXI editores.
- Bauman Z.** (2013). *Vida líquida*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Beauchamp T. L.; Childress J. F.** (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press.
- Black, Sir Douglas.** (1982). *Inequalities in health: the Black report*.
- Cassell E.** *La persona como sujeto de la medicina*. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, 19.
- Clouser K. D, Gert B.** (1990). "A critique of principlism". *The journal of medicine and philosophy*. 15(2), 219-236.
- Drever F.; Whitehead M.** (1997). *Health inequalities: decennial suplement*.
- Engelhardt, H. T.** (1991). *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Ed. Paidós.
- Florensa A.; Sols J.** (2017). *Ética en la investigación*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fromm E.** (1979). *La por a la llibertat*. Barcelona: Edicions 62.
- Fulford B.; Thornton T.; Graham G.** (2006). *Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: University press.
- Fundación BBVA** (2012). Estudio sobre actitudes hacia la ciencia: <http://www.fbbva.es/TLFU/tlfu/esp/areas/econosoc/investigacion/fichainves/index.jsp?codigo=381>
- Gracia D.** *Fundamentos de bioética*. Madrid: Ed Triacastela.
- Potter Van Rensselaer** (1971). *Bioethics: bridge to the future*. New York: Englewood Cliffs.
- Ramos J.** (2009). Evaluación de la competencia para tomar decisiones sobre su propia salud en adultos. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 16(10), 597-604.

# Competències socioemocionals i salut en educació social

Paco López

Recepció: 02/07/2017 / Acceptació: 25/10/2017

## Resum

L'objectiu d'aquest article és, d'una banda, analitzar la relació existent entre educació social i educació per a la salut, posant-les, totes dues, en el marc de la contribució al benestar biopsicosocial de les persones, en el qual les competències socials i emocionals juguen un paper nuclear. D'altra banda, pretén fer una revisió d'algunes actuacions rellevants per a l'aprenentatge de les competències socials i emocionals bàsiques (autoconeixement, autocontrol, consciència social, habilitats socials i presa responsable de decisions) tant des de la perspectiva de la intervenció com del seu desenvolupament per part dels mateixos educadors i educadores.

## Paraules clau

Competències socioemocionals, Intel·ligència emocional, Educació per a la salut, Educació social

## Competencias socioemocionales y salud en educación social

*El objetivo de este artículo es, por una parte, analizar la relación existente entre educación social y educación para la salud, poniendo ambas en el marco de la contribución al bienestar biopsicosocial de las personas, en el que las competencias sociales y emocionales juegan un papel nuclear. Por otra parte, pretende hacer una revisión de algunas actuaciones relevantes para el aprendizaje de las competencias sociales y emocionales básicas (autoconocimiento, autocontrol, conciencia social, habilidades sociales y toma responsable de decisiones) tanto desde la perspectiva de la intervención como de su desarrollo por parte de los propios educadores y educadoras.*

### Palabras clave

Competencias socioemocionales, Inteligencia emocional, Educación para la salud, Educación social

## Social-emotional Skills and Health in Social Education

*The twofold purpose of this article is, on the one hand, to analyze the relationship between social education and health education, situating both of these in the framework of their contribution to people's biopsychosocial well-being, in which social and emotional skills have a crucial role, and, on the other hand, to review a number of key actions for the learning of basic social and emotional skills (self-knowledge, self-control, social awareness, social skills and responsible decision-making) from the twin perspectives of the intervention as such and of its development by the educators themselves.*

### Keywords

Social-emotional skills, Emotional intelligence, Education for health, Social education

## Com citar aquest article:

López Jiménez, Paco (2017). Competències socioemocionals i salut en educació social. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 66, 51-69



▲ *Els científics diuen que estem fets d'àtoms,  
però a mi un ocell em va explicar que estem fets d'històries.*

Eduardo Galeano

## Salut, benestar i resiliència. Un marc de comprensió que posa en evidència les paradoxes de la promoció de la salut

Hi ha un conegut conte popular que reflexiona sobre la realitat i les perspectives des de les quals ens hi apropem. Em refereixo al conte dels sis savis cecs que emprenen un viatge per conèixer què és un elefant. Les circumstàncies fan que cada un d'ells topi amb una part de l'animal i les seves conclusions siguin absolutament dispars. El que per a un és una gran paret esquerdada, per als altres és el tronc d'una gran palmera, una esmolada i freda llança, una llarga i rugosa serp o un gran ventall. Els éssers humans necessitem esquemes d'anàlisi de la realitat que ens permetin entendre-la en la seva complexitat, però, de vegades, correm el risc de confondre una determinada perspectiva amb la realitat mateixa.

Amb totes les seves limitacions, el concepte de salut encunyat per l'Organització Mundial de la Salut el 1948 sembla que encara és el millor acostament possible (Colomer i Álvarez-Dardet, 2001). L'OMS entén la salut com un estat de benestar físic, psíquic i social i no solament com a absència de malaltia. Aquesta definició ens parla d'una concepció integral de l'ésser humà i el seu benestar, encara que, de vegades, s'ha emprat per a referir-se a la salut física, mental o social, com si aquestes poguessin existir per separat. De nou, com en el cas dels savis cecs, correm el risc de confondre la realitat amb les perspectives d'abordatge de la mateixa.

Probablement, per comprendre quelcom, de vegades necessitem simplificar-ho. Encara que sabem que hi ha multiplicitat d'agents i escenaris educatius i socials, tendim a reduir l'educació al que es fa a l'escola o l'acció social al que es fa en determinats centres o programes de serveis socials. Una cosa similar pot ocórrer amb la salut.

No obstant això, parlar de salut és parlar de la vida, de la capacitat d'afrontar-la i gaudir-la. És entendre que emocions, relacions, cos, processos cognitius o interacció amb el medi ambient afecten i es deixen afectar en un entramat de vincles que només té sentit fragmentar i esquematitzar per entendre'ls millor, però sense caure en el parany de confondre la part amb el tot o els esquemes amb la realitat. O, el que és pitjor, insistir en una visió integrada de la salut mentre mantenim actuacions nascudes d'una orientació clarament parcial o reduïda de la mateixa.

Parlar de salut és parlar de la vida, de la capacitat d'afrontar-la i gaudir-la

Recentment, un grup de professionals sanitaris (López-Dicastillo *et al.*, 2017) ha analitzat les contradiccions entre els principis i les estratègies proposats en les nou Conferències mundials per a la promoció de la salut realitzades des de la seva primera edició, el 1986, i les pràctiques en aquesta matèria. La seva aportació (sintetitzada en el quadre 1) comença recordant que en aquest fòrum mundial s'ha insistit reiteradament en un enfocament integrador de polítiques públiques en matèria de salut i benestar, que tingui en compte la dimensió sociocomunitària de la salut, el desenvolupament d'habilitats personals o l'apoderament de persones i comunitats en la gestió dels seus processos de salut i benestar. Malgrat aquesta insistència, la praxi sanitària recorre altres camins, cosa que els porta a identificar cinc paradoxes o contradiccions:

- *El pacient versus la persona:* Els experts insisteixen en la necessitat d'una intervenció centrada en la persona i, per tant, integral, biopsico-social, que tingui en compte els aspectes relacionals i socioemocionals i que afavoreixi el protagonisme dels ciutadans respecte a la seva salut. Tot i això, sembla continuar imperant un model paternalista i medicalitzat.
- *Allò individual versus allò col·lectiu:* Els factors relacionats amb les condicions socioeconòmiques són determinants clau en els estils de vida. Sabem, per tant, que la millora de la salut passa per decisions relacionades amb les polítiques públiques en el seu sentit més ampli i amb la participació comunitària. Tanmateix, continua prevalent un abordatge fragmentat i centrat en respostes individuals o locals a les qüestions relacionades amb la salut.
- *Els professionals de la malaltia versus els professionals de la salut:* Els avenços en matèria de salut estan relacionats amb un major nivell d'autoconeixement i autocontrol de la pròpia vida per part de les persones, la qual cosa s'incrementa quan aquestes tenen formació per entendre i manejar les qüestions relacionades amb el seu propi benestar i quan els professionals tenen capacitat per a acompanyar i assessorar de manera personal i comunitària els ciutadans. Tot i això, es continua prioritant l'especialització dels coneixements sobre les malalties des d'una relació de poder entre professionals (sobretot biosanitaris) i la resta dels ciutadans.
- *Els indicadors de malaltia versus els indicadors de salut:* Els marcs conceptuals emfatitzen la necessitat d'indicadors centrats en la qualitat de vida i la capacitat d'afrontar amb èxit les dificultats, en el seu sentit més ampli. Tanmateix, continuen prevalent els indicadors de salut centrats en dèficits, riscos i mancances. I, probablement perquè és més fàcil tenir dades a curt termini d'aquests últims, se segueix instruint els professionals vinculats a la salut més en la seva capacitat d'analitzar els problemes que en les competències per descobrir les potencialitats de les persones.



S'ha insistit reiteradament en un enfocament integrador de polítiques públiques en matèria de salut i benestar, que tingui en compte la dimensió sociocomunitària de la salut

- *La salut com a despesa versus la salut com a inversió*: Sembla que la inversió en prevenció o en promoció de la salut, que implica entitats socials i mitjans de comunicació, que desenvolupa la seva dimensió social alhora que està centrada en la persona, no només reduiria a mitjà i llarg termini els recursos destinats a la guarició de malalties, sinó que afavoriria el creixement econòmic i el desenvolupament social. Tot i això, la salut continua veient-se com una despesa directa a controlar i no com a inversió de futur.

**Quadre 1.** Les cinc paradoxes de la promoció de la salut

| Orientacions de les Conferències mundials sobre promoció de la salut | Elements predominants en la pràctica sanitària |
|--|--|
| La persona en el centre  | S'atenen pacients                              |
| Des d'una perspectiva sociocomunitària                               | De manera individual                           |
| Interven professionals de la salut                                   | Interven professionals de la malaltia          |
| Es mesuren indicadors de salut                                       | Es mesuren indicadors de malaltia              |
| S'atén la salut com a inversió en desenvolupament humà               | S'atén la salut com a despesa a controlar      |

Font: Elaborat a partir de López-Dicastillo et al., 2017.

### La resiliència posa l'accent en la dimensió social del benestar

Una perspectiva que connecta amb aquesta visió polièdrica, sistèmica i integradora de la salut és la de la resiliència. La resiliència posa l'accent en la dimensió social del benestar i reforça la importància del costat més oblidat del triangle de la salut. Els descobriments que ens permeten entendre com els éssers humans travessen les dificultats de la vida (d'això parlem quan parlem de resiliència) destaquen la dimensió socioemocional dels factors protectors.

Davant del biaix estàtic i fins i tot ingenu que pogués tenir una concepció ideal de la salut com a estat de “benestar total”, la mirada de la resiliència ens situa en un escenari més realista. La vida comporta dificultats “naturals” ineludibles (les pèrdues, els conflictes interpersonals o els processos de canvi, per exemple) i d'altres, no tan naturals, que precisen de compromisos sociopolítics generadors de major justícia i equitat (la pobresa, les guerres o la discriminació per causes diverses). En aquest itinerari vital complex (especialment per a aquells que pateixen situacions més dures), els éssers humans podem créixer i desenvolupar el millor de nosaltres mateixos, tot i les dificultats o, en determinades circumstàncies, gràcies a elles. Utilitzant la terminologia de Vaniestendael (1997), la resiliència representa la capacitat de l'ésser humà per conjugar realisme i esperança.

Aquesta capacitat no és una cosa innata que posseeixen uns pocs afortunats les històries de vida dels quals inspiren a la resta dels mortals. És una capacitat que pot ser construïda i educada, que depèn, en part, de factors protectors teixits en l'entorn social i, en part, d'habilitats o competències desenvolupades per cada persona en la interacció amb els altres.

El desenvolupament de la resiliència necessita experiències d'arrel social, com ara que algú ens hagi acceptat incondicionalment alguna vegada a la vida (a nosaltres, no necessàriament al nostre comportament) o, sobretot, comptar amb un teixit social en què recolzar-se. Aquest suport social, que té nivells i components diversos, es nodreix, sobretot, de la xarxa més íntima de relacions, que són la família i els amics (López i Rosa, 2014; Quesada, 2006).

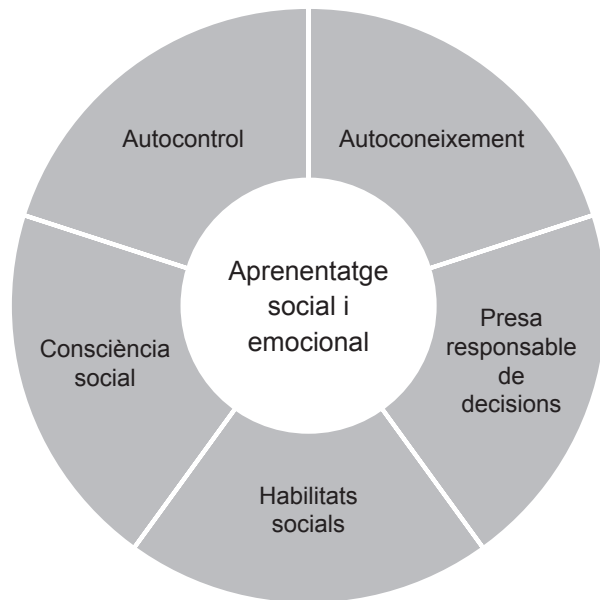
La resta dels factors protectors són capacitats o competències que s'aproximen clarament al que anomenem competències socioemocionals. La capacitat de donar sentit a allò viscut, l'autoestima, les competències socials o el sentit de l'humor apareixen, al costat del suport social abans esmentat, en la literatura sobre resiliència com a ingredients bàsics per a la construcció de la capacitat d'afrontar les dificultats de la vida. Ingredients similars apareixen també en els informes que analitzen quines són i quin impacte tenen en la vida de les persones allò que anomenem competències socials i emocionals.

En un d'aquests informes, titulat *La peça desapareguda* (Bridgeland, Bruce i Hariharan, 2013), rellevants institucions nord-americanes vinculades a l'estudi de polítiques públiques en matèries com l'educació i la salut, analitzen l'impacte de l'aprenentatge de les competències socials i emocionals per als infants i les escoles, a partir de les aportacions de més de sis-cents professors i professores. L'informe sintetitza en cinc àrees les competències socials i emocionals que convé desenvolupar en els processos educatius (vegeu gràfic 1):

- Autoconeixement, que ens permet, entre altres coses, ésser conscients de les nostres fortaleses i limitacions.
- Autocontrol, per manejar-nos a nosaltres mateixos i perseverar davant els reptes.
- Consciència social, que ens serveix per entendre i empatitzar amb els altres.
- Habilitats socials, per ser capaços de treballar en equip o resoldre conflictes.
- Presa responsable de decisions, que ens ajuda a triar de manera ètica i segura i fer-nos càrrec de les nostres eleccions.



El desenvolupament de la resiliència necessita experiències d'arrel social

**Gràfic 1.** Àrees competencials de l'aprenentatge social i emocional

La salut, més que un estat concret de la persona, és un conjunt divers i canviant de comportaments i competències (Costa i López, 1989; Serrano, 2002). L'educació social pot fer aportacions rellevants al foment d'aquests comportaments i competències, especialment aquells que connecten amb la dimensió psicosocial de la salut, amb la promoció de la resiliència i amb la millora del benestar de les persones i comunitats. Com hem vist des de la perspectiva de les professions sanitàries, esdevé paradoxal que algunes de les "peces clau" de la salut (entre elles, aquestes cinc competències a què fa referència l'informe esmentat) estiguin relegades, a la pràctica, a un paper menor. El fet que el desenvolupament de les competències socioemocionals estigui, però, al centre de l'activitat de les professions socials i educatives pot fer que la contribució d'aquestes a la resolució de les paradoxes de la promoció de la salut sigui un camí necessari de transitar.

## Sota l'influx d'Hygieia. Els educadors/es com a agents de salut

La mitologia grega narra que Asklepios (Esculapi, per als romans), deïtat de la salut que va ser fulminat pel llamp de Zeus quan intentava ressuscitar un mort, tenia dues filles: Hygieia, deessa de la cura, la prevenció i la moderació per mantenir l'ordre natural i el benestar, i Panakeia, deessa de la curació i l'ús de substàncies per fer front a la malaltia i la mort. En el complex

equilibri entre l'activitat d'aquestes dues deïtats, la història moderna sembla haver encimbellat Panakeia i els seus remeis universals o panacees (Colomer i Álvarez-Dardet, 2001). No obstant això, Hygieia (d'aquí ve la paraula *higiene*) continua inspirant, des del seu influx racional i serè, no només les conferències mundials per a la promoció de la salut, sinó l'activitat quotidiana de molts educadors i educadores.

No és casual que els autors d'una de les publicacions de referència per a la pràctica de l'educació social a final del segle passat, el *Manual del Educador Social* (Costa i López, 1996), hagi contribuït també (i de manera notable) al desenvolupament de l'educació per a la salut (vegeu, per exemple, Costa i López, 1989 i 2008). I tampoc no és casual que les seves publicacions (nascudes de la seva formació mèdica i psicològica) incloguin guies de competències socials i emocionals per als professionals que desenvolupen la seva activitat en contextos socials i educatius.

Des d'aquesta perspectiva de salut comunitària, alhora que hem d'insistir en els aspectes sociopolítics o econòmics que incideixen en la promoció de la salut, cal desplegar estratègies planificades i sistemàtiques que aconseguixin canvis duradors en els estils de vida de les persones, per afavorir pràctiques saludables i dificultar pràctiques de risc. No hi ha vides sanes sense entorns saludables. Els comportaments saludables es nodreixen d'aprenentatges personals, però també tenen una profunda base ecològica i es construeixen a partir de les interaccions amb el context. Un simple repàs a la llista de comportaments que serveixen per millorar la salut personal i col·lectiva ajuda a comprendre aquesta concepció (vegeu quadre 2).

Aquest llistat de comportaments, realitzat des de l'òptica de l'educació per a la salut, bé podria reflectir l'activitat quotidiana d'un educador/a social, per exemple, en un context residencial amb adolescents. Hàbits bàsics d'autocura, habilitats socials, maneig d'emocions, actituds prosocials o reducció de riscos són algunes de les àrees centrals dels processos d'acompanyament i dels programes d'intervenció en educació social. La concepció biopsicosocial de la salut aproxima, inevitablement, educació per a la salut i educació social. No és una cosa opcional. La relació educativa incideix en actituds, valors i estils de vida. I de tot això parlem quan parlem de la salut (Serrano, 2002). I les competències socials i emocionals, que analitzarem a continuació agrupades en tres grans àrees (autogestió, relacions i presa de decisions), són al centre dels objectius de l'ES (sigles que, casualment, ens serveixen en aquest cas tant per a l'educació social com per a l'educació per a la salut).



No hi ha vides sanes sense entorns saludables

**Quadre 2.** Comportaments saludables (amb exemples que milloren la salut de les persones a curt o llarg termini)

|  |   |
|--|---|
| 1. Activitat física regular  | Pràctica setmanal d'algun tipus d'esport o d'exercici físic intencionat.<br>Disminució d'activitats sedentàries.  |
| 2. Pràctiques nutricionals adequades   | Ritme estable d'àpats.<br>Consum abundant de verdures, fruites i cereals i reducció del consum de greixos d'origen animal.<br>Regulació dels àpats en funció de la salut, no només de la imatge o la gana.  |
| 3. Comportaments de seguretat  | Respecte de les normes de circulació, com a conductor o com a vianant.<br>Mesures de protecció i postures adequades a l'hora de treballar o estudiar.<br>Mesures de prevenció de malalties de transmissió sexual.   |
| 4. Reducció del consum de drogues  | Reducció o supressió del consum de substàncies tòxiques legals o il·legals, inclosos medicaments (i mai de manera automedicada).<br>Reducció del consum de begudes estimulants.   |
| 5. Pràctiques adequades d'higiene  | Higiene corporal diària.<br>Ús de roba neta i rentada adequadament.<br>Neteja i ordre a la llar.  |
| 6. Desenvolupament de comportaments d'autoobservació   | Mirar-se al mirall periòdicament, per a comprovar l'estat de la pell.<br>Autopalpació de mames en les dones (detecció primerenca d'enquistaments).<br>Aprendre a reconèixer els propis estats de tensió muscular o psíquica.<br>Aturar-se a pensar sobre les pròpies relacions socials.             |
| 7. Desenvolupament d'un estil de vida minimitzador de l'estrès   | Ritme adequat del son.<br>Temps setmanal suficient de descans de l'activitat laboral/ acadèmica.<br>Control dels propis horaris de treball/estudi.<br>Foment d'aficions o hobbies desvinculats de la tasca professional/acadèmica.<br>Desenvolupament d'activitats relaxants.                       |
| 8. Desenvolupament de competències per a establir relacions socials i resoldre problemes interpersonals      | Desenvolupament de la capacitat d'escoltar i entendre els altres.<br>Habilitats conversacionals.<br>Aprendre a fer i rebre crítiques de manera assertiva.<br>Aprendre a fer peticions i a negar-se a les mateixes.<br>Aprendre a expressar adequadament les emocions positives i negatives.         |
| 9. Desenvolupament de comportaments adequats per al maneig de situacions                                     | Aprendre a afrontar els fracassos laborals o acadèmics.<br>Desenvolupament de la capacitat de conviure amb el dolor, la malaltia i la mort.<br>Aprendre a afrontar les ruptures sentimentals.<br>Desenvolupament de la capacitat per a afrontar sense amargar-se els petits contratemps de la vida. |
| 10. Compliment i seguiment de les prescripcions de salut   | Revisions mèdiques periòdiques.<br>Compliment de les prescripcions i recomanacions dels professionals de la salut.  |
| 11. Donacions de sang i òrgans (incrementa la salut de la comunitat i predisposa a valorar la pròpia salut)  | Donacions periòdiques de sang (o disposició a donar-ne quan l'edat ho permeti).<br>Inscripció com a donant d'òrgans o manifestació als familiars propers de fer-ho en cas de mort.  |
| 12. Respecte i cura del medi ambient incrementa la salut del planeta i predisposa a valorar la pròpia salut) | Selecció de residus i reciclatge i reutilització del paper.<br>Ús controlat d'aigua i energia i reducció general dels hàbits de consum.<br>Renúncia a la utilització de productes nocius per al medi ambient.<br>Contacte respectuós amb animals i plantes.   |

Font: Elaborat a partir de Costa i López, 2008.

## Gestionar i ajudar a gestionar consciències, percepcions i emocions

Un primer grup de competències socioemocionals té a veure amb la consciència d'un mateix i amb l'autocontrol (Bridgeland *et al.*, 2013). Això inclou, d'una banda, saber reconèixer les nostres emocions i pensaments, i també la seva influència en el nostre comportament, la qual cosa es tradueix en:

- Identificar les pròpies idees, percepcions i reaccions.
- Avaluar adequadament fortaleces i limitacions.
- Desenvolupar expectatives positives i realistes sobre les pròpies capacitats i possibilitats.

Però, a més de l'autoconeixement, una persona competent és capaç de regular de manera efectiva, en contextos diversos, pensaments, emocions i comportaments, la qual cosa es concreta en:

- Fer servir la tensió i l'estrès.
- Expressar adequadament emocions positives i negatives.
- Generar motivacions per afrontar situacions diverses.
- Marcar metes i posar en marxa les actuacions necessàries per aconseguir-les.

Què pot fer un educador/a per ajudar al desenvolupament de l'autoconeixement i l'autocontrol de les persones amb què treballa? Quatre tipus d'actuacions educatives poden afavorir tant la narració de la pròpia història com el desenvolupament d'habilitats de automaneig:

- La posada en marxa de programes específics de desenvolupament de la intel·ligència intrapersonal i el maneig d'emocions.
- El foment d'experiències que permetin el contrast de fortaleces i limitacions.
- La gestió de les normes i límits.
- Les converses pròpies dels processos d'acompanyament.

Excedeix la pretensió d'aquest article el repàs dels nombrosos programes d'educació emocional desenvolupats en les últimes dècades. A la seva generalització han contribuït les propostes sobre intel·ligència emocional de Goleman (2012), la teoria de les intel·ligències múltiples de Gardner (2017) o treballs no tan coneguts, com l'estudi de les habilitats de pensament de Spivack i Shure (1974), utilitzat per Segura (2002) per al seu programa triple d'habilitats cognitives, habilitats socials i desenvolupament moral.

Segura sosté que la base de l'autoconeixement i de les competències relacionals que construïm a partir d'aquest són cinc capacitats cognitives: el pensament causal (la capacitat d'identificar les causes de fets i situacions), el pensament conseqüencial (la capacitat de preveure les conseqüències



dels nostres actes o decisions), el pensament de perspectiva (la capacitat d'entendre punts de vista aliens), el pensament alternatiu (la capacitat d'imaginar actuacions diverses davant d'una mateixa situació) i el pensament mitjans-finalitats (la capacitat de fixar-nos fites i identificar els passos a fer per aconseguir-les). Aquestes habilitats es poden aprendre i són la base del nostre autocontrol, de les relacions socials i de la presa ètica de decisions.

Els altres tres tipus d'actuacions a què he fet referència (experiències, normes i converses) tenen més a veure amb actuacions transversals, que aprofiten les oportunitats sorgides en la vida quotidiana per proposar un “mirall” en el qual mirar-se que retorni aquesta imatge realista i esperançada de què parlàvem quan ens referíem a la construcció de la resiliència. Perquè una activitat es converteixi en una experiència generadora d'aquest tipus de processos i passi de ser “quelcom interessant que s'ha fet” a “quelcom que ajuda a aprendre o créixer”, necessita, almenys, aquests ingredients:

- Ha de suposar un repte estimulants. Si resulta massa fàcil o evident corre el risc de no generar aprenentatge, no posar a prova límits i possibilitats o, fins i tot, oferir una imatge distorsionada dels mateixos.
- Ha de ser possible, ajustada a l'edat i als nivells competencials de partida. Ha de situar-se en el que anomenem la “zona de desenvolupament pròxim” (Vygotski, 2003).
- Ha de ser, preferiblement, compartida, en la seva realització, la seva reflexió o en la difusió posterior.
- Ha de ser avaluada pels seus protagonistes. L'experiència per si sola no garanteix l'aprenentatge, si no es generen els espais de reflexió metacognitiva que permeten identificar aspectes rellevants de la mateixa, limitacions, reptes, emocions i perspectives diverses.

### L'ús educatiu de les normes parteix de l'acceptació del conflicte com a oportunitat d'aprenentatge

L'ús de les normes en un context socioeducatiu pot ser un element facilitador d'experiències d'aprenentatge. De vegades s'entenen les normes com un mecanisme de control per garantir que la convivència s'ajusti als criteris definits per una determinada institució educativa. Les normes, però, són una eina poderosa per aprendre l'exercici de drets i responsabilitats i, també, per donar sentit a allò viscut. L'ús educatiu de les normes parteix de l'acceptació del conflicte com a oportunitat d'aprenentatge, implica educadors i educands en els processos de definició, aplicació i avaluació dels marcs normatius i, sobretot, equilibra dos elements crítics:

- La coherència en l'aplicació de les conseqüències de la vulneració de les normes.
- El diàleg que facilita la comprensió de perspectives alienes, l'acceptació dels propis errors o límits i el descobriment de les possibilitats de millora.

Precisament això últim, la capacitat de dialogar, és una de les competències nuclears dels educadors/es en els processos d'acompanyament per al desenvolupament de l'autoconeixement i l'autocontrol. Perquè una emoció sigui

una emoció, hi han d'estar presents una activació fisiològica (si el cos no reacciona podem parlar de postura o opinió, però no d'emoció), un procés cognitiu que interpreti la situació com a emocional i una etiqueta que anomena el que ens passa. No podem incidir directament sobre la reacció del cos, però sí sobre els altres dos elements que configuren l'emoció. Les trobades informals o els espais tutorialis són escenaris privilegiats per a les converses que ajuden a reestructurar percepcions i a obrir perspectives facilitadores de processos de canvi. També són escenaris en els quals diversificar i ajustar els noms que se li poden donar a les emocions, ajudant, amb això, a l'expressió i la gestió de les mateixes. Algunes de les claus per dialogar en aquesta direcció ens arriben de la praxi terapèutica, però són perfectament aplicables als processos d'acompanyament socioeducatiu. A més de les habilitats bàsiques com l'escolta o l'empatia, el repertori competencial dels educadors/es es pot enriquir, per exemple, amb les propostes del diàleg estratègic (López, 2015; Nardone i Portelli, 2009; Nardone, 2006), que podem resumir així:

- Millor preguntar que afirmar. Preguntar és molt més que un mecanisme per obtenir informació. Quan preguntem estem influïent en la narració sobre les situacions que són objecte de la conversa, estem provocant canvis en la percepció sobre elles. Les preguntes de doble alternativa són una manera útil de conduir aquests processos que faciliten la intervenció educativa sense negar el protagonisme de la persona acompanyada.
- Millor demanar confirmació que sentenciar. L'adequada narració del que l'altra persona ens està dient, feta de manera que permeti confirmar que, efectivament, s'ajusta amb el que ha viscut ell o ella, ens permet anar ancorant els avenços en la gestió de les resistències al canvi.
- Millor evocar que explicar. Tot i que els arguments i les anàlisis racionals poden ajudar a orientar o descobrir possibilitats, són les reaccions emocionals les que activen veritables processos de canvi. Les metàfores, els aforismes o els exemples que connecten amb experiències pròpies o alienes, són valuosos instruments per generar aquestes experiències emocionals.
- Millor convidar a actuar que a pensar. Encara que resulti paradoxal, no sempre pensar ajuda a desenvolupar processos d'autoconeixement i autocontrol. És més, en determinades situacions, pensar o parlar sobre el que s'ha pensat esdevé un recurs pervers (el que anomenem una “solució intentada”) que bloqueja l'actuació en la direcció adequada. En aquestes ocasions és millor deixar les anàlisis i afavorir experiències que puguin ser analitzades posteriorment.

Actuacions similars són aplicables a la formació inicial i contínua dels mateixos educadors/es. Ajudar els altres en els processos d'autoconeixement i autocontrol exigeix desenvolupar aquestes capacitats en nosaltres mateixos/es. Programes específics d'intel·ligència emocional per a educadors, expe-



riències compartides que posin a prova potencialitats i limitacions, gestió de les normes i criteris d'institucions i equips i processos de supervisió individual o en equip de la pròpia pràctica professional serien les propostes equivalents per al desenvolupament personal i en equip d'aquest tipus de competències.

## Afrontar i ajudar a afrontar la complexitat i la riquesa de les relacions humanes

Tot i que la consciència i el maneig de nosaltres mateixos es construeix en la interacció amb els altres i té innegables components socials, hi ha un segon grup de competències socioemocionals que identifiquem precisament pel seu paper específic en les relacions. Aquestes competències configuren el que anomenem la intel·ligència interpersonal (Segura, 2002) i, com en el cas de la intel·ligència intrapersonal, tenen un primer component de coneixement o comprensió, que, en aquest cas, anomenem consciència social. Aquesta es tradueix en:

- Ésser capaç d'adoptar perspectives alienes.
- Sintonitzar amb persones d'origens i cultures diverses.
- Comprendre normes i valors socialment compartits.
- Identificar les potencials fonts de suport en les persones properes o en els recursos de la comunitat.

A més de la consciència social, la intel·ligència interpersonal precisa del desenvolupament d'habilitats per a relacionar-nos de manera sana i gratificant amb altres persones (Bridgeland *et al.*, 2013), com:

- Comunicar amb claredat.
- Escoltar activament.
- Col·laborar amb altres persones.
- Resistir la pressió social inadequada.
- Negociar constructivament els conflictes.
- Cercar i oferir ajuda quan es necessiti.

Les estratègies revisades en l'apartat anterior també poden ser útils per desenvolupar la consciència social i les habilitats socials. Hi podem afegir, com a mínim, aquestes tres línies d'actuació:

- La incidència en el discurs social sobre determinats col·lectius.
- La participació comunitària i el desenvolupament de xarxes col·laboratives.
- El maneig de la proximitat o distància òptimes.

El discurs social cap a determinats col·lectius o davant de certes situacions de la vida és un dels factors que condicionen la salut i el benestar de les persones (Serrano, 2002). La manera d'abordar, per exemple, totes les diversitats humanes (culturals, funcionals, religioses, generacionals o de gènere) facilita o dificulta la igualtat d'oportunitats, incideix directament en les relacions interpersonals i, en determinats contextos, té un impacte significatiu en les possibilitats de supervivència. El mateix passa, des d'una altra perspectiva, amb els discursos socials sobre les drogues, les relacions de parella, el maltractament, la imatge corporal, les malalties terminals o la salut mental, per posar-ne exemples rellevants. No és estrany, doncs, que la manera d'analitzar i parlar sobre totes aquestes realitats formi part del bagatge competencial dels educadors i educadores.

Ajustar el discurs, a més, serveix als professionals per, davant d'idees errònies socialment difoses, intervenir des de les dades i les evidències i desenvolupar estratègies comunicatives que facilitin la consciència social de les persones. Aquest exercici requereix perspectiva política i una actitud militant com a professional i com a ciutadà. Però, a més, requereix mentalitat investigadora, actualització permanent i treball compartit amb altres agents socials, de manera molt especial els professionals dels mitjans de comunicació.

Les xarxes socials, presencials i virtuals són, de manera especial en aquest inici de segle, espais de construcció i transformació dels discursos i també d'aprenentatge d'habilitats per comunicar-se i relacionar-se. El treball en xarxa és una constant en la literatura recent sobre la intervenció social o psicoeducativa i connecta directament amb la necessitat d'alimentar el suport social, com una de les claus del desenvolupament de la salut personal i comunitària. La metàfora de "la xarxa" ha evolucionat en les últimes dècades. La psicologia comunitària va començar utilitzant el concepte per referir-se, bàsicament, als processos socials d'autoajuda i l'efecte amortidor del suport social en les situacions d'estrès o sofriment dels individus (vegeu, per exemple, Musitu, Herrero, Cantera i Montenegro, 2004). La metàfora de la xarxa del circ posava el focus en la construcció d'un teixit social protector davant de situacions de vulnerabilitat, que generés oportunitats per no enfonsar-se del tot o per reincorporar-se a les dinàmiques socials després de "caure". Posteriorment, internet s'ha apropiat la metàfora i ens referim al treball en xarxa per emfatitzar la necessitat de connexió o coordinació entre els agents socials. Treballar en xarxa es pot entendre, des d'aquest punt de vista, com un exercici de *transprofessionalitat* que incorpora el màxim d'agents (professionals i no professionals) de forma coresponsable (Díaz i Civis, 2011; Vilar, Riberes i Rosa, 2014). Però convé recordar que l'objectiu últim d'aquestes connexions continua essent la consolidació d'un teixit social protector. Aquest es veu reforçat per les bones pràctiques dels professionals, però, per damunt de tot, es nodreix de relacions veïnals, vincles familiars i connexions entre les persones que viuen en un mateix entorn més enllà del temps i els espais de dedicació d'aquests professionals.



Treballar en xarxa es pot entendre com un exercici de *transprofessionalitat*



Com he assenyalat, la incidència en els discursos socials és una estratègia que ajuda a desenvolupar la consciència social davant la diversitat. D'altra banda, el foment de les xarxes protectores permet entorns facilitadors de les relacions socials. Per completar la millora d'aquest tipus de competències, és la relació educativa la que facilita el modelatge de les habilitats socials i l'acompanyament en l'ajustament de les mateixes. La gestió dels vincles, les distàncies i les proximitats adequades suposen un aprenentatge permanent per a educadors i educands. El procés d'acompanyament precisa de complicitats i confiança que no poden construir-se alienes als criteris marcats per l'equip educatiu. Alhora, aquests criteris no es poden aplicar sense l'establiment de vincles personals entre cada educador i educant. El vincle educatiu no és un fet automàtic, no es produeix simplement per l'assignació dels rols en un escenari determinat. Es desenvolupa a partir de la presència i les experiències compartides. És un procés intencional que, en últim extrem, necessita l'acceptació mútua per triar acompanyar i triar deixar-se acompanyar per aquesta persona concreta.

No és una relació entre iguals que es trien, com ho és l'amistat, per exemple. Tampoc no és una relació basada en la representació democràtica, encara que pugui compartir elements amb ella o amb l'amistat. És una relació que té les característiques específiques de la relació d'ajuda. El que anomenem *proximitat òptima* (prefereixo aquest terme al de *distància òptima*), no és estandarditzable, perquè cada relació és única, però sí que té almenys dos indicadors que ens permeten saber que estem correctament orientats: el creixement o la millora de la persona a la qual acompanyem i la seva evolució cap a l'autonomia. Aquest últim aspecte és especialment rellevant per a ajustar el vincle de la relació educativa. Si la separació o la distància és, per a un altre tipus de relacions, evidència que alguna cosa no funciona, en el cas de la relació educativa, el fet que l'educador/a sigui prescindible es converteix en el millor indicador que la relació està complint amb la seva funció. En aquest context, les mostres de respecte, la comprensió, la gestió de les crítiques o l'expressió d'emocions positives i negatives ajuden en l'aprenentatge de la competència social dels educands i s'ofereixen com a models relacionals que poden ser transferits a aquest altre tipus de relacions que sí configuraran el nucli del teixit relacional propi de cada nen/a, adolescent, adult/a o persona gran amb la qual treballem.

## Prendre i ajudar a prendre decisions... i responsabilitzar-se'n

*Són les nostres decisions les que mostren el que realment som, molt més que les nostres habilitats,* li deia Albus Dumbledore a Harry Potter en una de les escenes de la saga. La frase connecta, probablement, amb la nostra experiència del que significa aprendre a afrontar la vida. L'educació necessària no és

El fet que l'educador/a sigui prescindible es converteix en el millor indicador que la relació està complint amb la seva funció

la que ens dicta el que hem de fer, sinó la que ens ajuda a desenvolupar el criteri per decidir què fer i què no fer en les diferents situacions que anem afrontant per, amb això, aconseguir majors cotes de benestar per a nosaltres i per als altres.

L'adequat coneixement i el maneig de nosaltres mateixos i de les relacions socials es posen en joc en els processos de presa de decisions. Prendre decisions de manera responsable implica:

- Tenir en consideració els marcs ètics i normatius de la comunitat en la qual vivim.
- Avaluar de manera realista les conseqüències de les alternatives possibles davant d'una situació, tenint en compte el propi benestar i el dels altres.
- Comprendre les renúncies i les pèrdues associades a una decisió.
- Assumir les conseqüències de les pròpies decisions i responsabilitzar-se'n.

Les petites i grans decisions són presents en tots els processos d'acompanyament educatiu i són oportunitats per al desenvolupament d'actituds i de competències socials i emocionals en general. Existeixen, a més, algunes experiències que es converteixen en oportunitats específiques per facilitar l'aprenentatge de la presa responsable de decisions. Entre elles, vull posar el focus en:

- La vivència del temps i el cos.
- El maneig de la incertesa i la por.
- La gestió de l'error i la culpa.

La salut es juga avui en l'àmbit cultural, en els estils de vida construïts a partir dels significats, els valors i els vincles. Algunes de les claus de lectura de tot això, en aquest inici de segle, tenen a veure amb la vivència del temps i el cos. Totes dues es converteixen en reptes, comporten riscos i també ofereixen oportunitats per a l'acció dels educadors/es (Serrano, 2002). El futur incert i la immediata satisfacció de les necessitats han introduït canvis significatius en la vivència del temps, especialment entre els joves. La vida es juga en el present. El futur ha deixat de ser objecte de desig. Això dificulta l'establiment de projectes vitals i l'exercici del pensament mitjans-fins, del qual parlàvem al referir-nos a la intel·ligència intrapersonal. Però, a canvi, dóna rellevància a l'experiència compartida i, en molts casos, activa la predisposició a la solidaritat i l'acció immediata, més enllà dels interessos o plans individuals.

Quelcom semblant passa amb la vivència del cos. El cos s'ha fet més visible i se situa en la centralitat de la qualitat de vida. Això el converteix en un element també central de l'espiral de consum i s'accentuen problemàtiques com la hipersexualització de la infància o els trastorns alimentaris. Al costat d'això, però, apareixen també una sensibilitat nova cap a les diversitats humanes, una revaloració de la cura pròpia i de la cura de l'altre i una nova forma de mirar també la dimensió espiritual de l'ésser humà.



La salut es juga avui en l'àmbit cultural

Apareixen també una sensibilitat nova cap a les diversitats humanes, una revaloració de la cura pròpia i de la cura de l'altre

Acompanyar per aprendre a decidir sobre el propi temps i el propi cos o a respectar el temps i els cossos dels altres pot semblar una tasca especialment associada al treball amb adolescents i joves. No obstant això, hi ha necessitats i oportunitats similars si parlem de la diversitat funcional o de gènere, de les persones privades de llibertat o de la mort i el dol, per citar-ne només alguns exemples.

Sigui quin sigui l'àmbit, orientar en els processos de presa de decisions i en l'aprenentatge de l'exercici responsable dels mateixos, suposa ajudar a afrontar les emocions prèvies i posteriors a aquestes decisions. Decidir implica tensió cognitiva i emocional precisament perquè no tenim la certesa que les conseqüències de les nostres decisions siguin positives. De vegades ens falta informació i, moltes sovint, simplement és impossible tenir control sobre tots els factors que es desencadenen després d'una decisió. Ajudar a gestionar la incertesa té a veure amb donar eines per a la recerca d'aquesta informació i, alhora, ajudar a acceptar el nivell de risc que tota decisió comporta. El maneig de la por és més complicat i les respostes davant la por són diverses. La por (fonamentada o no) neix de la percepció que no controlem la situació i que això ens posa en perill. Aquest mecanisme que ens pot salvar la vida també és font d'una part important dels problemes humans (Nardone, 2007). Podem respondre a la por, bàsicament, de tres maneres:

- Evitant la situació que ens genera aquesta por. En el cas de la presa de decisions, això es tradueix a posposar la decisió fins que altres persones, o les circumstàncies, decideixin per nosaltres. A la pràctica, aquesta resposta sol anar associada a la pèrdua d'oportunitats i a la percepció de menys control sobre la pròpia vida, la qual cosa té com a resultat, precisament, l'augment de la por davant de situacions similars en el futur.
- Intentar controlar la por pensant, parlant o fent alguna cosa que ens dona la sensació de control. En el cas de les decisions, podem donar-hi voltes i voltes als pros i contres o a les potencials conseqüències de les diferents alternatives, esperant que, a força d'insistir, aparegui de manera nítida una decisió que, plena de certes, dilueixi la por. També podem fer alguna cosa similar fora de la nostra ment, tenint converses recurrents amb les persones properes. O, fins i tot, recórrer a espelmes enceses, campanes sobre els nostres caps o altres rituals tranquil·litzadors que ens "garanteixin" que prendrem bones decisions. Res d'això, però, ens proporcionarà la certesa que ens permeti decidir sense por.
- Acceptar que la por és una reacció natural, afrontar la situació assumint el nivell de risc que comporta (i que hem reduït recopilant la informació necessària i valorant alternatives i conseqüències) i prendre la decisió, disposats a responsabilitzar-nos de les seves conseqüències.

Situar-nos i ajudar a situar altres persones en aquesta última postura té relació, també, amb la vivència dels errors i la culpa que poden aparèixer després d'una decisió. L'error pot ser font de sofriment i baixa autoestima o pot ser una oportunitat per a responsabilitzar-se i aprendre de les conseqüències de les pròpies decisions. Perquè sigui així, l'educador/a ha de ser capaç de reemmarcar-los o ajudar a interpretar-los tenint en compte les següents consideracions (García Monge, 2002):

- Els errors són un prerrequisit d'aprendre a viure, com ho són de qualsevol altre procés d'aprenentatge.
- Els errors aporten informació útil.
- Els errors són també prerrequisit de l'espontaneïtat. I l'espontaneïtat ho és de la vida. Ésser humà implica actuar sense guió i, de vegades, equivocar-se.
- Ésser responsable dels errors exigeix ésser conscients de les seves conseqüències, realitzar els aprenentatges que ens permetin millorar en el futur i, en la mesura del possible, reparar el dany causat a altres persones (si n'hi hagués). Això no és garantia que no ens tornarem a equivocar, però sí que ho és d'un procés de millora permanent com a persones.

Presa de decisions, consciència social, capacitat de relacionar-se, autocoïneixement i autocontrol són competències que educadors i educadores poden ajudar a desenvolupar a altres persones i també formen part del repertori competencial propi. Són, al seu torn, competències nuclears per créixer de manera íntegra i saludable i fer front a les dificultats que la vida presenta. Precisament perquè la vida és canviant i imprevisible, són competències en permanent procés d'actualització i millora i, alhora, que permeten als educadors i educadores un impacte positiu en la vida dels altres. Poden, també, facilitar el propi benestar i satisfacció professional. Per tot això, podem afirmar que són competències centrals en l'aportació que els educadors i educadores realitzen com a agents de salut. Aquesta aportació pot contribuir al desenvolupament de polítiques coherents amb una concepció integral de la salut i a la resolució, per tant, de les paradoxes que repassàvem a l'inici d'aquest article. I, si elevem la mirada, en aquest complex inici del segle XXI, són competències que probablement faciliten els canvis socials amb què alguns somiem: "Somem amb un curs civilitzatori diferent, que hagués buscat altres metes i fomentat altres valors: acollir l'estrany, cuidar allò fràgil, fer les paus amb la natura, acceptar-nos com els éssers vulnerables i mortals que som" (Riechman, J., 2013).

Paco López Jiménez  
Professor de la Facultat d'Educació Social i Treball Social  
Pere Tarrés - URL  
plopez@peretarres.org



Els errors són un prerrequisit d'aprendre a viure

## Bibliografia

- Bridgeland, J.; Bruce, M.; Hariharan, A.** (2013). *The Missing Piece: A National Teacher Survey on How Social and Emotional Learning Can Empower Children and Transform Schools*. 58.
- Colomer, C.; Álvarez-Dardet, C.** (2001). *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.
- Costa, M.; López, E.** (1989). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Costa, M.; López, E.** (1996). *Manual para el educador social: afrontando situaciones*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Centro de Publicaciones.
- Costa, M.; López, E.** (2008). *Educación para la salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables*. Madrid: Pirámide.
- Díaz, J.; Civis, M.** (2011). Redes socioeducativas promotoras de capital social en la comunidad: un marco teórico de referencia. *Cultura y Educación*, 23(3), 415-429.
- García Monge, J. A.** (2002). Autoestima y salud. En *La Educación para la Salud del siglo XXI* (2a, p. 107-118). Madrid: Díaz de Santos.
- Gardner, H.** (2017). *Estructuras de la mente: la teoría de las múltiples inteligencias* (2a). Mèxic: Fondo de Cultura Económica.
- Goleman, D.** (2012). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
- López, P.** (2015). La lógica estratégica en la intervención social y educativa. En *Inteligencia profesional. Ética, emociones y técnica en la acción socio-educativa* (p. 113-136). Barcelona: Claret.
- López, P.; Rosa, G.** (2014). El desarrollo de competencias para la promoción de la resiliencia: buenas prácticas y procesos formativos en Educación Social. *Edetania. Estudios y propuestas socio-educativas*, 45, 145-164.
- Musitu, G.; Herrero, J.; Cantera, L. M.; Montenegro, M.** (2004). *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: Editorial UOC.
- Nardone, G.** (2006). *Corrígeme si me equivoco*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G.** (2007). *Miedo, pánico, fobias. La terapia breve*. Barcelona: Herder.
- Nardone, G.; Portelli, C.** (2009). *Conocer a través del cambio. La evolución de la terapia breve estratégica*. Barcelona: Herder.
- Quesada, C. V.** (2006). El enfoque de resiliencia en Trabajo Social. *Acciones e investigaciones sociales*, 1, 466.
- Riechman, J.** (31 de juliol de 2013). Una modernidad alternativa [Blog post]. Tratar de comprender, tratar de ayudar. Recuperado de <http://tratarde.org/una-modernidad-alternativa/>
- Segura, M.** (2002). *Ser persona y relacionarse: habilidades cognitivas y sociales, y crecimiento moral*. Madrid: Narcea.
- Serrano, M. I.** (Coord.) (2002). *La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud* (2a). Madrid: Díaz de Santos.
- Spivack, G.; Shure, M. B.** (1974). *Social adjustment of young children: a cognitive approach to solving real life problems*. San Francisco: Jossey-Bass.

**Vaniestendael, S.** (1997). *La resiliència o el realisme de l'esperança. Ferit però no vençut*. Barcelona: Claret.

**Vilar, J.; Riberas, G.; Rosa, G.** (2014). El compromiso de la universidad frente a un mundo incierto y complejo: propuestas para la formación de profesionales reflexivos. *Lugares de Educação*, 4(9), 132-149.

**Vygotski, L.** (2003). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.



Jordi Juanico  
David Ventura

## L'educador social al servei de salut mental

Recepció: 29/06/2017 / Acceptació: 14/10/2017

### Resum

El present article neix arran de la reflexió sobre la praxi en l'atenció en salut mental amb adolescents dels dos professionals, no tan sols en la seva tasca en serveis específics de salut mental, sinó de la seva trajectòria professional en altres dispositius. Aquest bagatge professional permet fer una proposta sobre com els autors entenen que hauria de ser l'acció educativa dels professionals de l'educació social en salut mental. És a dir, han volgut "repensar" i fer la seva contribució en la construcció del marc teòric de la professió. Així doncs, no han volgut definir un protocol d'actuació, han deixat negre sobre blanc les seves reflexions sorgides de diferents moments d'intercanvi i diàleg.

### Paraules clau

Educador social, Salut mental, Acció educativa, Hospital Sant Joan de Déu

### El educador social en el servicio de salud mental

*El presente artículo nace a raíz de la reflexión sobre la praxis en la atención en salud mental con adolescentes de ambos profesionales, no sólo en su labor en servicios específicos de salud mental, sino de su trayectoria profesional en otros dispositivos. Este bagaje profesional permite hacer una propuesta sobre cómo los autores entienden que debería ser la acción educativa de los profesionales de la educación social en salud mental. Es decir, han querido "repensar" y hacer su contribución en la construcción del marco teórico de la profesión. Así pues, no han querido definir un protocolo de actuación, han dejado negro sobre blanco sus reflexiones surgidas de diferentes momentos de intercambio y diálogo.*

#### Palabras clave

Educador social, Salud mental, Acción educativa, Hospital Sant Joan de Déu

### The Social Educator in the Mental Health Service

*This article is born out of the reflections of two professionals on praxis in mental health care with adolescents, not only in their work specifically in mental health services but also in their professional trajectory in other areas. This professional background is the basis for the authors' proposal of how they consider the educational action of social education professionals working in mental health should be. In other words, they have attempted to 'rethink' and to put forward their contribution to the construction of the profession's theoretical framework. This being so, rather than seeking to define a protocol of action they have set down in black on white a series of reflections engendered by different moments of exchange and dialogue.*

#### Keywords

Social educator, Mental health, Educational action, Hospital Sant Joan de Déu

### Com citar aquest article:

Juanico Sabaté, Jordi; Ventura Lluch, David (2017).  
L'educador social al servei de salut mental  
*Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 66, 70-85



ISSN 2339-6954

El present article neix arran de la reflexió sobre la praxi en l'atenció en salut mental amb adolescents dels dos professionals, no tan sols en la seva tasca en serveis específics de salut mental, sinó de la seva trajectòria professional en altres dispositius. Aquest bagatge professional permet fer una proposta sobre com els autors entenen que hauria de ser l'acció educativa dels professionals de l'educació social en salut mental. És a dir, han volgut "repensar" i fer la seva contribució en la construcció del marc teòric de la professió. Així doncs, no han volgut definir un protocol d'actuació, han deixat negre sobre blanc les seves reflexions sorgides de diferents moments d'intercanvi i diàleg.



Les persones amb trastorns relatius a la salut mental generalment es troben entre les més marginades i vulnerables de la nostra societat. Els més exposats són els nens o els joves –no han construït defenses suficients per afrontar l'adversitat i no comprenen allò que succeeix.

L'educador social és el professional que, entre d'altres, treballa amb aquelles persones que atesa la seva situació personal, de vegades per circumstàncies del seu entorn o per qüestions pròpies o per totes dues, tenen dificultats i/o necessitat de mesures socioeducatives particulars.

Així, la presència de l'educador/a social en els àmbits de l'atenció a l'adolescència, del lleure, etc., ha contribuït des de fa anys a establir determinades funcions que concreten el seu perfil professional i que ja tothom té més o menys present. Però ara ens trobem amb l'aparició de la figura de l'educador social intervenint en àmbits nous, com ara el que ens ocupa, el de la salut mental, que tot i que és relativament recent ha esdevingut força transcendent per l'aportació a una més gran interdisciplinarietat que, des d'aquest punt de vista, es fa en benefici d'una més gran autonomia dels joves, d'una atenció més integradora i més comunitària.

Pel que fa, doncs, a aquesta intervenció en salut mental –on, com dèiem, la presència és significativament recent–, els educadors/es han estat redefinint la seva presència i adaptant les seves capacitats a les necessitats socioeducatives de les persones malaltes. Les intervencions més representatives que caldria esmentar serien:

- Disseny, aplicació i avaluació de programes socioeducatius adreçats als joves i que facilitin la seva autonomia.
- Disseny, aplicació i avaluació de programes d'habilitats socials, de creixement personal, educació per a l'oci i el temps lliure, de coneixement i conservació del medi ambient i del desenvolupament sostenible.
- Promocionar la vida associativa, el teixit social, el desenvolupament comunitari, l'educació multicultural i la convivència.
- Promocionar l'adquisició de coneixements, d'actituds i destreses d'acord amb les necessitats emergents de la societat.
- Comunicar i fomentar la rebuda d'informació tant internament com externament.

- Reconèixer i acceptar el pluralisme cultural com una realitat social.
- Contribuir a la instauració d'una societat d'igualtat de drets i d'equitat.
- Contribuir a l'establiment de relacions intertòniques harmonioses.

## Els educadors socials al servei de salut mental de Sant Joan de Déu

És, doncs, en aquest punt on iniciem el nostre trajecte per explicar de quina manera els educadors socials a Sant Joan de Déu hem anat definint, conjuntament amb l'equip de professionals que ens acompanya, el nostre model d'intervenció. I en el cas que ens ocupa aquí, a l'hospital o als dispositius comunitaris, amb la pretensió d'allunyar-lo de la malaltia i apropar-lo a l'ésser social que tots som.

Segons el *Plan Funcional de Hospitales de Día Comunitarios, Plan Estratégico del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente. Hospital de Sant Joan de Déu* del 2014, l'educador social (tant a hospitalització parcial de salut mental com també a tots els hospitals de dia comunitaris (Mollet, Granollers i Vilanova) participa dels següents processos: procés de valoració i admissió; procés de diagnòstic i d'elaboració del PTI (programa de tractament individual); i procés de tractament (vegeu les taules 1, 2 i 3).

**Taula 1.** Procés de valoració i admissió

| Procés                              | Activitat                 | Responsable                                       | Temps            | Gestió               |
|-------------------------------------|---------------------------|---|------------------|----------------------|
| 3. Acceptació per pacient i família | 3.1. Contracte terapèutic | Clínic assignat<br>Educador/mo-<br>nitor referent | Previ a l'ingrés | Contracte terapèutic |

**Taula 2.** Procés de diagnòstic i d'elaboració del PTI

| Procés        | Activitat                    | Responsable   | Temps                       | Gestió                                  |
|---------------|------------------------------|---|-----------------------------|---|
| 1. Diagnòstic | 1.2. Entrevistes i valoració | Psiquiatra<br>Psicòleg<br>Treballador social<br>Educador<br>Infermera<br>Docent | < 21 dies (des de l'ingrés) | Protocol diagnòstic<br>Història clínica |

**Taula 3.** Procés de tractament

| Procés                      | Activitat                                | Responsable                           | Temps | Gestió |
|-----------------------------|--|---------------------------------------|-------|--------|
| 2. Activitats habilitadores | 2.1. Adquisició/modificació d'habilitats | Educador Social<br>Infermera          |       |        |
|                             | 2.4. Altres tècniques habilitadores      | Segons P.T.I                          |       |        |
| 3. Activitats de suport     | 3.2. Social                              | Treballador social<br>Educador social |       |        |



Arribats a aquest punt també podem parlar d'investigació. Centrem la investigació no pas en el *que hauria de ser* sinó a *descobrir què és el que està passant*. Volem saber el punt de vista dels qui hi estan implicats, fent una tasca d'etnografia<sup>1</sup>, investigant les significacions socials i les subjectives que van apareixen en el dia a dia, tant individualment com col·lectiva. I poder comprendre, així, com es construeix el patiment, quin significat té pels que el tenen i quins factors hi intervenen; perquè saber del patiment i què podem fer o com podem contribuir a fer-lo més suportable o a fer-lo desaparèixer és el fi darrer de la salut mental.

Què podem fer o com podem contribuir a fer-lo més suportable és el fi darrer de la salut mental

Creiem que la nostra feina ha de ser flexible atès que ens hem d'adaptar a les necessitats i demandes diàries que ens presentin els nois/es.

També, i com a cos central de la nostra tasca i de la nostra professió, hem de parlar de l'ètica com a quelcom irrenunciable. No es pot parlar de la tasca educativa de l'educador/a social sense ètica ja que quan definim els objectius per al desenvolupament d'altres persones i de les seves vides, estem treballant amb els valors (els quals han de ser humanistes i democràtics, i en sintonia amb els drets humans). Parlem d'ètica des de tres pilars (Canimas, 2011):

1. Moral: conjunt de valors i enunciats prescriptius que concreten el que es considera una vida bona i justa.
2. Acadèmica: diferència entre ètica i moral; moral com el *què fem* i ètica com el *per què ho fem*.
3. Manera de ser i d'estar en el món i amb els altres:
  - a. Ésser-hi.
  - b. Reconeixement (emocional, social i jurídic) i alteritat (més enllà del nos-altres).
  - c. Responsabilitat i poder; llibertat-poder-responsabilitat.
  - d. Cura i hospitalitat; caliu humà, acompanyar en el seu itinerari vital.
  - e. Estimar; actitud amorosa.

Recollim a continuació alguns dels relats, a càrrec de professionals de la institució que han contribuït a la construcció d'aquest espai d'intervenció. Tots ells ens van precedir en la tasca a desenvolupar en els hospitals de dia, des de diferents posicions (clínic i educadors). No podem entendre el present dels nostres hospitals i de la tasca a realitzar sense tenir en la memòria els nostres inicis.

“La indicació per a l'Hospital de Dia no la faig per les manifestacions externes, sinó que exploro el conflicte psíquic subjacent, amb la intenció explícita d'esbrinar la qualitat i quantitat d'afecte i d'emocions que podran ser mobilitzades”. *Roser Pérez Simó.*

“Un dels sofriments més manifestos dels qui acudeixen a l'Hospital de Dia és la dificultat per establir relacions estables i satisfactòries, tant amb els altres com amb ells mateixos. Un dels avantatges que els ofereix el dispositiu és poder relacionar-se amb diferents persones des de diferents posicions.

A més a més de la relació amb altres pacients i amb diferents professionals, també hi contribueix la negociació de les normes de disciplina, en constant transgressió i negociació, i que permet perllongar el contacte terapèutic amb la institució.

Amb els educadors hi ha una relació molt propera tant per a les coses bones com per a les dolentes. Viure en directe els conflictes és quelcom molt diferent a escoltar-los des de l'altre costat de la taula.

Com a psicoterapeutes resulta imprescindible l'intercanvi amb la resta de l'equip. No només es tracta d'aconseguir informació, que és l'única manera d'entendre pacients que mostren, en diferents àmbits, tant la seva patologia com els seus recursos. Patologia i recursos que ens transmeten no tan sols per allò que diuen i fan, sinó també per la forma com ens ho fan sentir a nosaltres. Els pacients poden dipositar tot el seu món positiu en un professional i tot el que és negatiu en un altre, o mostrar-se en uns aspectes desafians i preocupats i en d'altres aspectes, col·laboradors i esperançats. Intentem que la nostra resposta terapèutica tingui en compte aquests aspectes dissociats i, d'aquesta manera, no respondre d'una forma fragmentària, que amplifiqui el seu estat inicial.

El nostre objectiu és el de facilitar l'obertura al treball mental. Cada membre de l'equip pot representar un substitut parental per a l'adolescent. Aquest projecta sovint sobre els substituïts els seus ‘imatges’ parentals. S'intenta que el pacient creï un espai transicional a través de les relacions amb els diferents membres de l'equip, permetent un joc de projeccions que seran integrades a través de l'elaboració clínica de l'equip, imprescindible per posar paraules a allò ‘no dit i no actuat’. Sense aquest treball seria impossible ajudar aquests pacients”. *Daniel Cruz, Margarita Noguera i Mercè Mañé (psicòlegs).*

“Hem de pensar en la nostra tasca d'educadors i en la relació tan pròxima que es viu dia a dia i que pot aconseguir despertar-nos conflictes a nosaltres mateixos, que poden estar resolts o no. Tot un ventall de sentiments espontanis, tot un seguit d'emocions que sorgeixen en la convivència de compartir un espai i un temps comú.

Viure directament amb ells permet la possibilitat d'establir una altra manera de funcionar i una altra visió de les relacions humanes. Som nosaltres els que veiem la part ‘bona’ d'aquest pacients i de vegades patim la seva part més actuada. La possibilitat de pensar i donar una interpretació immediata de les seves crisis és el que els fa desmuntar i el que permet poder pensar què els passa, ja que fins aleshores ningú no ha estat capaç ‘d'endevinar’ el que els fa explotar. Són ells i elles els que, de vegades, critiquen la nostra manera de fer i ens expliquen com viuen la nostra actuació, que pot ser negativa o positiva.

Molt sovint és a través de les activitats terapèutiques que diàriament es duen a terme que afloren les emocions.

Més enllà d'establir un contracte terapèutic, les activitats i relacions que se'n deriven permeten establir un grau d'empatia que sovint sorprenen els mateixos pacients.

Moltes vegades depèn de la nostra acció com s'elaboren aquests sentiments de ràbia o impotència ja que aquestes són conductes que sovint són enteses per l'entorn i provoca en els altres el mateix tipus de reacció. És important veure com assignen un paper diferent a cada educador, i com aquests papers assignats tenen referències clares a les relacions familiars.

Aquest és el moment en què l'educador adopta una postura més empàtica, i a la vegada més difícil, ja que ha d'entendre el que li està passant, l'ha de contenir i, posteriorment, ja arribarà el moment de poder parlar i reflexionar sobre el que ha passat.

S'estableix un vincle important que perdurarà tant en els moments satisfactoris com en els crítics i que l'ajudarà a tenir-lo sempre com a punt de referència.

Resultats terapèutics. Alguns aspectes que ressalten especialment:

- L'expressió i el maneig de les emocions de forma que els possibiliti altres formes d'auto o heteroagressivitat, o defugir de l'excitació, l'oposicionisme o el negativisme com a resposta social o relacional estereotipada.



Són ells i elles els que, de vegades, critiquen la nostra manera de fer i ens expliquen com viuen la nostra actuació

- La consecució de la millora en aquest aspecte és sens dubte deguda a la contenció emocional i afectiva que ofereixen els educadors a través de les seves respostes educatives i terapèutiques.
- Un dels grans beneficis de l'Hospital de Dia recau sobre aquells pacients que tenen conductes antisocials i de descontrol d'impulsos en l'ambient familiar, escolar o relacional, que es desencadenen perquè la norma o la realitat, i moltes vegades fins i tot l'intercanvi relacional, són viscudes de forma paranoide i persecutòria, és a dir, com a atac o agressió cap a la seva persona.
- L'afectivització de les relacions i la resposta de l'educador retocada pel que aquest comprèn del pacient, i adreçada més a l'ansietat de fons que a l'aparença de la demanda, fan que el pacient pugui prendre consciència dels seus conflictes i a poc a poc anar introjectant la realitat, i considerar l'altre o els altres no com a enemics sinó com a aliats.
- En el nou intercanvi no només disminueix l'ansietat sinó que disminueixen els trastorns de comportament i l'explosivitat, i per tant s'obre la via envers la socialització o la resocialització". *Josep M. Fontbernat, Maria del Mar Ruiz i Maria Pilar Aguilar (educadors i monitors).*

“L'Hospital de Dia s'ofereix com un lloc (paraula important si pensem que es tracta de joves essencialment desubicats respecte als altres i a si mateixos), un espai i un temps. La funció de l'Hospital de Dia és permetre una regressió tant dels pares com dels pacients.

El segon moment o funció és el de la comprensió psicopatològica. El treball clínic caldrà que diferenciï els aspectes estructurals o fixats dels estructurants o evolutius, deixant oberta, d'aquesta manera, la possibilitat de veure aparèixer nous fenòmens, símptomes o funcionaments mentals, sorprenents tant per al terapeuta com per al mateix pacient. En aquest sentit seran essencials el treball de reflexió clínica conjunta de tot l'equip i la dimensió temporal o evolutiva del trastorn.

El tercer moment seria el pròpiament terapèutic, tant en el sentit d'induir canvis com en el perquè d'aquests canvis.

- a. Tenim l'espai grupal d'interacció que es constitueix com l'eix del treball terapèutic.
- b. La llibertat i l'espontaneïtat d'aquestes experiències de grup contrasten amb el seguiment individual (amb el terapeuta assignat), que li farà de contrapunt.

Si el grup representa el motor de l'embranchada terapèutica, el terapeuta individual seria el pivot que permet articular, juntament amb el procés terapèutic, l'elaboració d'un projecte de treball o d'estudis.

Finalment, cal destacar la importància de les reunions de síntesi de tot l'equip per a aquest procés d'elaboració conjunta i per a l'eficàcia del recurs". *Jaume Claret (psiquiatre).*



## Objectius de la intervenció. Resposta educativa

L'educador social pot tenir una tasca molt important al costat de la del treball psiquiàtric i psicològic, d'una banda, i del treball social, de l'altra.

Tot i que aquest no és l'interès d'aquest article, pensem que és bo definir els objectius que, de manera molt genèrica, emmarquen les nostres intervencions.

Es tractarà d'oferir una resposta educativa en dos terminis diferenciats:

1. A curt termini: capacitar el malalt per continuar el seu procés de socialització i aconseguir una millor integració a la societat.
2. A llarg termini: mantenir-lo en l'estabilitat, tot prevenint amb els recursos adequats –nous valors, noves perspectives en el treball o en la formació, en les relacions personals, etc.

I per a aconseguir-ho, caldrà incidir tant en el mateix individu com en el seu entorn (família, escola, feina, amics) tot cercant uns objectius clars:

- Canvi d'actituds davant de la vida.
- Adquisició de valors socials.
- Apropar-se al sentit de la realitat, amb l'acceptació de les coses tal com són i de la pròpia realitat.
- Orientació personal i formativa o professional d'acord amb les seves possibilitats, necessitats, expectatives, etc.
- Capacitació per a desenvolupar-se en l'àmbit social.
- Capacitat de reflexió i de crítica sobre la seva pròpia actitud.
- Capacitat de relació i comunicació amb les persones del propi entorn.
- Treballar l'autonomia personal.

## Mètode

El que ens proposem és fer un acompanyament desterapeutitzat i sense pretensió clínica

En l'àmbit de la salut mental ens trobem amb situacions de patiment i de demanda d'ajuda constants. Intentem donar-hi una resposta que complementi la terapèutica i la clínica perquè aquest és un camp on la terapèutica ho omple gairebé tot. Al mateix temps, però, intentem pensar en relacions, espais i accions des d'una visió no terapèutica, i en conseqüència intentem pensar en la bogeria des d'altres punts de vista. Introduïm el concepte de la interdisciplinarietat, on la persona pren el protagonisme i la mirada no és només sobre el diagnòstic (el trastorn, la malaltia...), per tal de tenir una visió més holística. Així, el que ens proposem és moure'ns de lloc, deixar la clínica als clínics i a l'espai dels clínics i fer un acompanyament desterapeutitzat i sense pretensió clínica; això suposa la capacitat i la necessitat d'entendre el que el pacient ens diu, no entrant a valorar els continguts (això correspondria a un altre espai d'intervenció psicològica), sinó valorant les funcions d'empatia i d'assertivitat. És a dir, amb la capacitat d'escoltar i entendre la demanda que ens fa i de posar-nos en el lloc de l'altre, amb la voluntat d'allunyar-lo de la malaltia i apropar-lo a l'ésser social que tots som.

La realitat imposa que la persona atesa té múltiples facetes i que els professionals que atensem ho fem amb diferents mirades. Hem d'acceptar que sempre hi haurà aspectes de la persona que ens seran ocults. Treballar des d'aquesta perspectiva implica acceptar que no hi ha un "saber" objectiu de la persona. Significa superar la "jerarquització" del saber per la prioritització de les accions. Un aspecte que ens diferencia de la resta de professionals és que l'educador social treballa des de la salut, el seu centre d'interès és la persona sana; d'altres professionals, en canvi, treballen des de la malaltia, des del trastorn.

El nostre ideal és el de la persona empoderada que és capaç d'entendre i actuar dins de la comunitat, a través de les seves pròpies perspectives

En aquest sentit, podem afegir que acompanyar no es tracta d'empènyer el jove o arrossegar-lo, sinó d'estar al seu costat mentre aprèn, i aturar-se quan ell ho decideixi. Això sí, tot orientant-lo, aconsellant-lo, respectant el seu interès, la seva voluntat d'ésser acompanyat, recolzant-nos sempre en les condicions, capacitats i projectes del jove. Això no treu, però, que calgui, en una primera fase, passar per un període de dependència sana dins del procés de creixement, que permetrà que, en una segona fase, la persona pugui funcionar amb més autonomia, després d'haver interioritzat un vincle protector amb l'educador. Aquesta intervenció està sempre fonamentada en la relació interpersonal amb ell/a, perquè establint aquesta relació s'estarà en el camí de restaurar les relacions que generen els vincles socials. La perspectiva se centra en els valors i els objectius dels pacients, com la democratització, l'autodeterminació i l'autonomia. El nostre ideal és el de la persona empoderada (*empowered*), que és capaç d'entendre i actuar dins de la comunitat, a través de les seves pròpies perspectives, coneixements i habilitats.

Hem de tenir en compte que un dels avantatges que els dispositius de salut mental ofereixen als joves atesos és el poder relacionar-se amb diferents persones des de diferents posicions, i això vol dir que hi ha una relació molt propera amb els educadors tant per a les coses bones com per a les dolentes.

Viure en directe els conflictes és quelcom molt diferent a escoltar-los. Viure'ls en directe permet d'establir una altra manera de funcionar i una altra visió de les relacions humanes. Som nosaltres els qui veiem la part "bona" d'aquests adolescents, a la vegada que, en ocasions, patim la seva part més actuada; de la nostra acció depèn moltes vegades com s'elaboren els diferents sentiments (ràbia, impotència, alegria...) ja que aquests modulen les conductes amb què s'expressen, i que provoquen determinades reaccions per part de l'entorn.

Així, els educadors podem observar les diferents situacions i com es mou l'adolescent en la seva relació amb els iguals, amb els adults, amb l'autoritat, amb les normes i amb els límits. S'estableix una relació molt intensa, primordial perquè aparegui el vincle. Perquè el jove se senti confiat, abans s'ha de sentir acceptat, entès, volgut. Una vegada apareix la confiança, és més fàcil que el jove desplegui les seves habilitats i capacitats reals (no ideals ni fictícies). Val a dir que, de vegades, aquesta és una de les funcions més esgotadores de l'educador.

Així doncs, entenem que els educadors ens movem entre dues funcions essencials:

- *Funcions acollidores*: aquelles orientades a incloure en l'espai d'interacció els joves amb ple reconeixement com a subjectes de l'educació, per promoure processos de canvi que possibilitin el seu desenvolupament cultural i/o educatiu.
- *Funcions delimitadores*: aquelles orientades a establir acords, compromisos i límits amb els joves que emmarquin l'acció educativa en una finalitat socialitzadora.

L'objectiu principal de les activitats és facilitar espais que compleixin la funció d'objecte intermediari amb intencionalitat terapèutica. Són espais en els quals es reconeix la capacitat de fer, de construir, d'autoestima, de valorar i potenciar els aspectes més sans i conservats del pacient. En aquest sentit, hem d'entendre les activitats i tallers que realitzem com a:

- Intermediàries en el funcionament dels nois/es
- Intermediàries en el tractament.
- Intermediàries en els models de relacions.
- Intermediàries en la relació amb l'adult.





Entenem que els tallers són una eina fonamental per tal d'assolir alguns dels objectius de l'hospital: la vinculació, l'observació, el diagnòstic i el tractament. Els tallers no han estat concebuts com a espais escolars ni tampoc com a lloc d'espai lúdic, però sí que són espais pensats i estructurats perquè el noi/a s'hi trobi a gust i pugui mostrar-se com a individu.

Podem estructurar els tallers en les següents àrees:

- *Creativitat*: possibilita aspectes d'experimentació i millora en creativitat, expressió i motricitat fina de l'adolescent, mitjançant l'aplicació d'arts musicals, tecnològiques, plàstiques, literàries, etc., (manualitats, música, ràdio, etc.).
- *Desenvolupament en l'entorn*: possibilita el contacte, el coneixement i la integració de l'adolescent en el seu entorn social, cultural i lúdic (coneixement de l'entorn, lleure, cuina, cinefòrum, assemblea, gestió emocional, habilitats socials, etc.).
- *Psicomotricitat*: permet l'assimilació de la consciència corporal, l'orientació espacial, l'autoimatge i la confiança amb un mateix i amb els altres (esports, piscina...).
- *Autonomia*: fomenta i proporciona hàbits d'autocura i responsabilitats que l'adolescent té amb si mateix (bon dia, tasques diàries, estètica, etc.).

## Eines i competències

L'educador social estableix una relació educativa –que només es pot crear des del ser i l'estar– vers el jove que es caracteritza per:

- La relació educativa es construeix mitjançant el vincle.
- La construcció no és unidireccional, no és possible imposar-la, ha de ser validada.
- Espontaneïtat adquirida, que ha de permetre gestionar educativament la relació educativa en la immediatesa de la vida quotidiana.
- Es renuncia a la relació educativa quan es realitza la demanda de protocol·lització de tot tipus de situacions en la quotidianitat de la intervenció.

També és important entendre l'educador respecte de l'equip, que es caracteritza per:

- *Compromís*: assumpció de la responsabilitat individual de cara a la consecució dels objectius comuns.

- *Confiança*: aspecte emocional relacional. L'acceptació mútua, el respecte per l'altre i la seva feina, la resolució dels conflictes interpersonals.
- *Comunicació*: diàleg entre els membres de l'equip per obtenir un resultat millor que el que esdevindria de la suma de les aportacions individuals de cada un dels seus membres per separat.
- *Coordinació*: organització òptima de l'equip en la distribució de les tasques.
- *Complementarietat*: a cada membre de l'equip se li encomana una part de la tasca comuna que es duu a terme entre tots.
- Un educador social sol no es cap educador. Un educador social sol sempre és incomplet. Es completa a través del treball en equip.



Hem de ser conscients que no hi ha coincidència plena d'objectius, sinó que hi ha un diàleg constant que genera efectes a nivell de la concreció del projecte que s'està executant i també en la trajectòria i/o cultura de la institució. I en aquest punt és interessant la següent reflexió entorn de la cultura corporativa:

- a. *Cultura cognitiva*: valors i normes verbals i escrits.
- b. *Cultura emocional*: valors afectius i emocions (llenguatge corporal, expressió facial).

Hi ha tres nivells de cultura d'una organització (Edgar Schein):

1. *Artefactes*: són les característiques que es poden visualitzar, escoltar i sentir. Per exemple: uniformes, mobiliari, reglament, missió, etc.
2. *Valors dels professionals*: són un segon nivell i juguen un paper important en la cultura de l'organització.
3. *Valors assumits pels professionals que no són visibles*: són les creences, que solen estar ocultes i mantenir-se, però que afecten la cultura.

Entenem que l'educador social ha de tenir expertesa en el que podríem anomenar habilitats socials.

Les habilitats socials són un conjunt de competències conductuals que possibiliten que la persona mantingui relacions socials positives amb els altres i que afronti, de manera efectiva i adaptativa, les demandes del seu entorn social. Són aspectes que contribueixen significativament, per una part, a l'acceptació per part dels companys i, per altra, a un ajuda i adaptació social adequades.

Les habilitats socials estan conformades pels components següents:

1. *Components motors*: conformen la major part de l'habilitat. Se'n poden diferenciar tres subgrups:
  - 1.1. *Els components verbals*: fan referència fonamentalment a la parla, a la conversa, que és l'eina principal que utilitzem les persones per

Hi ha un diàleg constant que genera efectes a nivell de la concreció del projecte que s'està executant

interactuar amb els altres. Alguns dels components verbals serien la durada de la conversa, la retroalimentació, les preguntes, la parla, etc.

**1.2. Els components no verbals:** conflueixen molts i diversos components com la mirada, l'expressió facial, el somriure, la postura corporal, els gestos, la distància, etc.

- *La mirada:* un element determinat de les interaccions entre les persones és la mirada recíproca. La mirada dona informació sobre l'actitud de l'interlocutor (hostilitat, interès...) però sobretot serveix de suport al missatge oral.
- *L'expressió facial:* el rostre és una de les parts del cos més expressives i complexes de la comunicació no verbal. S'hi reflecteixen les expressions emocionals per mitjà dels moviments de la boca, dels ulls, de les celles i d'altres components. El front, les celles, els ulls, les parpelles i la part inferior de la cara són les zones facials on s'ubiquen fonamentalment les expressions emocionals.
- *El somriure:* el somriure està considerat com un indicador fiable d'habilitat social. És un component clau per iniciar una interacció, ja que posa de manifest una actitud favorable de la persona, propicia un bon clima. Intervé en la retroalimentació necessària per mantenir la conversa i és un component important també per finalitzar de manera òptima una conversa.
- *La postura corporal:* la postura que adoptem davant l'interlocutor transmet determinades actituds, sentiments i estats psicofisiològics (angoixa, cansament...). La postura també pot determinar el tipus de relació que els interlocutors tenen i, per tant, la comunicació (submissió, per exemple).
- *Gestos:* els gestos es localitzen fonamentalment en les mans i, amb menys importància, en el cap i en els peus. Són accions amb un important component cultural. Depenen en gran mesura del context social. Tenen un objectiu bàsicament informatiu.
- *Proximitat/distància:* el grau de proximitat indica el nivell de relació entre els interlocutors i varia segons el context. Està, doncs, determinada pel context cultural. Tanmateix, cada persona necessita un espai personal mínim (*bombolla personal*).

**1.3. Els components paralingüístics:** són aspectes que acompanyen la parla, que contribueixen a modular el missatge i dels quals la persona normalment no és conscient. Alguns d'aquests components són el volum, el to, la fluïdesa i la velocitat de la parla.

**2. Components cognitius:** condicionen la manera com la persona s'enfronta a la situació.

**2.1. Competències cognitives:** fan referència a la capacitat de la persona per transformar i utilitzar la informació, tant la relativa al repertori de conductes com als senyals de l'entorn que les condicionen.

**2.2. Estratègies de codificació i constructes personals:** tenen relació amb la percepció, la interpretació i l'experimentació de la realitat que fa cada persona, i com aquests elements condicionen la seva posició en la interacció.

**2.3. Expectatives davant la situació:** la persona construeix pronòstics sobre l'autoeficàcia pròpia (seguretat que té una persona de la seva capacitat per tenir una conducta concreta) i també expectatives sobre el resultat de la interacció, que condicionen la realització posterior.

**2.4. Preferències i valors subjectius:** cada persona dona valor a un tipus d'estimulació o un altre, i també dona un valor determinat a les conseqüències de la conducta pròpia. Així, en funció de l'escala de valors, cada persona triarà una conducta determinada per a una situació determinada, i valorarà la resposta de l'interlocutor també en funció dels valors propis.

**2.5. Sistemes i plans de regulació:** fan referència a la capacitat de la persona per actuar sobre la situació en la qual es produeix la interacció per tal d'adequar-la als objectius que s'ha proposat. Alguns mecanismes de regulació són les autoinstruccions, les autoobservacions i les autoavaluacions.

**3. Components afectivo-emocionals:** el comportament de la persona en les relacions socials depèn tant de les capacitats, els coneixements, les estratègies i les destreses cognitives com de la disposició, la intenció i la motivació de la persona.



## Conclusions i futur

La intenció de l'acció dels educadors socials té com a un dels objectius el de promoure la integració comunitària dels i les joves del dispositiu. Pretenem poder establir la necessitat d'aprofundir la participació dels joves en altres espais que no tinguin a veure amb la institució hospitalària, des de la idea de construcció d'altres vincles saludables, paral·lelament al seu possible tractament formal i d'acord amb la seva història de vida i singularitat. Entenem que la necessitat de promoure una integració comunitària suposa partir de certs elements que caracteritzen la població amb la qual treballem:

- Els joves presenten una gran vulnerabilitat psicosocial. Aquesta vulnerabilitat rau sovint en les dificultats d'establir vincles socials i també en la fragilitat socioeconòmica.
- Aquesta vulnerabilitat pot venir ocasionada sovint per la presència de l'estigma, que pot dificultar la incorporació a l'escola, taller, feina, etc.

Fer possible que els joves aconseguixin reconèixer-se com a integrants d'una comunitat és el nostre objectiu

Fer possible que els joves aconseguixin reconèixer-se com a integrants d'una comunitat –la seva comunitat– és el nostre objectiu general a mitjà termini. Per això, cal apostar per crear un sistema de suport que vagi més enllà del dispositiu, un sistema d'acompanyament que els doni seguretat a l'hora de la presa de decisions –que tingui en compte els propis recursos del jove i del context on es troba. Caldrà posar també la mirada en el lloc on viu, en el seu entorn, en els recursos que hi ha al territori, en els propis interessos, en el tractament, evidentment, i en els espais on podrà establir llaços i els mitjans per fer-ho. Serà, doncs, el mateix jove, acompanyat per l'educador social, qui construirà aquesta xarxa tan necessària per a la seva plena integració i, en definitiva, per a la seva rehabilitació.

Jordi Juanico i Sabaté  
Educador social  
Servei de Salut Mental  
Hospital de Sant Joan de Déu  
jordi.juanico@gmail.com

David Ventura i Lluç  
Educador social  
Servei de Salut Mental  
Hospital de Dia Vilanova, CSMIJ Garraf  
Hospital de Sant Joan de Déu  
dventura@sjdhospitalbarcelona.org

## Bibliografia

**Canimas i Brugué, Joan** (2011). *Ètica aplicada a l'educació social*. Barcelona: Editorial UOC.

**Capria et al.** (2011). *Capacidad jurídica: ¿de qué estamos hablando?* Equipo interdisciplinario de Evaluación de la Capacidad Jurídica de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires.

**Carpenna, Anna** (1998/99). *Habilitats socials i educació de valors des de l'acció tutorial*. Terrassa.

**Schein, Edgar H.** (1992). *Organizational culture and leadership*. Jossey-Bass. *Plan Funcional de Hospitales de Día Comunitarios, Plan Estratégico del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Niño y el Adolescente*. Hospital de Sant Joan de Déu 2014.



1 La investigació etnogràfica és la investigació emblemàtica per excel·lència en el camp de les ciències socials. Demana una introducció dins del camp d'estudi. Es tracta d'enregistrar el que succeeix per tal d'interpretar-ho. L'etnògraf ha d'interpretar el que succeeix "posant-se en el lloc" dels actors. Les coses o situacions més quotidianes seran probablement l'objecte més rellevant a investigar.

El mètode etnogràfic no parteix de categories prèvies, sinó que afronta la realitat sense cap estructura prèvia; aquestes categories s'hauran d'elaborar pel mètode inductiu. L'única cosa prèvia seran els coneixements i/o teories que es coneixen, elements bàsics per saber interpretar.

Les taxonomies (classificacions) mai no seran prèvies. L'observació pot ser participativa o no ser-ho. El grup ha de poder (o no poder) implicar-se en l'observació. Es podrà fer retorn (o no) de les interpretacions per tal que les admeti (o no).

Es fonamenta en el fet que la realitat és una construcció. La interpretació és subjectiva. Es confia en les interpretacions o bé de l'etnògraf o bé del grup per valorar la situació.

Es rebutgen les causalitats mecàniques: (estímul ò resposta). Es fa una interpretació de les dades; no interessa tant la freqüència del que passa.

El mostreig és pragmàtic (grups naturals). No intervé l'atzar.

Aplicacions:

- De vegades són descriptives.
- Donen lloc a posteriors investigacions experimentals. Són font de generació d'hipòtesis a càrrec d'altres metodologies.

Limitacions:

- Qualitat/capacitat de l'investigador fonamental. En ser subjectives, el paper de l'investigador és fonamental.
- Hi ha el perill d'esdevenir nadiu; aleshores s'impossibilita la investigació.

Maria Urmeneta

## Infants que no viuen en la infància

Recepció: 27/05/2017 / Acceptació: 14/06/2017

### Resum

El present article descriu l'experiència i la pràctica d'una relació educativa en un mitjà hospitalari, concretament a l'Escola per a infants de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Explica, amb tota mena de detalls, quines són les claus de la relació mestre-alumne-família en un moment en què la salut, i a voltes la vida, està en joc. Què viu, què sent i què valora una mestra hospitalària a l'hora d'acompanyar un infant que conviu amb la malaltia i el dolor? Una experiència que requereix integrar harmònicament l'abstracció i l'emotivitat en les tasques diàries de la pràctica professional tot dotant de sentit humà i sentit pedagògic totes les activitats.

### Paraules clau

Mestre hospitalari, Hospital infantil, Malaltia infantil, Escola, Aprenentatge, Intervenció socioeducativa

### Niños que no viven en la infancia

*El presente artículo describe la experiencia y la práctica de una relación educativa en un medio hospitalario, concretamente en la Escuela per a infants del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Explica, detalladamente, cuáles son las claves de la relación maestro-alumno-familia en un momento en que la salud, y a veces la vida, está en juego. ¿Qué vive, qué siente y qué valora una maestra hospitalaria cuando acompaña a un niño que convive con la enfermedad y el dolor? Una experiencia que requiere integrar armónicamente abstracción y emotividad en las tareas diarias de la práctica profesional, dotando de sentido humano y sentido pedagógico todas las actividades.*

### Palabras clave

Maestro hospitalario, Hospital infantil, Enfermedad infantil, Escuela, Aprendizaje, Intervención socioeducativa

### Children Who Do Not Live in Childhood

*This article describes the experience and practice of an educational relationship in a hospital environment, specifically the children's school at the Hospital de la Santa Creu i Sant Pau in Barcelona, and explains in considerable detail the keys to the teacher-student-family relationship at a time when a child's health – and sometimes life – is at stake. What does a hospital teacher experience, what does she feel and how does she evaluate the process of accompanying a child who is living with illness and pain? Successful engagement here calls for the harmonious integration of abstraction and emotion in the everyday tasks of professional practice, endowing all of the activities with both a human sense and a pedagogical sense.*

### Keywords

Hospital teacher, Children's hospital, Childhood illness, School, Learning, Socio-educational intervention

### Com citar aquest article:

Urmeneta Sanromà, Maria (2017). Infants que no viuen en la infància. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 66, 86-104



ISSN 2339-6954

## Presentació

A la nostra societat sembla que pensar en la infància és pensar en dolçor, riures, jocs, curses, vitalitat, aire lliure, crits, somriures, salut, confort, paraules, estimació, cançons... En la joia de viure!! Però sabem que això no sempre és la norma general. Milers d'infants no tenen una vida joiosa, no en gaudeixen.

Sense haver d'anar a països llunyans ni zones remotes, al nostre voltant tenim infants que pateixen. Ja sigui per la pobresa, per la falta d'oportunitats, per l'absència d'una família que els pugui atendre adequadament, per la falta d'oportunitats dels pares i les mares, per una malaltia greu... Per múltiples raons, hi ha infants que no viuen amb plenitud la seva infantesa i estan exposats a unes experiències molt difícils, que no sempre poden superar satisfactoriament i gairebé sempre els deixen una empremta inesborrable.

Treballar amb aquests infants és una experiència personal i professional d'una gran riquesa, però molt exigent tant tècnicament com emocionalment per a qui l'exerceix. La pràctica ens posa en una situació intensa on els conceptes teòrics i els procediments tècnics, que continuen sent imprescindibles, es transformen en vivència i requereixen una relectura des del posicionament personal, els sentiments i el compromís ètic. Es tracta d'espais de pràctica professional que sovint són generadors de dolor, de tristesa o, en el millor dels casos, de dubte i de qüestionament del sentit de la tasca o de la confirmació del sentit d'aquesta.

Estem acostumats a llegir en els textos tècnics i acadèmics arguments freds i abstractes sobre com ha de ser una relació educativa. Sabem què és l'escolta activa; coneixem les característiques fonamentals de la coordinació interprofessional i les particularitats de les xarxes socioeducatives; podem enumerar els trets de l'acompanyament pedagògic; sabem enumerar els límits del rol professional; dominem múltiples fórmules per assegurar la individualització de les intervencions socioeducatives, ja sigui amb programes d'intervenció individual (PEI) o adaptacions curriculars, en funció del context de treball; podem construir protocols d'avaluació i elaborar indicadors per obtenir evidències de progrés; som capaços de teoritzar sobre la conveniència que l'infant trobi sentit al seu esforç.

Però potser no tenim el costum d'identificar totes aquestes qüestions des de la vivència personal, ètica i emotiva de l'acte pedagògic en situacions de vulnerabilitat. Com es pot construir el sentit de l'esforç quan un infant no entén la situació que està vivint? Què es pot avaluar quan el que s'està aprenent és a donar un nou sentit a la pròpia vida o fins i tot a sobreviure? Quina adaptació curricular cal fer quan ni el cos ni l'ànim acompanya l'infant? Quin tipus de xarxa s'ha de construir quan els altres professionals han oblidat la seva responsabilitat vers l'infant que està en un recurs "invisible"? Quin significat adopta la idea d'acompanyament quan no es pot comptar amb la



Els conceptes teòrics i els procediments tècnics es transformen en vivència i requereixen una relectura des del posicionament personal

família per la seva impossibilitat de contenir la seva pròpia angoixa? Què vol dir estar per l'altre/a quan tu ets pràcticament l'única persona amb qui pot comptar i ha dipositat en tu una gran part de les seves il·lusions per al dia que comença? Com trobar la manera de tancar la jornada laboral o anar de vacances si tu ets qui marxa i l'altre es queda esperant el teu retorn? Què s'ha d'estar disposat a donar quan és molt difícil allò que els estem demanant? Quina proximitat s'ha de tenir perquè realment sigui possible cuidar des de la intimitat i la privacitat però a la vegada mantenir la necessària distància per no crear falses expectatives? Quin és el límit de la intimitat? Com gestionar les pèrdues, els fracassos o els finals tristos? I com integrar tantes i tantes emocions? Com articular tantes vivències intenses i a la vegada que no interfereixen excessivament en la vida privada del professional? Qui cuida del cuidador?

Preguntes i més preguntes que desborden l'argumentació acadèmica i ens situen en el pla de les vivències. Per aquesta raó, la meva intenció no és tornar a descriure de forma neutra l'ús de tots aquests conceptes i mostrar com i on els utilitzo. Al contrari, vull mostrar la dimensió emocional d'aquests conceptes en la relació educativa, com intentar donar resposta a les anteriors preguntes i compartir de quina forma totes aquestes vivències i dubtes impacten en el professional de l'educació que treballa en un món no habitual, on els infants estan tenint una experiència vital límit.

## La meva feina

Us parlo dels infants que trobo cada dia a la meva escola. Sóc mestra i treballa en una escola ben diferent: treballa a l'Escola per a infants de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. És a dir, atenc infants hospitalitzats<sup>1</sup>.

Tot el que s'expressa en aquest escrit sorgeix de la meva vivència personal, és a dir ho he viscut, és real. Així doncs, l'objectiu d'aquest article és poder explicar com és la vivència de la meva feina en un entorn singular i, especialment, compartir la meva experiència de vida pedagògica amb altres professionals que treballen amb infants i adolescents en situacions difícils (centres de protecció, de justícia, entorns de molta vulnerabilitat i de risc, recursos hospitalaris, mons sempre dissimulats i poc coneguts pel "gran públic"). Explicar els moments de joia, però també compartir els de dolor, de dubte i de qüestionament personal i reflexionar sobre el sentit d'aquesta tasca i les implicacions personals en qui les practica. Sensacions, dubtes, vivències del dia a dia, que segurament són compartides per molts altres professionals, tot i que el seu lloc de treball no sigui un hospital. Perquè, en definitiva, segurament el que compta no és tant l'on, sinó el com i el per a què fer present l'educació en aquests entorns on s'estan tenint vivències extremes i de quina manera aquesta opció ens interpel·la com a professionals però, molt especialment, com a persones.

Vull compartir de quina forma aquestes vivències i dubtes impacten en el professional que treballa en un món no habitual, on els infants estan tenint una experiència vital límit

Tots els meus alumnes estan malalts. N'hi ha que només estan uns dies a l'hospital, però molts d'ells tenen càncer i això implicarà ingressos periòdics al llarg de setmanes o mesos. Uns superen la malaltia i d'altres finalitzen la seva vida a l'hospital o a casa. Molts cops no és fàcil viure en aquest dolor, perquè sentim que no és propi de la infància i encara és més difícil veure-ho en aquells que hom estima. Malgrat les situacions tan dures amb què convivisc, sento que faig una tasca plena de sentit: sentit humà i sentit pedagògic. I dedicar la vida professional a una tasca amb sentit és el que desitjava.

He de dir que hi ha unes circumstàncies destacades que m'ajuden vivencialment perquè em deslliuren de responsabilitat. La solució al motiu de l'ingrés, és a dir, guarir la malaltia, no està a les meves mans, és l'equip mèdic i sanitari qui té aquesta missió, i rau en el diagnòstic, en els protocols mèdics, en el bon saber i en les mans d'aquests equips que es realitzi una bona praxi i que els efectes siguin satisfactoris i retornin la salut a l'infant. Una altra circumstància és que no puc canviar res en relació a l'estat físic en què es troba l'alumne, l'he conegut ja malalt, no l'he conegut en un estat de salut. La malaltia és la que és, però puc aportar un plus de qualitat, d'humanització, puc ajudar-lo que la visqui d'una manera una mica més confortable, madura, animosa... però sobre la resta no hi puc fer res.

Faig classe amb pacients pediàtrics perquè tot infant té dret a l'educació, així ho declara la Convenció sobre els Drets de l'infant de 1989, a l'article 28: "Els Estats part reconeixen el dret de l'infant a l'educació [...], hauran en particular d'implantar l'ensenyament primari obligatori i gratuït per a tothom". I centrant-nos en els infants hospitalitzats, a la Ley de Integración social del minusválido (Lismi), 1982, hi trobem: "Tots els hospitals tant infantils com aquells que tinguin serveis pediàtrics permanents [...] hauran de tenir una secció pedagògica per a prevenir i evitar la marginació del procés educatiu de l'alumnat ingressat als esmentats hospitals". La Carta Europea dels infants hospitalitzats, aprovada l'any 1986, en el punt r) exposa: "Dret a prosseguir la seva formació escolar en la seva permanència a l'hospital, i a beneficiar-se de l'ensenyament dels mestres". El Pacte per a la infància a Catalunya 2013, a l'apartat 3. Salut, el punt 3.1.b diu: "S'ha de fomentar el desenvolupament integral dels infants amb malalties cròniques per assegurar-ne l'estabilitat emocional, social i familiar, i facilitar-ne la reincorporació a una vida normalitzada, mitjançant l'atenció integral i continuada, també en l'àmbit educatiu". I segueix: "Cal garantir l'atenció de les necessitats orgàniques dels infants i adolescents dins de l'entorn escolar, amb malaltia crònica o de llarga durada, fomentant sinèrgies i iniciatives transversals entre els entorns de salut i d'educació. Per a aquells infants i adolescents que, per la seva patologia, han de romandre a casa un període llarg de temps, caldrà oferir atenció per a la salut, educativa i social en el seu domicili i recursos de suport per als familiars". I finalitza l'apartat amb: "Per als infants i adolescents amb un estat de malaltia avançada, s'ha de valorar el desig i la conveniència de rebre cures paliatives i poder morir al domicili. En aquest cas, cal oferir una acurada atenció mèdica, sanitària, social i educativa, i recursos de suport i



Tots els meus alumnes estan malalts. Uns superen la malaltia i d'altres finalitzen la seva vida a l'hospital o a casa

acompanyament en el procés de dol tant per a l'infant o adolescent com per als familiars". El punt 3.c: "Tenen dret a prosseguir l'educació mentre duri l'estada a l'hospital"; i a les idees clau s'expressa: "Facilitar, sempre que sigui possible tècnicament, el dret a l'educació mentre duri el seu ingrés hospitalari o en les estades a domicili dels adolescents d'edats que corresponen a etapes d'educació no obligatòria (entre 3 i 6 anys i 16 i 18 anys), sempre que així ho desitgin".

Però seran classes diferents. Sempre, sempre, he de respondre a la seva situació. Així doncs, els continguts s'han d'adaptar, perquè potser en aquestes circumstàncies no cal aprendre-ho tot, no cal dedicar tantes hores a treballs que resten tan lluny del món on està immers o, a l'inrevés, que li poden generar inquietud, com seria, per exemple, conèixer amb massa detalls quines són les patologies més esteses en el món actual. S'ha de destriar, assegurar-se que els continguts mínims s'assoleixen perquè això serà fonamental per als cursos posteriors; la resta, el dia que tingui la inquietud o la curiositat, de ben segur que sabrà trobar-ho, endinsar-s'hi i gaudir del que descobreix. Sí que farà, en el moment i en les condicions escaients, exàmens i exercicis o treballs molt similars als dels seus companys de curs perquè també és bo fer palès al professorat del seu centre i als seus companys de curs que el meu alumne treballa, que manté una visió de futur i que la conreem.

## El dia a dia

La rutina no forma part de la vida a l'escola. Cada dia presenta, ofereix o regala situacions inesperades

La rutina no forma part de la vida a l'escola. Cada dia presenta, ofereix o regala situacions inesperades, unes d'agradables, altres de sorprenents, difícils, dures, o una mica de tot en un mateix dia.

Hi ha una sala d'hospitalització pediàtrica i allà és on em trobo amb els alumnes: els que estan ingressats i els que ja conec i vénen a l'hospital de dia. L'atenció educativa s'ofereix als pacients en edat d'escolarització obligatòria. Sóc l'única mestra que treballa a l'Escola per a infants, no tinc un igual amb qui compartir el dia a dia, els dubtes, les alegries o les preocupacions.

Cada matí tinc el cens d'hospitalització i sé els alumnes que he d'atendre, el nombre de pacients de primària i ESO és sovint variable. Treballaré amb els alumnes dels quals hom preveu una llarga hospitalització, ja sigui en un sol ingrés o en ingressos periòdics, els quals són els alumnes afectats d'una malaltia hemato-oncològica.

Puc disposar, i disposo, de la informació mèdica necessària per a procedir adequadament amb els alumnes. La relació amb els diversos professionals de l'equip que atenem els infants és cordial, amatent a les necessitats dels pacients. Cadascú coneix el seu àmbit professional i col·labora i respecta als altres, cosa fonamental en un equip tan divers com ho és el nostre.

Al cens hi consten els noms de tots els infants, l'edat i la patologia; hi trobaré els qui he atès el dia anterior o en ingressos anteriors, i uns altres que seran nous; un cop sé a qui he d'atendre m'organitzo. L'atenció educativa es realitza a les habitacions de manera individualitzada. És personalitzada, segons l'estat del pacient: físic, emocional i psicològic; això implica que un dels factors que guia el meu treball és la flexibilitat, i no sempre és fàcil; depèn d'elements externs difícilment controlables tot i que de vegades previsibles. Els meus infants saben quina química és la que els dona més malestar, la que ells consideren com la *pitjor*, la que farà que estiguin gairebé tot el dia endormiscats, molestos, amb nàusees..., i en quin moment poden començar a aparèixer aquests efectes. Així doncs, he de jugar la partida amb la química i combinar-me amb els seus efectes per anar a treballar en el millor moment, tot i que és possible que haguem de finalitzar la classe abans del que havíem previst perquè arriba el malestar i haurem d'acabar i deixar-ho per una altra estona o l'endemà.

Començo la trobada amb els alumnes. En general, primer aniré a les habitacions dels que estan més delicats o més greus, els que –segons el meu criteri, encara que pugui sonar estrany escriure-ho– poden necessitar més la meua atenció. Ha de ser un criteri objectiu, atès que de vegades pot ser fàcil deixar-se seduir per la subjectivitat.

Des de fora, hom pot pensar: però si són els que es troben pitjor, què fa una mestra allà? Doncs hi és sempre que sigui benvinguda i aporti el que el seu alumne pot necessitar. De vegades pot ser intentar acabar un treball que tenim a mitges i que ell troba el gust a fer-lo, d'altres serà pensar què és el que podem fer en aquella situació que limita tant, unes altres serà que em dicti una història o recollir les seves inquietuds, els seus recels, desconcerts, comentaris sobre l'estat en què es troba o desitjos de futur. Recollir i animar que expressi tot això també és, al meu criteri, una de les atribucions d'una mestra, i és un autèntic honor ser depositària de tot el que surt del cor d'un ésser en aquests moments vitals tan especials i únics. Potser el que reps aquell dia serà el darrer que sentiràs amb la seva veu. Hi ha dies que vius comptant els minuts i les hores. Això es viu en un hospital, i això els passa a alguns dels nostres infants.

També són prioritaris els alumnes que es troben en una cambra d'aïllament perquè se'ls ha fet un trasplantament de medul·la òssia. Aquest infant, juntament amb un familiar seu que roman les vint-i-quatre hores del dia amb ell, estarà tancat en aquest espai sense poder sortir-ne, aproximadament, durant un mes. Només hi entrem diàriament el personal mèdic, sanitari, de neteja i la mestra. Hi ha setmanes en què el pacient no es troba bé, gens bé, però forma part del procés de guarició. Hi haurà dies que serà difícil poder fer cap mena de treball; a poc a poc aniran desapareixent els efectes secundaris del procediment del trasplantament i podrem anar plantejant el fet de reprendre un ritme més normalitzat.



És un autèntic honor ser depositària de tot el que surt del cor d'un ésser en aquests moments vitals tan especials i únics

Amb els altres alumnes hospitalitzats amb els quals ja ens coneixem, si es troben bé, seguim allà on ens havíem quedat el dia anterior: revisar deures, treballar continguts, examen si és el cas, proposta d'una carta als seus companys d'escola o institut, comentaris de temes puntuals, explicacions o preguntes –per ambdues bandes– sobre la seva fràgil salut o estada a l'hospital. Deixaré deures per a l'endemà o, si està prevista l'alta per aquell dia i no rep atenció educativa domiciliària, establirem el pla de treball per als dies que estigui a casa i fins que ens tornem a trobar a l'hospital de dia.

Després coneixeré els infants que han ingressat a la tarda, el capvespre anterior o a la nit. És anar a la descoberta de l'altre. Un altre en unes condicions que desconec. No sé com les viurà, no sé com se sentirà, ni quina capacitat té per assumir i conviure en el nou camí inesperat que li ha sorgit i que haurà de fer durant un temps. I aquest altre –en el nostre cas– no ve sol. Amb ell trobaré la mare, el pare i, potser, més familiars. És coneguda l'expressió “cada casa és un món” i certament és així; i en aquestes circumstàncies és un món profundament trasbalsat.

De ben segur que aquests adults no se sentiran bé. La inquietud generada per l'hospitalització, la notícia que han rebut o la confirmació del possible diagnòstic que ja els havien fet, els ha trasbalsat. Cap pare o mare ha pensat mai que el seu fill o la seva filla tindria un càncer? Díficilment... I passa sense haver pensat que existia aquesta possibilitat, t'ho trobes. I el món no s'ha aturat, el món segueix i sembla totalment indiferent al que estàs visquent. Ho sembla, o és així?

I aquesta primera trobada en comportarà moltes altres al llarg dels mesos. Caldrà vetllar sempre perquè –malgrat tot el que estigui visquent en aquest període– la relació sigui cordial, fluïda, atent i respectuosa. Que les nostres converses sempre li siguin motiu de confort i no d'inquietud, en aquest moment no es pot afegir cap motiu de malestar o de neguit, ans al contrari.

Em presentaré a l'infant i els seus familiars: el meu nom, la tasca que faig, l'ofertament perquè l'infant vagi avançant en els seus aprenentatges. Demanaré quina és la seva escola o institut, com li va, quins són els seus amics i amigues, quines matèries li agraden més i quines menys, en quines té més dificultats, quines valoracions rep del seu treball al centre, com li sembla que acabarà el curs, com són els seus professors o mestres, etc. Posteriorment, segurament l'endemà o els dies següents, oferiré, primer a l'alumne, després als pares i finalment al centre, si vol que vagi a la seva escola a parlar amb els seus companys de classe o amb tots el del curs, el seu i el paral·lel o paral·lels. Cal? Sí que cal! Les múltiples visites realitzades als centres al llarg dels anys han estat sempre molt ben valorades i agraïdes per part de totes les parts implicades, constaten la seva conveniència. Perquè, com poden acompanyar-lo els seus iguals si no saben què li passa? Si no saben com serà la seva vida en aquesta època tan diferent? Si no prenen consciència que el seu acompanyament (en formes molt variades) li és tan i tan necessari? Si no trenquem la imatge a vegades atterradora dels hospitals?

**Caldrà vetllar sempre perquè les nostres converses sempre li siguin motiu de confort i no d'inquietud**

A la vegada és obrir perspectives, facilitar la possibilitat perquè el centre educatiu faci d'aquesta situació un fet educatiu. Pot ser l'ocasió d'abordar temes fonamentals i tan necessaris d'incloure en l'educació de l'alumnat com la vulnerabilitat, la fragilitat humana, la finitud, la resiliència, la compassió, l'empatia, etc. Existirà una ocasió més propera i més propícia que aquesta que s'ha esdevingut?

Aprofito aquesta visita per a parlar amb la mestra o el tutor/a sobre com organitzem la feina escolar: currículum, l'adaptació dels continguts, controls, treballs, etc. I per als docents del centre és molt apropiat i facilitador que una altra professional de l'educació parli amb l'alumnat i pugui respondre a les inquietuds sobre el company malalt: trigarà molt a tornar a escola? Es troba malament? Com és la seva habitació? Què fa tot el dia? Pot jugar? Té el mòbil? Està sol? etc.

Per respecte a la intimitat del company, i pel dret de l'infant al respecte i a preservar la seva intimitat, en cap moment es mencionarà la malaltia. Per a ells no ha de ser una dada rellevant, i així se'ls transmet. És a dir, el teu company, el teu amic, està malalt i, independentment del que li passi, tu, què faràs per ell? Com li expressaràs que estàs al seu costat i que pot comptar amb tu? Aquest és el missatge, no calen més informacions. No cal ni dir-ho, però també hi ha el secret professional i la llei de protecció de dades, que emmarquen aquesta posició legalment.

A la sala d'hospitalització pots trobar-te canvis que et corprenen. Pot passar que hagin traslladat a l'UCI algun alumne que ja coneixes. A vegades és un fet que, més o menys, ja s'esperava. Sense cap coneixement mèdic, ja intueixes que, en algunes ocasions, caldrà una atenció més especialitzada i per aquest motiu caldrà que un pacient estigui uns dies a l'UCI. En altres ocasions ja vas veient, sentint, sabent i tenint la confirmació per part de l'equip mèdic que la curació de la malaltia no arriba i que aquest infant haurà d'acabar la seva vida a l'UCI o a casa seva amb l'acurat seguiment de l'equip de cures pal·liatives.

Es fa difícil i dur anar a l'UCI. Et trobes amb l'infant sofrent, molts cops connectat a múltiples bombes d'infusió de medicaments diversos, amb l'oxigen o fent-li diàlisi..., és el teu alumne en una situació ben dura. Especialment duríssima i intensa quan el pacient es troba dies i dies inconscient, sedat, sense patir dolor i arribant ja al seu final.

Des de la distància hom es pot preguntar: Per a què hi ha d'anar la mestra? Li farà classe? Díficilment serà així, però hi ha vegades que sí que es pot treballar, segons el seu estat, les seves capacitats actuals i la seva edat, hi pot haver dies que repassem alguns continguts, preparem algun treball, consultem a internet, repassem les taules de multiplicar, fem càlcul mental o el que li calgui. D'altres vegades no és possible, però si és possible, és necessari ser-hi. Dins un ambient difícil com és una UCI, per a un infant, retrobar una cara



**Per respecte a la intimitat i pel dret de l'infant al respecte i a preservar la seva intimitat, en cap moment es mencionarà la malaltia**

**Es fa difícil i dur anar a l'UCI. És el teu alumne en una situació ben dura. Especialment duríssima i intensa quan es troba dies i dies inconscient, sedat, sense patir dolor i arribant ja al seu final**

amiga, una persona coneguda que manté el to de paraula, d'acompanyament, de seguiment és important. Sento que cal fer-ho.

També és important per als pares. Ells hi són les vint-i-quatre hores del dia, i poder parlar amb qui els ha anat acompanyant en aquest temps és bo. En aquest cas, la mestra és una persona que ja coneixen i que s'interessa per la persona del seu fill i per ells. Li explicaran com va el procés, quina informació els han donat els metges, com veuen el futur, les preocupacions que van sorgint i que es van afegint o que van minvant, les esperances mantingudes i les esperances abandonades, com s'ho gestionen amb els fills que són a casa o com transmeten una informació d'aquesta magnitud als avis de l'infant, a la família o a les amistats. ¿Els sabran acompanyar com ells necessiten o esperen? Temes ben diversos d'una fondària vital, sorgeix tot allò que ells necessitin explicar i compartir. Són tantes les inquietuds i angoixes que viuen en aquestes circumstàncies!!

## Què visc?

Visc en la provisionalitat. No sé quins alumnes tindrà aquell dia, l'endemà o la setmana següent i ja és impossible de plantejar-me els que coneixeré el mes següent o els que aniré tenint al llarg del curs. Això implica treballar amb una gran flexibilitat, amb la docilitat d'actuar davant la situació que es presenta al moment, respondre i vetllar per donar la resposta adequada, aquella que necessita l'alumne i que li és beneficiosa.

Les atencions mèdiques són prioritàries. Pot ser que estiguem treballant a l'habitació i que vingui un sanitari a buscar el nen per a fer-li una prova. Aleshores s'ha d'acabar o interrompre la classe i seguir després perquè la prova és prioritària; o li pot començar a pujar la febre, tenir dolor o vòmits i aleshores és el moment d'avisar la infermeria i la mare i abandonar la feina que fèiem. O tenir la sorpresa –en un sentit o en un altre– que un infant el dia anterior estigués bé i l'endemà no ho estigui, i per tant el que tenia programat de fer ja no és possible; en el cas contrari, puc seguir amb el que estàvem treballant els dies anteriors.

Visc tot coneixent moltes històries. Cada família i cada infant és un ésser humà ple, complex i ric en emocions, pensaments, idees... Ajudar a desvetllar el seu gran potencial és tota una descoberta i un gran goig. El tracte proper, l'assiduitat en la relació, les vivències i les emocions que sorgeixen en un moment familiar tan diferent fa que les relacions no siguin igual que quan treballen en una escola. El tema central del diàleg entre els educadors i els pares a l'escola és, en general, la convivència amb el grup, el treball escolar, els resultats que s'obtiniran i les pautes per anar millorant. A l'hospital aquest no és pas el tema central. L'ensenyament, que abans era una inquietud prioritària, ara ha canviat de posició en l'escala; es manté dins l'escala però

no té el valor que se li donava abans. Primer és la vida –el camí vital– del fill. És un pensament recurrent, i objectiu en aquesta situació, si aquest camí s'arribarà a recórrer i, si és així, en quines condicions i quin *preu* hauran de pagar per la supervivència. *Preu* no només per al fill malalt sinó per a tot el nucli familiar i l'entorn social. Com afectarà, aquest fet tan trencador, a la parella? A la vida familiar? Als germans? Als avis? A l'entorn social? A la vida laboral?, etc. Porto al cor un munt d'històries profundes i intenses que he rebut, que m'han estat confiades.

Visc amb la responsabilitat i la necessitat de saber capir el que em demana cada alumne en cada moment. Ell, ella, sempre és el centre de tot, de la meua dedicació i atenció, i tot té sentit en tant que responc a allò que necessita o a allò que intueixo que necessita o que el pot ajudar. Això implica qüestionar-se: Què em vol dir? Què espera avui de mi? Com el puc acompanyar millor en aquest moment de la seva vida? Què puc fer per a que visqui millor aquesta etapa vital tan àrdua? No sempre és fàcil; cal la trobada personal amb l'altre, una escolta activa, respectuosa, pacient i amatent al missatge directe, indirecte o corporal que et transmet.

Visc amb la dificultat de gestionar el temps o –potser– de voler arribar més enllà del que es pot. Hi ha dies que algun infant es troba molt millor després de dies de no sentir-se bé, té ganes de tot, es menjaria el món. Cal acollir de bon grat aquesta situació. Això voldrà dir organitzar-se, de moment mentalment, per veure com es pot incloure tot el que m'està proposant en els horaris que tinc previstos per als altres alumnes. Pot ser que sigui un moment excepcional i no es pot desapropiar.

Com sempre, en les estones que estic amb cada alumne no hi ha res més al món. Però, com puc endreçar el cap en aquesta situació? Perquè el que és cert és que hi ha altres alumnes que m'esperen. També pot coincidir amb una visita programada, un treball urgent, una trucada que esperen perquè just en aquella hora havia quedat per parlar amb una tutora d'un altre alumne que està a l'hospital i és l'estona en què em et pot atendre. Com aconseguir no deixar-se envair per la tensió i poder somriure i anar donant resposta al que està proposant aquell alumne? M'hauré de sentir tranquil·la, escoltar i començar a donar respostes vàlides al que m'està explicant. Un cop estigui una mica plantejat, hauré de pensar què és el que pot començar a fer ell tot sol i demanar-li-ho –cosa que a vegades pot costar perquè ho pot viure com un abandonament–, tot explicant-li que he de sortir i que trigaré a tornar perquè he d'anar a fer una trucada o he d'organitzar els horaris d'atenció amb els altres alumnes. Sempre que això passa és molt important determinar el temps que seré fora de la seva habitació. He d'aconseguir que no ho visqui com un menyspreu a la seva proposta, com si rebutgés el que m'està explicant. Ell també ha d'entendre que farem el que està plantejant, però que he d'organitzar la meua feina. He d'anar a les altres habitacions per a treballar amb els altres infants o per dir-los que hi aniré més tard i que, mentrestant, avancin alguna feina o comencin una lectura. He de complir amb el marge



Visc amb la responsabilitat i la necessitat de saber capir el que em demana cada alumne en cada moment



de temps amb el qual m'he compromès a tornar. És important fer-ho i, si no fos possible, he de passar per l'habitació i dir-li quanta estona em retardaré, perquè el temps a l'hospital, quan s'està ingressat, no té el mateix ritme que amb una vida activa.

Les famílies dels altres infants difícilment no entenen aquestes propostes de canvi. Les accepten perquè saben que aquell dia és per al pacient que es troba a l'habitació del costat, així com un altre dia fou per al seu fill o ho podrà ser. En un món tan reduït, amb la sensibilitat a flor de pell (com és lògic), he de vetllar perquè tots els alumnes i llurs famílies no sentin diferències i no puguin pensar que la dedicació al seu fill no és la mateixa que als altres. En un hospital hi ha moltes hores per pensar, de vegades se senten o es viuen com a eternes, i es pot fer voltes i més voltes a un mateix tema, que s'acaba desvirtuant i traient de context o subjectivant a l'extrem. Les hores, la preocupació, la solitud, el desànim, la pena, tot plegat són males conselleres.

Visc en un món d'intimitats. Considero cada habitació com la casa del meu alumne

Visc en un món d'intimitats. Considero cada habitació com la casa del meu alumne. Vetllo per no traslladar, a l'habitació on entro, el dolor, la preocupació o el neguit que es pot viure a la darrera habitació on he estat; he d'entrar transmetent cordialitat, acollida, serenitat... Com cada dia! I no entro sense picar a la porta ni sense demanar permís per a fer-ho. Tots els moments no són bons; hi pot haver moments de vida familiar, de confidències, de patiment, de compartir coses personals en què els professionals no hi hem d'entrar. Tot i que sóc jo qui, si és el cas, físicament obre la porta, són ells qui, de fet, me l'obren a mi, i en cas contrari no hi he d'entrar. I quan sóc dins sento la intimitat de l'espai, motiu pel qual el meu to de veu ha de ser serè, baix, suau. Per què sovint parlem com si els infants fossin sords? Hi ha situacions i paraules que demanen i necessiten un to de veu serè, tranquil, dolç, respectuós... I és que no es poden pronunciar en un altre to!

Visc amb el compromís personal d'haver de saber gestionar les emocions viscudes al llarg del dia amb els meus infants i llurs famílies. He de saber dipositar en el meu jo tot el que rebo, el que he viscut, el que he fet. He de tenir sempre present la responsabilitat i la necessitat de fer-ho el millor possible per a sentir pau i serenor. És el que em pot ajudar a convida amb situacions i fets de tal transcendència com les que es poden viure, i visc, amb infants malalts i llurs famílies.

Visc en un estat d'acomiadaments vitals: no veig créixer els meus alumnes

Visc en un estat d'acomiadaments vitals: no veig créixer els meus alumnes. Estàs acostumat a l'escola, on vas veient que els alumnes passen de curs, vas coneixent els germans d'alumnes de cursos anteriors i els vas acomiadant al final de la seva escolarització. Aquí també els dic adéu. A alguns amb gran alegria i satisfacció perquè han acabat el tractament. Vindran molt menys a l'hospital i ho faran a consultes externes, jo no els veuré o, si més no, ho faré molt esporàdicament. Hi ha els comiats, però també hi ha, encara que sigui de tant en tant, la gran satisfacció dels retrobaments. El goig de rebre la visita d'antics alumnes, que vaig conèixer amb 5 o 14 anys, i vénen un dia de visita

mèdica. O alumnes que apareixen uns quants anys més tard, acompanyats per la seva parella i, inclús, amb el seu fill o filla i me'l vénen a presentar.

Malauradament també hi ha comiats per als qui han finalitzat el seu camí en aquesta vida. És el comiat definitiu, molt dolorós i emocionalment intens. És acomiadar-te de l'alumne que ha mort i dels seus pares, i a vegades d'altres membres de la família que has anat coneixent al llarg del temps. També de tant en tant tens la gran alegria de sentir la veu d'algun pare o mare d'algun infant que va morir i que recorda el que el seu fill va viure a l'escola. Un dia, potser perquè són festes assenyalades o perquè aquell dia recorden especialment tot el que havien viscut a l'hospital, truquen o escriuen per dir-te que se'n recorden, per demanar com va tot i per explicar com estan ells. S'agraeix, i molt!! Especialment pel que suposa marcar un número de telèfon de l'hospital on han hagut de trucar moltes vegades per problemes, incidències o consultes relacionades amb el seu fill, ja mort. Sé també el dolor que els aporta, per exemple, el fet d'haver de baixar de l'autobús i tornar cap a casa després d'haver fet l'esforç d'intentar venir a l'hospital a saludar-nos i no ser capaç de finalitzar el trajecte. Creuar la porta de l'hospital remou tant l'ànima, expandeix tant dolor!



## Què sento?

Sento que el meu lloc de treball és un lloc *límit*. N'hi ha molts a la nostra societat, i seguir la vida d'infants malalts, hospitalitzats, crec que és un d'ells. Es presenten situacions que poden posar les persones afectades en una posició molt extrema, una vivència que constreny. És sentir que ja és el final, el final d'un projecte de vida familiar, que no podràs viure amb el que ha arribat, que penses que t'arribarà a ofegar i no ho podràs suportar. Però a la vida "todo pasa y todo queda", com deia el poeta. Passa, i el que queda t'acompanya tota la vida. La manera com situis en el teu jo íntim el que has passat i el que queda farà que visquis la teva vida present i futura d'una manera o una altra.

Sento un gran respecte pel que es viu allà i, per aquest motiu, sento una estima i un sentiment especial per les persones que han d'estar ingressades a l'hospital, pels seus familiars i pel seu entorn.

Sento que no puc restar indiferent al que s'hi viu i que, sempre, cal una resposta segons les situacions, la mirada, la situació de l'altre i les intuïcions que tinc. La resposta variarà segons l'infant, perquè cada ésser humà és únic i ell o ella sempre seran el centre. Hi ha qui demana, o ho necessita encara que no ho demani, més proximitat, més relació personal. Hi ha a qui li cal "marcar distàncies", a qui li costa compartir el seu pesar o qui el viu ell sol o amb el seu entorn més proper. El mateix passa amb la relació amb els pares.

Sento que el meu lloc de treball és un lloc *límit*

Una estada hospitalària d'un infant que té una malaltia que implica risc vital és llarga, es fa llarga, i no sempre es poden mantenir les forces ni els ànims. Com rebre la informació de la possible recaiguda del teu fill quan pensaves que ja s'havia superat tot? Com es pot viure amb el fet que els qui comptaves que serien al teu costat van desapareixent, amb la vivència que això ja es fa massa llarg i un vol continuar amb la seva vida i oblidar-se, o apartar-se, d'una situació que provoca tant malestar i que, tal vegada, no sap com acollir? Com viure que els companys del teu fill són fora amb tota l'escola fent una activitat i el teu està postrat al llit trobant-se malament? Perquè no és només l'infant, sinó que és el seu nucli familiar el que està rebent les conseqüències de la malaltia.

**Sento un dolor profund cada vegada que mor un dels infants als quals he anat acompanyant al llarg del temps**

Sento un dolor profund cada vegada que mor un dels infants als quals he anat acompanyant al llarg del temps. En aquest moment un no es pot qüestionar res de la situació que l'ha abocat a aquest final –així com abans tampoc no es pot fer– ni preguntar-se pel sentit d'una vida tan breu i, en conseqüència, de la mort, gairebé sense haver viscut. La mort, amb la qual tots ens trobarem, i volem pensar que serà després d'una vida llarga i qualitativament bona. Contradictòriament no sempre és així.

És el moment d'acceptar el que ja has anat intuït, veient i acompanyant. Segurament fa algunes setmanes –o més– que ja has començat el procés de dol, i ara arriba el moment d'acomiar-se de l'infant, expressar el condol als seus pares, als familiars que coneixes i a la seva escola: els companys de curs i el claustre. I en la mesura del que sigui possible, de compartir el dolor amb la seva família, d'acompanyar en el desconsol, de recordar tot el que hem viscut plegats, d'expressar el nostre agraïment per tot el que hem rebut de l'infant, per tot el que hem compartit, sentit i expressat. I recordar-los que, sempre, per a tots els que hem atès el seu infant, serà una gran alegria saber quelcom d'ells, perquè és així com un ho sent; no és en va que hem compartit, també amb ells, moltes estones i molts moments d'una intensitat emocional que ens deixen petjada, com la vida compartida amb el seu fill.

**Sento un gran respecte i una gran admiració per aquestes mares i pares que afronten el dia d'avui, l'endemà i l'altre, amb un somriure, amb paraules d'ànim**

Sento un gran respecte i una gran admiració per aquestes mares i pares que afronten el dia d'avui, l'endemà i l'altre, amb un somriure, amb paraules d'ànim. Senten patiment al cor però encara poden confortar dolçament el seu fill, estan amatents dia i nit al que viu i a com se sent. Pensen què poden fer per ell perquè es distregui, perquè estigui una mica més content i més acompanyat. Busquen com li poden dir a la infermera que al seu fill li va millor que li facin una cura d'una manera diferent a la que li fan. I tot això, en el cas d'algunes famílies, veient que la relació de parella se'n ressent per la tensió que viuen o per discordances en les decisions, per la manca d'un diàleg serè, de temps per a ells o, en el cas d'una família monoparental, que viu la necessitat d'un recolzament més proper. Tots aquests pares i mares estan pensant en els problemes de la feina –si és que encara segueixen treballant– que en aquell moment els depassen del tot perquè el que omple els seus cors, els seus caps i la seva vida és el seu fill malalt. La situació econòmica comença

a ser preocupant, menys ingressos i més despeses per haver de dinar cada dia fora o per la necessitat de satisfer alguna demanda del seu fill malalt. Es preocupen, també, per com els expressa el seu fill petit o altres fills que són a casa que els troben a faltar, sabent que el fill que està enllitat també els necessita. Se senten angoixats per haver de gestionar les inquietuds del seu entorn que, encara que sigui amb bona voluntat, qüestionen aspectes mèdics o sanitaris sobre el tractament del seu fill que els creen neguit i patiment.

Sento la importància de generar esperança en els meus alumnes, però ha de ser una esperança realista, plena de sentit i de dignitat; no és vàlida qualsevol paraula, qualsevol paraula baladí que no porta enlloc i que pot arribar a ferir. Una de les coses que no es pot fer és frivoltzar. La dimensió del que es viu no ho permet perquè, fins i tot, pot arribar a ofendre.

Sento una fissura a l'ànima en el moment en què aquell infant, ingressat a l'UCI, amb diverses bombes de perfusió, sondes, respirador..., t'estén els braços i et demana una abraçada. Les llàgrimes li han sorgit espontàniament. És sentir la vivència del dolor aliè tot i que tan proper, del malestar, del viure sentint que no vius, del no entendre per què tot és tan difícil, per què res no és gens fàcil, per què costa tant posar-se dempeus i aguantar-se uns minuts, per què tens tot el cos adolorit, perquè et demanen quelcom i sents que t'estan obligant a fer el que ja no vols, ni en tens ganes, ni sents la necessitat de fer. I com a persona adulta que sóc, i que sóc allà vivint aquesta situació, el meu cap entén –i sé que és el cap el que ara ha de regnar– que m'he de posicionar des de la perspectiva dels professionals, dels adults. És a dir, cal seguir fent esforços, cal que avanci, no podem deixar que no s'esforci. Els qui som allà tenim aquesta responsabilitat. Però jo necessito, perquè el meu cor m'ho demana, posicionar-me al costat d'aquesta noia que viu en el desconsol i fer-li costat, dir-li que és així, que té tota la raó de sentir el que sent i dir el que diu, acollir la seva queixa... I... On m'he de quedar? Com acompanyar aquesta ambivalència? Com confortar? Com trobar el punt mitjà i acompanyar amb tant dolor dramàticament expressat i amb una mirada que et demana ajuda? Vols pensar que li has transmès l'ajuda que li has ofert, que li has fet costat, però, per la dimensió del que hem viscut, dubtes si ho has aconseguit. La resposta es rep a les següents trobades. Ha sentit el que has volgut i hem intentat transmetre-li que té sentit tot el que li demanen, que es fa perquè és el millor per a ella, perquè volem que recuperi la seva salut, que arribi a confiar en el seu futur i que recuperi el goig de viure. I seguim, metafòricament parlant, caminant... I acompanyant.

Sento desassossec en els moments en què es fa palès que la meua vida i la de l'infant hospitalitzat, que deixo allitat a l'hospital, és tan diferent. Es nota especialment en moments concrets, com pot ser els caps de setmana o les vacances. M'ha costat molt de temps trobar la resposta encertada al desig que et manifesten habitualment els divendres: Bon cap de setmana! T'ho desitgen quan ells es queden allà i tu tens la possibilitat –i la salut– de poder-lo plantejar com vulguis, arribar fins on vulguis segons el que desitges. Ells



**Sento desassossec en els moments en què es fa palès que la meua vida i la de l'infant hospitalitzat, que deixo allitat a l'hospital, és tan diferent**

romanen allà, com hi eren –potser– el cap de setmana passat i hi seran el següent. Les vacances plantegen una situació similar: et poden demanar per què trigaràs tants dies a tornar, què faran ells en aquest període, quin dia exacte tornaràs a l'escola... I altres alumnes potser et demanen si marxaràs fora, on aniràs, com passaràs aquests dies de lleure que tens. La resposta no sempre és fàcil. He de reconèixer que hi ha hagut diverses vegades que m'ha estat difícil i dur “justificar” que jo també necessito fer vacances (que implica que l'abandoni), que ell o ella també les farà d'aquí a unes setmanes, que els propers anys les podrà gaudir... Però en aquests moments un també pensa: és que ells no necessiten molt més que jo fer vacances? I, honradament, el cor em diu que sí.

Es palesa la diferència de viure en un estat de salut o de malaltia, i es fa difícil tancar físicament la porta, però cal fer-ho. Cal, perquè és totalment imprescindible i necessari estar bé, recuperar-se del que hom viu diàriament a l'hospital, regenerar-se, revitalitzar-se, aixecar la mirada, l'esperit i l'ànim. La vida personal ha de quedar preservada i he de seguir unes pautes –estabertes a nivell personal– que he de mantenir, malgrat el que visqui en la meua vida laboral.

Sento desencís i desconcert per l'actitud d'alguns dels companys mestres, professors o tutors dels centres de referència d'alguns dels meus alumnes. Em costa d'entendre que, en alguns casos, es desentenguin del seu alumne malalt, que els costi tant o triguin tant a donar unes orientacions per a treballar a l'hospital, que no trobin el moment per preparar-li la feina, per facilitar el material que treballen i que un dels germans o la família passarà a recollir. S'han oblidat d'aquest alumne que pertany a la seva classe, al seu centre?

I el desencís es torna desengany en el moment en què no hi ha cap resposta a una carta que ha escrit l'alumne des de l'hospital, cap comentari a un dibuix que els hem fet arribar, cap valoració o retorn personal o de grup del que han sentit quan han vist una gravació o un treball que els ha preparat. Perquè l'infant malalt ho ha fet per a ells, pensant en els companys i en els seus mestres o professors. La il·lusió l'ha mogut a fer-ho, inclús de vegades ha implicat un esforç que en moments concrets té molt més valor que el que donem a la paraula esforç...

El desencís és encara més gran quan, en un correu electrònic, fas un breu comentari al respecte, insinuant la conveniència d'una resposta per part dels companys, i tampoc no hi ha cap resposta. Sovint passa que el mateix dia d'enviar-ho, l'endemà i l'altre, l'alumne hospitalitzat em demana si he rebut resposta, si no tinc cap correu, cap carta, cap trucada. I així, un dia rere l'altre. Aleshores el desencís passa a ser, en el meu interior, revolta i indignació. Què li responc, al meu alumne?

Com pot ser que un educador no valori el que això implica? Dins l'horari escolar no hi cap una estona per a preparar una resposta sincera, càlida, agraï-

da, cordial, simpàtica per a aquest company de classe? Com es pot defraudar aquesta il·lusió? No implica una acció educativa d'un gran valor?

A vegades també passa que t'emocionen les respostes de les escoles: les fotos que la classe envia a l'infant hospitalitzat, fotos d'una feina o de tothom al pati amb missatges escrits en forma de pancarta; les gravacions que li fan, les trucades telefòniques des de la classe, quan tots li parlen, li expliquen, li canten, li manifesten la seva estima i record. Si no s'ha viscut el que passa en aquells moments a l'habitació de l'infant hospitalitzat un no es pot fer ni una remota idea de la transformació que es produeix: com li canvia la mirada, com s'encén, com espurnegen els ulls, com floreix un somriure, com sorgeixen comentaris: “aquest és el company de taula, amb aquest ens barallem molt sovint, la mestra ha canviat de pentinat, falta aquest company i l'altre, estaran malalts? Aquesta deu ser la nena nova de la classe? Perquè a ella no la conec. Recordes que et vaig explicar que havíem fet un treball de grup? Doncs el vaig fer amb aquest i aquest i aquest...”. Com reapareix la il·lusió!!! Com és de gran l'agraïment que sento per aquests educadors i pel grup classe que s'hi ha dedicat, que han expressat la seva estima i amistat en aquell missatge!

Sento alegria quan el meu alumne passa a ser alumne del servei d'atenció educativa domiciliària del Departament d'Ensenyament. Vol dir que hom preveu que no haurà de fer més ingressos o, si més no, seran molt esporàdics i breus, i comença el camí de normalitzar la seva vida. És una gran alegria quan s'incorpora al seu centre, amb els seus amics, companys, mestres i professors. És començar una nova etapa llargament esperada i desitjada!! Cal, però, seguir en la distància aquesta incorporació. De vegades no és tan fàcil com es voldria; els camins paral·lels que han seguit els uns i l'altre poden evidenciar-se i s'haurà de fer un treball d'integració adequada per i per a ambdues parts.

## Què valoro?

Valoro el treball tan privilegiat que tinc l'oportunitat de fer, de donar. Gaudeixo tant de la meua dedicació de mestra!

Per a una persona, per a un educador, què pot aportar més satisfacció que desvetllar somriures, especialment en una situació tan adversa com la que viuen els meus alumnes? Desvetllar el seu jo en uns moments en què sembla que qui dirigeix o mana sobre l'infant és la salut, en aquest cas la malaltia. Tenir tot un seguit de limitacions constants, d'esperances postergades, d'una impossibilitat de plantejar-se un futur clar, de sentir dolor, malestar... Quin valor té un somriure!! És sentir que l'altre es connecta a la vida, a la seva infància o adolescència, al seu jo interior que ha de superar aquest entorn, transitori, que és desplaent o a voltes tan desplaent.



Sento desencís i desconcert per l'actitud d'alguns dels companys mestres, professors o tutors dels centres de referència que, en alguns casos, es desenten del seu alumne malalt

Valoro treballar amb persones. Persones en una situació de fragilitat, que estan vivint una infància o adolescència que resta lluny del que hom preveu, somia i desitja.

Valoro els diàlegs que poden sorgir, especialment els que surten del cor; les converses en què amplies les mirades, en què els recordes –directament o indirecta– que ha d’existir un futur i que ha de treballar per a situar-se en aquest esdevenidor. Valoro quan accepta que hem de treballar –en la mesura en què pot, quan pot i com pot– per a poder seguir el seu recorregut formatiu, quan li recordes que els seus companys l’esperen, que ell o ella també té un paper en el creixement del grup classe i amb el seus amics i, mirant més enllà, en la societat en què viu.

Valoro quan l’alumne se sent comprès, quan reps que el que li has aportat li ha eixamplat el cor, li ha donat ànims i l’ha fet posicionar-se d’una manera més càlida en aquest moment de la seva vida.

Valoro els moments en què he pogut generar confort, a ell o a ella i als familiars. Moments en què he pogut trencar un ambient tens, motivat per circumstàncies diverses que poden sorgir en estones en què el cansament emocional es fa present, quan l’adversitat es fa cada vegada més manifesta, quan les previsions es torcen, quan sembla que sempre regnarà la foscor, i nota aquest confort aportat per paraules amables, que provoquen somriures o riures, que desintoxiquen l’habitació i, tal vegada, provoquen un canvi d’actitud, que netegen l’atmosfera que s’havia creat i que poden fer pensar que aquestes estones agradables poden tornar a fer-se presents i mantenir-se a l’habitació o la càmera d’aïllament.

Valoro quan tinc la capacitat de respondre a mirades que em demanen ajuda, que em qüestionen, que em fan ser extremadament curiosa, delicada, prudent en la resposta, en el meu posicionament i en la coherència d’aquest. Quan responc a situacions que no puc arribar ni a capir i que difícilment em puc fer meves per la magnitud del que suposa. Quan el dolor o el patiment és present i personalment costa tant de veure, de saber entendre, cal afinar el gest, la proximitat, la mirada, les paraules que no poden frivoltzar la vivència –atès que seria ofensiu–, que han de donar esperança i ànim, sense tenir la certesa –encara que sí el desig– que es pugui fer realitat, si més no en el moment en què l’espera qui pateix.

Valoro, i moltíssim, quan sóc capaç de generar il·lusions, idees i projectes que desvetllen el gust de dur-los a terme en els meus alumnes. Quan la mirada s’omple de llum i hi ha un canvi d’actitud. Quan emergeix el millor de cada infant!!! I potser encara valoro molt més quan després d’haver fet variats i diversos intents, un dia arriba aquest canvi, aquest gir en l’actitud d’aquell alumne, del qual semblava que tot seria sempre negació.

**Valoro els moments en què he pogut generar confort, a ell o a ella i als familiars**

Valoro que, malgrat tot el que es viu i passa en una habitació d’un hospital, amb professionals vocacionals que atenen els nens i nenes, preparats específicament per atendre’ls, una mestra també hi pot aportar molt, des d’una altra aproximació a tots aquests estimats infants que no viuen en la infància.

Valoro que l’hospital hagi volgut tenir una escola per als infants ingressats; i valoro i agraeixo el respecte i la confiança que han dipositat en mi les meves caps i molts altres professionals durant aquests anys.

Al llarg dels vint-i-sis anys que fa que treballo en aquesta escola tan petita, tan diferent, tan peculiar i especial, he tingut l’oportunitat de provocar milers de somriures, centenars d’estones de riure, d’ajudar-los a avançar en coneixements per fer que el seu retorn al centre educatiu fos el més adequat possible, de compartir milers d’estones, unes agradables i d’altres dures o molt dures, d’eixamplar el cor als infants, de recordar la vida en el seu sentit més ampli a centenars d’alumnes i a alguns dels seus familiars.

Això és el que més valoro: donar vida, fer-la entrar en un àmbit en què es viu com a fràgil o molt fràgil, on sembla que el futur s’ha esmunyit i que mai res serà com abans.

I certament no ho serà, perquè cada dia canviem i cada dia anem creixent, evolucionant, posicionant-nos, responent al que se’ns presenta, però la manera com vivim el dia a dia ens fa ésser com som. Ens fa més lliures o més responsables o més sincers o més amatents al nostre entorn o més alegres, o més... O menys intransigents, menys durs de cor, menys indiferents, menys... És per això que no som els d’ahir, som els d’avui –tot i que amb el bagatge de l’ahir– i caminem cap al futur.

Futur que els meus alumnes i llurs famílies podien imaginar gris o negre però, segons la manera com hagin viscut tot el procés de la malaltia, el seu posicionament envers aquest fet tan transcendent els pot fer més resilents, els pot enfortir i a la vegada amorosir, ésser més sensibles al món que els envolta, més solidaris, més empàtics, més conscients del goig de viure. Hi ha alumnes que han viscut aquesta experiència, i així ho manifesten quan han passat els anys. Els admiro.

I no puc acabar sense expressar –em cal fer-ho– que estimo, he estimat i estimaré els meus alumnes. Els infants als quals he acompanyat al llarg dels anys. Mantinc una estima ben especial pels infants que m’han precedit en el camí de la vida, aquells que han mort. Aquells que han hagut de sofrir moltíssim més del que jo, a la meua edat, he sofert; alumnes amb els quals he estat centenars d’hores perquè han estat més temps a l’hospital, i sovint han estat temps ben difícils, dramàtics; alumnes amb els quals he dialogat, compartit, rigut, hem après mútuament i pels quals he esperat i desitjat –fins al darrer moment– un final que no s’ha acomplert, i no hem pogut compartir més vida.



**Això és el que més valoro: donar vida, fer-la entrar en un àmbit on sembla que el futur s’ha esmunyit i que mai res serà com abans**

Amb alguns alumnes he tingut el gust de veure'ls o d'escriure'ns o de telefonar-nos al llarg dels anys. Uns esporàdicament, d'altres assíduament. També he tingut alumnes amb els quals no he mantingut el contacte tot i que, de tant en tant, hi he pensat i m'he preguntat què estarien fent. Sempre aporta una gran alegria saber com estan, com els va la vida, com han sabut posar en el seu cor i el seu cap el que van viure a l'hospital i si són feliços.

Tots ells, tots aquests milers d'infants m'han ofert el goig, al llarg dels anys, de ser mestra. Això m'ha donat i em dona una profunda estima cap a ells, i genera sentit de vida i un profund sentiment de gratitud.

Com deia al principi, he volgut compartir què visc, què sento i què valoro d'una experiència pedagògica de caràcter professional que, per les seves característiques, mai no deixa indiferent i no es pot separar del propi creixement personal. Una experiència que demana estar sempre atent a l'impacte que produeix en els altres i en un mateix. M'agradaria pensar que d'altres professionals de l'àmbit social han pogut trobar algun ressò de les meves paraules en les seves tasques diàries.

He volgut  
compartir què  
visc, què sento i  
què valoro d'una  
experiència  
pedagògica de  
caràcter  
professional que  
no es pot separar  
del propi  
creixement  
personal

Maria Urmeneta Sanromà  
Mestra hospitalària  
Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau  
Barcelona  
maria.urmeneta@gmail.com

---

1 L'atenció educativa hospitalària és possible gràcies al conveni establert entre el Departament d'Ensenyament, el Departament de Salut i el centre hospitalari. En aquest moment, a Catalunya hi ha mestres als següents hospitals: Vall d'Hebron, Sant Joan de Déu, Germans Trias i Pujol, Parc Taulí, Altaïa, Arnau de Vilanova i Josep Trueta. Cada aula hospitalària té unes característiques pròpies segons el nombre de llits pediàtrics, el nivell de l'hospital i les patologies que s'hi tracten.

---



Foto: Martine et Stéphane - Fotolia.com

Salvador Avià  
Paz Viguer  
Roberto Pescador

## El model de l'acompanyament extensiu dels adolescents: més enllà de l'educació en medi obert

Recepció: 07/11/2016 / Acceptació: 24/02/2017

### Resum

Es presenta un nou enfocament de l'acompanyament educatiu dels adolescents a partir del medi obert. L'objectiu és afavorir el desenvolupament positiu integral aplicant un model ecològic que abordi els diferents nivells d'interacció entre jove i context. El model proposat, basat en la figura d'un educador d'adolescents que interactua amb la comunitat, permet una intervenció altament eficaç. Té en compte la totalitat de l'experiència vital dels joves i promou el seu empoderament i protagonisme en els propis processos de desenvolupament i de creació de projecte de vida.

### Paraules clau

Acompanyament educatiu, Adolescència, Medi obert

### El modelo del acompañamiento extensivo de los adolescentes: más allá de la educación en medio abierto

*Se presenta un nuevo enfoque del acompañamiento educativo de los adolescentes a partir del medio abierto. El objetivo es favorecer el desarrollo positivo integral aplicando un modelo ecológico que aborde los diferentes niveles de interacción entre joven y contexto. El modelo propuesto, basado en la figura de un educador de adolescentes que interactúa con la comunidad, permite una intervención altamente eficaz. Tiene en cuenta la totalidad de la experiencia vital de los jóvenes y promueve su empoderamiento y protagonismo en los propios procesos de desarrollo y de creación de proyecto de vida.*

### Palabras clave

Acompañamiento educativo, Adolescencia, Medio abierto

### The Model of Extensive Support for Adolescents: beyond education in an open environment

*We present here a new approach to the educational support of adolescents on the basis of an open environment, with the aim of fostering positive integrated development through the application of an ecological model that engages the different levels of interaction between the young person and the context. The proposed model, premised on the figure of an educator working with adolescents who interacts with the community, is the basis for highly effective intervention, taking into account as it does the totality of a young person's life experience and facilitating their empowerment and active involvement in their own processes of development and creation of a life project.*

### Keywords

Educational support, Adolescence, Open environment

### Com citar aquest article:

Avià Faure, Salvador; Viguer Seguí, Paz; Pescador Fernández de Larrea, Roberto (2017).

El model de l'acompanyament extensiu dels adolescents: més enllà de l'educació en medi obert.

*Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 66, 106-122



ISSN 2339-6954

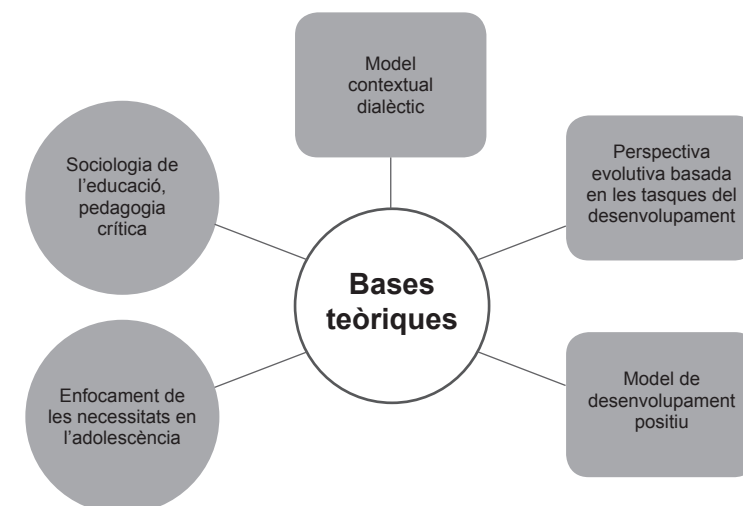
Després d'anys de treball amb adolescents, de recollir experiències i contrastar-les, hem constatat que els conceptes que s'usen al voltant del treball en "medi obert" són confusos i fins i tot contradictoris. Des de la nostra praxi i reflexió proposem un model de treball que permet disposar d'un instrument complet d'anàlisi i intervenció a partir del medi obert per promoure el desenvolupament òptim dels adolescents.

En primer lloc presentem les bases teòriques del model. A continuació farem una revisió crítica dels conceptes de "medi obert" i "acompanyament" i proposarem substituir-lo per "l'acompanyament extensiu", identificant els seus factors clau.

Hem constatat que els conceptes que s'usen al voltant del treball en "medi obert" són confusos i fins i tot contradictoris

## Bases teòriques del model

A l'hora de proposar un model de treball tenim en compte les aportacions dels enfocaments ecològics (Bronfenbrenner i Morris, 1998); les teories sobre les necessitats en l'adolescència (López, 2008; Poutois i Desmet, 1997); la perspectiva evolutiva basada en les tasques del desenvolupament (Erikson, 1972; Díaz-Aguado, 2005; Marcia, 2012, Simpson, 2001); i, per últim, l'enfocament de desenvolupament positiu adolescent i els models optimitzadors (Benson, Scales, Hamilton i Sesma, 2006; Larson, 2000; Lerner, Lerner, Almerigi i Theokas, 2005; Oliva *et al.* 2008; Viguer, 2004). D'altra banda, completarem aquestes mirades amb les aportacions de la sociologia de l'educació, la pedagogia crítica i, en concret, els autors que ressegueixen el lligam entre classe social i fracàs escolar (Bourdieu, 1964; Willies, 1974; Dubet, 2004; Reay, 2006). Les bases teòriques de les quals partim es presenten breument a continuació (figura 1).



## Model contextual dialèctic

El model s'emmarca dins dels models sistèmics evolutius que assumeixen el principi que les relacions entre l'individu i el seu context constitueixen la base de la conducta i el desenvolupament personal. Des del punt de vista contextual, no és adequat estudiar l'adolescent aïllant-ho del seu entorn (Lerner, 2002). El model contextual-dialèctic de Bronfenbrenner i Morris (1998) proporciona un marc ecològic per analitzar els diversos contextos en els quals interactua l'adolescent, al mateix temps que permet extreure orientacions de cara a la intervenció.

## Enfocament de les necessitats en l'adolescència

Partint del concepte de benestar, proposa basar-se en les característiques i necessitats de l'espècie humana per tal d'aconseguir un desenvolupament òptim des de la perspectiva del bon tracte. S'orienta a la promoció positiva del desenvolupament, desplaçant la intervenció des de la reactivitat als problemes cap al foment del benestar, assenyalant els factors de risc que han de ser evitats i els factors promotors que han d'activar-se. L'àmplia proposta de necessitats de López (1998) inclou necessitats de caràcter físico-biològic, mental, cultural, emocional i social.

**Destaquem com especialment rellevant en l'adolescència la necessitat d'afiliació**

Considerem de gran utilitat el model de les *dotze necessitats adolescents* de Pourtois i Desmet (1997). Ofereix un marc sistèmic i ecològic per proposar pràctiques educatives que responguin a les necessitats de l'adolescent, defensant que la identitat es construeix amb l'ajuda de la intervenció d'educadors i que el desenvolupament és un procés de recerca de: vincles (eix afectiu), sentit (eix cognitiu), poder (eix social), i, finalment, valors (eix de valors). Destaquem com especialment rellevants en l'adolescència la *necessitat d'afiliació* (sobretot de sentir-se acceptat en l'entorn familiar i social i formar part d'un projecte de futur amb dimensió de continuïtat i compromís intergeneracional); la *necessitat de realització*, lligada a la recerca de sentit vital i la vivència d'experimentar; la *necessitat d'autonomia*, que suposa una recerca de poder i la vivència d'actuar amb independència; i la *necessitat d'ideologia*, vinculada a la recerca de valors.

## Perspectiva evolutiva basada en les tasques del desenvolupament

Per a Erikson (1972), la tasca essencial de l'adolescència és la formació de la identitat. Marcia (2012), basant-se en Erikson, proposà quatre estatus d'identitat: identitat prestada (els nois/es persegueixen metes que no han sigut triades per ells i cerquen l'aprovació dels altres); moratòria (posposen

les opcions finals i solen ser més independents i flexibles); assoliment de la identitat (han fet les seues eleccions i persegueixen les seues metes); i difusió de la identitat (no acaben de decidir-se).

Simpson (2001) identifica deu tasques evolutives dels adolescents, entre les quals: (1) adaptar el comportament a un cos sexualment i afectivament madur; (2) desenvolupar i aplicar les habilitats del pensament abstracte; (3) desenvolupar i aplicar un nivell més complex de presa de perspectiva; (4) desenvolupar i aplicar noves habilitats de pensament en àrees com la presa de decisions, la resolució de problemes i la resolució de conflictes; (5) identificar normes morals significatives, valors i sistemes de creences; (6) comprendre i expressar emocions complexes; (7) establir amistats que ajuden; (8) establir aspectes claus de la identitat; (9) demanar un augment de responsabilitat i de rols madurs i (10) renegociar les relacions amb els adults.

Per últim, d'acord amb Díaz-Aguado (2005), la intervenció ha d'enfortir les capacitats que permetin a l'adolescent establir vincles de qualitat en diferents contextos, ser eficaç en situacions d'estudi-treball mobilitzant l'energia i l'esforç precís i obtenint el reconeixement social necessari, integrar-se en grups d'iguals constructius resistint pressions inadequades i desenvolupar una identitat personal.

## Enfocament de Desenvolupament positiu adolescent

El *Desenvolupament positiu dels joves* (Positive Youth Development) reconeix l'existència d'adversitats i de canvis que poden afectar al desenvolupament adolescent però es resisteix a concebre que aquest sigui principalment un esforç per superar dèficits i riscos (Benson, Scales, Hamilton i Sesma, 2006). D'acord amb Oliva *et al.* (2008), aquest model adopta una perspectiva centrada en el benestar, i identifica els factors positius de joves, famílies, comunitats, escoles i altres entorns, que la investigació ha mostrat que promouen un desenvolupament saludable (Benson, 1997). Entre els recursos interns s'inclou el compromís cap a l'aprenentatge, els valors positius, les competències socials i la identitat positiva. Es parteix de la premissa que cada persona posseeix una considerable resiliència i un vast potencial que la intervenció ha de maximitzar com a fi en si mateix i com a mitjà per avançar-se a qualsevol tendència autodestructiva o antisocial (Lerner i Benson, 2003). A més, des d'aquest enfocament es considera el subjecte com a ple interlocutor en la relació comunitat-persona, tenint una sèrie de drets i de responsabilitats i necessitant per al seu desenvolupament òptim: suport, empoderament, límits i expectatives i un ús constructiu del temps (són recursos externs del desenvolupament).

El model de les 5 *Ces* (Lerner, Lerner, Almerigi i Theokas, 2005) considera cinc factors per al desenvolupament adolescent positiu: competència, caràc-

Es parteix de la premissa que cada persona posseeix una considerable resiliència i un vast potencial que la intervenció ha de maximitzar com a fi en si mateix

ter, connexió, confiança i cura. Per la seva banda, Larson (2000), a partir dels seus estudis sobre els beneficis que atorguen les activitats estructurades voluntàries en els i les joves, destaca el valor de la iniciativa personal, la creativitat, el lideratge, l'altruisme o la conducta cívica com a elements fonamentals per al desenvolupament de competències durant l'adolescència.

La realització personal s'aconsegueix quan les persones es perceben competents per resoldre els desafiaments als quals s'enfronten

El model de l'Empowerment (capacitació) formulat per Rappaport (1987) parteix del supòsit que el benestar de les persones depèn de la seva capacitat per controlar la direcció de les seves vides, prendre decisions i plantejar-se cursos d'acció. La realització personal s'aconsegueix quan les persones es perceben competents per resoldre els desafiaments als quals s'enfronten, perceben que tenen capacitat per assumir els reptes i es troben suficientment motivades per realitzar l'esforç necessari per aconseguir les metes proposades.

Finalment, Oliva i el seu equip (Oliva *et al.*, 2008) han creat un model on a través del concepte de floriment (thriving) es simbolitza el procés pel qual l'adolescent, implicat en relacions saludables amb el seu context, s'encamina cap al desenvolupament d'una integritat personal ideal. Es divideix en cinc grans àrees: desenvolupament personal, social, moral, cognitiu i emocional, sent la primera d'elles l'eix fonamental de la resta d'àrees. En ella es troben les competències personals: autoestima, autoconcepte, autoeficàcia, individuació, sentit de pertinença i vinculació, i iniciativa personal. En la part social trobem les competències i habilitats socials: assertivitat, habilitats relacionals i habilitats per a la resolució de conflictes interpersonals; en la part moral, el compromís social, la responsabilitat, la prosocialitat i la justícia, la igualtat i el respecte a la diversitat; en la part cognitiva, la capacitat d'anàlisi crítica, de pensament analític, la creativitat, la capacitat de planificació i revisió i la capacitat per prendre decisions; i, finalment, la part emocional, basada en l'empatia, reconeixement i maneig de les emocions dels altres, coneixement i maneig de les pròpies emocions, tolerància a la frustració i l'optimisme i sentit de l'humor.

### Aportacions de la sociologia de l'educació i la pedagogia crítica

No hem d'oblidar l'enorme influència que tenen els factors classe social, gènere, cultura, ètnia o salut en les oportunitats reals dels adolescents per desenvolupar-se. Tenim en compte les aportacions de Bourdieu (1970) respecte la reproducció social o la seva teoria de l'*habitus* i dels capitals (Bourdieu, 1979), que permeten comprendre les limitacions d'oportunitats dels joves segons la seva posició en la societat. Dins d'aquest context, l'escola podria jugar un paper de millora d'oportunitats que, ara per ara, no està desenvolupant (Dubet, 2004). Fracassant en una escola pensada des de les classes mitjanes i superiors, els adolescents de classe treballadora es veuen, de manera força habitual, abocats a "professions de classe treballadora" (Wi-

llis, 1974). Molts sociòlegs de l'educació actuals aprofundeixen en l'anàlisi d'aquestes limitacions i en el rol de l'escola com a creadora de desigualtats (Reay, 2006). La pedagogia crítica, d'arrel freiriana, ens mostra alternatives a una situació altrament desmobilitzadora. Henry Giroux (1983) proposa que les escoles tinguin com a tasca prioritària la construcció de subjectes i comunitats crítiques, i esdevinguin esferes públiques democràtiques amb un projecte educatiu que aprofundeixi en el procés democràtic i l'eliminació de les desigualtats socials per raó de classe, sexe, ètnia, religió o salut.

El nostre model d'acompanyament extensiu proposa que la tasca dels educadors inclogui, per tant, l'adaptació al context, la satisfacció de les necessitats dels i les adolescents, el seu desenvolupament positiu i òptim, l'acompliment de les seves tasques evolutives i la superació dels límits de classe social. Suposa que l'educador/a tingui en compte els processos proximals, des dels diferents entorns immediats del jove, per poder treballar les habilitats que permeten optimitzar el desenvolupament adolescent. Part de la tasca bàsica de l'educador/a ha de ser acompanyar en el procés de recerca de satisfacció de les necessitats que permetran a l'adolescent la construcció de la seva identitat personal i el seu projecte de vida. Conèixer les tasques del desenvolupament serà bàsic per adequar la intervenció dels educadors/es a cada etapa evolutiva, ajudant a desenvolupar les habilitats crítiques del període, reforçant els assoliments aconseguits i compensant les deficiències que s'hagin pogut produir en etapes anteriors. D'altra banda, els seus esforços s'han de centrar a reforçar les fortaleces internes i externes de nois i noies i així extingir tendències desadaptatives fent especial èmfasi en l'empatia, les competències socials, la identitat positiva, la resiliència i l'empoderament, enfront d'un enfocament centrat en el risc. Considerem imprescindible que els i les adolescents siguin empoderats perquè assumeixin major competència en les seves accions. El treball sobre l'esperit crític i els valors esdevé bàsic per superar els hàndicaps que ocasiona la posició social en els entorns desfavorits. La cooperació amb l'escola esdevé fonamental per mantenir el màxim d'oportunitats vitals per a uns adolescents amb les cartes marcades.

El nostre model d'acompanyament extensiu proposa que la tasca dels educadors inclogui l'adaptació al context

### De la intervenció en medi obert a l'acompanyament educatiu extensiu

De cara a respondre a les dificultats i limitacions que presenten els models educatius amb adolescents tradicionals, proposem un model de treball que definim com a *acompanyament extensiu educatiu*. Es tracta d'una estratègia d'intervenció que, en aquest cas, es troba al servei d'uns objectius educatius concrets centrats en la idea del desenvolupament òptim dels nois i noies, l'empoderament, la construcció de projectes de vida genuïns, autèntics, la capacitat de crear relacions enriquidores i la igualtat d'oportunitats. Aquest model neix de la reflexió teòrica i l'anàlisi sobre la pràctica portada a terme



durant els darrers anys en el programa d'adolescència de Badia del Vallès, una experiència que s'ha mostrat molt eficaç per assolir aquests objectius i el seu contrast amb altres projectes d'arreu.

El model es basa en la posició central de la figura de *l'educador/a d'adolescents* com a pal de paller de les xarxes potencialment educadores de cada jove al seu territori. Treballant a partir dels diversos escenaris on el jove es representa individualment i col·lectivament, s'activa un treball d'acompanyament que l'empodera en el desenvolupament de les seves potencialitats, la creació del seu projecte de vida com a clau en el seu procés de recerca de sentit i la seva integració en la comunitat.

Tot i que aquest model neix del que habitualment anomenem “educació/acompanyament en medi obert”, hi ha massa confusió al voltant dels conceptes “medi obert” i “acompanyar”. Per tal de poder construir la nostra proposta hem hagut de fer una revisió crítica d'aquests termes.

### La problemàtica del concepte “medi obert”

El nostre model explora la potencialitat del concepte “medi obert” com a concepte *a-tòpic*, no lligat a cap *lloc*

El concepte “medi obert” tendeix a ser usat amb una dimensió bàsicament geogràfica, sovint limitada a l'espai públic, i referida a un o diversos *llocs*. Per contra, el nostre model explora la potencialitat del concepte “medi obert” com a concepte *a-tòpic*, no lligat a cap *lloc*.

Una possible definició d'acompanyament educatiu en medi obert hauria pogut ser “fer-se present allí on són els nois i noies”. Com a definició és temptadora, però no reflecteix ni l'essència ni la potencialitat de la intervenció i ens segueix parlant de punts geogràfics. En canvi “fer-se present allí on els adolescents es representen a si mateixos i on protagonitzen les seves històries” ens descobreix un horitzó totalment diferent: el medi obert deixa de ser un *lloc* o un conjunt de llocs i passa a ser un *conjunt d'escenaris* que, tot i poder coincidir amb llocs físics (o no), no ens interessen ja com a indrets topogràfics sinó precisament com a *escenaris* on es *representen històries*. Històries vives, biogràfiques, personals i comunes, entortolligades entre elles i que avancen en el temps episodi rere episodi. Podem trobar els escenaris al carrer, al pati de l'institut, a l'aula o a la reunió de delegats; en una associació, un casal, un equipament esportiu, un centre cultural o uns locals d'assaig; en una plaça, un bar, una pista d'skate o un festival de música; en una cuina, en una habitació, en un local de menjar escombraria; al facebook, als grups del whatsapp o a la Festa Major; a l'imaginari de grup, al cap dels nois i noies, en les seves fantasies i projeccions. “Medi obert” acaba fent referència a *allí on els adolescents es representen a si mateixos*. Tanmateix, el “medi obert” no es troba tant en algun d'aquests escenaris citats sinó més aviat en la suma, interposició, confluència o conflicte entre alguns d'ells o tots ells, és a dir, en el seu *conjunt*. D'altra banda, és obvi que el que ens in-

teressa no són ni els escenaris ni les històries, sinó els *actors*. Cal desplaçar la centralitat des dels escenaris cap a qui els habiten: els adolescents.

Hem tendit a confondre el fet de treballar en medi obert amb intervenir socioeducativament en una localització topogràfica concreta dins l'espai urbà (habitualment el carrer). Tanmateix, quan treballem amb adolescents *en obert*, sense tancar-nos en límits geogràfics o institucionals, ens adonem que el seu “medi obert” (allí on es representen) ens parla tant de llocs físics com de llocs mentals, emocionals i relacionals: *espais* d'activitat, de relació, espais on topar amb l'altre i amb un mateix, espais de creació, de desig, d'amors, de fòbies, espais pels quals transitar, perdre's, trobar-se. Espais que es creen i desapareixen per renéixer diferents una mica més enllà fins que tornin a transformar-se. Espais habitats per nois i noies i les seves històries. Espais de vida, irreductibles topogràficament. Espais (vitals) que desborden i no espais tancats, continguts (geogràfics). Com la vida, el medi obert no és un *espai* sinó un *flux d'espais*, una continuïtat i discontinuïtat dinàmiques i dialèctiques de llocs pels quals transiten els nois i noies. Des d'aquesta mirada el medi obert ja no se'ns presenta com a “lloc” sinó com a *conjunt d'espais de vida* que configuren una apassionant oportunitat per a desenvolupar l'acompanyament educatiu.

D'altra banda, sembla que la paraula “obert” ens arrossegua a pensar que, per oposició, hi ha un medi “tancat”. Des de la nostra perspectiva, un “medi” ens apareix com a “tancat” quan l'agafem en si mateix, sense relació amb cap altre, sense fluxos, sense continuïtats, sense pluridimensionalitats. Per tant, un “medi tancat” podria trobar-se en un centre de menors i un institut, però també en un equipament juvenil, una associació o una intervenció en una plaça. De fet, el “medi”, obert o tancat, no existeix. No és sinó una construcció mental dels professionals, una categoria per interpretar la realitat i incidir-hi, i ni és tancat ni és obert. Serà la intervenció la que definirà la seva obertura/tancament: seran les figures educadores les que podran acabar fent acompanyament en “medi obert” a partir de l'institut o acompanyament en “medi tancat” al carrer. La diferència rau en *com* treballaran amb els nois i noies, és a dir, si es posen o no límits respecte al flux dels escenaris on es treballarà i, per tant, si es farà una intervenció limitada a fragments de la vida dels joves. Si agafem l'institut com un *punt en una xarxa de punts* on els adolescents transiten, com un punt a partir del qual construirem el nostre acompanyament implicant la resta d'espais vitals del jove, estarem treballant en el “medi obert”, tot i que l'institut podria ser definit a priori com a “medi tancat”. Si, per contra, treballem *al carrer*, sense teixir possibles trànsits i connexions, i no a partir del carrer, estarem fent, paradoxalment, treball de “medi tancat”..., en un espai que aparentment és l'essència pura del “medi obert”. Proposem substituir “medi” per “escenaris” precisament perquè aquest plural ens obliga ja d'entrada a buscar relacions i continuïtats.

Per tant, per a nosaltres, “medi obert” no ens parla de topografia sinó de l'*actitud* amb què les figures educadores s'aproximen a l'acompanyament. I

El seu “medi obert” ens parla tant de llocs físics com de llocs mentals, emocionals i relacionals

“acompanyar” vol dir acompanyar vides, acompanyar la creació de projectes de vida i de sentit de vida: i la vida mai no es dona en un sol lloc, sempre vessa i desborda. D'altra banda, la paraula “obert” fa referència a possibilitats, a potencialitats, a projectes, a presents alternatius, a futurs en construcció. I què són les adolescències sinó justament vides obertes?

Si no entenem això confondrem “medi obert” amb “carrer” o amb “exterior”. Doncs ben al contrari, quan parlem d'acompanyament educatiu extensiu, estem parlant d'un treball sobre l'*interior* de nois i noies, és a dir, sobre les seves vides, les seves construccions d'identitat, projecte i sentit, i sobre com les exterioritzen, s'interteixeixen, les socialitzen, les creuen i les adapten al context.

En el fons, cada noi i noia té el seu propi “medi obert”, la seva pròpia xarxa d'escenaris que s'interconnecta amb altres xarxes d'altres joves i crea xarxes de xarxes interconnectades amb altres xarxes i xarxes de xarxes. Com podríem reduir tot això a un “lloc geogràfic”?

### Redefinint el concepte “acompanyar”

Durant els darrers anys la paraula “acompanyament educatiu” (Funes, 2008) ha anat desgastant-se i creiem que cal recentrar-la. Potser la descripció més gràfica de l'acompanyament la devem a la professora de la Universitat de València Conchita Martínez, durant les IV jornades d'Acompanyament amb Adolescents en medi obert. Per a ella, “és el que fan aquells petits vehicles que als aeroports ajuden els avions a enlairar-se: no els guien, no els arrosseguen, no els impulsen”. D'això es tracta, ni més ni menys: d'estar a prop i facilitar que els projectes de vida dels nois i noies madurin per si sols, agafin embranzida i, finalment, s'enlairin.

Acompanyar és estar present. Estar disponible, a prop. L'adolescència és un recorregut difícil, complex, especialment una adolescència autèntica i genuïna, no “prestada” (Marcia, 2012), però que és l'única que ens durà a una vida adulta madura i plena. Cada noi i noia ha de trobar el seu propi camí. Però això no vol dir que ho hagin de fer sols. A la majoria de les societats no s'abandona els adolescents: se'ls guia cap a la vida adulta. Però en la nostra molt complexa societat això no és gens fàcil. Els adolescents reben infinits inputs –i una brutal pressió comercial– sobre els quals, amb els quals i contra els quals s'hauran de definir i crear la seva identitat. El suport incondicional de la família, i fins cert punt l'acció educativa d'una escola, molt qüestionable pel que fa a com enfoca l'adolescència, continuen sent importants i imprescindibles.

D'altra banda, no oblidem que el centre d'influència s'ha desplaçat als iguals. Uns iguals que comparteixen el fet d'estar igual de perduts però que

Cada noi i noia té el seu propi “medi obert”, la seva pròpia xarxa d'escenaris

ofereixen el clar avantatge de ser miralls a través dels quals els nois i noies es veuen a si mateixos no tan sols com són sinó com podrien ser, com volen i com no volen ser. Miralls d'ells mateixos i dels inputs externs d'una societat basada en el consum i el plaer immediat. Uns iguals que, com els adults amb qui interaccionen, pressionen, però d'una manera menys emotivament comprometedora i permetent més independència.

Precisament l'educador d'adolescents, que treballa amb els nois i noies en tota mena de formats (individual, grups d'amics, classe, grup d'activitat, comunitat...) és dels pocs adults que pot tenir una certa influència conscient i positiva en els iguals, provocar reflexions, canvis d'actituds, preses de posició, dissolució de prejudicis i llocs comuns. Aquest factor és d'una gran importància i sovint el menystenim. Té també una visió holística de tota la realitat dels nois i noies i fa de pont entre els escenaris vitals.

En aquesta etapa caòtica i laberíntica, l'acompanyador-educador es fa present i, al costat dels nois i noies, millor dit, *a prop*, però no per sobre, i sense jutjar, els ajuda a endinsar-se al laberint. Com adult pròxim, esdevé una figura central en aquest procés, algú que ja ha sortit del laberint i que no els dirà la sortida però els empoderarà ajudant-los a aconseguir la seguretat i les competències que necessitaran per trobar-la.

L'educador d'adolescents i fa de pont entre els escenaris vitals

## El model d'acompanyament extensiu

Tenint clars els conceptes bàsics, passem a descriure com volem actuar per articular l'acompanyament educatiu en medi obert, al qual anomenarem, a partir d'ara, acompanyament extensiu. El nostre model se centra en: (a) el rol de l'educador/a com a centre de la xarxa educativa dels adolescents, (b) el treball amb i en la comunitat, (c) l'assoliment del vincle, confiança i empoderament com a bases del treball; (d) el sentit, projecte de vida, benestar subjectiu, competències i emocions com a continguts del treball; i en la participació dels adolescents de la ciutat com a espai de creació de valor, potencial crític, responsabilitat i solidaritat.

### L'educador com a pal de paller de l'acompanyament dels adolescents

Des d'una perspectiva professional hi ha diverses figures especialment ben situades per a l'acompanyament dels adolescents: el tutor/a, l'educador/a i, i fins a cert punt, l'educador de serveis socials bàsics.

El tutor escolar (un tutor vocacional, compromès, que s'estimi els nois i les noies) seria una molt bona figura per situar-se al centre de la xarxa

educadora del noi o noia. Tanmateix, no sempre els tutors/es tenen aquesta aproximació vocacional a l'acompanyament educatiu ni tenen les hores necessàries per desenvolupar bé aquesta funció en un sistema escolar obsedit per l'acumulació de coneixements. D'altra banda, poques vegades estan vinculats al territori i a la resta dels agents de la comunitat que interactuen amb els nois i noies, i pot ser que no tinguin un gran coneixement del que passa amb ells quan surten per la porta de l'escola. Sovint canvien d'un curs a un altre i, per tant, no tenen facilitat per mantenir un vincle continuat a mig i llarg termini amb els nois, un vincle que resulta ser l'instrument més poderós de treball de l'acompanyament educatiu, ja que genera autoestima, confiança i energia, però que necessita temps i continuïtat. Finalment no deixen de ser una figura d'autoritat amb la qual els adolescents no han elegit lliurement relacionar-s'hi. L'educador d'una àrea bàsica de serveis socials es troba pitjor situat que el tutor, atès que és una figura que habitualment té funcions de poder, de control: emet informes, gestiona prestacions i beques que afecten tota la família. Víctima d'una gran càrrega burocràtica, sovint únicament pot establir una relació d'ajuda però no d'acompanyament, el qual implicaria una dedicació major.

L'educador és la figura millor situada per esdevenir el pal de paller de l'acompanyament educatiu en un territori

L'educador d'adolescents es troba molt millor situat, ja que la seva dedicació radica exclusivament a acompanyar processos vitals dels nois i noies, i pot estar present en tots els escenaris. Té un gran avantatge: sap què passa amb el noi/a tant dins com fora de l'escola i pot fer la connexió entre les figures rellevants per a ells. No té cap poder sobre els nois/es, la relació que aquests estableixen amb ell és totalment lliure i es basa en la creació d'un vincle de confiança. No jutja però és facilitador per mirar la realitat i valorar les diferents opcions que implica. Sense dubte, l'educador és la figura millor situada per esdevenir el pal de paller de l'acompanyament educatiu en un territori. Pot fer aflorar tota la xarxa educativa del noi/a i ajudar a teixir-la, fer-la visible i reforçar-la, contribuint a la creació d'un acompanyament general a nois i noies. No cal que sigui ell/a el referent bàsic de l'adolescent: serà aquest qui acabi triant sempre l'adult(s) pròxim(s). Però pot fer que l'impuls i la influència positiva d'aquests referents es multipliquin i esdevinguin un instrument realment educador.

## Acompanyar en i amb la comunitat

Ens hem situat en una posició concreta: volem que els nois i les noies puguin desenvolupar al màxim les seves capacitats i crear un projecte de vida amb el qual puguin ser feliços. Però no tenim cap institució dedicada a això. L'escola està massa enfocada a l'adquisició d'uns determinats continguts curriculars, la família no és prou influent en aquesta etapa, la societat és massa contradictòria, diversa i dispersa.

Tanmateix, tots estem implicats en l'educació dels adolescents: escola, família, institucions, centres de lleure, clubs esportius, professors d'arts... La nostra influència pot ser fins a cert punt feble per separat, però en *continuïtat* pren una altra dimensió. Qualsevol dels adults que envolten els nois i noies poden ser adults pròxims: el tutor, el monitor de bàsquet, el professor de guitarra, el monitor de reforç. Ara bé, és central que aquestes figures estiguin en contacte per tal de recolzar-se mútuament en l'acció educativa. A més, cadascú és capaç de veure potencialitats i alertes des de la seva perspectiva. Un noi amb dificultats a l'escola pot millorar molt si el seu tutor/a coneix altres activitats en què destaca o que el motiven i sap jugar-les en el seu projecte educatiu individual. Això vol dir que l'escola ha d'estar molt ben connectada amb la comunitat i la comunitat amb l'escola. No únicament per millorar el rendiment escolar (també) sinó també per acompanyar els nois i noies a desenvolupar les seves potencialitats. També vol dir que l'escola ha de poder ser flexible i renunciar a l'absurda idea il·lustrada que tots els nois i noies han de sortir-ne sabent el mateix.

L'educador no és tan sols una figura de vincle amb els nois. Es també una figura de vincle amb la comunitat. Des del moment en què la comunitat és en si mateixa una suma d'escenaris però també d'actors educadors, l'educador ha de ser capaç d'articular i mobilitzar educativament la comunitat en què treballa.

L'educador no és tan sols una figura de vincle amb els nois. És també una figura de vincle amb la comunitat

## Vincle, confiança i empoderament com a bases del treball de l'educador

L'educador treballa a partir del vincle. És a dir, de la seva capacitat de connectar amb els nois i les noies. Aquesta connexió, que sorgeix com una espurna, permet a l'educador establir una relació peculiar amb els nois i noies. En aquest cas, a través del contacte, de la presència no invasiva, del respecte, del no jutjar, de l'estar a prop i de la disponibilitat, l'educador va creant moments ens els quals pot sorgir l'espurna.

Hi ha per tant una *dimensió temporal* de l'acompanyament en aquest art de crear instants, que se suma a la dimensió espacial com conjunt d'escenaris on l'acompanyament es desplega. I, efectivament, l'acompanyament és forçosament llarg: dura anys i es vincula als processos vitals, és un acompanyament de vida. Per això és bàsic que els educadors tinguin continuïtat al territori i no poden estar en situació contractual precària.

El vincle s'encén perquè hi ha confiança. Mútua. El noi/a confia en l'educador perquè l'educador confia en ell/a. I l'educador/a hi confia perquè sap genèricament que dins de cada noi i noia hi ha valors, capacitats i talents. A vegades amagats, soterrats fins i tot, per tones de desenganys, resistències, inseguretats, pors... El noi confia en l'educador/a perquè potser és l'únic adult

que, preocupant-se per ell, no li diu què ha de fer. I, tanmateix, li serveix de mirall. Un mirall diferent i complementari al dels seus iguals: en el mirall de l'educador ell pot anar veient-se a si mateix, tal com és, sense tant de maquillatge, amb forteses i debilitats. I per tant pot anar treballant més realment per créixer, per anar a poc a poc descobrint el sentit de tot plegat, fent les tries que el fan important, genuí i únic.

**A través de l'acompanyament l'educador fa una cosa essencial: empoderar el jove**

A través de l'acompanyament l'educador fa una cosa essencial: *empoderar* el jove. Recordar-li que res important no passarà sense ell. Que ha d'agafar les regnes de la seva vida, experimentar, viure, responsabilitzar-se cap a ell mateix, per ell mateix.

### El contingut de la intervenció: sentit, projecte de vida, benestar subjectiu

L'eix d'aquesta metodologia rau en la idea que tothom pugui activar els seus talents i potencialitats per arribar a construir el seu propi projecte de vida, de manera autèntica i genuïna. Entenem *projecte de vida* com la construcció permanent d'un itinerari a mig i llarg termini en l'àmbit personal, formatiu i laboral. El projecte de vida té una importància fonamental a l'hora d'aportar *sentit* al dia a dia i fer entenedores les inversions d'esforç, temps i recursos que –com a l'escola– cal fer per arribar als objectius establerts. Aquest és un punt fonamental en la lluita contra l'abandonament escolar en adolescents de classe treballadora que no tenen “de sèrie” la “disposició” a trajectòries educatives llargues (Garcia, 2004). D'altra banda, és a partir del sentit com s'adquireixen competències: demanar als nois esforç sense mostrar-los el sentit d'aquell esforç és pur sadisme.

Considerem centrals les aportacions de Viktor E. Frankl (1956), que defineix el sentit i la seva recerca com l'objectiu de l'experiència humana i l'articulador de tota moralitat. En la recerca del sentit entren en joc els valors personals i el context en el qual s'interactua, fet que obliga a fer eleccions morals. La creació de sentit i les seves dificultats és precisament un element essencial del nostre model. Les dificultats de l'adolescència són especialment doloroses quan manca aquest sentit del dia a dia o com a mínim el de la necessitat de la seva recerca.

D'altra banda, acompanyem perquè els adolescents aconseguixin un benestar subjectiu des dels seus propis processos interns. Per tant, treballem des de les necessitats dels adolescents i donem una especial importància a la intervenció en *competències emocionals* (Bisquerra i Pérez, 2007), tant com a base per a l'autoregulació emocional com per a l'establiment de relacions satisfactòries amb els altres.

## Participació en la comunitat

Com a recurs bàsic en la intervenció educativa cap als nois i noies però també com a destinació de les accions dels propis nois i noies, l'educador ha de mobilitzar els nois i noies cap a la comunitat. És així com la intervenció cobra força i es vertebra: els nois i les noies rebran el suport de la comunitat però alhora reconeixeran aquest suport i aniran fent petits retorns, primer, i més grans, després (espectacles, voluntariats, projectes comunitaris, espais participatius reglats). Adquiriran així estatus de ciutadania, amb drets i deures, creació de solidaritats, compromís, renovació i creació cultural.

Els nois i noies reben acompanyament de la comunitat: és a dir, hores de treball, esforç, facilitats, recursos i diners públics. La comunitat s'ha mullat per ells, els ha donat molt, ells han rebut molt i ara també hi ha un moment de retorn. Aquest retorn és educatiu i no va lligat a cap generació de deute: els joves són una part de la comunitat i han de ser visibilitzats com a tals, com a subjectes de deures i drets, com a ciutadans, com a persones que també construeixen la comunitat. I que ho fan des d'un espai de gran valor per a la ciutat: la joventut, la innovació, la renovació. Que part de les seves accions tinguin un impacte social és bàsic per a tothom: els joves passen a ser creadors de valor en lloc d'elements de conflicte i nosa. Per això treballem amb ells la capacitat de crear projectes i portar-los endavant, projectes amb valor per a ells i per a la comunitat. Els nois i noies retornen a la comunitat el que han rebut, però aquest retorn és tan creador de valor per a ells com per a tothom. Per això és important fomentar l'esperit crític: sols des d'una posició crítica es pot crear valor social, sols des d'una posició crítica es pot aportar creació, valor i innovació.

El treball en i per a la comunitat (organitzant, actuant, participant en espais de participació, fent voluntariat...) és un espai important d'adquisició de competències i una cristallització de l'acompanyament: del treball intern passem a la col·lectivitat, a la socialització, a la cooperació i la solidaritat. La participació és una forma de fer part de la comunitat: implica un procediment gradual d'aprenentatge en el qual els joves comparteixen, com els adults, les decisions que els afecten tant en la vida personal com en la comunitat i l'entorn pròxim.

L'adolescent ha de tenir un sentit de pertinença i una vinculació a la societat on viu i en què es relaciona. Això implica un compromís moral que s'assumeix de manera responsable i amb una visió crítica que suposa tenir opinió, opinions, sobre què passa al seu entorn. La participació es basa en la idea de ser una persona activa en la transformació del context pròxim a través d'una organització col·lectiva en què entren en joc habilitats interpersonals. Si de manera permanent vinculem les accions d'acompanyament amb espais de comunitat i participació, si facilitem als nois i noies assajar aquestes habilitats i entendre la importància de ser individus actius dins de la comunitat, afavorirem en ells la construcció d'actituds actives que repercutiran en la millora del context pròxim i l'adquisició de sentit.

**Que part de les seves accions tinguin un impacte social és bàsic per a tothom: els joves passen a ser creadors de valor en lloc d'elements de conflicte i nosa**

## Conclusions

Situat al centre de la comunitat, l'educador/a pot mobilitzar tota la xarxa potencialment educadora al voltant del jove

Proposem un model de treball amb adolescents que, partint de la pràctica de l'acompanyament educatiu en medi obert, la transforma aconseguint un alt nivell d'eficàcia i eficiència. Crea una intervenció centrada en l'acompanyament a l'adolescent en la *suma i continuïtat* dels seus contextos vitals o *escenaris*, entre els quals destaquem l'escola, el carrer, els equipaments, les associacions i el món virtual. L'educador d'adolescents és la figura millor situada d'un territori per a crear un *vinçle* durador amb cadascun d'ells i, posicionat al seu costat, pot crear un acompanyament individualitzat que permeti a cada jove desplegar les seves potencialitats, empoderar-se, crear el seu projecte de vida, i trobar sentit al dia a dia. Situats al centre de la comunitat, l'educador/a pot mobilitzar tota la xarxa potencialment educadora al voltant del jove per teixir-hi un acompanyament educador extensiu que tingui en compte tots els seus contextos relacionals però també els seus processos personals i relacionals, les seves necessitats i les seves tasques evolutives. La pròpia comunitat esdevé no únicament el macrosistema en el qual es donen els escenaris dels adolescents sinó també un espai de retorn, sentit, participació, adquisició de valors, esperit crític i d'integració.

El medi obert com a referència geogràfica centrada en l'espai públic canvia de sentit: la intervenció es basa en l'extensió de l'acompanyament als joves a partir de la continuïtat dels diversos escenaris que usen per representar-se, relacionar-se, desenvolupar-se, créixer i viure. La intervenció, que combina el nivell individual, el grupal i el comunitari, es focalitza en els processos vitals dels joves independentment d'on s'iniciïn. Com intervenció educativa provoca canvis: empoderament, desenvolupament, creació de sentit, valors, integració comunitària. Acompanyant en els diversos escenaris i al llarg del temps de vinculació, aquest acompanyament educatiu es fa extensiu a l'ample dels àmbits vitals del jove.

Salvador Avià Faure  
Cap de l'àrea d'acompanyament a les persones  
Ajuntament de Badia del Vallès  
aviafs@badiadelvalles.net

Paz Viquer Seguí  
Professora titular  
Dept. Psicologia evolutiva i de l'educació  
Universitat de València  
paz.viquer@uv.es

Roberto Pescador Fernández de Larrea  
Educador  
Ajuntament de Badia del Vallès  
robpescador@gmail.com

## Bibliografia

- Benson, P. L.** (1997). *All kids are our kids*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Benson, P. L.; Scales, P. C.; Hamilton, S. F.; Sesma, A. Jr.** (2006). Positive youth development: Theory, research and applications. En R.M. Lerner (Ed.), *Theoretical models of human development. Volume 1 of Handbook of Child Psychology (6th ed., pp. 894–941)*. Editors-in-chief: W. Damon & R.M. Lerner. Hoboken, NJ: Wiley.
- Bisquerra, R.; Pérez, N.** (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI, 10*.
- Bronfenbrenner, U.; Morris, P. A.** (1998). The ecology of developmental processes. In W. Damon & R. Lerner (1998). *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development, Volume 1, 5th ed., (pp. 993–1028)*. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Bourdieu, P.** (1964) *La Reproduction. Éléments pour une théorie du système d'enseignement*. París: Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P.** (1979). *La distinction. Critique sociale du jugement*. París: Éditions de Minuit.
- Díaz-Aguado, M. J.** (2005). La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela. *Psicothema, 17* (4), 549-588.
- Dubet, F.** (2004) *L'école des chances: qu'est-ce qu'une école juste?* París: Seuil.
- Erikson, E.** (1972). *Adolescence et crise. La quête de l'identité*. París: Flammarion.
- Funes, A.** (2008). *L'acompanyament educatiu dels infants i adolescents, de les seves famílies, de les escoles, des del municipi*. VII Jornada de Bones Pràctiques Locals en Educació. Acompanyament a l'escolaritat: una aproximació pràctica. Sant Vicenç dels Horts, 8 de maig de 2008.
- Frankl, V.** (1991). *El hombre en busca del sentido*. Barcelona: Herder.
- García, M.** (2004). L'absentisme escolar a l'ensenyament primari i secundari obligatori. Alguns resultats de la recerca. *Educar 33*, 159-180.
- Giroux, H.** (1983). *Theory and Resistance in Education: Towards a Pedagogy for the Opposition, 2nd Edition*. Connecticut: Bergin & Garvey.
- Larson, R.** (2000). Toward a Psychology of Positive Youth Development. *American Psychologist, 55* (1), 170-183.
- Lerner, R. M.; Benson, P. I.** (2003). *Developmental assets and asset-building communities: Implications for research, policy and practice*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum.
- Lerner, R. M.** (2002). *Concepts and theories of human development* (3rd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A.** (1998). The ecology of developmental processes. En W. Damon (Ed.) *Handbook of Child Psychology (5th ed., pp. 993–1027)*. New York: Wiley and Sons.
- Lerner, R. M.; Lerner, J. V.; Almerigi, J. B.; Theokas, C.; Phelps, E.;**

**Gestsdottir, S.; Smith, L. M.** (2005). Positive Youth Development, Participation in community youth development programs, and community contributions of fifth-grade adolescents findings from the first wave Of the 4-H study of Positive Youth Development. *The Journal of Early Adolescence*, 25(1), 17-71.

**López, F.** (2008). *Necesidades en la infancia y en la adolescencia. Respuesta familiar, escolar y social*. Madrid: Pirámide.

**Marcia, J. E.; Waterman, A. S.; Matteson, D. R.; Archer, S. L.; Orlofsky, J. L.** (2012). *Ego identity: A handbook for psychosocial research*. Springer Science & Business Media.

**Oliva, A.; Parra, A.; Pertegal, M. A.; Ríos, M.; Antolín, A.** (2008). *La promoción del desarrollo adolescente: recursos y estrategias de intervención*. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

**Pourtois, J. P.; Desmet, H.** (1997). *La vie postmoderne*. París: Presse Universitaire de France.

**Rappaport, J.** (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American journal of community psychology*, 15(2), 121-148.

**Reay, D.** (2006). The zombie stalking English schools: social class and educational inequality. *British Journal of educational studies*, 54 (3), 288-307.

**Simpson, A. R.** (2001). *Raising teens. A Synthesis of Research and a Foundation for Action*. Proyecto del Parenting of Adolescents Center for Health Communication, Harvard School of Public Health.

**Viguer, P.** (2004). *Optimización Evolutiva. Fundamentos del desarrollo óptimo*. Madrid: Pirámide.

**Willis, P.** (1974) *Learning to Labor: How Working Class Kids Get Working Class Jobs* New York: Columbia University Press.

## Mesurant la qualitat de vida de les persones sense llar: l'Escola GENCAT de Qualitat de Vida

Eva Benito  
Carles Alsinet  
Araceli Maciá

Recepció: 04/05/2017 / Acceptació: 05/07/2017

### Resum

Les intervencions destinades a les persones sense llar han de promoure la qualitat de vida. La planificació centrada en la persona aporta instruments específics per a mesurar-la. L'Escola GENCAT de Qualitat de Vida s'ha utilitzat per analitzar diferències en funció de les característiques i la cronicitat de la situació d'estar sense llar. Els resultats palesen baixos nivells en la majoria de les dimensions, especialment entre les dones, les persones de més edat i d'origen comunitari.

### Paraules clau

Qualitat de vida, Persones sense llar, Escola GENCAT de Qualitat de Vida, Cronicitat, Recerca

Midiendo la calidad de vida de las personas sin hogar:  
La Escala GENCAT de Calidad de Vida

Measuring the Quality of Life of Homeless People: The GENCAT Quality of Life Scale

*Las intervenciones destinadas a las personas sin hogar deben promover la calidad de vida. La planificación centrada en la persona aporta instrumentos específicos para medirla. La Escala GENCAT de Calidad de Vida se ha utilizado para analizar diferencias en función de las características y la cronicidad de la situación de sin hogar. Los resultados manifiestan bajos niveles en la mayoría de las dimensiones, especialmente entre las mujeres, las personas de más edad y de origen comunitario.*

*Interventions oriented towards homeless people should seek to enhance their quality of life, and person-centred planning provides specific tools with which to measure that quality. The GENCAT Quality of Life Scale has been used to analyze differences in terms of the characteristics and chronicity of the homeless person's situation. Application of the scale shows low levels in most areas, especially for women, for older people and for people from other countries of the European Union.*

### Palabras clave

Calidad de vida, Personas sin hogar, Escala GENCAT de Calidad de Vida, Cronicidad, Investigación

### Keywords

Quality of life, Homeless people, GENCAT Quality of Life Scale, Chronicity, Research

### Com citar aquest article:

Benito Herráez, Eva; Alsinet i Mora, Carles; Maciá Antón, Araceli (2017). Mesurant la qualitat de vida de les persones sense llar: l'Escola GENCAT de Qualitat de Vida. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 66, 123-138



## ▲ Les persones sense llar

Tradicionalment, hi ha hagut una clara dificultat per definir en què consisteix el sensellarisme, evident en ser utilitzat el terme *homeless* sense un equivalent exacte en castellà o català. De fet, la terminologia utilitzada per descriure les persones que es troben en aquesta situació ha estat generalment pejorativa. Paraules com indigent, captaire, pobre, vagabund, dropo o fins i tot delinqüent s'han utilitzat per definir el grup de persones que es troben en el tram més extrem de l'exclusió social.

Amb l'objectiu de superar les dificultats de conceptualització, la Federació de Asociaciones Nacionales que Trabajan a favor de las Personas sin Hogar (FEANTSA) –organització que reuneix diferents entitats que treballen per pal·liar l'exclusió social i el sensellarisme que influeix molt directament en les polítiques socials europees relacionades amb el fenomen– accepta i adopta la definició de Persones sense Llar (PSLL) que defensa Muñoz, Vázquez i Vázquez (2003, p. 53) “per persona en situació sense llar s'entén aquella persona incapaç d'accedir i mantenir un allotjament personal adequat pel seus propis mitjans o amb l'ajuda dels Serveis Socials, així com aquelles persones que viuen en institucions (hospitals, presons...) però no disposen d'allotjament personal on anar un cop surtin, i persones que viuen en allotjaments infrahumans o en una situació clara d'amuntegament”. Aquesta és la definició més acceptada i emprada quan parlem de persones sense llar.

En qualsevol cas, sense llar és un terme ampli que no només té a veure amb la manca d'allotjament estable i adequat. Per a Cabrera (2004), tot i que són fonamentals, les causes estructurals no expliquen de manera unívoca el fenomen: si fos així, se n'hauria aconseguit l'eradicació proporcionant habitatge i treball als qui estan en aquesta situació.

Per aquest motiu, promoure la Qualitat de Vida (QV) de les PSLL no només implica dotar de béns o drets als ciutadans, ha de promoure el benestar psicològic, l'autodeterminació o l'exercici dels seus drets fonamentals. Per poder-ho fer, cal planificar intervencions que vagin més enllà de la cobertura de necessitats bàsiques. Aquests actuacions han de tenir en compte la individualització i la personalització en la seva metodologia. Segons Cabrera (2000), calen més recursos materials i humans, però sobretot cal un canvi en l'actuació professional que promogui relacions simètriques i bidireccionals i que retorni el protagonisme i la capacitat de decisió a la persona. Segons Cardona (2004), l'acció social amb PSLL ha de promoure el treball amb les persones i per les persones fomentant la vinculació social a través de processos d'acompanyament i empoderament. En la mateixa línia, Pérez Eransus (2004) afirma que, a banda de les prestacions econòmiques o materials, el suport continu és fonamental per a aconseguir l'èxit de la intervenció social. Per això cal emprar tècniques específiques vertebrades al voltant de l'acompanyament social.

Promoure la Qualitat de Vida no només implica dotar de béns o drets als ciutadans, ha de promoure el benestar psicològic, l'autodeterminació o l'exercici dels seus drets fonamentals

El problema apareix a l'hora de planificar aquestes intervencions, ja que l'escassa fonamentació teòrica provoca limitacions en la pràctica diària d'aquelles institucions o organitzacions que treballen habitualment amb persones sense llar. Una de les metodologies més apropiades per intervenir amb persones sense llar és la Planificació Centrada en la Persona (PCP), ja que es basa en la millora de la QV i en la participació plena de la persona en el seu procés d'inclusió social, elements considerats clau en el treball amb PSLL. Basada en els conceptes de QV i d'autodeterminació, el paradigma trenca amb la concepció clàssica de la planificació tot dotant a la persona d'un especial protagonisme en les intervencions, col·locant el professional en un pla secundari com a acompanyant del procés d'inclusió social. A més atorga una gran importància a l'entorn i a les xarxes socials de la persona, i les incorpora al disseny dels objectius i les actuacions. Finalment, cal destacar la importància manifesta dels resultats i els èxits que s'aconsegueixen i que tenen com a finalitat el benestar i la QV del destinatari de l'actuació.

## La qualitat de vida en la planificació centrada en la persona: el model multidimensional de Schalock i Verdugo (2002: 2003)

Si bé als anys seixanta eren els indicadors estrictament materials els que determinaven el nivell de benestar de les persones, la introducció d'elements subjectius en la mesura de la QV que es produeix a partir d'aleshores suposa un canvi fonamental en la concepció del terme. Així, el concepte neix del que Casas, Rosich i Alsinet (2000) qualifiquen com un debat científic que assumeix que els canvis socials positius es componen tant d'elements objectius o observables com d'elements psicosocials.

En la revisió realitzada per Cummins i Cahill (2000), aquests autors consideren que hi ha una sèrie de característiques acceptades de forma majoritària per la comunitat científica. És un concepte multidimensional format per diferents àmbits de la vida de la persona que abraça elements objectius i subjectius, aquests darrers amb pesos específics diferents per a cada persona. Ha de reflectir les normes culturals de benestar objectiu i també permetre que qualsevol persona el pugui utilitzar, independentment de les seves circumstàncies vitals. En qualsevol cas, l'evolució del terme ha permès l'aparició de diferents models de QV, d'entre els quals, els que engloben la QV individual han mostrat un gran desenvolupament en les últimes dècades.

Recollint les característiques exposades en les línies anteriors, Schalock i Verdugo (2002; 2003) en el seu model de QV defineixen el constructe com un fenomen subjectiu basat en la percepció que té cada persona de diversos aspectes de les experiències de la seva vida, incloent-hi les característiques personals, les condicions objectives de vida i les percepcions dels altres sig-

La introducció d'elements subjectius en la mesura de la QV suposa un canvi fonamental en la concepció del terme

nificatius. Així, la QV percebuda inclou la relació entre fenòmens objectius i subjectius. Per a Vidal (2002), hi ha un consens general quant a la seva validesa com a concepte organitzador i de naturalesa multidimensional que permet l'avaluació de programes i el desenvolupament de recursos. És un model especialment important en el desenvolupament de la PCP.

### La QV es materialitza en vuit dimensions diferents

Segons els autors, la QV es materialitza en vuit dimensions diferents: el benestar emocional; relacions interpersonals; benestar material; desenvolupament personal; benestar físic; autodeterminació; inclusió social i drets. Aquestes dimensions s'operacionalitzen mitjançant diferents indicadors de QV definits com les percepcions, comportaments i condicions relacionades amb ella que aporten informació sobre el benestar d'una persona. Són la base per mesurar el concepte i per a l'avaluació dels resultats personals, elements que reflecteixen la situació personal en relació amb els indicadors plantejats. És precisament la possibilitat de mesurar i avaluar els resultats personals relacionats amb la QV de les persones una de les contribucions més importants del model a l'especialització de la intervenció social (Gómez, Verdugo, Arias i Arias, 2010). Seguint aquesta premissa, Úcar (2016) afirma que el professional de l'acció social ha de començar a adonar-se de la importància d'orientar-se vers els resultats de l'actuació en comptes de fer-ho vers el procés en si mateix. I per fer-ho, cal adaptar els coneixements previs a les necessitats i característiques de les persones, grups o comunitats protagonistes de la intervenció, essent necessari dur a terme treballs de recerca emprant les tècniques adequades per a aquest propòsit.

## Mesurar la qualitat de vida en PSSL: l'Escala GENCAT

Malgrat que originàriament el model de QV de Schalock i Verdugo (2002; 2003) fou desenvolupat en l'àmbit de les persones amb discapacitat, ha mostrat una gran evolució i està prenent especial importància com a principi organitzador que es pot utilitzar per a millorar la situació dels col·lectius socialment exclosos (Schalock, 1996).

Com ja s'ha esmentat, l'avaluació dels resultats personals és una de les seves característiques més importants i, per aconseguir-ho, cal comptar amb instruments fiables i vàlids. No obstant això, i malgrat la seva importància, la manca d'instruments específics per mesurar la QV és un handicap difícil de superar. A Espanya, només hi ha hagut un intent d'aplicar un qüestionari específic d'avaluació del constructe en poblacions usuàries de serveis socials basat en el model Schalock i Verdugo: l'Escala GENCAT de Qualitat de Vida (Verdugo, Arias, Gómez i Schalock, 2008). L'escala promou la millora contínua dels serveis socials pel fet de possibilitar l'elaboració i implementació de plans d'intervenció individualitzats i basats en resultats

personals (Gómez, 2010). Les recerques sobre les propietats psicomètriques de l'escala en diferents col·lectius han estat molt satisfactòries (Arias, Gómez, Verdugo i Navas, 2010).

Encara que no fou dissenyada explícitament per avaluar la QV de les diferents PSSL, diferents estudis han fet palès la seva rellevància en ésser aplicada al col·lectiu i considerar-la un instrument adequat no només per mesurar la QV sinó també per millorar les intervencions individualitzades que intenten promoure el benestar de les PSSL (Benito, Alsinet i Macià, 2015; Aguirre, 2013; Ruíz, Verdugo i Orgaz, 2011; Gómez, 2010). Partint d'aquesta premissa. L'objectiu del present treball és analitzar la QV en una mostra de PSSL i comprovar si hi ha diferències en funció de les característiques sociodemogràfiques més importants i especialment segons la cronicitat de la situació sense llar.

## Mètode

### Participants

Els participants en l'estudi són majoritàriament homes (84.7% enfront del 15.3% de dones), d'entre 25 i 73 anys i una mitjana d'edat de 45 (dt= 10.84) i que es troben en una situació de carrer des de fa sis anys i mig de mitjana (dt= 6,84). Les persones d'origen espanyol representen el 38.9% de la mostra, seguides de les d'origen marroquí amb un 18% del total mentre que el 7% són nadius de Ghana i Romania en tots dos casos.

L'únic criteri d'inclusió emprat en l'estudi ha estat la vinculació prèvia dels participants durant un període mínim de tres mesos a l'Oficina Municipal, requisit imprescindible del qüestionari. Pel que fa als professionals de l'equip d'Atenció Social per a PSSL de la ciutat de Lleida encarregats de completar l'escala, han participat els quatre components de l'equip: dos educadors socials i dues treballadores socials. Cadascun s'ha responsabilitzat de completar l'escala relativa a aquelles persones en seguiment i intervenció per part de cada professional durant un mínim de tres mesos.

### Instrument de recollida de dades

L'Escala GENCAT de Qualitat de Vida (Verdugo, Arias, Gómez i Schalock, 2008) és un qüestionari compost per 69 ítems relacionats amb qüestions observables amb la QV individual i distribuïts en vuit subescales corresponents a cada dimensió del model multidimensional de QV de Schalock i Verdugo (2002; 2003): benestar físic, benestar emocional, relacions interpersonals, inclusió social, desenvolupament personal, benestar material, autodeterminació i drets.



Els ítems estan redactats en tercera persona, amb format declaratiu, i les respostes s'ofereixen en una escala de freqüència de quatre opcions ('mai o gairebé mai', 'de vegades', 'sovint' i 'sempre o gairebé sempre'). És el professional de serveis socials qui completa el qüestionari, sobre persones majors de 18 anys, conegudes per ell durant un temps mínim de tres mesos. L'escala ofereix el perfil de QV obtingut a partir de puntuacions estàndard de cada una de les vuit dimensions analitzades i l'índex de QV obtingut a partir de la *puntuació estàndard composta, calculada a partir de les vuit subescales*.

## Procediment

Durant el mes de març de 2014 es va procedir a explicar les característiques i el procés per completar l'Escala GENCAT als professionals. Al llarg de les setmanes següents es van completar 72 escales, essent 18 la mitjana per professional. Cal explicitar que es disposa de consentiment informat de cadascuna de les persones avaluades i que al llarg del procés de la recerca s'han respectat els requisits i estàndards ètics corresponents. Els resultats obtinguts es van analitzar emprant el programa estadístic SPSS 17.

## Resultats

L'Escala GENCAT mostra resultats diferents de QV de les persones usuàries de serveis socials, oferint les puntuacions estàndard per a cada dimensió, els percentils i l'índex de QV. En el present estudi s'han emprat les puntuacions estàndard per tal d'analitzar la QV de la mostra de PSSL i esbrinar si hi ha diferències en les característiques sociodemogràfiques i en la situació de cronicitat dels participants, utilitzant els estadístics corresponents. Els resultats obtinguts s'exposen tot seguit.

En primer lloc, s'analitzen les dades obtingudes per al total de la mostra de PSSL (taula 1). Com es pot comprovar, per dimensions és Drets la que mostra valors mitjans més elevats, destacant per damunt de totes les altres, seguides d'Autodeterminació i Relacions Interpersonals amb puntuacions sensiblement menors. Les dimensions pitjors valorades són Inclusió Social i Benestar Material.

**Taula 1.** Descriptius per a la mostra de PSSL (n= 72) i per a la mostra d'usuaris de serveis socials (Verdugo, Arias, Gómez i Schalock, 2009)

|                          | PSSL<br>x (d.t.)<br>Media | Asimetria | Curtosi | Mostra<br>general<br>(Verdugo, Arias, Gómez<br>i Schalock,<br>2009)x (d.t.) |
|--------------------------|---------------------------|-----------|---------|---|
| Benestar Emocional       | 18.78 (5.13)              | -.003     | -.701   | 23,48 (4,988)   |
| Relacions Interpersonals | 20.19 (5.35)              | -.008     | -.850   | 27,08 (4,743)   |
| Benestar Material        | 15.24 (5.16)              | .449      | -.239   | 28,89 (2,849)   |
| Desenvolupament Personal | 16.44 (5.46)              | .429      | -.463   | 21,50 (4,669)   |
| Benestar Físic           | 18.68 (4.97)              | .034      | -.737   | 27,80 (2,832)   |
| Autodeterminació         | 25.81 (4.87)              | -.272     | -.556   | 24,12 (6,957)   |
| Inserció Social          | 14.90 (3.78)              | .593      | .211    | 23,05 (3,836)   |
| Drets                    | 33.61 (3.90)              | -1.243    | 3.504   | 35,87 (3,939)   |

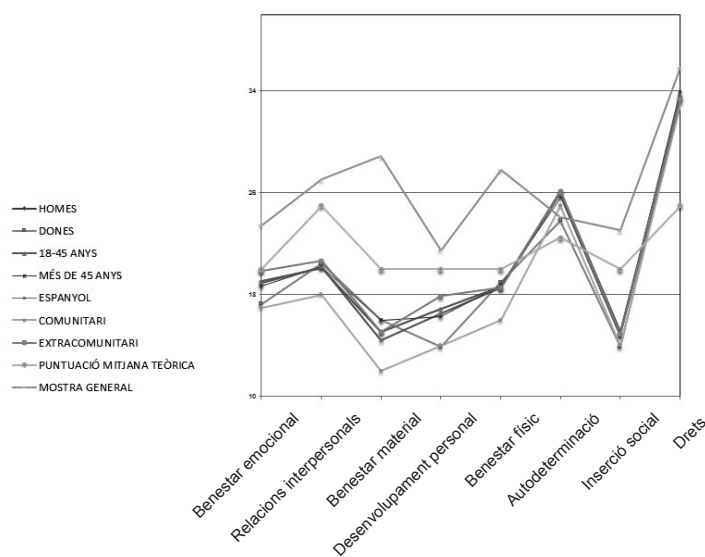
Quan es comparen els resultats obtinguts a la mostra de PSSL amb les dades de la mostra general dels usuaris de serveis socials (Verdugo, Arias, Gómez i Schalock, 2009) l'única dimensió en què les PSSL puntuen més alt que la mostra general és Autodeterminació, tot i que cal assenyalar que les diferències són mínimes. En la resta, els nivells de QV de les PSSL són molt inferiors, destacant especialment les dimensions Benestar Material amb la major i més evident diferència, seguida de Benestar Físic i Inserció Social.

Un cop obtinguts els resultats per a la mostra de PSSL, s'han analitzat les dades de l'escala per a cadascuna de les variables que són objecte de la recerca: d'una banda, el gènere, l'edat i l'origen com a característiques sociodemogràfiques més rellevants i, de l'altra, la cronicitat de la situació d'estar sense llar. A més d'analitzar les diferències entre els participants de l'estudi en funció de les característiques sociodemogràfiques, s'han comparat aquests resultats amb els obtinguts per Verdugo, Arias, Gómez i Schalock (2009) per a la mostra general de persones usuàries de serveis socials i també amb les puntuacions mitjanes teòriques ofertes en el mateix treball. Tot seguit es desglossen els resultats (vegeu la taula 2 i la gràfica 1).

**Taula 2:** Mitjanes, desviacions típiques per a la mostra de PSLL (n= 72) i significació estadística per a  $p \leq 0.05$

| Dimensions      | Benestar Emocional | Relacions Interpersonals | Benestar Material | Desenvolupament Personal | Benestar Físic  | Autodeterminació | Inserció Social | Drets            |
|-----------------|--------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
|                 | x(d.t.)            | x(d.t.)                  | x(d.t.)           | x(d.t.)                  | x(d.t.)         | x(d.t.)          | x(d.t.)         | x(d.t.)          |
| Home            | 19,05<br>(5,15)    | 20,13<br>(5,23)          | 15,10<br>(5,03)   | 16,90<br>(5,218)         | 18,62<br>(4,90) | 26,16<br>(4,60)  | 15,08<br>(3,82) | 33,62<br>(4,04)  |
| Dona            | 17,27<br>(4,94)    | 20,45<br>(6,21)          | 16,00<br>(6,05)   | 13,91<br>(6,332)         | 19,00<br>(5,60) | 23,82<br>(6,01)  | 13,91<br>(3,59) | 33,55<br>(3,17)  |
| 18-45 Anys      | 18,91<br>(5,34)    | 20,20<br>(5,29)          | 14,46<br>(4,57)   | 16,57<br>(5,94)          | 18,57<br>(5,44) | 25,97<br>(4,65)  | 15,03<br>(3,86) | 33,23<br>(3,68)* |
| Més de 45       | 18,65<br>(4,99)    | 20,19<br>(5,48)          | 15,97<br>(5,63)   | 16,32<br>(5,04)          | 18,78<br>(4,55) | 25,65<br>(5,13)  | 14,78<br>(3,75) | 33,97<br>(4,11)* |
| Espanyol        | 19,05<br>(5,15)    | 20,15<br>(5,23)          | 15,10<br>(5,03)*  | 16,90<br>(5,21)          | 18,62<br>(4,90) | 26,16<br>(4,60)  | 15,08<br>(3,82) | 33,62<br>(4,04)  |
| Comunitari      | 17,06<br>(5,63)    | 18 (5,48)                | 12 (3,83)*        | 14,38<br>(5,47)          | 16,44<br>(3,82) | 25,44<br>(4,38)  | 14,19 (3,65)    | 33,94<br>(3,66)  |
| Extracomunitari | 19,86<br>(4,30)    | 20,68<br>(4,01)          | 15,07<br>(5,01)*  | 17,89<br>(5,16)          | 18,57<br>(5,10) | 26,11<br>(4,58)  | 14,89<br>(3,07) | 33,39<br>(4,49)  |

**Gràfica 1:** Mitjanes segons dimensió i variables (n= 72) i comparació amb la puntuació mitjana teòrica i la mostra general (Verdugo, Arias, Gómez i Schalock, 2009)



Són les dones les qui presenten pitjors nivells de QV en comparació amb els homes. Les diferències són especialment importants en les dimensions Desenvolupament Personal, Benestar Emocional i Inserció Social. Malgrat les diferències, no n'hi ha cap de significativa, com es pot comprovar a la taula 2. Aquests resultats contrasten clarament amb els obtinguts per a la mostra general (Verdugo, Arias, Gómez i Schalock, 2009) en què les diferències existeixen i són significatives en Benestar Emocional, Desenvolupament Personal, Benestar Físic i Autodeterminació, i es troben puntuacions lleugerament més altes entre els homes.

Per bé que són les persones majors de 45 anys les qui manifesten els nivells més baixos de QV, en la majoria de dimensions, les diferències entre els participants en funció de l'edat no són rellevants. No obstant això, cal assenyalar que en Drets, encara que són petites, aquestes són significatives. L'estadístic permet afirmar que les persones menors de 45 anys mostren un nivell de QV pitjor que el de les persones de més edat.

Com es pot observar, són les persones d'origen comunitari les que tenen pitjors nivells de QV si es comparen amb les persones originàries d'altres països. En totes les dimensions les puntuacions són inferiors a les de les persones espanyoles i les d'origen extracomunitari, excepte en Drets, encara que amb diferències mínimes. En Benestar Material, les distàncies entre persones comunitàries i la resta de participants són especialment importants, essent l'única en la qual són significatives. Entre les persones d'origen espanyol i extracomunitari, els nivells de QV són bastant similars per a totes les dimensions de l'escala.

Quan es comparen els resultats amb els obtinguts per a la mostra general (Verdugo, Arias, Gómez i Schalock, 2009) es comprova que continuen essent les persones d'origen comunitari les pitjors posicionades, pel fet d'obtenir puntuacions més baixes en cinc de les vuit dimensions de l'escala. Tot i això, és Desenvolupament Personal l'única dimensió en què s'observa una diferència més evident.

D'acord amb tot el que s'ha explicat en els paràgrafs anteriors, es pot afirmar que les puntuacions obtingudes es troben notòriament per sota de la mitjana per a la mostra general. Així, les PSLL tenen uns nivells de QV inferiors a la resta de persones usuàries de serveis socials independentment de les característiques analitzades.

Si analitzem les diferències entre els resultats de la mostra de PSLL i les puntuacions mitjanes teòriques obtingudes de l'escala, es pot comprovar que les primeres són sensiblement més baixes que les segones, especialment en el cas de les persones d'origen comunitari, que tenen un nivell de QV clarament inferior en la majoria de les dimensions de l'escala. De forma general, Inserció Social i Benestar Material són els àmbits que mostren resultats pitjors, mentre que en Autodeterminació els valors són superiors, tot i que amb diferències mínimes, tal com es pot observar en analitzar la gràfica.

La taula 3 mostra els valors obtinguts segons la variable cronicitat. Quan analitzem els resultats, són les persones que fa entre 12 i 36 mesos que estan en situació d'estar sense llar les qui tenen pitjors nivells de QV en quatre de les vuit dimensions, seguit per les persones que fa més temps que estan en aquesta situació (més de 36 mesos). Desenvolupament Personal i Inclusió Social són les dimensions pitjor valorades en aquesta categoria de cronicitat,

Com es pot observar, són les persones d'origen comunitari les que tenen pitjors nivells de QV si es comparen amb les persones originàries d'altres països

Les PSLL tenen uns nivells de QV inferiors a la resta de persones usuàries de serveis socials

essent la primera d'elles la que manté una major distància si comparem les dades amb les de les categories restants i fins i tot amb els resultats per a la mostra general.

En totes les situacions de cronicitat hi ha dimensions que puntuen per sota de la mitjana general, i són les persones que fa més d'un any que estan sense llar les que més lluny estan de les mitjanes generals, i les que fa menys d'un any que estan en aquesta situació les que més s'hi apropen.

**Taula 3:** Diferències segons cronicitat (n= 72), significació estadística (p ≤ 0.05)

| DIMENSIONS               | 1-12<br>x(d.t.)  | 13-36<br>(n= 11)<br>x(d.t.) | + DE 36<br>x(d.t.) | Sig<br>(Bilateral) | Mostra<br>general<br>(Verdugo,<br>Arias,<br>Gómez i<br>Schalock,<br>2009)<br>x (d.t.) |
|--------------------------|------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------|---|
| Benestar Emocional       | 19,05<br>(5,159) | 17,27<br>(4,941)            | 18,48<br>(5,524)   | ,776               | 23,48<br>(4,988)  |
| Relacions Interpersonals | 20,15<br>(5,237) | 20,45<br>(6,219)            | 20,27<br>(5,988)   | ,979               | 27,08<br>(4,743)  |
| Benestar Material        | 15,10<br>(5,032) | 16,00<br>(6,050)            | 14,27<br>(5,043)   | ,007               | 28,89<br>(2,849)  |
| Desenvolupament Personal | 16,90<br>(5,218) | 13,91<br>(6,332)            | 16,98<br>(6,166)   | ,507               | 21,50<br>(4,669)  |
| Benestar Físic           | 18,62<br>(4,903) | 19,00<br>(5,604)            | 18,31<br>(5,215)   | ,184               | 27,80<br>(2,832)  |
| Autodeterminació         | 26,16<br>(4,609) | 23,82<br>(6,014)            | 26,29<br>(4,964)   | ,495               | 24,12<br>(6,957)  |
| Inserció Social          | 15,08<br>(3,822) | 13,91<br>(3,590)            | 14,85<br>(4,074)   | ,550               | 23,05<br>(3,836)  |
| Drets                    | 33,62<br>(4,042) | 33,55<br>(3,174)            | 33,38<br>(4,451)   | ,773               | 35,87<br>(3,939)  |

L'Escala GENCAT de Qualitat de Vida evidencia els nivells del constructe en les seves vuit dimensions per als usuaris de serveis socials

Com es pot observar en analitzar els resultats de l'ANOVA i malgrat que els nivells de QV són distants entre els grups, l'única dimensió en la qual les diferències són significatives és Benestar Material, essent les persones que fa més temps que són al carrer les que veuen més afectada la seva qualitat de vida material. Per a la resta i malgrat les valoracions desiguals, no existeixen diferències significatives entre les persones participants en funció del temps que fa que estan en situació d'estar sense llar.

## Discussió

L'Escala GENCAT de Qualitat de Vida evidencia els nivells del constructe en les seves vuit dimensions per als usuaris de serveis socials. Les PSLI com a part d'aquest col·lectiu precisen d'instruments de mesura que permetin promoure el seu benestar mitjançant intervencions personalitzades i adreçades a potenciar la QV individual. Aquest treball palesa els resultats obtinguts

per una mostra de PSLI i analitzats en funció de determinades característiques sociodemogràfiques i de cronicitat de situació d'estar sense llar.

Sobre la base dels resultats obtinguts, es pot afirmar que les PSLI tenen uns nivells baixos de QV en la majoria de les dimensions que l'escala avalua, fent èmfasi en la Inclusió Social i el Benestar Material. Segons Castell (1990), les situacions de pobresa es desenvolupen al voltant de dos eixos principals: la integració social i la inserció relacional. A partir de la intersecció d'aquests dos eixos apareixen tres zones de vulnerabilitat en què es pot trobar una persona: la zona d'integració, la zona de vulnerabilitat i la de desafiliació. Les PSLI es trobarien en aquesta última zona en manifestar manca d'integració tant social com relacional. Per a Matulic (2010) les mancances econòmiques són una de les causes principals del sensellarisme, especialment entre les persones més joves. Per tant, no és sorprenent que siguin les dues dimensions esmentades anteriorment les àrees en què les PSLI manifesten pitjors valoracions.

Les PSLI tenen uns nivells baixos de QV en la majoria de les dimensions que l'escala avalua, fent èmfasi en la Inclusió Social i el Benestar Material

Verdugo, De Borja Jordán d'Urríes, Orgaz, Benito, Martín-Ingelmo, Ruiz i Santamaría (2010) han utilitzat l'Escala GENCAT per avaluar un programa d'intervenció sobre l'ocupació destinat a persones en situacions d'exclusió social, entre les quals, una mostra de PSLI. Cal destacar que els resultats obtinguts presentessin nivells de QV sensiblement superiors als d'aquesta recerca en les dimensions Benestar Físic i Desenvolupament Personal, mentre que foren menors per a Relacions Interpersonals. En qualsevol cas, les dimensions Drets i Autodeterminació són les millor valorades en tots dos treballs, mentre que Inserció Social i Benestar Material són les que es presenten pitjor posicionades en totes dues mostres de PSLI, motiu pel qual es pot afirmar que els resultats no difereixen gaire dels que s'han trobat en el present estudi.

La recerca no ha trobat diferències significatives entre homes i dones, malgrat que les dones manifesten nivells inferiors de QV. L'estudi de la perspectiva de gènere en el sensellarisme és anecdòtic. D'entre els pocs estudis, Díaz (2014) planteja que les dones pateixen una sèrie de desigualtats i desavantatges que els homes que estan en situació d'estar sense llar no manifesten i que les posicionen en una situació subordinada respecte d'aquests. En la mateixa línia, Fernández-Rasines i Gámez-Ramos (2013) plantegen que la visió androgènica de les polítiques socials del sensellarisme no aconsegueix superar aquestes dificultats afegides pel fet d'ésser dona, la qual cosa provoca una major invisibilitat del col·lectiu femení.

Pel que fa a l'edat, tot i que són les persones de més edat les que presenten pitjors nivells de QV, Drets és l'única dimensió en què les diferències són significatives a favor de les persones de més de 45 anys, que puntuen més alt. Això pot ser degut al fet que els drets que adquireixen les persones de més edat respecte a determinades prestacions augmenten la valoració de la dimensió. A més, l'existència d'un grup important de persones de menys de

45 anys d'origen extracomunitari que no disposen de documentació en vigor també podria col·laborar en aquest resultat, pel fet de no poder exercir certs drets a causa d'aquesta circumstància.

Les persones d'origen comunitari són les que tenen pitjors nivells de QV en general, essent especialment importants les diferències en Benestar Material. Encara que es podria pensar que són les persones d'origen extracomunitari les que es podrien trobar en aquesta situació, els resultats obtinguts en el present estudi s'apropen als que mostren altres treballs similars (Verdugo, Arias, Gómez i Schalock, 2009).

La cronicitat de la situació sense llar no sembla influir gaire en la QV dels participants. No obstant això, cal assenyalar que són les persones que es troben a la zona intermèdia les qui manifesten pitjors nivells de QV quan les comparem amb les que porten més i menys temps. Això pot ser degut al fet que les persones que fa més temps que són al carrer desenvolupen una capacitat d'adaptació a la situació i també coneixen i utilitzen els recursos bàsics. Aquest grup de persones també solen ser les de més edat i, per tant, poden accedir a prestacions que pal·lien en certa manera algunes de les necessitats que manifesten. En el cas de les persones que porten menys temps al carrer, la novetat de la situació pot ajudar a reduir el deteriorament que pateixen quan s'hi mantenen.

Els pocs estudis que analitzen la cronicitat de la situació d'estar sense llar mostren que són les persones que fa més temps que són al carrer les que presenten un deteriorament més gran tant a nivell físic, psicològic com emocional (Panadero & Muñoz, 2014). Navarro-LasHayas (2014) quan analitza el malestar emocional en una mostra de persones migrants sense llar obté resultats importants. Entre els quals, que les persones migrants no estan en situació de carrer cronificada, però tampoc no són nouvinguts. Tot i que quan analitza el patiment psicològic i el malestar emocional les diferències en funció de la cronicitat de la situació d'estar sense llar no són significatives en cap cas per a aquestes dimensions, sí que es fa referència, tanmateix, a la major puntuació en patiment psicològic en aquelles persones que més temps fa que estan en aquesta situació.

Promoure la QV de les PSSL és un objectiu essencial en la intervenció social. Per a Casas (2004), incorporar la QV permet, entre altres coses, que els professionals modifiquin el discurs en centrar-se en els elements positius més que no pas en els elements negatius o pessimistes que influeixen directament en les persones destinatàries de l'acció social. Funes (1995) recull en un decàleg per al disseny d'intervencions sobre la marginació com un element important actuar des del dret de la persona a ser una persona, motiu pel qual la intervenció s'ha de basar en els drets de les persones i no en les seves limitacions, en la necessitat de planificar accions pel simple fet que les persones són objecte de drets.

Són les persones que fa més temps que són al carrer les que presenten un deteriorament més gran tant a nivell físic, psicològic com emocional

Per fer-ho, però, és necessari disposar de metodologies d'avaluació de la qualitat i els processos de millora contínua que implica la seva implementació i donar importància a l'avaluació d'aquells aspectes que milloren la QV i la satisfacció dels destinataris de la intervenció (Vidal, 2002). Partint d'aquesta premissa, avaluar les necessitats d'intervenció amb l'objectiu de proposar accions com més individualitzades millor i valorar possibles necessitats no satisfetes que impedeixen el compromís de les persones en els processos d'inclusió social són dues raons per les quals s'ha d'implementar l'avaluació dels serveis si és que es vol promoure el benestar dels seus usuaris (March i Montané, 2002). Les mateixes autores afirmen que cal emprar eines d'avaluació senzilles, fàcils i útils que permetin conèixer les necessitats de les persones i avaluar els efectes de la intervenció social.

És aquí que l'ús d'instruments d'avaluació de la QV esdevé important, sobretot si estan específicament dissenyats per a ser útils en la planificació d'accions personalitzades com és el cas de l'Escala GENCAT de Qualitat de Vida. Aquesta és precisament una de les fortaleces d'aquest estudi, l'avaluació de resultats personals de QV a través d'un qüestionari amb fiabilitat i validesa confirmada. Si, a més, les dades obtingudes fan possible el disseny d'actuacions personalitzades d'acord amb les necessitats i desitjos de les persones protagonistes, els avantatges augmenten.

Entre les limitacions de la recerca, la mostra reduïda n'és la més problemàtica. No és fàcil desenvolupar estudis que tinguin com a protagonistes les PSSL i, quan es poden dur a terme, els obstacles per aconseguir mostres àmplies són molt evidents. Augmentar la mida mostral o replicar l'estudi en altres ciutats amb característiques similars semblen les solucions més adequades.

Malgrat els desavantatges, l'últim objectiu de la recerca ha estat conèixer la situació de partida per poder promoure la QV i el benestar en persones que es troben en un procés d'exclusió social severa. L'aproximació a la mesura de la QV de les PSSL i el seu corresponent ús per al disseny d'intervencions adreçades al col·lectiu són dos dels assoliments més destacables d'aquest treball. Els resultats obtinguts ens permeten ésser optimistes quant a la impor-

Aquesta és precisament una de les fortaleces d'aquest estudi, l'avaluació de resultats personals de QV a través d'un qüestionari amb fiabilitat i validesa confirmada

tància creixent d'emprar eines i recursos que promoguin la intervenció social basada en la qualitat, així com la introducció d'instruments d'avaluació destinats a les persones que utilitzen els recursos i serveis socials que serveixen de suport per fer efectiva aquesta qualitat en la intervenció social.

Eva Benito Herráez  
Educativa Social i Doctora en Psicologia  
Professora del Grau de Psicologia i Grau d'Educació Social  
Universitat de Lleida  
evabenito@pip.udl.cat

Carles Alsinet i Mora  
Professor titular de Psicologia social  
Degà de la Facultat de Psicologia, Educació i Treball Social  
Universitat de Lleida  
alsinet@pip.udl.es

Araceli Maciá Antón  
Catedràtica del Departament de Metodologia de les Ciències  
del Comportament  
Universitat Nacional d'Educació a Distància  
amacia@psi.uned.es

## Bibliografia

**Aguirre, B.** (2013). "El acompañamiento social personalizado como fórmula innovadora de respuesta a personas con trastorno mental y en exclusión social". *Zerbitzuan*, 54, 127-137.

**Arias, B.; Gómez, L. E.; Verdugo, M. A.; Navas, P.** (2010). "Evaluación de la calidad de vida en personas drogodependientes mediante el modelo de Rasch". *Revista Española de Drogodependencias*, 35(1), 206-219.

**Benito, E.; Alsinet, C.; Maciá, A.** (Marzo, 2015). "La Calidad de Vida en Personas Sin Hogar con y sin discapacidad. El caso de la ciudad de Lleida". En Verdugo, M. A. (Director), IX Jornadas Científicas Internacionales de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Simposio dirigit per INICO (Instituto Universitario de Integración en la Comunidad), Salamanca.

**Cabrera, P. J.** (2000). *La acción social de personas sin hogar en España*. Madrid: Foessa; Cáritas Española.

**Cabrera, P. J.** (2004). "La vida al ras". *Educació social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 27, 11-20.

**Cardona, A.** (2004). "Las personas sin hogar y las políticas sociales". *Educación Social*, 27, 21-40.

**Casas, F.** (2004). "De afrontar problemas sociales a promover la calidad de vida". *Revista de Historia de la Psicología*, 25(4), 305-322.

**Casas, F.; Rosich, M.; Alsinet, C.** (2000). "El bienestar psicológico de los preadolescentes". *Anuario de Psicología*, 31(2), 73-86.

**Castel, R.** (1990). *La metamorfosis de la cuestión social*. Buenos Aires: Paidós.

**Cummins, R. A.; Cahill, J.** (2000). "Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva". *Intervención Psicosocial*, 9(2), 185-198.

**Díaz, M.** (2014). "Mujeres sin hogar: aproximación teórica a una situación de desprotección, vulnerabilidad y exclusión". Materiales CIP, Informes nº 9. Institut de Ciències Polítiques i Socials. Universitat Autònoma Barcelona.

**Fernández-Rasines, P.; Gamez-Ramos, T.** (2013). "La invisibilidad de las mujeres sin hogar en España". *Revista de Psicología*, 22(2), 42-52.

**Funes, J.** (1995). "Lecturas inadaptadas sobre los ciudadanos con dificultades sociales". *CL & E: Comunicación, lenguaje y educación*, 27, 31-38.

**Gómez, L. E.** (2010). *Evaluación de la calidad de vida en servicios sociales: validación y calibración de la Escala GENCAT*. (Tesi Doctoral). INICO, Universitat de Salamanca, Salamanca. Recuperat de <http://gredos.usal.es/ispui/handle/10366/76489>

**Gómez, L. E.; Verdugo, M. A.; Arias, B.; Arias, V.** (2010). "A comparison of alternative models of individual quality of life for social service recipients". *Social Indicators Research*, 101, 109-126.

**Marzo, M.; Montané, S.** (2002). "Eines per a l'avaluació de la qualitat". *Educació social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 21, 115-130.

**Matulic, M. V.** (2016). *Procesos de inclusión social de las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: relatos de vida y acompañamiento social* (Tesi Doctoral). Universitat de Barcelona, Barcelona. Recuperat de <http://hdl.handle.net/10803/393958>

**Muñoz, M.; Vázquez, C.; Vázquez, J. J.** (2003). *Los límites de la exclusión: Estudio sobre los factores económicos, psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid*. Madrid: Témpora, 19.

**Navarro-Lashayas, M. A.** (2014). "Sufrimiento psicológico y malestar emocional en las personas migrantes sin hogar". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(124), 709-721.

**Panadero, S.; Muñoz, M.** (2014). "Salud, calidad de vida y consumo de sustancias en función del tiempo en situación sin hogar". *Anales de Psicología*, 30(1), 70-77.

**Pérez Eransus, B.** (2004). "El acompañamiento social como herramienta de lucha contra la exclusión". *Documentación Social*, 134, 89-108.

**Ruiz, N.; Verdugo, M. Á.; Orgaz, M. B.** (2011). "Análisis de la calidad de vida en trabajadores con discapacidad en situación de exclusión social en empleo ordinario". *Documentación Social*, 161, 187-201.

**Schallock, R.** (1996) (Ed.). *Quality of life: its conceptualization, measurement and use*. American Association of Mental Retardation, Washington.

**Schallock, R.; Verdugo, M. A.** (2002; 2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid, España: Alianza Editorial.

**Úcar, X.** (2016). “Els professionals d’allò socioeducatiu com a investigadors: la creació de coneixement”. *Educació Social. Revista d’Intervenció Socioeducativa*, 62, 11-23.

**Verdugo, M. A.; Arias, B.; Gómez L. E.; Schalock, R. L.** (2008). *Formulari de l’Escala GENCAT de Qualitat de Vida. Manual d’aplicació de l’Escala GENCAT de Qualitat de Vida*. Barcelona: Departament d’Acció Social i Ciutadania. Generalitat de Catalunya.

**Verdugo, M. A.; Arias, B.; Gómez L. E.; Schalock, R. L.** (2009). *Model Qualitat de Vida. Informe sobre els perfils de servei basats en el model de qualitat de vida per als serveis socials especialitzats de Catalunya*. Departament de Benestar Social i Família, Barcelona, Generalitat de Catalunya.

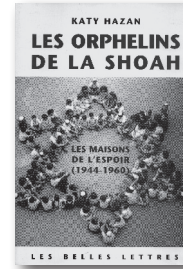
**Verdugo, M. A.; De Borja Jordán de Urríes, F.; Orgaz, B.; Benito, M. C.; Martín-Ingelmo, R.; Ruiz, N.; Santamaría, M.** (2010). *Impacto social del programa ECA CAJA MADRID de empleo con apoyo*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.

**Vidal, X.** (2002). “L’avaluació de la qualitat de vida en els serveis per a persones amb retard mental”. *Educació social. Revista d’Intervenció Socioeducativa*, 21, 58-82.



Foto: Carlo Sußmich - Fotolia.com

Libres recuperats, publicacions



## ***Les orphelins de la Shoah. Les maisons de l'espoir (1944-1960)***

***Katy Hazan***  
***París: Les Belles Lettres, 2000***

En acabar la guerra mundial, una de les grans problemàtiques a resoldre és la dels infants orfes en una Europa devastada. Es tracta de donar suport per orientar la vida d'uns infants que han estat exposats a la violència, la crueltat, el patiment i la pèrdua.

L'experiència de la guerra fa que els models clàssics de la caritat i el control es manifestin clarament insuficients per contribuir a superar tot aquest conjunt de vivències traumàtiques i s'obri pas a nous plantejaments de caràcter educatiu i terapèutic.

Si això és així en el conjunt de la població infantil, el problema s'agreuja encara més en els infants supervivents de la Shoah, l'extermini nazi sobre el poble jueu. En aquest cas, a més dels efectes de la guerra, han patit també el drama de la persecució, l'escarni, l'expulsió, la deportació als camps, la violència racial, la indiferència de la població i la desaparició forçada de familiars. L'infant supervivent de la Shoah és un cas especial perquè està doblement victimitzat: en tant que infant, i en tant que jueu. Pot entendre la guerra, però és molt més difícil d'acceptar o de comprendre la vivència de deportació o la desaparició dels seus pares, dels quals esperen un retorn que en la majoria de casos no es produirà.

El llibre que presentem és un estudi històric que recupera les experiències pedagògiques de treball amb aquests infants supervivents. Per una banda, descriu les diferents propostes que conviuen en aquell moment, molt disperses entre elles des del punt de vista ideològic, tot i ser totes específiques per a infants jueus. En segon lloc, dóna la paraula a aquells infants, ja avis que en parlen per primera vegada en el moment de fer el llibre l'any 2000. Expliquen els seus records sobre com van recomençar una nova vida amb altres infants en les diferents institucions.

Però també dóna la paraula als que van ser els seus educadors/es, que expliquen com eren aquells infants i quins van ser els greus efectes de les vivències que van experimentar. Tot i que el pas del temps fa que els antics infants parlin des dels bons records, els professionals mostren les conseqüències del que avui dia es descriu dins de l'estrès posttraumàtic: violència, tristesa, desarrelament, dificultats en les relacions, trastorns diversos (son, alimentació...). Es tracta de desenvolupar projectes educatius positius que han de donar un marc de referència que esdevingui la família que han perdut, que desenvolupi les potencialitats dels infants de cara al seu futur i que, a la vegada repari les conseqüències dels traumes viscuts. Com diu el subtítol del llibre, que esdevinguin "cases de l'esperança".

Des del nostre punt de vista, és una aportació rellevant perquè presenta la perspectiva del treball amb els infants al bast camp d'estudi sobre la Shoah. En aquest sentit, un dels molts mèrits d'aquest llibre és l'articulació de diverses tipologies de discurs: l'estudi historiogràfic més pur que aporta dades objectives sobre el context i els fets, la mirada pedagògica sobre els diferents models i las perspectives de com abordar el treball amb els supervivents i finalment el treball etnogràfic, que obre la porta a conèixer la vivència subjectiva dels protagonistes, tant dels infants com dels educadors/es, en un dels moments més foscos de la història de la humanitat.

Jesús Vilar Martín  
Professor de la Facultat  
d'Educació Social  
i Treball Social Pere Tarrés - URL



## **Una mirada psicosocial a la salut i la malaltia**

**Carles Ariza**  
**Barcelona: Claret, 2016**

Al llarg dels anys la salut ha estat merament concebuda des d'una vessant físico-biològica, centrada únicament en la malaltia, deixant al marge els factors psicosocials que incideixen sobre la salut de les persones. El present llibre parteix d'un avançat enfocament bio-psico-social, aportant una perspectiva molt equilibrada sobre el binomi salut-malaltia, des d'un punt de vista multidimensional, en el qual es contempla la persona en la seva totalitat.

S'articula en cinc capítols, contemplant un professional social, agent clau i ineludible en la detecció, el tractament i la prevenció dels problemes i factors psicosocials que presenten els usuaris, grups i comunitats. Mostra, així mateix, una diversitat d'eines metodològiques i competències bàsiques que desenvolupa, dins l'àmbit psicosocial, de manera rigorosa i ètica.

De la mateixa manera, descriu i reflexiona sobre la concepció i la intervenció de la salut i la malaltia al llarg dels anys; posant l'accent en aquells elements que influeixen i fins i tot determinen l'estat de benestar de la població. S'endinsa en el paradigma de l'epidemiologia social i els seus indicadors de mesura, així com apunta les diferents teories que la conformen.

Ahora, convida a l'anàlisi i a la reflexió sobre els diferents problemes de salut vinculats a cada moment del cicle vital de les persones. Mostra una visió de treball detallada i encaminada a la promoció de la salut, posant èmfasi en l'acció comunitària i l'educació per a la salut, exposant les diferents estratègies i models de la conducta, així com les possibles línies d'abordatge del professional social en aquest camp.

Així mateix, destaca la importància de la prevenció primària, secundària i terciària, traça una taxonomia social de les malalties transmissibles i les malalties no transmissibles, cròniques en la seva evolució, i apunta cap a les possibles mesures des de la salut pública per generar una òptima atenció integral de la salut.

El llibre aporta un valor afegit rellevant, la metodologia de l'aprenentatge basat en problemes (ABP), a l'inici de cada capítol, a través de la història de l'Eduard; Incorpora també elements per a la discussió al final de cada tema, fet que permet al professional social reflexionar, analitzar i construir sobre el contingut i la pràctica, identificar noves estratègies d'acció i, en definitiva, establir noves sinergies crucials entre l'àmbit social i sanitari, avui en dia.

Fátima Cevallos Correa  
Educatora social



## Llibres rebuts

**Jover, D.** (2016). *Mar de luz: cooperación y fraternidad*. Barcelona: Icària.

**Rossell, T; Rodríguez, P.** *La entrevista en el Trabajo social*. Barcelona: Herder.  
(2017). *Guia pràctica d'avaluació de programes del tercer sector social*. Barcelona: Ivàlua.

## Propostes

### Propers números monogràfics

#### Educació social i justícia restaurativa

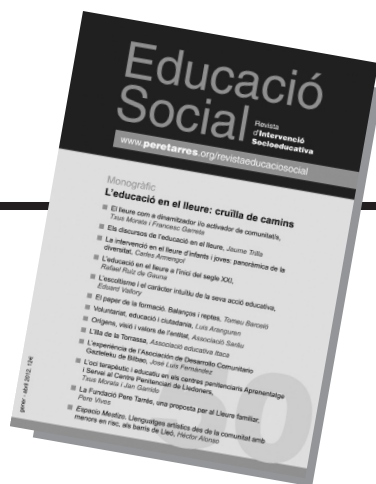
La manera com en la nostra societat s'ha concretat el desenvolupament de la justícia penal ha estat sobretot centrant-se en un sistema garantista, respectuós amb els drets individuals de les persones que han comès un delictes. En aquest sentit, podem parlar d'un oblit de les necessitats de la víctima, de les de la comunitat i, fins i tot, de les de la persona responsable del mateix delictes.

La justícia restaurativa és el moviment que representa una justícia en trànsit cap a un sistema que tingui més en compte les necessitats reals de les persones que han estat part en un procés penal.

Així doncs, davant d'un fet delictiu, caldrà preocupar-se per aquelles persones que n'han patit els danys, sense deixar de banda els autors i comptant amb la comunitat de la quals tots són membres, de cara a trobar entre tots respostes reparadores del dany.

La pregunta fonamental romandrà en si la nostra societat està preparada per iniciar un camí que busqui més el penediment i la reparació que no pas el càstig.

## Pautes generals per a la presentació d'originals



**Educació Social. Revista d'intervenció socioeducativa**, està oberta a les aportacions d'experiències, treballs i recerques dels diversos àmbits de la intervenció socioeducativa. Es donarà prioritat a aquells articles que facin aportacions significatives per a la pràctica professional o tractin d'aspectes innovadors pel que fa als camps d'intervenció o als models i mètodes de treball.

- 1 Els articles hauran de ser inèdits.
- 2 L'extensió màxima dels articles per a la secció d'intercanvi serà d'entre 36.000 i 39.000 caràcters (amb espais). També es poden aportar ressenyes bibliogràfiques per a la secció "**Publicacions**", i cròniques o informacions d'interès professional, per a la secció "**Propostes**". En aquests casos l'extensió màxima serà de 2.500 caràcters.
- 3 Els treballs poden presentar-se en català o castellà, indistintament. La presentació dels articles haurà de ser per correu electrònic, en un arxiu de Word.
- 4 Indicacions:
  - Les taules i gràfics es presentaran en un arxiu a part i s'indicarà el lloc on s'han de col·locar en l'article.
  - Les anotacions a peu de plana es numeraran per ordre d'aparició i es presentaran al final del text.
  - Les referències bibliogràfiques es presentaran al final del text i per ordre alfabètic d'autors.
- 5 Els articles hauran d'anar acompanyats en un document a part de les dades bàsiques de l'autor/s: nom i cognoms, adreça electrònica i postal, telèfon, fax, professió, càrrec i lloc de treball.
- 6 El consell de redacció triarà els treballs per a ser avaluats i comunicarà als autors la decisió presa.
- 7 No es retornaran els originals dels treballs no publicats.
- 8 Els textos que es publiquen en aquesta revista estan subjectes a les condicions d'una llicència Creative Commons de Reconeixement- No comercial- amb obres derivades. *Així, doncs, s'autoritza al públic en general a reproduir, distribuir i comunicar i generar obres derivades de l'obra sempre que se'n reconegui l'autoria i l'entitat que la publica i no se'n faci un ús comercial. Els autors/es que vulguin publicar en Educació social. Revista d'intervenció socioeducativa accepten aquestes condicions.*

*Els articles o col·laboracions s'han de pujar a la plataforma de la revista.*