



# VIII Premi de Recerca en Treball Social DOLORS ARTEMAN MILLOR PROPOSTA DE RECERCA A REALITZAR

MARÇ 2019



COL·LEGI OFICIAL  
DE TREBALL SOCIAL  
DE CATALUNYA

[www.tscat.cat](http://www.tscat.cat)

## La intervenció social amb famílies en situació de cronicitat en els Serveis bàsics d'atenció social

**Coordinació:** Alba Pirla i Santamaria i Ramon Julià i Traveria.

**Autores:** Lorena Bertran i Arruego, Assun Farré i Monjo, Laura Haro i Pérez, Irene Ibarz i Baquedano, Montserrat Massana i Esteve, Anna Maria Piñol i Morera, Ester Siscart i Pifarré, Vanesa Vilas i Miró, i Anna Villafranca i Narciso



VIII Premi de Recerca en Treball Social  
“Dolors Arteman”

MILLOR PROPOSTA DE RECERCA A REALITZAR

---

# La intervenció social amb famílies en situació de cronicitat en els Serveis bàsics d'atenció social

---

**Coordinació:**

Alba Pirla i Santamaria  
i Ramon Julià i Traveria

**Autores:**

Lorena Bertran i Arruego, Assun Farré i Monjo,  
Laura Haro i Pérez, Irene Ibarz i Baquedano,  
Montserrat Massana i Esteve,  
Anna Maria Piñol i Morera, Ester Siscart i Pifarré,  
Vanessa Vilas i Miró, i Anna Villafranca i Narciso

**Títol:** La intervenció social amb famílies en situació de cronicitat en els Serveis bàsics d'atenció social.

**Coordinació:** Alba Pirla i Santamaria i Ramon Julià i Traveria

**Autores:** Lorena Bertran i Arruego, Assun Farré i Monjo, Laura Haro i Pérez, Irene Ibarz i Baquedano, Montserrat Massana i Esteve, Anna Maria Piñol i Morera, Ester Siscart i Pifarré, Vanesa Vilas i Miró, i Anna Villafranca i Narciso

**Edita:** Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya

**Data de publicació:** març 2019

**ISBN:** 978-84-09-10700-1

**Disseny, maquetació:** Sprint Copy, SL

---

# Jurat del VIII Premi de Recerca en Treball Social “Dolors Arteman”

---

## **Presidenta del Jurat:**

Núria Carrera i Comes

*Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya*

## **Jurat:**

Josep Manel Barbero Garcia

*Universitat de Girona*

Joana Crusellas Martínez

*Universidad Nacional de Educación a Distancia*

Jose Fernandez Barrera

*Universitat de Barcelona*

Rosa M. Ferrer Valls

*Revista de Treball Social*

Cristina Gené i Alegret

*Generalitat de Catalunya*

Eva Godoy León

*Ajuntament de L'Hospitalet*

María Tereza Leal Cavalcante

*Universitat Ramon Llull*

Sílvia Madrid Alejos

*Universitat de Vic*

Josep Muñoz Luque

*Diputació de Barcelona*

Xavier Pelegrí Viaña

*Universitat de Lleida*

Ramona Torrens Bonet

*Universitat Rovira i Virgili*

# Índex

|                                                                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Índex de gràfics                                                                                                      | 4         |
| Índex de quadres - resum                                                                                              | 5         |
| Índex de taules - resum                                                                                               | 5         |
| <b>1. INTRODUCCIÓ</b>                                                                                                 | <b>10</b> |
| <b>2. MARC TEÒRIC</b>                                                                                                 | <b>12</b> |
| 2.1. Què entenem per cronicitat als Serveis bàsics d'atenció social?                                                  | 12        |
| 2.2. Passivitat i cronicitat vs autonomia i apoderament                                                               | 14        |
| 2.3. La cronificació de la pobresa vs la cronificació de la vulnerabilitat en el context de desigualtat social actual | 18        |
| 2.4. La pobresa com a llegat familiar i l'impacte sobre els i les menors                                              | 24        |
| 2.5. El malestar de les professionals en relació a les famílies cròniques                                             | 29        |
| 2.6. La innovació en l'abordatge de la cronificació                                                                   | 34        |
| <b>3. OBJECTIUS, HIPÒTESIS I METODOLOGIA</b>                                                                          | <b>39</b> |
| 3.1. Objectius                                                                                                        | 39        |
| 3.2. Hipòtesis                                                                                                        | 40        |
| 3.3. Metodologia                                                                                                      | 41        |
| 3.3.1. Tècniques                                                                                                      | 42        |
| 3.3.1.1. Autoavaluacions de les professionals: perquè i per a què?                                                    | 42        |
| 3.3.1.2. Col.loquis familiars/diàlegs apreciats                                                                       | 44        |
| 3.3.1.3. Grups de discussió, grups de treball i grups focals                                                          | 47        |
| 3.3.2. El factor temps en la tria de la mostra                                                                        | 48        |
| 3.4. Reflexions sobre el procés metodològic                                                                           | 49        |
| 3.4.1. Breu reflexió sobre l'anàlisi de les dades quantitatives                                                       | 50        |
| 3.4.2. Sobre les autoavaluacions                                                                                      | 50        |
| 3.4.3. Sobre els col.loquis familiars/diàlegs apreciats                                                               | 52        |
| 3.4.4. Sobre els grups de treball, grups focals i grup de discussió                                                   | 53        |

|                                                                                                               |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>4. ANÀLISI DEL PERFIL DE LES FAMÍLIES EN SITUACIÓ DE CRONICITAT EN ELS SERVEIS BÀSICS D'ATENCIÓ SOCIAL</b> | <b>56</b>  |
| 4.1. Perfil de les famílies en situació de cronicitat                                                         | 58         |
| 4.1.1. Anàlisi bivariable                                                                                     | 67         |
| 4.1.2. Tipologies obtingudes a partir de l'anàlisi clúster                                                    | 87         |
| 4.2. Síntesi de l'anàlisi quantitativa                                                                        | 90         |
| <b>5. ANÀLISI DE LES AUTOAVALUACIONS REALITZADES PER LES PROFESSIONALS</b>                                    | <b>93</b>  |
| 5.1. La dona, referent de la família crònica                                                                  | 94         |
| 5.2. La cronicitat vestida de diversitat cultural                                                             | 97         |
| 5.3. L'ètnia gitana, un cas especial?                                                                         | 101        |
| 5.4. Malaltia i cronicitat en els Serveis bàsics d'atenció social: un binomi previsible?                      | 106        |
| 5.5. Intervenir vs gestionar. Aquest és el dilema                                                             | 110        |
| 5.6. El debat sobre l'adequació de les prestacions i recursos i la seva efectivitat per a promoure canvis     | 118        |
| 5.7. Els diagnòstics i plans de treball: una brúixola sense nord?                                             | 122        |
| 5.8. Els models d'intervenció: models o no models? Aquesta és la qüestió                                      | 127        |
| 5.9. Drets o beneficència?                                                                                    | 130        |
| 5.10. Participació de la persona en el procés: objecte o subjecte? Usuaris o ciutadans?                       | 134        |
| 5.11. L'empatia, la confiança i el vincle positiu                                                             | 137        |
| 5.12. Respecte a la expectatives de canvi i transgeneracionals                                                | 139        |
| 5.13. Síntesi de les idees clau de les autoavaluacions de les professionals                                   | 141        |
| <b>6. ELS COL·LOQUIS FAMILIARS/DIÀLEGS APRECIATIUS</b>                                                        | <b>144</b> |
| 6.1. Recordant els inicis, el primer contacte, com diria Silvia Navarro: "con tacto"?                         | 145        |
| 6.2. Sobre les professionals, un vincle construït a base d'ajuda i d'ajudes                                   | 147        |
| 6.3. Un vincle entre dones                                                                                    | 150        |
| 6.4. El SAD actual, una oportunitat perduda per al vincle?                                                    | 151        |
| 6.5. El dret a rebre i el deure d'obeir                                                                       | 152        |
| 6.6. I jo què necessito? Salut, diners, amor, vivenda                                                         | 156        |
| 6.7. No sé si tinc algun punt fort, però si vols et dic els febles                                            | 159        |
| 6.8. Un futur reservat als fills i filles                                                                     | 161        |

|                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 6.9. Perquè no ens n'hem sortit? Culpa vs responsabilitat                     | 162 |
| 6.10. Podem avançar sols? La renúncia a l'autonomia                           | 164 |
| 6.11. El futur, somniar o resignar-se                                         | 167 |
| 6.12. Una realitat, dues mirades                                              | 170 |
| 6.13. Què ha provocat el col·loqui en sí mateix                               | 171 |
| 6.14. Síntesi de les idees clau dels col·loquis familiars/diàleg apreciatius. | 175 |

## **7. CONCLUSIONS** 179

|                                          |     |
|------------------------------------------|-----|
| 7.1. En relació als objectius plantejats | 179 |
| 7.2. Conclusions de la recerca           | 180 |

## **8. PROPOSTES I RECOMANACIONS** 194

|                                                                                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 8.1. Recomanacions adreçades a l'organització de Serveis socials                                         | 194 |
| 8.2. Recomanacions adreçades a les professionals del Serveis bàsics d'atenció social                     | 199 |
| 8.2.1. Propostes i concrecions estratègiques, segons l'anàlisi cluster, adreçades als perfils resultants | 203 |

## **9. Bibliografia** 213

## **10. Annexos**

|                                                   |     |
|---------------------------------------------------|-----|
| -Annex 1. Model de fitxa d'autoavaluació          | 221 |
| -Annex 2. Model de guió dels col·loquis familiars | 223 |

---

## **Índex de gràfics**

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| Gràfic 1. Distribució per sexe                                        | 58 |
| Gràfic 2. Distribució per edat                                        | 59 |
| Gràfic 3. Distribució per barris de la ciutat de Lleida               | 59 |
| Gràfic 4. Tipus de cronicitat.                                        | 60 |
| Gràfic 5. Nombre d'anys d'atenció als Serveis bàsics d'atenció social | 60 |
| Gràfic 6. Grup etnoterritorial                                        | 61 |
| Gràfic 7. Tipologia de família                                        | 61 |
| Gràfic 8. Famílies monoparentals per grup etnoterritorial             | 62 |
| Gràfic 9. Famílies monoparentals per situació laboral                 | 62 |
| Gràfic 10. Famílies monoparentals perceptores RMI                     | 63 |
| Gràfic 11. Nivell d'instrucció                                        | 63 |

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| Gràfic 12. Situació laboral                                             | 64 |
| Gràfic 13. Malaltia                                                     | 64 |
| Gràfic 14. Discapacitat                                                 | 65 |
| Gràfic 15. Perceptors de RMI                                            | 65 |
| Gràfic 16. Mitjana d'edat segons grup etnoterritorial                   | 69 |
| Gràfic 17. Anàlisi de correspondències barri segons tipus de cronicitat | 70 |
| Gràfic 18. Anàlisi de correspondències barri per grup etnoterritorial   | 71 |

---

### Índex de quadres - resum

|                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Quadre 1. Perfil de famílies de les autoavaluacions realitzades                          | 51  |
| Quadre 2. Perfil de les famílies amb les que s'han realitzat col·loquis                  | 53  |
| Quadre 3. Tipus de cronicitat segons grup etnoterritorial i barri                        | 82  |
| Quadre 4. Tipus de cronicitat segons tipus de família i barri                            | 82  |
| Quadre 5. Barri segons nivell d'instrucció i grup etnoterritorial                        | 83  |
| Quadre 6. Situació laboral per barri i grup etnoterritorial                              | 84  |
| Quadre 7. Tipus de cronicitat segons situació laboral i grup etnoterritorial             | 85  |
| Quadre 8. Malaltia segons situació laboral i barri                                       | 86  |
| Quadre 9. Perceptors de RMI segons barri i tipus de cronicitat.                          | 86  |
| Quadre 10. Resultat de l'anàlisi clúster                                                 | 87  |
| Quadre 11. Cluster d'alta cronicitat                                                     | 88  |
| Quadre 12. Quadre-resum de les idees més importants en relació al perfil de les famílies | 90  |
| Quadre 13. Models professionals en la dialògica disciplina- context                      | 115 |
| Quadre 14. Resum de les idees més importants en relació a les autoavaluacions            | 141 |
| Quadre 15. Resum de les idees més importants dels col·loquis familiars                   | 175 |

---

### Índex de taules - resum

|                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| Taula 1. Intervencions professionals realitzades                    | 66 |
| Taula 2. Problemàtiques registrades                                 | 66 |
| Taula 3. Recursos gestionats per les famílies                       | 67 |
| Taula 4. Mitjana d'edat segons barris                               | 68 |
| Taula 5. Nombre de membres a la família segons barri                | 72 |
| Taula 6. Nombre de membres a la família segons grup etnoterritorial | 73 |



|                                                                                                  |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Taula 7. Nombre de menors a càrrec segons barri                                                  | 73 |
| Taula 8. Nombre de menors a càrrec segons grup etnoterritorial                                   | 74 |
| Taula 9. Mitjana de professionals, intervencions i visites a domicili segons tipus de cronicitat | 79 |
| Taula 10. Tipus de problemàtiques segons tipus de cronicitat                                     | 79 |
| Taula 11. Mitjana de recursos segons tipus de cronicitat                                         | 80 |
| Taula 12. Mitjana d'edat per barri i sexe                                                        | 81 |

## AGRAÏMENTS

Aquesta recerca no hauria estat possible sense l'empenta de la nostra Cap de Serveis Socials, Lourdes Zanuy, que ens va motivar a crear un espai de coordinació intern on reflexionéssim sobre les famílies en situació de cronicitat i sobre la forma com s'estaven abordant des dels Serveis bàsics d'atenció social de Lleida. Era ja en aquell moment, l'any 2015, imprescindible parar i repensar estratègies. Vam iniciar el grup de treball, que ha anat creixent i canviant en el decurs d'aquests 3 anys. El nostre agraïment a ella per estar al nostre costat i encoratjar-nos per a poder-la desenvolupar.

Més tard, els actuals caps de serveis socials Joan Canut i Luisa Conejos, amb la valoració i recolzament del nostre Regidor Xavier Rodamilans, ens van seguir empenyent a continuar la feina iniciada i a disposar dels elements imprescindibles per poder portar a terme el treball de camp: temps de treball i espais de reflexió, que no haguessin estat possibles sense que les caps de zona Tere Farré i Estefania Revés haguessin posat també totes les facilitats per fer-ho possible. A totes elles, moltes gràcies.

Volem agrair també al Col·legi Professional de Treball social de Catalunya la confiança en nosaltres per portar a terme la investigació, amb la concessió del VIII Premi Dolors Arteman en la categoria de recerca a realitzar. Ens van donar l'empenta final que ens faltava. No ser un equip vinculat directament a l'àmbit investigador i amb dedicació directa al món acadèmic ha estat un repte que hem tirat endavant amb la motivació i la voluntat de generar una procés profund de reflexió i de millora, de generar coneixement i noves praxis que ens permetin créixer com a professionals i, a l'hora,

generar canvis i millorar la vida de la ciutadania que atenem des dels Serveis bàsics d'atenció social.

El nostre profund agraïment també a les famílies participants als col·loquis, que ens han obert la seva llar, ens hem “re-conegut” i ens han donat la possibilitat de reflexionar, millorar i plantejar-nos recuperar la funció que ens és pròpia com a treballadores socials.

No volem deixar de donar les gràcies a les companyes dels Serveis bàsics d'atenció social que van començar a l'equip i que per diferents motius personals, de canvis laborals i/o de conciliació familiar, han hagut de deixar la recerca en algun moment del trajecte: Marta Escolà, Tere Villas i Sara Sabes, gràcies! La vostra aportació es troba enmig d'aquest document que ens omple de satisfacció.

No podem oblidar tampoc a les companyes que, malgrat no formar part de l'equip, han participat en el treball de camp, Montse Pauné, Alicia Figueras, Imma Mazarico, Hermínia Vicente, Maite Roca i l'alumna de pràctiques del Grau de Treball Social, Alba Gisbert.

Agrair també al professor Cecílio Lapresta, company de la Universitat de Lleida, el seu suport i paciència en les orientacions per a la realització de l'anàlisi estadística, així com amb el programa estadístic SPSS.

També volem agrair a l'Esther Fanlo, responsable tècnica de la Regidoria de Promoció i gestió de l'hàbitat rural, urbà i la sostenibilitat de l'Ajuntament de Lleida la cessió del millor espai de trobada i treball per l'equip, al bell mig del parc natural de la Mitjana, on el poder de la natura ens va aportar la tranquil·litat per poder fer els grups focals i de discussió.

I per últim, felicitar a tot l'equip dels Serveis bàsics d'atenció social que han estat claus per poder arribar al punt actual i finalitzar la recerca: per la seva constància, capacitat de treball, motivació i ganes de millorar les seves grans qualitats tècniques que, sense cap dubte, estan presents en cada paràgraf de la investigació.

*“Tenemos que revisar todo el material de nuevo –siguió diciendo Wallander-. Es lo que vamos a hacer a partir de ahora. Estoy convencido de que en alguna parte hay un punto por el que podemos abrirnos camino. Lo que pasa es que no lo hemos visto todavía. Nos lo hemos saltado. Hemos ido y hemos vuelto, el punto estaba allí, pero hemos mirado en otra dirección”.*

*Henning Mankell (La quinta mujer)*

## 1. INTRODUCCIÓ.

Des d'un espai de coordinació de professionals de Serveis bàsics d'atenció social, davant el progressiu deteriorament de situacions familiars en intervenció de forma permanent en el temps, ens vàrem plantejar, l'any 2016, iniciar una recerca aplicada que permetés, d'una banda, conèixer el perfil de les persones i famílies en situació de cronicitat en relació amb els serveis socials, i d'altra banda, l'anàlisi de la metodologia d'intervenció que les professionals<sup>1</sup> han articulats al llarg del temps en la intervenció.

Així mateix, preteníem reflexionar sobre la intervenció social, els models teòrics i noves metodologies existents i la seva aplicació a la intervenció social amb aquest tipus de famílies.

Amb el Premi Dolors Arteman del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, categoria de recerca a realitzar, lliurat en la seva 8ª edició al nostre equip, vam poder donar una empenta a la fase final de la recerca, no sense entrebancs, atenent al fet que la major part de l'equip no es dedica a tasques investigadores sino que són professionals en actiu als serveis socials bàsics i la seva compatibilitat dins i fora de l'horari laboral no sempre resulta senzilla. Tot i així, l'equip es va consolidar i es va incorporar un segon Coordinador professor de la Universitat de Lleida (UdL), que ens

---

<sup>1</sup> Atenent a la majoria de dones que exerceixen la professió, en aquesta recerca utilitzarem la vessant femenina aglutinant així a tot el col·lectiu de professionals.

va ajudar a sistematitzar i a treballar metodològicament amb la lògica investigadora. L'equip s'ha implicat en la realització del treball de camp i en el conjunt de les accions necessàries per poder dur a terme la recerca amb èxit.

En el procés hem incorporat la veu de les persones afectades, com a forma d'apoderament, fent-les participants d'un procés de canvi des del primer moment, i també hem tingut en compte els coneixements i el bagatge de les professionals per tal de plantejar nous mecanismes teòric-pràctics útils per abordar aquestes situacions que solen generar desgast professional i incertesa.

Hem elaborat el marc teòric, a partir de les teories i referències bibliogràfiques existents. Hem realitzat el treball de camp mitjançant col·loquis familiars, autoavaluacions, grups focals i de discussió amb les professionals referents i, un cop feta l'anàlisi de les dades i extret un conjunt de conclusions, hem elaborat un seguit de recomanacions i propostes adreçades a l'organització i a les professionals dels Serveis bàsics d'atenció social. Posteriorment, hem dissenyat una proposta experimental que ens ha de permetre avançar en la millora de la intervenció social amb les famílies en situació de cronicitat.

En aquests moments, la nova proposta estratègica d'intervenció social amb famílies en situació de cronicitat als Serveis bàsics d'atenció social es troba en fase d'implementació, amb el suport i impuls per part dels responsables tècnics i polítics de la Regidoria de Polítiques per als Drets de les Persones de l'Ajuntament de Lleida. 30 professionals de tots els Serveis bàsics d'atenció social participen en la prova pilot. Contemplem un període de 6 mesos per a una primera avaluació de procés i per a una altra quan compleixi un any de recorregut. D'ambdós moments, lliurarem al Col·legi Professional de Treball Social de Catalunya els corresponents informes avaluatius.

## 2. MARC TEÒRIC.

### 2.1. Què entenem per cronicitat als Serveis bàsics d'atenció social.

---

Les famílies en situació de cronicitat i dependència dels serveis socials són un dels perfils que molt sovint tractem les professionals dels equips de Serveis bàsics d'atenció social. Aquestes persones i famílies presenten, generalment, una situació de risc social que fa necessària la implicació i l'abordatge dels serveis socials des de diferents vessants: assessorament, protecció, control social, assistencial, entre d'altres. Fruit d'aquesta situació ens trobem com a resultat una intervenció complexa, perllongada en el temps, en la qual la situació familiar no avança o ho fa de forma cíclica o insuficient, convertint-se en crònica.

El risc de dependència d'aquestes famílies sovint ve donat, d'una banda, per una progressiva delegació de funcions bàsiques en estructures institucionals i professionals per part de les famílies i, de l'altra, pel desconeixement i / o la dificultat de trobar els models i mètodes més adequats per a la intervenció per part de les professionals. També unit, com veurem desenvolupat més tard, a la dificultat en el context actual de sortir de situacions de precarietat econòmica que poden desencadenar processos d'exclusió social i, amb ells, de cronicitat i dependència.

Segons Ginesta et al. (2017) les persones o famílies qualificades com a cròniques requereixen una intervenció de molt llarga durada al tractar-se de situacions d'alta complexitat. Són persones i famílies en situació d'exclusió social, que presenten diferents tipus de dificultats o necessitats i que, segons els autors, es poden definir en:

- Manca d'autonomia (relacionada amb la dependència funcional o social, amb la salut -malalties físiques o mentals i addicions).
- Dificultats de l'àmbit relacional (relacionals o d'integració social, amb una insuficient, inadequada o inexistent xarxa de suport social).
- Necessitats materials i instrumentals (de subsistència).

La combinació de diferents necessitats poden produir situacions complexes amb tendència a la cronificació si no obtenen una resposta o tractament adient. Com refereix Rodríguez (2003), la cronicitat és una de les característiques d'aquestes famílies multiproblemàtiques i de la relació que s'instaura entre elles i els serveis.

En aquest sentit, com diuen alguns autors, "anomenar o etiquetar aquestes famílies com a multiproblemàtiques, multiassistides, desestructurades o disfuncionals, predisposa als/a les professionals en contra de les seves possibilitats de recuperació, i al mateix temps es produeix un traspàs de responsabilitats parentals i familiars, com a producte de la multi-assistència sostinguda en el temps i la invasió progressiva en totes les àrees de la vida familiar per part dels professionals, amb la conseqüent dependència de la seva figura".Rodrigo et al. (2011:24)

També cal tenir present que el factor temps és quelcom que juga en contra. Segons Escudero (2013) el temps és un exponent que multiplica el resultat final, ja que el temps cronificat d'una situació de desequilibri, l'agreuja, i a la inversa, és a dir, menys temps crea més resiliència i més garanties d'equilibri.

El mateix autor fa referència a dues estructures que afecten a la cronicitat. D'una banda, aquella formada per condicionants bio-psico-socials que impedeixen a la família avançar, resoldre o superar la seva situació i, d'altra banda, l'estructura de recursos bio-psico-socials que es poden activar en ella mateixa per afavorir el canvi.



Per tant, com abans millor que s'incorporin estratègies tendents a l'apoderament i a l'autonomia, entesa aquesta autonomia en paraules de De Robertis (2017) com "auto, jo", "nomia, regla o norma" i que és considerat autònom aquell que basa el seu comportament en les regles que ha escollit lliurement, essent el seu contrari la dependència, que significa estar lligat a, dependre de l'autoritat, "estar sotmès a" (alguna cosa o algú). Així, com dèiem, més autonomia significa menys risc que es generi més desequilibri i més cronicitat.

## **2.2. Passivitat i cronicitat vs Autonomia i apoderament.**

---

Segons Fantova (2017), és l'autonomia funcional i la integració relacional la que ens donarà la mesura de la intervenció social i quina intensitat, exigència o durada hem de considerar. A partir d'aquí, segons l'autor, ens trobarem amb tres tipus d'intervencions:

- Intervencions necessàriament individuals.
- Intervencions que poden fer-se de manera individual o col·lectiva en funció de consideracions organitzatives o econòmiques.
- Intervencions necessàriament col·lectives.

Els canvis, com destaquen Barbero i Cortés (2014), sovint es plantegen com un desig i cal que es posin les condicions perquè siguin realitat. Els autors posen de manifest que els canvis són costosos i força més lents del que hom voldria. És important destacar com l'impuls al canvi està relacionat amb més creativitat en les intervencions. La creativitat comporta la capacitat d'innovació, de risc, d'assumir reptes i experimentar metodologies que puguin aportar elements innovadors i d'activació de les fortaleces familiars.

Segons Escudero (2013) hi ha tres aspectes fonamentals en aquesta anàlisi de la cronicitat, relacionats amb la intervenció:

1. Els factors i circumstàncies de la família que poden associar-se a una cronificació de les dificultats.
2. L'anàlisi de les reaccions negatives que es produeixen en la treballadora social.
3. De manera més global, el context de pessimisme, i fins i tot d'estigmatització que de vegades es produeix en el marc ampli de la xarxa d'atenció.

Aquesta interpretació de "famílies difícils o irrecuperables" provoca sovint un enfocament pessimista i negatiu en la intervenció. Per això, és molt important que en la nostra anàlisi de la cronificació introduïm una perspectiva sobre el que hem fet els equips d'intervenció amb aquestes famílies, així com els factors interns de les mateixes que l'han consolidat. En definitiva una avaluació i autoavaluació contínua.

En aquest sentit és molt interessant l'aportació que fa Escudero (2013) en relació a la importància de definir la relació família i professional i el primer efecte que es produeix automàticament quan posem la cronicitat com a diagnòstic, segons l'autor, és que el que planificarem i comunicarem sobre el treball conjunt amb aquestes famílies serà diferent. Tindrem un marc de pensament que ens allibera de la sensació de fracàs, perquè la cronicitat ja no és una conseqüència o una errada del nostre treball, sinó precisament una característica que estem combatent i que s'ha convertit en objectiu central.

D'altra banda, des de principis de l'ètica de la intervenció social, aquesta hauria de tendir cap al principi d'autonomia i participació de les persones, en relació a les decisions sobre la seva vida.

L'autonomia, com hem vist, té a veure amb la capacitat de la persona per establir les seves pròpies normes d'acció moral; l'autodeterminació, en canvi, té a veure amb la capacitat executiva, amb els actes de la persona. L'autodeterminació és, llavors, el procés mitjançant el qual la persona es constitueix com a subjecte moral a través dels seus actes. I en aquest sentit, l'autodeterminació no sempre suposa que la persona sigui considerada autònoma.

Segons Lozano (2018), l'autodeterminació s'assolirà plenament al llarg del desenvolupament vital de la persona, per la seva inclusió en grups socials, com la família, i en funció de normes heterònomes establertes i que els individus assimilen, o incompleixen, i amb les conseqüències que se'n deriven per al seu desenvolupament personal i social.

Bueno et al. (2015) destaquen que la professional de la intervenció social ha d'iniciar la seva actuació conscient de la seva responsabilitat i només en el context de la relació amb l'usuari i membres de la unitat familiar pot determinar com s'ajusten totes i cadascuna de les exigències ètiques i morals implicades. L'activitat pràctica de la treballadora social ha d'incorporar criteris ètics relatius a la beneficència cap a la persona, l'assignació de recursos, l'ajuda per part de terceres persones, però també, evidentment, el respecte per la seva opinió, el seu consentiment i participació, entre altres.

Altres autors fan referència al fet que "la professional que prové d'un model centrat en la perspectiva de l'usuari tendeix a respectar les seves decisions i el seu benestar, mentre que la que actua des d'un model centrat en la perspectiva de la institució tendeix a actuar de forma paternalista o antipaternalista amb l'usuari". Salcedo a Idareta (2013:29).

Noves teories com l'apoderament també haurien de guiar les intervencions socials, aplicant aquest concepte d'autonomia. Segons Segado (2011) l'apoderament és el procés d'augmentar el poder personal, interpersonal i comunitari o polític de forma que els individus, famílies i les comunitats puguin actuar per si mateixes en la millora de les seves situacions.

Intervenir des de les fortaleeses equilibra la relació de poder de la que hem parlat anteriorment. La falta de poder és inherent a la raó per la qual cerquen ajuda; si l'enfocament es realitza des dels dèficits, es reforça la vulnerabilitat i es posa en relleu la relació desigual. En canvi, segons De la Paz et al. (2014), si les pràctiques professionals es realitzen des de la potenciació de les fortaleeses, sense oblidar els problemes reals, ens permetrà tenir una visió diferent de l'altre, des del seu interior.

Així, aplicat al treball social, l'apoderament seria un procés de mutualitat i col.laboració mitjançant el qual les famílies i els seus membres, de forma individual, i amb la treballadora social, assoleixen la presa de consciència i l'augment del propi poder al llarg d'un procés en el que es formulen uns objectius i es desenvolupa una feina per arribar a complir-los.

En aquest sentit, l'autora referent del treball social, Richmond (2005), afirma que es pot paraitzar a les persones si se les tracta com a essers ensinistrables, i la professional se situaria com a benefactora.

L'actitud compassiva és un gran obstacle en el desenvolupament ja que, en definitiva, la nostra percepció positiva augmenta si aconseguim el benestar per nosaltres mateixos, més que si ho fan els altres per nosaltres.

### 2.3. La cronificació de la pobresa vs la cronificació de la vulnerabilitat en el context de desigualtat social actual.

---

Tot i l'esmentat fins al moment, és imprescindible tenir presents altres aspectes que tenen a veure amb la cronicitat, més enllà dels factors interns familiars i dels professionals o el factor temps, i que condicionen en gran mesura la cronificació de famílies vulnerables: la precarietat econòmica continuada, que pot desencadenar processos d'exclusió social i de dependència dels Serveis bàsics d'atenció social.

El context de crisi dels darrers 10 anys ha comportat situacions de cronificació de famílies que s'han vist abocades a la precarització de la seva situació laboral i, conseqüentment, econòmica i residencial, entre d'altres. Aquestes no eren famílies tradicionalment multiproblemàtiques, ni existien indicadors de risc o aspectes transgeneracionals previs que fessin previsible la seva relació inicial i posterior dependència dels serveis socials.

En aquestes famílies, la pobresa econòmica les ha abocat a una situació de complexitat social i al deteriorament progressiu de les seves capacitats i potencialitats latents, portant-les al desenvolupament de problemàtiques sobrevingudes que empitjoren i fan que el cercle de cronicitat es consolidi.

Segons Alsinet et al. (2014), en els primers moments de la crisi es va produir un augment molt fort de la pobresa econòmica, ara sembla que està estabilitzat o almenys no hi ha un creixement significatiu, però sí que s'observa cronificació i les situacions són més complexes.

La permanència de situacions de pobresa econòmica acaba generant efectes psicològics, falla la xarxa de suport, apareixen conflictes intrafamiliars, entre altres. Aquest fet pot generar nous perfils de cronicitat.

Segons el darrer informe FOESSA (2017) la crisi va suposar un autèntic tsunami social, i els anys post-crisi no han servit per reparar els seus efectes, més enllà d'una parilització del deteriorament en part de les llars i un retrocés en les que van estar més afectades. De la mateixa manera, sembla que es comença a instal·lar l'acceptació de la precarització de les condicions de vida i treball com l'única sortida possible. Dit d'una altra manera, ha calat el discurs que afirmava que la situació pre-crisi era irreal i estàvem vivint per sobre de les nostres possibilitats.

En el context de crisi, segons Abad i Martín (2015) i sota l'auge de polítiques neoliberals, els problemes i processos socials es naturalitzen de tal manera que apareixen dibuixats com a fenòmens inevitables de la realitat. En aquesta mateixa mesura, sembla que les polítiques públiques no corregeixen aquestes dinàmiques sino que promouen dispositius de regulació de la social i no de canvi o promoció.

Així, els mecanismes d'intervenció es redueixen a evitar situacions de risc que impedeixen el bon funcionament autònom, autoregulat, d'allò social. Els mateixos autors manifesten que la nova configuració social col·loca en el centre de l'escena la tensió entre la lògica de l'acció social emancipadora i transformadora, versus la lògica més tradicional de l'assistència.

Són nombroses les aportacions i recents estudis que destaquen que les situacions de pobresa no només s'estan cronicant, sinó que cada vegada són més complexes. La nostra societat ja tenia una gran capacitat per generar bosses d'exclusió i la crisi, com hem vist fins ara, les ha potenciades.

Si observem dades d'evolució econòmica dels darrers anys podem veure com les persones perdien la feina, subsidis, o patien la reducció de prestacions, i el nostre país estava al capdavant de l'increment de la desigualtat a la Unió Europea. Autors com Marin (2018) posen de manifest idees com el fet tenir feina no és sinònim de reduir la pobresa, per l'empitjorament dels salaris i de les condicions laborals, -la darrera Enquesta de Població Activa (EPA) del 2017 alerta de l'augment de les llars amb tots els membres aturats o del nombre d'aturats de llarga durada (probablement assimilables a una situació de pobresa crònica)-.

Segons Pelegrí et al (2015) reapareix, entre aquests "nous pobres", un antic concepte conegut com a "pobresa vergonyant". Si les noves persones i famílies que cauen en situacions de pobresa i vulnerabilitat, eviten demanar ajuda a serveis socials, a no acceptar atencions que consideren de beneficència, el seu progressiu deteriorament també els pot portar a empitjorar la seva situació, a augmentar cada cop la seva complexitat i, consegüentment, tendir a la cronicitat a mig i llarg termini.

L'Institut Nacional d'Estadística (INE) considera que una persona està en situació de pobresa persistent si està classificada com a pobra dins de l'últim any i almenys dos dels tres anteriors. Els indicadors de cronificació de la pobresa han de reflectir situacions de pobresa estructural i, per tant, no poden ser considerades les situacions momentànies i circumstancials. Segons això, i segons dades extretes de l'estudi "La cronificació de la pobresa" realitzat per l'Observatori de Creu Roja l'any 2017, el 40,6% de les persones que han estat estudiades en la seva recerca estarien classificades en la categoria de "pobresa persistent o de llarga durada" i el 41,8% de les persones amb pobresa greu es troben en situació de pobresa crònica.

En aquest estudi es reflecteix que el percentatge majoritari són dones (el 66,5%) amb una mitjana de 41 anys. Un 47,1% és d'origen autòcton, seguit pel grup de persones procedents del Marroc (21,2%). Els col·lectius que hi estan més exposats, segons aquest estudi, per edat, són les persones majors de 60 anys, que presenten un indicador més alt de cronificació el 62,34%, seguides per la franja d'edat d'entre 40-49 anys (51%). En relació a la tipologia del nucli familiar, més de la meitat (54%) tenen parella i fills, però cal destacar que un 24,6% són famílies monoparentals i el 23,1% mares amb descendència.

Parlar de la cronificació de la pobresa és parlar de persones que pateixen de manera sostinguda en el temps situacions de precarietat econòmica, que les aboquen inevitablement a situacions de pobresa. Són persones en situacions de desocupació i amb dificultat d'accés al mercat de treball, o amb feina precària que no els permet garantir les necessitats bàsiques.

Són els pensionistes, les persones amb incapacitats permanents i les que treballen en tasques de la llar de forma no remunerada les que, tot i ser poc representatives en el conjunt de la mostra, presenten els índex més alts de cronificació, segons la recerca de referència.

Una de les conseqüències, segons l'esmentat estudi, a curt i mig termini, és la dependència dels ajuts. Aquesta dependència econòmica i social representa una carència objectiva, que impacta en la subjectivitat de la persona.

Segons l'estudi, l'actual sistema d'ajudes no garanteix la cobertura de totes les necessitats de les famílies sense ingressos, ni ho fa de manera adequada, indefinida i amb dignitat, generant, aquesta dependència, ajudes fragmentades per anar afrontant



la cobertura de necessitats bàsiques de manera intermitent, però sense possibilitats de sortir de la seva situació de pobresa.

En aquest sentit, les persones en situació de pobresa, acaben essent “peregrines” de les ajudes, i han d’explicar davant de cada professional de serveis socials o de cada entitat social la seva situació, i han de demostrar voluntat i ganes de trobar feina i justificant les seves necessitats.

Tornant a l’informe FOESSA (2017), les trajectòries d’exclusió en la crisi han tingut detonants fonamentals, com la pèrdua d’ocupació, l’absència d’oportunitats laborals o la precarització de les seves condicions.

No obstant això, la intensitat i la velocitat d’aquestes trajectòries han estat determinades per la capacitat de trobar suport en el camí. Els suports familiars o d’amistats, prestacions econòmiques, ajudes d’emergència per al pagament d’habitatge gestionants des de serveis socials o entitats del tercer sector, són alguns dels exemples que han esmorteït la caiguda.

En aquest sentit, des dels primers símptomes de la crisi, les llars sense suports són les que han viscut les situacions de major vulnerabilitat, desenvolupant molt ràpidament caigudes a les situacions d’exclusió més severes. No obstant això, també a les llars amb suports, l’extensió de la crisi i les polítiques d’austeritat han sobrecarregat aquests suports. A tall d'exemple, parlem de famílies extenuades, sense més capacitat d'ajudar, serveis socials amb llargues llistes d'espera, absència de polítiques d'ocupació destinades a les persones aturades de llarga durada, absència de polítiques d’habitatge, entre altres.

En aquest context de desigualtat, cal tenir en consideració el recull del Dictamen Els Serveis Socials Bàsics a la província de Barcelona, que posa de manifest les febleses i la

reducció de recursos d'altres sistemes de protecció social i com afecten als Serveis bàsics d'atenció social i, en conseqüència, a la ciutadania, i afavoreixen l'augment de la desigualtat:

“Si la reforma laboral es tradueix en contractes precaris, els treballadors pobres es veuen empesos a demanar suport econòmic als Serveis bàsics d'atenció social per cobrir les seves necessitats bàsiques. Si el sistema sanitari redueix prestacions com medicacions, transport sanitari, la durada dels ingressos hospitalaris, es requereix als Serveis bàsics d'atenció social que facin ajuts per pagar medicaments, transport sanitari, o que atenguin a través dels serveis d'ajuda a domicili les persones que han sortit d'alta hospitalària amb necessitat de cures importants.

Si el sistema d'educació no disposa de prou recursos per oferir beques de menjador, llibres o transport, s'espera que des dels Serveis bàsics d'atenció social es complementi amb recursos propis aquesta necessitat. Si hi ha infants que no poden accedir a activitats extraescolars es demana la col·laboració dels Serveis bàsics d'atenció social. Si les polítiques d'habitatge permeten que les famílies perdin la seva llar, i el sistema d'habitatge no disposa de prou recursos o no està suficientment articulat, es canalitzen les necessitats d'habitatge cap als Serveis bàsics d'atenció social”. Ginesta et al. (2017:23),

Segons les mateixes autores, en els darrers anys, la delegació de noves tasques, sovint amb terminis d'implementació immediats, ha estat una constant als Serveis bàsics d'atenció social. Això ha exigit a les professionals oferir respostes ràpides, sense la capacitat de reflexió i de reorganització que aquesta atenció requeria.

D'aquesta manera, els Serveis bàsics d'atenció social acullen "com poden" les persones i famílies que han estat expulsades d'altres sistemes de protecció social, tot i no disposar dels recursos addicionals per atendre-les de manera efectiva i adequada. Acaben fent una funció substitutòria, agreujada per la inadequació entre els recursos disponibles i la complexitat de les necessitats a atendre.

#### **2.4. La pobresa com a llegat familiar i l'impacte sobre els i les menors.**

---

Segons l'Institut Nacional d'Estadística (INE) en el seu Estudi sobre Transmissió intergeneracional de la pobresa (2005), un dels factors que poden influir en el grau de pobresa de les persones són les situacions de pobresa viscudes a l'adolescència, en la mesura que aquestes redueixen les possibilitats de rebre una educació adequada, i d'adquirir i desenvolupar les seves capacitats.

D'aquesta manera, la pobresa patida en aquesta etapa influeix negativament en el futur econòmic de l'adolescent. L'estudi presenta la relació entre variables de la situació socioeconòmica dels actuals adults durant la seva adolescència i la seva situació actual. L'estudi identifica els mecanismes que poden influir en la transmissió entre generacions del nivell de formació, així com de la situació econòmica en general i de la pobresa en particular.

Mostren la importància que les circumstàncies en què es va viure l'adolescència tenen en el nivell de formació i la posició econòmica que han arribat a assolir els actuals adults. Conclou l'estudi que, encara que totes les variables considerades afecten l'educació i la situació econòmica de l'adult, són el nivell de formació del pare i la freqüència dels problemes econòmics durant l'adolescència les que exerceixen una

major influència. La variable situació respecte a l'activitat de la mare, encara que presenta cert grau de relació amb el nivell de formació i la situació econòmica, sembla exercir una influència menor que la de les altres variables.

Atenent a aquestes dades, és important considerar els indicadors descrits per tal de preveure la transmissió generacional de la pobresa; així, famílies en situació de cronicitat als Serveis bàsics d'atenció social que presenten els indicadors descrits, amb alta probabilitat, els seus fills poden mantenir i configurar-se també com a adults en posicions de vulnerabilitat que puguin fer necessària la seva atenció des dels Serveis bàsics d'atenció social.

Si analitzem de forma específica l'impacte del llegat de la pobresa sobre els menors, cal posar de manifest la gravetat dels seus efectes, tant en el present com en el futur dels mateixos. La Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència té per objecte la promoció del benestar personal i social dels infants i els adolescents i de les actuacions de prevenció, atenció, protecció i participació dirigides a aquestes persones a fi de garantir l'exercici de llurs drets, l'assumpció de llurs responsabilitats i l'assoliment de llur desenvolupament integral.

La llei reconeix respecte i suport a les responsabilitats parentals :

1. Els pares i les mares tenen responsabilitats comunes en l'educació i el desenvolupament dels fills menors d'edat. Les polítiques d'atenció i protecció dels infants i els adolescents han d'incloure les actuacions necessàries per a l'efectivitat de llurs drets, tenint en compte que el benestar dels infants i els adolescents està íntimament relacionat amb el de llurs famílies.
2. Els poders públics han de proporcionar la protecció i l'assistència necessàries a les famílies perquè puguin assumir plenament llurs responsabilitats.

3. Les necessitats dels infants i els adolescents s'han de satisfer allà on viuen i creixen, sempre que sigui possible, i s'ha de tenir en compte, alhora, llur benestar material i espiritual.

Així, en el context anteriorment descrit de precarietat i pobresa econòmica, vulnerabilitat, cronicitat i dependència de les famílies, els i les menors es veuen clarament afectats per indicadors de risc en tant que no poden tenir garantits els drets que els hi són reconeguts.

La mateixa Llei 14/2010 refereix que els poders públics han d'adoptar amb caràcter urgent les mesures necessàries per a evitar que el contingut essencial dels drets dels infants i els adolescents resti afectat per la manca de recursos adaptats a llurs necessitats. En l'article 37, recull que els pares i les mares i les persones que tenen atribuïda la tutela o la guarda dels infants i els adolescents han d'assegurar, dins llurs possibilitats, les condicions de vida necessàries per al desenvolupament integral dels infants i els adolescents.

La Llei també refereix que les administracions públiques han de vetllar per la protecció dels infants i els i les adolescents en el cas de mal ús de la potestat parental, tutelar o de la guarda i també perquè els pares, els titulars de la tutela o els que en tenen la guarda disposin de les oportunitats i dels mitjans d'informació i formació adequats per a ajudar-los a complir llurs responsabilitats envers els infants i adolescents. Igualment, han de posar especial atenció en les necessitats dels infants i adolescents de famílies monoparentals i en l'àmbit de famílies pertanyents als grups menys afavorits o que viuen en situació de pobresa.

En aquests sentit es corre el risc de fer polítiques adreçades a garantir els drets de la infància oblidant que aquests menors conviuen en un context familiar. Les polítiques

de lluita contra la malnutrició infantil, per posar un exemple, que només garanteixin una alimentació saludable als i les menors, i que no contemplen a la resta de llur unitat familiar. Creiem, amb aquest exemple, que es poden donar respostes parcials, fragmentades i allunyades dels drets socials de tota la unitat de familiar, ja que ha de ser la família en primera instància que pugui disposar dels elements necessaris per cobrir les necessitats bàsiques dels menors, però també per poder sobreviure com a família.

Alsinet et al. (2014) es refereixen al fet que el context de crisi i els canvis que hi ha hagut els darrers anys en la reducció de drets d'accés a determinades prestacions, com l'antiga Renda Mínima d'Inserció (RMI), produeixen en les famílies, i principalment en els infants, canvis en les seves conductes i en la seva manera de percebre el món que els envolta. Aquestes desigualtats socials encara són més alarmants quan es produeixen en la relació dels infants i adolescents amb el seu grup d'iguals, i a la vegada aquestes situacions poden repercutir en la relació amb el seus pares i en el seu rendiment acadèmic, iniciant una nova etapa d'exclusió social.

En el mateix estudi es destaca que existeix un augment de situacions d'ansietat, estrès i depressió, fruit d'aquestes dificultats de suport institucional i de xarxa familiar i comunitària, i aquestes situacions es produeixen tant en els infants com en els adults.

En l'àmbit de la salut, fan referència a l'inici de consums de substàncies addictives, les dificultats personals i socials, la manca d'estabilitat emocional, la vida sense cap tipus d'obligacions i plena d'incerteses, la necessitat de fugir de la realitat que comporta que moltes persones iniciïn o reiniciïn el consum de tòxics, o bé que no puguin iniciar processos de desintoxicació. Si en aquests nuclis familiars hi ha menors, la seva situació s'agreuja en poder quedar en situacions de desemparament i d'alt risc social.

A més a més es donen, segons els autors, situacions derivades de malalties físiques sobrevingudes, degut a una incorrecta alimentació o a un estat d'ansietat que no és propi del moments evolutiu de la persona, principalment dels nens i de les nenes que, evidentment, són víctimes de la situació familiar de precarietat.

Bermejo i Crespo (2017) es refereixen a la fam oculta, afirmant que actualment a Catalunya un 10.6 % de la població està per sota del 40% de la mediana dels ingressos anuals i , –considerant-se així que pateixen pobresa severa–, un 10% viuen amb menys d'un terç del salari mitjà i un 6,7% pateix mancances materials greus, mentre que un 16% de la població espanyola reconeix tenir una dieta inadequada per motius econòmics i un 46% afirma que no mengen el mateix que abans de la crisi.

La fam oculta és un fenomen força desconegut, però pot constituir un obstacle per al creixement dels infants i el benestar de les persones de qualsevol edat, i afecta especialment als col·lectius atesos per les entitats socials a causa de la seva situació de vulnerabilitat i manca de recursos.

Els riscos que pot comportar des del punt de vista de la salut, segons els autors abans referenciats, afecten al rendiment escolar i a la igualtat d'oportunitats. Des de la visió preventiva de l'acció social i la defensa dels drets socials, com a condició per al ple desenvolupament de les persones, es reivindica el dret a l'alimentació que reconeixen la Declaració Universal dels Drets Humans (1948) i el Pacte Internacional de Drets Econòmics, Socials i Culturals (1966) entès no com el dret a ésser alimentat, sinó a poder alimentar-se un mateix, de manera autònoma i digna.

## 2.5. El malestar de les professionals en relació a les famílies cròniques.

---

Una font d'ansietat que es manifesta en les treballadores socials es relaciona amb el fracàs: quan la professional veu que la possibilitat de millora és relativament fàcil d'obtenir i es creen expectatives d'èxit immediat en relació a la millora de les famílies cròniques. En aquestes situacions la professional pot viure el sentiment omnipotent de ser capaç de modificar les coses amb poc esforç, però a la primera desil·lusió disminuiran les seves expectatives, se sentirà inútil i desenvoluparà una ansietat respecte al fracàs que la podrà acompanyar en properes intervencions, arribant a patir situacions de burn out o de fatiga per compassió.

De vegades es produeix tensió entre les professionals i les persones usuàries, per incomprensió i enfrontaments. Per exemple, quan es retiren prestacions per no fer determinades contraprestacions a què es condicionaven les primeres o bé per no acomplir els requisits d'accés a les mateixes. Altres causes d'enfrontament poden ser les decisions que són viscudes malament per la família i com a inevitables i positives des de la perspectiva de la professional, com ingressos en hospitals o institucions, entre altres.

Aquest fet comporta conseqüències per a les famílies, com la falta de responsabilitat sobre les seves vides i autonomia, i també per a les pròpies professionals, que han de realitzar intervencions múltiples, sostingudes en el temps i que en ocasions fins i tot es traslladen a les noves generacions. Salvant les distàncies, podríem parlar, segons Bergman (1987) de famílies difícils o resistents, és a dir, són famílies que tenen capacitat per a derrotar psicoterapeutes, en aquest cas, a les treballadores socials.



Tot el que s'ha dit suposa un repte, però també dubtes, incerteses i desemboca en moltes ocasions en el preocupant burn out.

El burn out que apareix en l'atenció a aquesta tipologia de famílies l'entendem, segons Lázaro (2004), com a resposta a l'estrès laboral crònic, que es pot caracteritzar per l'esgotament emocional, la despersonalització o actitud d'insensibilitat i cinisme envers els receptors dels serveis, tendència a avaluar el propi treball de forma negativa i/o baixa autoestima professional.

El procés s'inicia amb una fase d'entusiasme, però aquest excés de motivació pot arribar també a esdevenir un deliri d'omnipotència que porta, com diu Rodríguez (2003), al "*furor curandis*", i que la professional es sobreimpliqui, reacció caracteritzada per les expectatives poc realistes respecte al treball i la sobreidentificació amb els clients, amb un excessiu i ineficaz consum d'energia. Es passa posteriorment a una fase d'estancament per acabar en frustració, moment en què apareix el burn out; sovint, per evitar aquests sentiments, la professional desenvolupa reaccions d'apatia com a mecanisme defensiu. Al mateix temps, altres factors influeixen en aquest fenomen, com són la burocratització de les funcions de les professionals, que comporta aïllament, fragmentació i fins i tot desprofessionalització, aspectes que veurem desenvolupats més endavant.

Si unim ambdós aspectes, un en relació a les famílies cròniques i l'altre en relació a la professional en el seu rol en els Serveis bàsics d'atenció social, tenim elements suficients perquè es produeixin situacions de burn out.

En aquesta mateixa línia, Campos et al. (2017) fan referència també al concepte de la "fatiga per compassió", que s'estructura en cinc dimensions de la vida personal i professional de la treballadora social, algunes de les quals les podem observar en

reaccions en la intervenció amb famílies cròniques, com les relacionades amb la insensibilitat i la indiferència, incapacitat per abordar o pal·liar el patiment, pèrdua d'entusiasme i empatia, irritabilitat, desig d'abandonar i desbordament emocional, entre altres.

Sovint s'associa la "fatiga per compassió" com una subcategoria del burn out, però també hi ha autors que la diferencien, ja que està directament relacionada amb sostenir el patiment i malestar dels altres, i aquest fet es produeix només en les professions d'ajuda.

La vivència d'impossibilitat de modificació de la situació crea sentiments de rendició i de resignació que poden acabar en indiferència i en repetir les intervencions sense reflexió, negant l'ansietat de la cronicitat. Segons Pakman (1997), l'esgotament que implica el treballar amb famílies que consideren el professional part del sistema, té uns efectes que seran perjudicials per a la família i per a les professionals. L'autor diu que les famílies apliquen funcionaments apresos que són poc útils per al canvi i, al mateix temps, les professionals estan esgotades. Aquesta situació pot portar a un estat d'insensibilització, saltar a una dimensió del "no hi ha res a fer", o pel contrari, de sobreimplicació en determinats casos.

Altres autors, com Coletti i Linares (1997), descriuen també altres reaccions de les professionals en relació a aquests casos, com és "l'angoixa de l'espera", que provoca que la professional substitueixi en comptes d'activar. En aquestes situacions la intervenció es guia per "fer el possible com abans millor", fet que comporta decidir per la família ja que l'immobilisme de la mateixa genera angoixa. En aquest sentit és important no viure com insuportable el temps que passa sense que passi res.

Així, el burn out, la fatiga per compassió o l'angoixa de l'espera esdevenen alertes a tenir en compte en l'abordatge professional d'aquesta tipologia de famílies. Aquests sentiments que es generen en les professionals van units a estratègies que no produeixen efectes positius en les famílies ni en elles mateixes.

En aquest sentit, treballar sota el paraigua d'una metodologia concreta o determinats models d'intervenció, hauria d'ajudar a orientar la intervenció, i a no perdre'ns en el conjunt de factors que hi estan implicats.

Tot i això, de vegades es produeix el fet que, independentment del model emprat, el desgast d'ambdues parts deriva en un combat desigual o lluita de poder amb les famílies per produir canvis, que sovint tampoc es produeixen o bé són mínims i/o s'aconsegueixen a llarg termini. En aquest sentit, alguns models ajudarien més que altres a aconseguir millores de les dinàmiques familiars, i relacionals amb les professionals.

Tal i com planteja Idareta (2013), l'actitud crítica i autocrítica de les professionals té molt a aportar en aquest sentit, ja que eviten que la sobrecàrrega laboral o el seu posicionament davant de situacions enquistades i cròniques viscudes com a impossibles de modificar, comportin rutines, repetides i reiterades actuacions que haurien de ser singulars. Aquest treball mecànic i impersonal despersonalitza a la pròpia professional.

En aquest sentit cal tenir en compte a Pelegrí (2013), que posa de manifest la necessitat que les pròpies professionals siguin corresponsables i, per tant, puguin identificar aquells elements que són alertes del propi sistema o de l'organització i que entorpeixen la intervenció social orientada al canvi, i facin les observacions i denúncies corresponents a les seves institucions, per tal de garantir un bon servei. No és suficient

que la professional realitzi individualment una bona praxis, cal que s'impliqui en l'ètica organitzacional i, per tant, cal que faci saber a la seva institució les fallides del sistema i en promogui el canvi.

Es detecta que les professionals cauen en el prestacionisme, convertint a la persona usuària en un problema a resoldre o gestionar mitjançant procediments administratius cada cop més complexos que sovint dificulten el dia a dia, protocols, procediments, normatives i un agregat de qüestions que de vegades ni tant sols comprenen, i que evidentment, va en perjudici del temps a dedicar a la persona que hi darrere de l'objecte amb problemes.

Immersos en aquest procés de justificació-legitimació, les treballadores socials s'enfronten a una contradicció que supera i reubica la vella tensió entre la lògica de l'acció social i la lògica assistencial. En aquest sentit, la justificació de les professionals en termes d'eficiència les obliga a mobilitzar simultàniament dos principis d'eficàcia, un relacionat amb les persones usuàries, i l'altre, amb els mandataris de l'organització, aplicant en ambdós casos criteris de justícia social que no s'arriben a acomplir.

Segons Soulet a Abad i Martín (2015), els grans principis (drets humans, justícia social, reconeixement, preocupació per l'altre ...) no són eficients per al treball social en un context d'incertesa estructural en el que les treballadores socials no poden saber mai si el que fan és, realment, just.

És més, saben que qualsevol cosa que facin no pot fer justícia tenint en compte les paradoxes i contradiccions del sistema. S'enfronten així a la tasca contínua d'autoconceptualització professional per tal de fer de la seva intervenció un treball ajustat, just i justificable.

## 2.6. La innovació en l'abordatge de la cronicificació.

---

La “nova pobresa” segons Brugué (2017), en el seu informe de l'organització d'Entitats Catalanes d'Acció social (ECAS) sobre Innovació i apoderament en la lluita contra la pobresa, reclama noves respostes, i la innovació esdevé una necessitat. Les idees i les eines que fins ara hem utilitzat per combatre la pobresa, manifesta l'autor, es mostren insuficients quan han d'enfrontar-se a la complexitat d'aquest nou fenomen. També, diu, han fracassat les eines utilitzades amb les famílies en situació de cronicitat i dependència tradicionals.

Requerim, doncs, generar idees i eines renovades. La innovació és necessària quan tenim una dificultat i quan, a més, no sabem com superar-la.

D'aquesta manera qualsevol procés d'innovació ha d'iniciar-se assumint un problema i reconeixent la incapacitat per solucionar-lo com hem fet “sempre”, i aquest canvi de plantejament és complex tant per les professionals com per les institucions. Innovar vol dir trencar amb aquests hàbits i fer emergir noves fórmules.

La innovació, per tant, és i ha de ser transformadora. Una resposta innovadora no pot limitar-se a introduir millores operatives, sinó que ha de propiciar transformacions substantives. Segons l'estudi abans referit d'ECAS:

- No parlem d'innovació quan ens limitem a fer millor el mateix que ja fèiem.
- Sí que parlem d'innovació quan allò que fem és diferent, sí que fem un gir substantiu quan davant de les actuals situacions d'exclusió social:

1) Acceptem, en primer lloc, que les millores com accions sociolaborals o la millora de la formació dels professionals, entre altres mesures en clau de

millora del que fem, fracassen en un context on el treball és escàs o massa precari per propiciar processos d'inserció.

2) Conseqüentment, som capaços de pensar què podem fer per aquelles persones que, independentment de la seva formació i de les seves ganes de treballar, probablement mai més trobaran feina. Atrevir-se a pensar això és l'inici del procés innovador.

En aquest sentit i parlant d'innovació, segons Santas (2016), manifesta que el que cal en les Administracions Públiques és un canvi en la majoria d'hàbits per atendre els problemes, requereixen nous abordatges, alguns dels que planteja són els següents:

- Deixar de desaprofitar el gran capital de coneixement que hi ha dins dels seus professionals. No hi ha innovació sense idees, i no hi ha idees sense professionals motivats.
- Aplicar metodologies de la col·laboració i funcionament en xarxa per afrontar els nous reptes.
- Modificar les estructures cap a models més líquids i menys verticals.

L'autor planteja, d'altra banda, que cal aplicar des de la perspectiva de la innovació en les organitzacions de serveis socials, alguns preceptes que defineix com a manaments i que estan directament vinculats a molts dels aspectes que hem anat comentant al llarg del marc teòric:

1. **Confiaràs en l'autodeterminació de la ciutadania.** Tu acompanyes, assessores, informes, però qui decideix, és ell/a. Pots controlar les prestacions, però no a les persones. Davant del dubte, aplica el "*In dubio pro reo*" -la norma en benefici de la persona-.

2. **T'arriscaràs.** Està permès equivocar-se. L'administració ofereix un marge d'estabilitat ampli: aprofita-ho per a la innovació. No fer bogeries no vol dir que no es pugui innovar, però per volar, cal saltar. Innovar requereix certa dosi de risc.
3. **Actuaràs amb autonomia professional:** No faràs més preguntes que les necessàries, ni busquis o interpretis la llei en sentit restrictiu. Excedir-te en la petició de permisos per desenvolupar tasques, funcions o decisions, pot ser que et porti a no fer res més del que se't demana.
4. **Confiaràs en el grup:** La identitat es construeix amb els altres. Està demostrat que s'aprèn més del company que del mestre. El teu criteri no té valor davant del que és considerat com igual: reuneix a tots dos. Recupera la interacció grupal com a metodologia per a la superació de les dificultats.
5. **Treballaràs en equip.** L'equip ha de tenir marge per proposar, per a realitzar i per equivocar-se. L'hipercontrol mata la innovació, si no deixes que la gent decideixi, no et queixis després que et preguntin per tot. Ajuda al teu equip a reflexionar i proposar. No siguis perfeccionista: arribar a la perfecció només és possible per a qui finalment no emprèn. Cal assumir marges d'error (servirà d'aprenentatge).
6. **T'avançaràs a la demanda:** No deixis que aquesta envaeixi el teu despatx. Als primers signes de col·lapse, o de noves oportunitats, organitza la intervenció en grup, utilitza les TIC, sigues proactiva: **el millor tràmit per a la ciutadania és aquell que no han de realitzar.** No deixis que el que és urgent t'impedeixi veure l'important, no perdis la mirada més enllà del que se't presenta.

7. **Treballaràs en xarxa amb altres organitzacions:** Assumeix la teva part i confia en la de la resta. La societat avança gràcies a líders i l'impuls col·lectiu, no a "llaneros solitaris". Recorda que el tot és més gran que la suma de les parts i que treballes per a la comunitat.
8. **Confiaràs en tu mateixa:** Tens més competències de les que creus. Si consideres que no les tens, busca-les. Pensa en l'oportunitat del canvi abans de pensar en els riscos que pugui comportar.
9. **Compartiràs el que saps:** Ajudaràs als teus col·legues i a la societat i demostraràs el que vals.
10. **No desaprofitaràs cap oportunitat per aportar,** encara que sigui una crítica, sempre constructiva. Només compartint podem innovar, deixa que es basin en les teves experiències, és la prova de la bona feina. Guanyaràs valor.

I per acabar, fent referència a la innovació, Pacheco i Hernández (2016) exposen idees com el fet que el mateix sistema de professionals legitima un context clientelista en el que es perd el valor de la creativitat i de la innovació i, d'altra banda, s'afavoreixen les respostes estandarditzades que s'ofereixen a la ciutadania.

Altres autores com Martín, a Pacheco i Hernández (2016), parlen de com les professionals identifiquen el concepte d'intervenció amb aspectes relacionats amb la pràctica, però queden en un segon terme el conèixer per a intervenir, que defineix com una manca d'identificació amb l'espai del desenvolupament científic.

En aquest sentit, Schön, a Pacheco i Hernández (2016), introdueix un concepte de professional reflexiu que permet canalitzar la creativitat i la innovació, que situa en el



centre de la intervenció a la persona, en un procés d'acompanyament que ja no necessita del professional expert per a legitimar-se.

El més important, tornant a Santas (2016) i en definitiva: "tractaràs a la ciutadania com a tu mateix". La centralitat de la persona és la base sobre la qual girarà qualsevol innovació en l'Administració Pública.

Per finalitzar fem nostra una darrera reflexió per donar llum i el tret de sortida envers un nou paradigma d'atenció a les famílies cròniques (i les que no ho són, encara):

“La incorporació del pensament divergent a la nostra pràctica diària, la crítica i supervisió de la pràctica professional, i la reconexió amb la producció científica i la investigació juntament amb l'apoderament ciutadà, a través d'un enfocament de resiliència, constitueixen els pilars fonamentals en els que basar la transformació dels serveis socials comunitaris, la recuperació de la creativitat i la innovació en la pràctica del treball social. No es tracta d'un simple canvi en les pràctiques sino un canvi de mirada, la incorporació d'un nou enfocament d'intervenció i d'un paradigma de comprensió en clau apreciativa”. Pacheco i Hernández (2016: 91)

## 3.Objectius, hipòtesis i Metodologia

### 3.1. OBJECTIUS

---

- Obtenir un marc teòric del context d'intervenció en famílies en situació de cronicitat.
- Analitzar el perfil de les famílies dels Serveis bàsics d'atenció social que es troben en situació de cronicitat, a partir de dades extretes de l'aplicatiu de gestió d'expedients municipals.
- Analitzar les estratègies d'intervenció seguides, tipus d'intervenció i recursos utilitzats al llarg dels anys per part de les professionals referents.
- Conèixer l'opinió de les persones i famílies afectades en l'anàlisi de la situació de dependència i cronicitat en els serveis com a mecanisme d'apoderament i participació en el projecte.
- Realitzar recomanacions generals d'intervenció teòric-pràctiques a partir de la identificació d'elements òptims i compatibles dels diferents models teòrics d'intervenció existents.
- Posar en marxa un grup control que, en forma de prova pilot, permeti posar en pràctica el diagnòstic i les recomanacions d'intervenció segons nous models i estratègies en les diferents zones de serveis socials del nostre municipi.
- Generar materials de suport que permetin a les professionals treballar amb aquestes famílies de forma sistematitzada i estructurada.

### 3.2. HIPÒTESIS

---

Les hipòtesis de partida de la recerca que presentem sorgeixen del propi equip investigador, a partir de la seva pràctica quotidiana i d'elements obtinguts en la construcció del marc teòric que hem volgut contrastar en la mateixa.

Així, el punt de partida se centra en una hipòtesi relacionada amb la pròpia intervenció social que es realitza amb les famílies en situació de cronicitat i una segona relacionada amb les característiques de les famílies que es troben en aquesta situació:

1. La Intervenció social realitzada en la majoria de casos està caracteritzada, al llarg dels anys, per:

- Intervencions professionals realitzades amb resultats negatius.
- La persona s'ha convertit en dependent dels Serveis bàsics d'atenció social pel que fa a demandes de diferents tipus i ús de serveis i recursos.
- Història d'intervenció perllongada, reiterada i múltiple.
- Manca de coordinació entre professionals i d'estratègies comunes d'abordatge.
- Diagnòstics poc clars, contradictoris o que no reflecteixen la situació real al llarg del temps.
- Multiplicitat de professionals al llarg dels anys.

2. Existeixen diversos perfils de famílies en situació de cronicitat, en funció de diferents indicadors. Conèixer-los permetrà categoritzar i actuar proactivament abans, des de l'inici de la relació amb els Serveis bàsics d'atenció social, aplicant una metodologia més adequada en la intervenció social.

### 3.3. METODOLOGIA

---

Com ja hem avançat anteriorment hem apostat per una investigació fonamentalment de tipus qualitatiu, amb una visió inspirada en la investigació acció-participativa, ja que creiem, com López de Ceballos (1987), Marchioni (1999) o Barbero i Cortés (2014) que en l'àmbit social es requereix en ocasions un abordatge col·lectiu on tots els protagonistes siguin subjectes i protagonistes de la investigació. És imprescindible comptar amb la col·laboració de tots i amb l'objectiu comú de l'apoderament mutu.

La metodologia contempla la creació d'un equip de treballadores socials dels Serveis bàsics d'atenció social per a l'anàlisi de models teòrics, la contextualització de la situació de cronicitat, la definició d'indicadors i el disseny de propostes. També incorporem la participació de les persones usuàries a partir de col·loquis familiars. Generalment no se sol implicar a les pròpies persones afectades en la visió i anàlisi de la situació, així, aquestes persones són objecte de la intervenció però no membres actius de la mateixa: Per què una persona delega les seves dificultats en les professionals? Quin nivell de consciència existeix d'aquest fet? Què ha suposat per elles, al llarg dels anys, la intervenció de les professionals? En definitiva, potenciar des del primer moment el seu apoderament, ja que potenciar les famílies és un dels elements més assenyalats en l'objecte del treball social i específicament en el treball social amb famílies.

D'altra banda, també volem incorporar l'anàlisi de la perspectiva de gènere en la intervenció, atenent al rol d'interlocutora i protagonista que assumeix la dona en la relació amb els serveis socials.

### 3.3.1. Tècniques

Les tècniques utilitzades són quantitatives (anàlisi estadística) i qualitatives (col·loquis familiars, autoavaluacions i grups focals i de discussió de professionals). Creiem que a partir de la combinació d'aquestes tècniques assolirem uns resultats més acurats i propers a la realitat complexa que pretenem estudiar.

#### 3.3.1.1. Autoavaluacions de les professionals: perquè i per a què?

Una de les qüestions que ens interessava de forma especial per a que es produís realment una investigació-acció-participativa era l'autoreflexió de les professionals en relació a la seva tasca des d'una perspectiva històrica, i al mateix temps, conèixer el discurs que acompanyava les seves valoracions.

En aquest sentit, vam poder recollir algunes de les idees d'autores com Fernández et al (2015) en les quals s'analitzen els models d'intervenció utilitzats en la pràctica professional o estudis sobre ètica professional i autoavaluació com el d'Idareta (2013), que planteja la necessitat que les professionals del treball social coneguin de quines teories deriven la majoria de valoracions de tipus ètic que realitzen en la seva pràctica, proposant un Qüestionari d'Autoavaluació Ètica (C-AE) en el que les professionals se situen entre diferents corrents ètiques (de tipus kantiana, marxista, el vitalisme de Nietzsche o l'ètica de la responsabilitat de Levinas, entre d'altres).

També podem destacar el qüestionari d'autoavaluació plantejat per Coleman (2004) en el que Idareta es va inspirar i que té un enfocament des de la vessant més terapèutica i d'aplicació, atenent a diferents orientacions teòriques en la intervenció com l'humanisme, el biologisme o la perspectiva ecosistèmica, entre d'altres. En aquests dos casos l'objectiu és obtenir un resultat orientatiu a partir d'un test

d'autoavaluació que ajudi a situar les professionals en un contínuum de models o paradigmes.

Existeix també una proposta d'autoanàlisi, recollida en la Guía de Buenas Prácticas en Parentalidad Positiva del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) destinada a promoure polítiques locals de suport a les famílies, inspirades en l'enfocament de la parentalitat positiva. Mitjançant un test on-line, les professionals poden valorar les bones pràctiques en els serveis des de l'enfocament de la parentalitat positiva, seguint una escala de valoració que contempla, entre altres, la perspectiva dels drets dels infants i llurs famílies en la intervenció, l'accessibilitat dels canals d'informació, la participació, l'atenció a la diversitat cultural, ètnica, de gènere, o el temps que es destina a detectar les necessitats i fortaleces de les famílies en la comunitat, entre altres.

Tot i així no hem trobat experiències en què siguin les mateixes investigadores, en aquest cas treballadores socials, les que autoavaluin el seu treball per tal de prendre consciència i qüestionar el seu procés d'intervenció al llarg de deu anys o més, amb les famílies considerades cròniques. En aquesta autoavaluació és molt important el discurs que les pròpies professionals utilitzen per a explicar, justificar i donar sentit a la tasca realitzada de forma intensa durant un període de temps molt llarg.

Per aquest motiu creiem important incorporar una eina d'autoavaluació que inclogui, a més a més dels models, teories i metodologia pròpia del treball social o qüestions ètiques, elements que tenen a veure amb la implicació, les expectatives envers les persones usuàries, la perspectiva de drets, la promoció de l'autonomia, entre altres que anirem explicant al llarg d'aquest capítol.

Les autoavaluacions, com diuen Julià i Pirla (2018) s'han de realitzar sota els principis d'honestedat, d'ètica, visió crítica, holística i objectiva basada en raonaments teòrics i metodològics del treball social. Tot i que part de les informacions plantejades es podrien obtenir a partir de la base de dades existent, el que es pretén és que les professionals revisin, rellegeixin, i reflexionin sobre les dades que elles mateixes van obtenint i per tal de prendre consciència del treball que porten anys realitzant amb normalitat, moltes vegades sense una perspectiva històrica.

Vam preveure la realització de 80 autoavaluacions en les diferents zones dels Serveis bàsics d'atenció social de la ciutat de Lleida.

L'autoavaluació es realitzà de forma voluntària pels membres de l'equip d'investigació o aquelles professionals dels equips que han acceptat col·laborar, prèvia formació i informació del sentit del projecte d'investigació.

El guió de la fitxa d'autoavaluació (annex 1) consta de tres blocs d'autoanàlisi. En el primer, es recullen qüestions identificatives de la família, com el gènere de la persona referent, l'origen i tipus de família. El segon bloc, fa referència al temps de la intervenció, nombre i tipologia d'intervencions realitzades i la seva adequació als resultats obtinguts, així com la identificació dels models d'intervenció emprats, entre altres. El tercer bloc, ajuda a reflexionar sobre la relació terapèutica, el vincle, la confiança envers la persona, expectatives cap al canvi, com a més significatius.

#### **3.3.1.2. Col·loquis familiars/ diàlegs apreciats.**

Hem incorporat la tècnica dels col·loquis familiars plantejats per Marchioni, per tal de conèixer des d'una perspectiva més realista i sense prejudicis la pròpia visió de les famílies sobre la seva realitat. "El treballador social es dirigeix a les persones perquè elles mateixes indiquin problemes i solucions, dificultats i possibilitats, perquè el canvi

surti del que elles mateixes veuen, comprenen i volen modificar" Marchioni (2002: 92).

El mateix autor ens recorda que els col·loquis familiars ens preparen per a la intervenció, per a l'acció al canvi.

Afegim a aquesta metodologia un altre element que la complementa des d'una visió de la investigació acció participativa. Aquest element és la indagació apreciativa segons Cooperrider (2013) o diàlegs apreciatius seguint a Barranco (2011). La indagació apreciativa ofereix un nou marc en la gestió organitzacional, ja que canvia la visió tradicional d'investigació i recerca i identificació de deficiències, i proposa una visió molt diferent, basada en l'ecologia de les fortalezes.

Per començar, la seva denominació ens anticipa dos conceptes de la seva essència:

- Indagar, la recerca de les fortalezes.
- Apreciar tot allò rellevant, significatiu.

La indagació Apreciativa fa emergir a la superfície els recursos de les persones a partir del reconeixement dels factors d'èxit existents i que elles mateixes indiquin problemes i solucions, dificultats i possibilitats, perquè el canvi surti del que elles mateixes veuen, comprenen i volen modificar.

És una metodologia basada en les fortalezes, i porta a les persones cap al canvi, entès com el futur que desitgen i que modifica substancialment el present que viuen.

Sobre els diàlegs apreciatius ens sumem a la següent proposta per la que "els diàlegs apreciatius ens brinden a les treballadores i treballadors socials les estratègies per saber com promoure les bones pràctiques de qualitat, comptar amb eines positives per a realitzar les accions d'acompanyar i promoure la participació de cada participant, en els moments individuals i col·lectius, impulsant els processos dialògics apreciatius



potenciadors de visions i accions compartides i pràctiques reeixides en els grups, organitzacions i comunitat ". Barranco (2011: 63).

Els diàlegs apreciats Diàlegs (DA) són un mètode grupal de desenvolupament i canvi organitzacional creat originalment al Departament de Comportament Organitzacional de la Weatherhead School of Management de la Universitat Case Western Reserve (CASI), per David Cooperrider, Ronald Fry, Suresh Srivastava, entre altres.

Els principis en els que fonamenten els diàlegs apreciats són:

- Principi construccionista: Les paraules creen el món en el que s'instal·len.
- Principi de simultaneïtat: present i futur es construeixen simultàniament.
- Principi estètic i poètic: el principi estètic accentua la dimensió creativa i el poètic, la transformativa.
- Principi anticipatori: la forma com s'aborda el present a través de les preguntes, té el potencial de construir el futur.
- Principi positiu: aquest abordatge treballa amb els recursos i la participació de les persones, que entenen que poden generar nous models tal i com els desitgen.

Un altre element sobre el qual basem aquesta tècnica qualitativa la recollim de Campanini (2016), que planteja en aquesta mateixa direcció, i tenint en compte la necessitat de donar poder a les famílies en la resolució dels seus problemes, la importància de l'ús de la graella d'avaluació dialògica. Aquesta tècnica és una eina que permet la participació directa de la família, tant en la fase de recopilació de la informació, com en la definició de les àrees sobre les que s'orienten els objectius del projecte.

Es va preveure realitzar entre 35 i 40 col·loquis / diàlegs apreciats als domicilis, amb tots els membres significatius del nucli familiar, mitjançant els quals es pretén obtenir una visió i percepció transgeneracional, de gènere, cultural, cognitiva i emocional en relació a la seva situació familiar o personal al llarg del temps, passat, present i futur.

Es va considerar molt important poder crear i aportar aquest nou marc de treball conjunt amb la família i definir el futur de la intervenció a partir d'aquesta trobada. Per aquest motiu la responsabilitat de realitzar els col·loquis recau en les pròpies professionals referents de les famílies.

Els col·loquis tenien un guió (annex 2) amb dos blocs. El primer, fa referència al procés d'intervenció, la percepció del temps en la família, professionals que han conegut, confiança envers els mateixos, consciència de la situació, punts forts i febles en la relació, coneixement de drets i deures, entre altres. El segon bloc identifica els seus punts forts i l'autopercepció, estat d'ànim, sentit de vida i visió de futur, entre altres.

### **3.3.1.3. Grups de discussió, grups de treball i grups focals.**

El grup de discussió, seguint l'aportació de Vallés (1997), és la tècnica que ens ha ajudat a complementar i aprofundir en aspectes que, de forma individual, era més difícil assolir. Aquest grup de discussió s'ha realitzat de forma molt específica atenent a la tipologia de la investigació.

Aquesta tècnica és de màxima utilitat per a contrastar les dades obtingudes en les entrevistes qualitatives realitzades. Es va realitzar un grup de discussió amb treballadores socials ja que es volia contrastar i complementar el discurs individual amb una visió de conjunt.

Els grups focals, tal i com planteja Pastor (2004), han estat la tècnica emprada seguint la modalitat d'entrevista grupal, oberta i estructurada, procurant que l'equip discutís i

elaborés, a partir de la seva experiència professional, qüestions relacionades amb les característiques de les famílies, els sentiments que es generen en elles mateixes, els dubtes, incerteses i expectatives de la intervenció amb les famílies cròniques, així com les reflexions per canviar determinats patrons o identificar els elements clau positius i negatius de manera global que incideixen en l'abordatge d'aquestes famílies. S'han realitzat en un espai de treball neutral, amb dos moderadors, seguint uns objectius preestablerts i amb registre audiovisual.

Els grups de treball han estat la tècnica seguida per sintetitzar la informació i analitzar-la, per poder elaborar, prèvia lectura individual i reflexió dels materials obtinguts a partir de les tècniques utilitzades en el treball de camp, els diferents apartats que es recullen en l'informe de la recerca.

### **3.3.2. El factor temps en la tria de la mostra.**

Les famílies considerades en situació de cronicitat han estat seleccionades a partir del factor temps en intervenció. Aquesta decisió és fruit del consens de l'equip de la recerca a partir de criteris fonamentats en Escudero (2013), atenent al fet que ell planteja sobre com aquest agreuja la situació i la fa esdevenir crònica, reduint-se la capacitat resilient de les famílies en el decurs del temps i provocant cada cop més desequilibri.

Així, es va considerar que estar en contacte de forma periòdica al llarg de 10 anys o més era un termini temporal adequat per considerar una situació de cronicitat severa i dependència dels Serveis bàsics d'atenció social, però que es podien considerar altres situacions temporals en períodes més curts, però no per això menys significatives, ja que la tendència de molts casos és a mantenir-se i consolidar-se com la primera.

Atenent a aquesta premissa, hem realitzat la nostra anàlisi atenent a tres situacions diferenciades que ens poden ajudar a entendre i aproximar-nos amb més cura i més claredat al tema de la cronicitat a partir de la comparació de mostres.

D'una banda hem treballat amb un total de 403 expedients que han estat atesos de forma ininterrompuda durant els 10 anys abans esmentats i que tots els anys han estat beneficiaris d'algun tipus d'intervenció per part dels serveis socials i que hem anomenat "alta cronicitat".

D'altra banda hem tingut en compte per a l'anàlisi comparativa un total de 453 expedients que també han estat atesos durant els 10 anys però que han estat beneficiaris d'una intervenció entre 6 i 9 anys d'un total dels 10 anys i que considerem "cronicitat moderada" i finalment un altre grup de 111 expedients de famílies ateses entre 2 i 5 anys dels darrers 10 anys però que tenien l'expedient obert l'any 2006 i l'any 2016 i que hem anomenat "atenció esporàdica en els darrers 10 anys".

### **3.4. Reflexions sobre el procés metodològic seguit.**

---

Com hem dit, aquesta recerca ha proposat l'ús combinat de tècniques quantitatives i qualitatives pel que fa al treball de camp previst al disseny de la mateixa. També es va apostar per una metodologia propera a la investigació acció participativa per a promoure el canvi des de dins i des del primer moment. Hem utilitzat tècniques qualitatives que creiem que són innovadores com l'autoavaluació i els col·loquis familiars.

Les tècniques quantitatives s'han utilitzat per a fer l'anàlisi estadística que ens facilitava el fet de poder accedir a la base de dades dels serveis socials bàsics de l'ajuntament de Lleida. L'ús del programa SPSS ha estat l'eina que ens ha facilitat

poder extreure un conjunt de dades que il·lustren i complementen les informacions obtingudes a nivell qualitatiu.

### **3.4.1. Breu reflexió sobre l'anàlisi de les dades quantitatives.**

Tot i tenir accés a la base de dades de l'Ajuntament de Lleida i de l'oportunitat de treballar amb dades reals, la tasca de preparació de les variables i d'ajustar la informació al format que demana el programa SPSS ha estat força laboriós ja que les dades no estaven recollides amb una format que facilités, d'entrada, l'anàlisi estadística.

Moltes de les dades estan introduïdes utilitzant un llenguatge que no s'ajusta de la millor manera al tipus de recerca quantitativa i en ocasions les informacions no són completes o s'utilitzen conceptes que no s'ajusten a la realitat actual. També s'ha detectat que no s'introdueix tota la informació que s'obté de les entrevistes o de les intervencions i que, per tant, les dades poden ser menors a les reals en segons quins casos o conceptes.

### **3.4.2. Sobre les autoavaluacions.**

Les autoavaluacions s'han realitzat en la seva totalitat a persones que es van considerar com a alta cronicitat, és a dir, persones que han estat ateses de forma continuada i ininterrompuda els darrers 10 anys o més.

El nombre final d'autoavaluacions ha estat de 71, repartides pels diferents barris de la ciutat de Lleida. Aquests barris són, La Mariola, Mariola blocs, Pardinyes, Balafia, Barri antic est, barri antic oest, Zona alta, Cap pont, Bordeta, Ronda Magdalena, Secà de Sant Pere, Magraners, Escorxador i Partides de l'horta. S'ha intentat que els barris que tenen més persones reconegudes amb cronicitat hagin estat més presents que altres

barris que en tenen amb menys nombre. Aquests barris són Mariola, Mariola blocs, Barri antic est i oest i Balàfia.

Les autoavaluacions han estat elaborades pel grup de professionals de la recerca, però al mateix temps s'han convidat a altres membres dels equips a elaborar-ne algunes per a implicar més els equips en aquesta tasca de reflexió. El nombre de professionals que finalment ha col·laborat en aquesta tasca ha estat de 15 treballadores socials.

Com hem comentat abans, els criteris de selecció d'aquestes autoavaluacions no s'ha basat en una mostra representativa ni proporcional de la realitat sinó que, tractant-se d'una metodologia qualitativa, s'han escollit expedients que ja portaven 10 o més anys d'atenció continuada, expedients que podien oferir tota la informació necessària per a realitzar l'autoavaluació atenent a la feina de revisió dels expedients i de reflexió sobre les intervencions realitzades i plans de treball existents entre altres aspectes a valorar. Les treballadores socials han escollit els casos que han considerat més rellevants i que podien aportar una varietat de situacions més típiques i habituals en el seu centre de serveis socials de referència.

#### **Quadre 1. Perfil de famílies de les autoavaluacions realitzades**

|                  |               |    |
|------------------|---------------|----|
| Sexe             | Home          | 20 |
|                  | Dona          | 51 |
| Tipus de família | Monoparental  | 12 |
|                  | Persona sola  | 24 |
|                  | Nuclear       | 32 |
|                  | Extensa       | 2  |
|                  | Reconstituïda | 1  |
| Edat             | Menys de 25   | 1  |
|                  | Entre 26 i 40 | 11 |
|                  | Entre 41 i 65 | 44 |
|                  | Més de 66     | 15 |
|                  | Autòctons     | 34 |
|                  | Ètnia gitana  | 18 |

|                                             |                                                |    |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------|----|
| Grup etnoterritorial <sup>2</sup>           | Subsaharians                                   | 9  |
|                                             | Llatinoamericans                               | 2  |
|                                             | Unió Europea                                   | 1  |
|                                             | Magreb                                         | 6  |
|                                             | Resta d'Europa                                 | 1  |
| Font d'ingressos                            | RMI (ara RGC)                                  | 34 |
|                                             | PNC                                            | 13 |
|                                             | Pensions                                       | 13 |
|                                             | Subsidi atur                                   | 3  |
|                                             | Assalariats                                    | 4  |
|                                             | No en té                                       | 3  |
|                                             | Altres                                         | 1  |
| Nombre de membres menors a càrrec           | 1,03 de mitjana de menors a càrrec             |    |
| Nombre de persones amb dependència a càrrec | 0,4 de mitjana de persones dependents a càrrec |    |

Es pot veure que el perfil, tot i no buscar una representativitat, s'ajusta d'una forma raonable al perfil estadístic atenent a la variable sexe, edat i grup etnoterritorial entre d'altres.

### 3.4.3. Sobre els col·loquis familiars / diàlegs apreciats.

Els col·loquis familiars a petició i proposta de les treballadores socials es van realitzar a famílies sobre les quals s'havia elaborat prèviament l'autoavaluació. El motiu era poder incidir d'una forma més efectiva en aspectes que a partir del col·loqui familiar poguessin millorar la intervenció futura.

La valoració de les treballadores socials sobre aquesta tècnica ha estat molt positiva i es considera una eina participativa molt interessant i vàlida per a tenir en compte a partir d'ara en la intervenció.

<sup>2</sup> Utilitzem la variable grup etnoterritorial per a poder tenir en compte aspectes ètnics així com territorials atenent a les característiques específiques de la recerca i de la tipologia de famílies ateses als Serveis bàsics d'atenció social de Lleida.

S'ha de posar en valor el temps i la disponibilitat que han tingut les treballadores socials, però també la que han tingut les famílies. Per a elles també ha estat una forma de relacionar-se molt nova i sorprenent i així ho han fet saber al final de cada col·loqui. S'han realitzat un total de 31 col·loquis que, com ja hem dit anteriorment, es corresponen a famílies ja autoavaluades, i amb les que les treballadores socials van valorar que els seria més plausible aquest tipus de plantejament de modalitat de diàleg.

Tot i que ens plantejàvem obtenir una visió transgeneracional en els col·loquis, això no ha estat possible, en tractar-se en molts dels casos triats, de persones soles, famílies monoparentals amb menors i/o famílies extenses en les que ha estat impossible reunir també els fills. Tot i així si que s'ha tingut en compte l'aspecte de gènere i el cultural sempre que ha estat possible.

#### **Quadre 2- Perfil de les famílies amb les que s'han realitzat col·loquis.**

| Tipus de família |                  |                                                        |
|------------------|------------------|--------------------------------------------------------|
| Monoparentals    | 9                | 12 autòctones<br>8 autòctones gitanes<br>11 immigrades |
| Nuclears         | 11               |                                                        |
| Extensa          | 2                |                                                        |
| Reconstituïda    | 2                |                                                        |
| Persona sola     | 4 dones, 3 homes |                                                        |

#### **3.4.4. Sobre els grups de treball, els grups focals i el grup de discussió.**

S'han realitzat sis trobades de treball, amb jornades intensives amb les professionals participants, i la realització de diversos grups focals, de treball i de discussió. L'objectiu era treballar en profunditat i per temàtiques els dos grans apartats corresponents al treball de camp. D'una banda, les autoavaluacions, d'altra els col·loquis familiars i finalment la proposta d'intervenció estratègica amb famílies en situació de cronicitat.

Aquestes jornades s'han estructurat de la següent manera:



#### Grup de treball-1 octubre 2017

- Assistents: 10 persones membres del grup de recerca.
- Jornada de construcció del model de les autoavaluacions i col·loquis.

#### Grup de treball- 2 novembre 2017

- Assistents: 12 persones membres del grup de recerca.
- Sessió formativa sobre la metodologia a seguir per a la realització dels col·loquis familiars

#### Jornada de treball 1- febrer 2018

- Assistents: 10 persones membres del grup de recerca.
- 9:30 a 11:30-Grup focal sobre l'anàlisi i reflexions al voltant de les autoavaluacions realitzades.
- 12:00 a 13:00-Grup de reflexió sobre l'anàlisi dels resultats estadístics obtinguts i les autoavaluacions.
- 13:30 a 15:00- Grup de discussió sobre la intervenció que realitzen els professionals de Serveis bàsics de l'Ajuntament de Lleida.

#### Jornada de treball 2- abril 2018

- Assistents: 8 persones membres del grup de recerca.
- 9:30 a 11:30-Grup focal sobre l'anàlisi i reflexions al voltant dels col·loquis familiars realitzats.
- 12:00 a 14:00-Grup focal sobre la proposta estratègica d'intervenció amb famílies cròniques a serveis socials.

#### Grup de treball -3 maig 2018

- Assistents: 8 persones membres del grup de recerca.
- 9:15 a 12.00 -Grup de treball sobre l'anàlisi del material sorgit en el marc de la recerca, plantejament de la nova metodologia i conclusions finals.

#### Grup de treball -12 de juny 2018

- Assistents: 9 persones membres del grup de recerca.
- 9:30 a 12. Grup de treball d'anàlisi del conjunt de conclusions i realització de propostes i recomanacions pràctiques.

Les jornades han estat molt profitoses per a treballar d'una forma relaxada i intensa, una qüestió que des de serveis socials no es pot fer o, si més no, no es fa. La manca de temps degut a l'excés de casos assignats i l'excés de feina de gestió són els arguments que dificulten la reflexió i l'avaluació de la feina feta.

Gràcies al projecte s'han pogut establir un espais específics per a poder realitzar les tasques de recerca que tenia assignada cada persona referent d'un barri, així com s'han pogut programar aquestes jornades de treball específiques.

## 4. Anàlisi del perfil de les famílies en situació de cronicitat en els Serveis bàsics d'atenció social.

L'aproximació a les famílies en situació de cronicitat als serveis socials bàsics s'ha realitzat a partir de l'anàlisi estadística de la base de dades que s'utilitza des dels Serveis socials bàsics de l'Ajuntament de Lleida per a la gestió d'expedients.

Del total d'expedients oberts que els Serveis socials tenen actius, hem treballat sobre tots aquells expedients que es trobaven oberts al gener de l'any 2006 i també ho estaven al gener de 2016. El nombre de casos estudiats ha estat de 967, que representen un 9,38% del total d'expedients actius al gener de 2016.

Aquest criteri de selecció dels casos es va acordar a partir de les conclusions a les que es va arribar després del treball previ referent al marc teòric de la recerca, en el que es plantejava com a element clau de la cronicitat, l'atenció continuada des de serveis socials en un període de 10 anys, considerant el factor temps com un element clau en la cronicitat, tal com hem exposat en el marc teòric i en la metodologia.

Aquesta variable que hem anomenat com a "tipus de cronicitat" l'hem analitzada des de la seva vessant categòrica, és a dir, diferenciant entre les tres categories que ens permeten aproximar-nos al fet de la cronicitat amb l'anàlisi de taules creuades i la cerca de significació entre variables, però també l'hem estudiat des de la vessant numèrica, és a dir, tenint en compte altres variables que ens han permès una anàlisi estadística com l'anàlisi de la varianza, la comparació de mitjanes, i correlacions entre d'altres.

Finalment hem elaborat una tipologia de les famílies en relació a la cronicitat a partir de l'anàlisi de clústers. En aquest sentit n'hem elaborat un de general, incloent tots els

casos amb 3 clústers obtinguts i un d'específic per a l'alta cronicitat dels quals en podem extreure una sèrie de diferències que són interessants per a la nostra anàlisi.

El fet de treballar amb una base de dades que ens permet accedir a tots els casos existents és una garantia per a la validesa de l'anàlisi realitzada i els resultats obtinguts. A continuació presentarem les principals variables definitòries dels casos estudiats. Val a dir que l'estudi es basa, en una part, en les dades corresponents al membre referent de la família com per exemple sexe o edat, ja que és el protocol que s'utilitza per a obrir un expedient familiar als serveis socials bàsics, i una altra part de les dades es correspon a qüestions que són de l'àmbit familiar, com per exemple, el nombre de problemàtiques de salut a la família o el nombre de recursos econòmics concedits a la família durant tots aquests anys d'atenció.

Les variables utilitzades han estat:

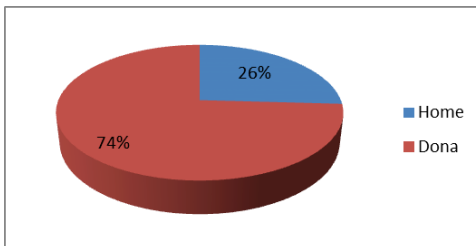
- 
- Sexe de la persona referent de la família.
- 
- Edat.
- 
- Nombre de membres de la família.
- 
- Nombre de menors a càrrec.
- 
- Grup etnoterritorial.
- 
- Tipus de família.
  - Barri de residència.
- 
- Nivell d'instrucció.
  - Situació laboral.
- 
- Perceptor de la renda mínima.
  - Nombre de rendes mínimes concedides.
- 
- Existència de discapacitat.
  - Tipologia de malaltia.
-

- Tipus de cronicitat.
- Nombre de professionals de referència.
- Total d'intervencions realitzades.
- Visites a domicili efectuades.
- Nombre i tipus de problemàtiques ateses.
- Nombre i tipus de recursos atorgats.

#### 4.1. Perfil de les famílies en situació de cronicitat.

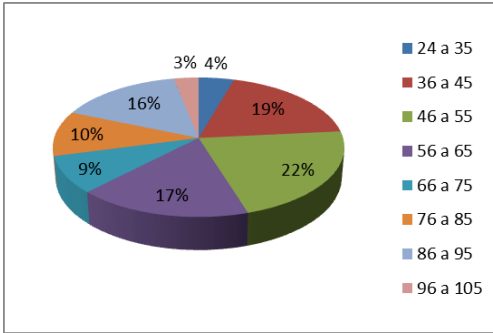
Les persones referents de la família són majoritàriament dones (74%) i els homes representen un 26% com es pot veure en aquest gràfic.

**Gràfic 1. Distribució per Sexe**



Pel que fa a l'edat de les persones referents de les famílies, podem veure com trobem un petit grup de persones joves que es troben en situació de cronicitat (4%). D'altra banda, trobem un grup de persones adultes en edat de treballar, que representa un (41%) del total. També un altre grup de persones jubilades majors de 65 anys que representa un (9%) i un grup de persones d'edat avançada que representen un (26%).

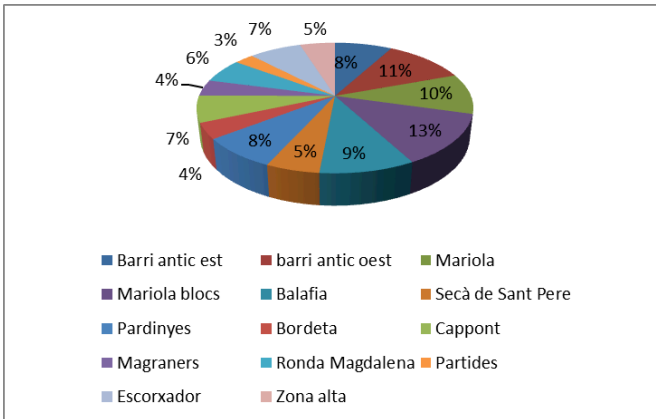
#### Gràfic 2. Edat



La població estudiada es distribueix de forma homogènia pels diferents barris de la ciutat, tot i que podem veure que hi ha una major concentració als barris de la Mariola Blocs (13%), seguit del barri antic oest (11%), i la Mariola (10%).

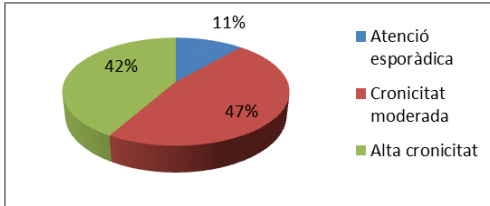
Podem dir que el barri antic en la seva globalitat, si hi afegim el barri antic est (8%) i el barri de la Mariola, també en global, aglutinen un 42 % de la cronicitat. Les Partides (3%), la Bordeta (4%) i Magraners (4%) són les que menys població en situació de cronicitat atenen.

**Gràfic 3. Distribució per barris**



Els casos que es consideren d'alta cronicitat representen un 42% del total, els que es consideren com a cronicitat moderada representen un 47% i el que anomenem com a atenció esporàdica en els darrers 10 anys representen un 11%.

**Gràfic 4. Tipus de cronicitat**

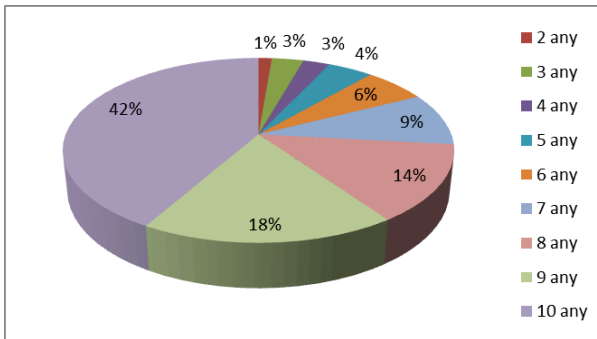


Podem veure com un 42% han estat atesos deu anys o més. El 68% ho ha estat més de 8 anys i només un 11% han estat atesos dos cops en un període de 10 anys.

Pel que fa la mitjana d'anys atesos veiem que és de 8,3 anys i la mediana és de 9 anys.

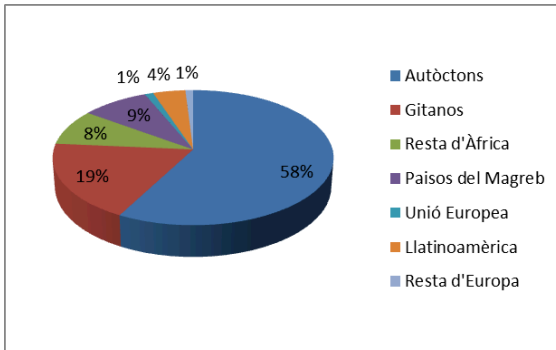
La meitat de les persones estudiades han estat ateses més de 9 anys.

**Gràfic 5. Nombre d'anys atesos**



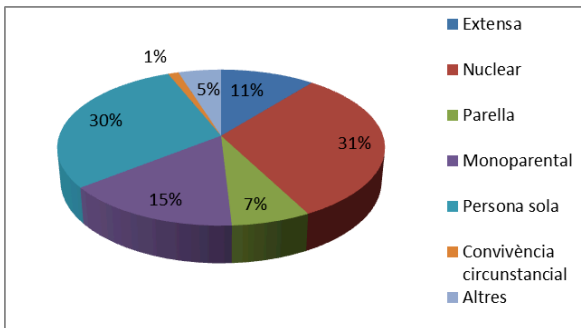
Segons grup etnoterritorial trobem que un 58% són persones autòctones, un 19% correspon a l'ètnia gitana, un 9% als països del Magreb i un 8% a la resta d'Àfrica.

**Gràfic 6. Grup etnoterritorial**



En relació al tipus de família podem veure que un 31% és de tipus nuclear, així com un 30% són persones soles. També cal destacar el 15% de mares monoparentals.

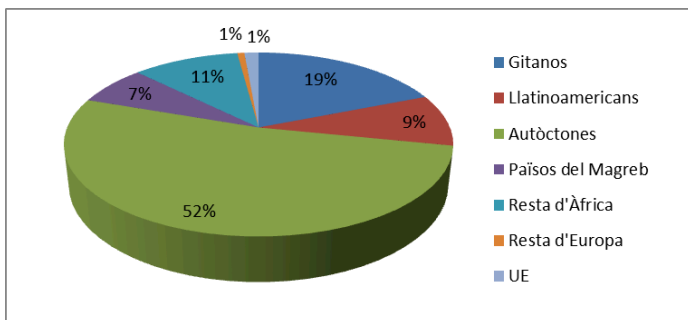
**Gràfic 7. Tipus de família**



La mitjana d'edat d'aquestes dones monoparentals és de 51 anys. El 52% són autòctones, el 29% són persones estrangeres i un 19% d'ètnia gitana.

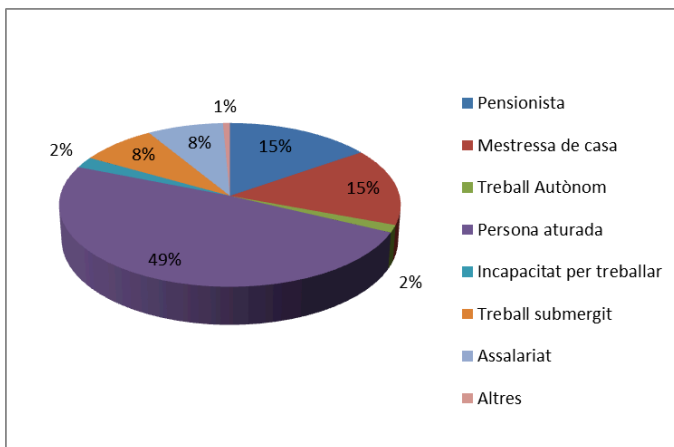


**Gràfic 8. Famílies monoparentals segons grup etnoterritorial**

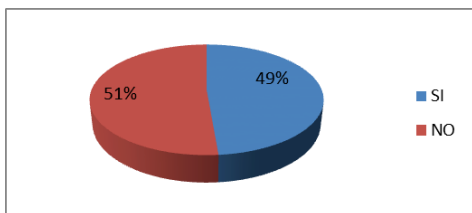


El 49% són dones aturades, un 15% són pensionistes i un 49% són perceptores de la renda mínima. Fent una anàlisi de la situació laboral de les famílies monoparentals crida l'atenció que el 15% siguin mestresses de casa en contraposició al 49% de dones aturades. Un 15% de pensionistes implica que, amb alta probabilitat, tinguin algun tipus de discapacitat o bé que siguin dones grans pensionistes amb fills a càrrec.

**Gràfic 9. Famílies monoparentals per situació laboral**

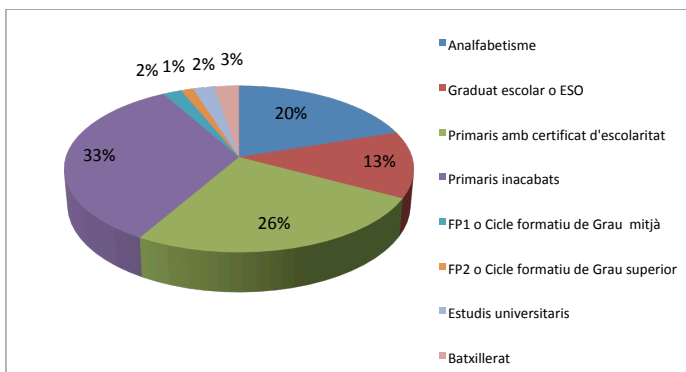


**Gràfic 10. Famílies monoparentals perceptores de RMI**



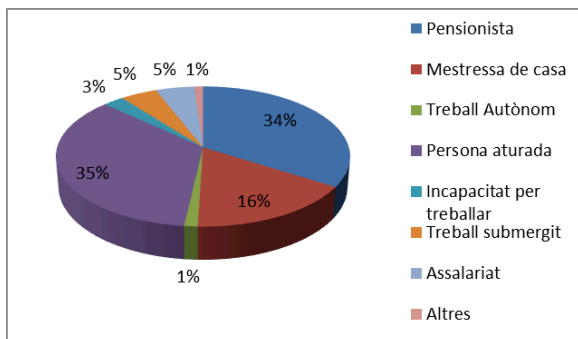
El nivell d'instrucció de la població estudiada ens indica que el nivell d'estudis és molt baix, si tenim en compte que un 33% té els estudis primaris inacabats, un 26% té estudis primaris amb certificat i un 20% són persones analfabetes, això representa un 79% del total de la població estudiada.

**Gràfic 11. Nivell d'instrucció**



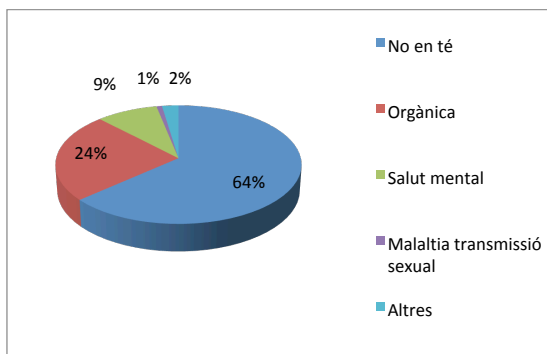
Pel que fa la situació laboral podem veure com la població estudiada es concentra en dues situacions de forma significativa: Persones pensionistes 34% i persones aturades 35%. Les persones assalariades representen un 5% el mateix percentatge que les persones que fan treball submergit, i les mestresses de casa un 16%.

## Gràfic 12. Situació laboral



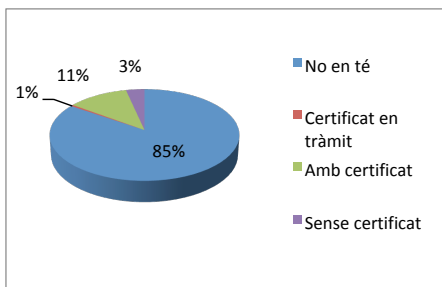
Pel que fa la salut de les persones referents dels casos, podem veure que un 64% no tenen cap malaltia, un 24% de persones pateixen malalties orgàniques i un 9% tenen problemes de salut mental.

## Gràfic 13. Malaltia



Com es pot comprovar en aquest gràfic, el 85% de les persones referents de la família no té cap discapacitat i només un 11% tenen discapacitat amb certificat oficial. Aquesta dada ens fa reflexionar sobre la idea preconcebuda que les discapacitats poden ser una de les fonts principals de cronicitat als serveis socials, tot i que aquesta dada no recull les possibles discapacitats dels altres membres de la unitat de convivència.

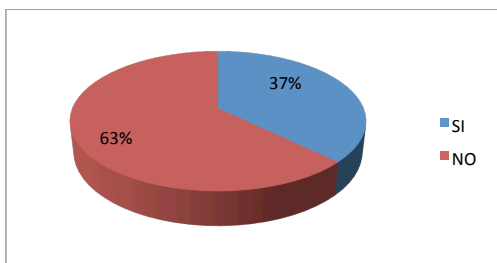
#### Gràfic 14. Discapacitat



El 63% de les famílies estudiades no han rebut cap renda mínima d'inserció essent un 37% les que sí que han estat perceptores en algun moment dels 10 anys estudiats.

La mitjana de RMI concedides a les famílies és de 3,2 amb un mínim d'un cop fins un màxim de 16 RMI concedits en aquest període.

#### Gràfic 15. Perceptors RMI



#### Dades referents a la intervenció professional

En aquesta taula es pot comprovar que hi ha un alta rotació de professionals que atenen les famílies al llarg del temps (5,7), gairebé un canvi de professional cada dos anys.

També es pot veure una minsa quantitat de visites a domicili amb el pas del temps (3,8), dada que no deixa de ser sorprenent atenent al temps transcorregut i atenent a la importància atorgada a la visita a domicili com a tècnica d'intervenció familiar.

També observem un nombre d'intervencions relativament baix si ens referim a casos amb llargues trajectòries com les aquí exposades. També es pot observar que la mitjana de membres per cada família és força elevat i amb una mitjana de menors a càrrec que se situa lleugerament per sobre de la mitjana de les famílies a Catalunya amb una mitjana d'1,6 fills.

**Taula 1. Intervencions professionals realitzades**

|         | Nombre de professionals diferents | Visites a domicili | Total intervencions | Menors a càrrec | Nombre de membres de la família |
|---------|-----------------------------------|--------------------|---------------------|-----------------|---------------------------------|
| Mitjana | 5,7                               | 3,8                | 80                  | 1,6             | 4,1                             |

**Dades relatives a les problemàtiques registrades**

Pel que fa les problemàtiques registrades pels serveis socials podem veure com les problemàtiques personals, familiars i socials són les més freqüents, seguides de les econòmiques i les de salut. Per tant, s'identifiquen en primera instància necessitats i dificultats de caire intern a la família, que es relacionen sobretot amb qüestions que tenen a veure amb la dinàmica familiar, les relacionals, manca o dificultats en les habilitats personals i socials, entre altres, per sobre de les econòmiques, salut o treball.

**Taula 2. Problemàtiques registrades**

|         | Econòmiques | Habitatge | Salut | Personal, familiar, social | Estudis | Treball | Lleure |
|---------|-------------|-----------|-------|----------------------------|---------|---------|--------|
| Mitjana | 1,9         | 0,4       | 1,4   | 2,7                        | 0,6     | 1,1     | 1      |

Pel que fa el nombre de recursos destinats en aquests anys d'intervenció es pot observar com els recursos materials en espècies, juntament amb els personals i

familiars, han estat els més emprats per les professionals dels Serveis bàsics d'atenció social de Lleida. Després trobem els recursos econòmics i, a més distància, els relacionats amb el treball, salut, habitatge, estudis o lleure.

Observem un desajustament entre les problemàtiques identificades en el registre d'expedients socials i la resposta a través dels recursos emprats.

**Taula 3. Taula de recursos gestionats a les famílies.**

|         | Econòmics | Espècies | Treball | Salut | Habitatge | Estudis | Personal, familiar, social | Lleure |
|---------|-----------|----------|---------|-------|-----------|---------|----------------------------|--------|
| Mitjana | 3,1       | 10,2     | 0,5     | 0,3   | 0,2       | 0,3     | 3,5                        | 2,3    |

#### 4.1.1. ANÀLISI BIVARIABLE

##### SEXE

El sexe, atenent a la tipologia de cronicitat, no és una diferència significativa<sup>3</sup> atenent a la mostra fruit d'aquest estudi.

El sexe, atenent al tipus de família, sí que mostra una diferència significativa a nivell estadístic, especialment pel que fa ser dona i monoparental, com ja havíem avançat en l'anàlisi del perfil general.

---

<sup>3</sup> Quan parlem de significació ens referim, d'una banda, al resultat de la prova chi quadrat que mesura l'associació existent entre variables nominals segons graus de llibertat de la taula per a un nivell de significació de 0,05 o l'anàlisi de la variança que mesura si la diferència de mitjanes entre dos grups és significativa.

Si analitzem l'edat per tipus de cronicitat, podem dir que la mitjana d'edat de les persones que han rebut atenció esporàdica és de 59,5 anys, 64,8 anys en els considerats com a cronicitat moderada i 59,4 anys els de alta cronicitat. Aquesta relació és rellevant si comparem la cronicitat moderada amb l'atenció esporàdica o l'alta cronicitat.

La mitjana d'edat és de 62 anys. Aquesta dada no és significativa i pràcticament no varia atenent al sexe, 61,9 anys en el cas de les dones i 62 anys en el cas dels homes.

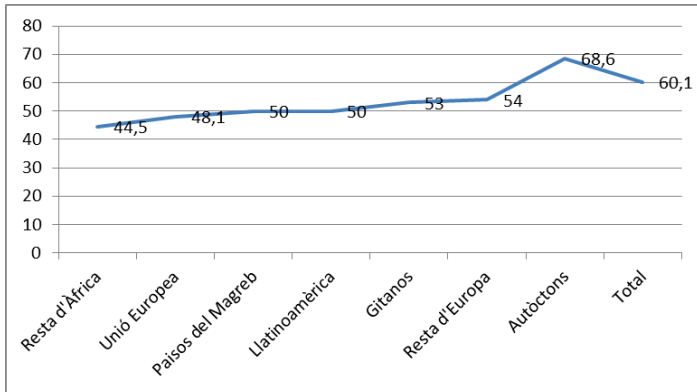
Per barris, podem veure com la mitjana d'edat és més elevada als barris de Ronda Magdalena (71,5 anys), Escorxador (69,8 anys) i a les Partides (67,4 anys) mentre que la més baixa la trobem a La Bordeta (55,7 anys), Mariola (56,8 anys) i Magraners (57,1 anys). Aquestes diferències tenen un valor estadístic.

**Taula 4. Mitjana d'edat segons barri**

| Barri             | Mitjana |
|-------------------|---------|
| Bordeta           | 55,7    |
| Mariola           | 56,8    |
| Magraners         | 57,1    |
| Mariola blocs     | 58,8    |
| Pardinyes         | 59      |
| Secà de Sant Pere | 60      |
| barri antic oest  | 61      |
| Barri antic est   | 61,2    |
| Balafia           | 62,4    |
| Zona alta         | 66,1    |
| Cappont           | 66,9    |
| Partides          | 67,4    |
| Escorxador        | 69,8    |
| Ronda Magdalena   | 71,5    |

L'edat, segons grup etnoterritorial, ens mostra que les persones procedents d'altres països tenen una mitjana d'edat inferior a la de les persones autòctones. Aquesta diferència és rellevant estadísticament.

**Gràfic 16. Mitjana d'edat segons grup etnoterritorial**



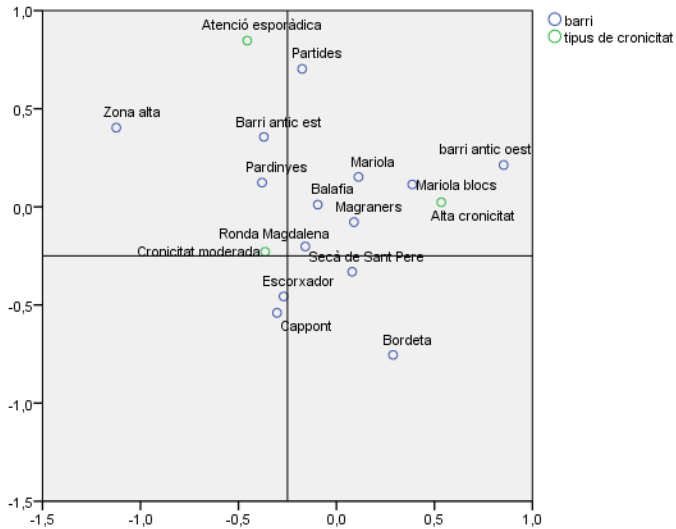
### **BARRI**

Si analitzem el tipus de cronicitat segons barri podem veure que es dona una relació significativa entre les dues variables. Podem destacar l'alta cronicitat al barri antic oest i a la Mariola blocs.

La cronicitat moderada es produeix a Ronda Magdalena i Escorxador i l'atenció esporàdica a les Partides.



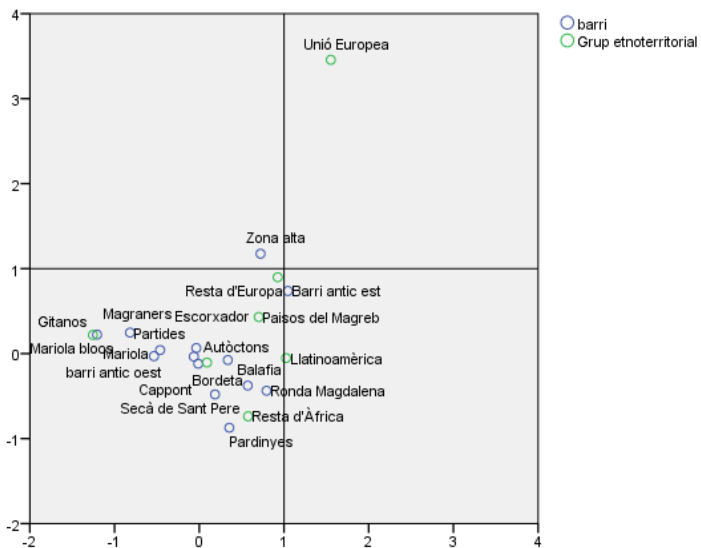
**Gràfic 17. Anàlisi de correspondències<sup>4</sup> Barri per tipus de cronicitat**



Per barris, segons grup etnoterritorial, podem veure que les dades més rellevants corresponen a la població autòctona al barri del Secà de Sant Pere i Cappont, els gitanos es troben ubicats a la Mariola Blocs, La Mariola i Magraners. La població provinent del Magreb, al Barri Antic Est i la Bordeta. Els provinents de la resta d'Àfrica es concentren al barri de Pardinyes. Les persones llatinoamericanes es troben al Barri Antic Est, Balafia i Ronda Magdalena. Les provinents de la Unió Europea a la zona alta i al Barri Antic Est. Les persones de la Resta d'Europa al barri Antic Est.

<sup>4</sup> Aquest tipus de gràfic ens mostra de forma molt visual el grau d'associació o proximitat que es dona entre els diferents valors que componen cada variable. En aquest cas el nivell de correspondència entre al barri i el tipus de cronicitat que s'hi dona.

**Gràfic 18. Anàlisi de correspondències Barri per grup etnoterritorial**



**TIPUS DE FAMÍLIA**

El tipus de família segons el barri té una relació significativa. La família extensa destaca als barris de la Mariola i Mariola Blocs, la família composada per una parella, a les Partides, la família monoparental al Barri Antic Oest, la persona sola al Barri Antic Oest, Cappont i Escorxador i la convivència circumstancial es dona de forma important al Barri Antic Est i la Zona Alta.

La relació entre el tipus de cronicitat i el tipus de família també té valor estadístic. Les dades més rellevants corresponen a la convivència en parella en el cas de la cronicitat moderada i la família monoparental en el cas de l'alta cronicitat.

## NOMBRE DE MEMBRES DE LA FAMÍLIA

---

Pel que fa el nombre de membres de la família, la mitjana segons tipus de cronicitat podem dir que és una dada amb valor estadístic, essent de (3,7) en el cas de l'atenció esporàdica, de (3,9) a la cronicitat moderada i de (4,5) en el cas de l'alta cronicitat.

Per barris, sobresurt la mitjana de La Bordeta (4,71), Secà de Sant Pere (4,71) i Pardinyes (4,63).

72

**Taula 5. Nombre de membres a la família segons barri**

| Barri             | Mitjana |
|-------------------|---------|
| Escorxador        | 3,21    |
| Barri Antic Est   | 3,43    |
| Cappont           | 3,53    |
| Ronda Magdalena   | 3,67    |
| Zona alta         | 3,68    |
| Barri Antic Oest  | 3,75    |
| Partides          | 4,12    |
| Balafia           | 4,33    |
| Mariola blocs     | 4,58    |
| Mariola           | 4,61    |
| Magraners         | 4,62    |
| Pardinyes         | 4,63    |
| Secà de Sant Pere | 4,71    |
| Bordeta           | 4,71    |

El nombre de membres, atenent al grup etnoterritorial, també és una dada amb valor estadístic i ens mostra que les famílies provinents de l'Àfrica tenen una mitjana més elevada de membres a la família (6,47), a continuació trobem les persones de la resta d'Europa (6,11) i en tercer lloc les famílies gitanes (5,67). Els grups amb una diferència més rellevant són, a banda de les persones autòctones, els de la resta d'Àfrica i els països del Magreb, i també amb els llatinoamericans.

**Taula 6. Nombre de membres a la família segons grup etnoterritorial**

| Grup etnoterritorial | Mitjana |
|----------------------|---------|
| Autòctons            | 3,17    |
| Unió Europea         | 4,60    |
| Llatinoamèrica       | 4,86    |
| Països del Magreb    | 4,97    |
| Gitanos              | 5,67    |
| Resta d'Europa       | 6,11    |
| Resta d'Àfrica       | 6,47    |
| Total                | 4,20    |

## MENORS A CÀRREC

---

El nombre de menors segons tipus de cronicitat, també és rellevant amb una mitjana de menors a càrrec d'1,4 en el cas de l'atenció esporàdica, d'1,3 en el cas de la cronicitat moderada i d'1,9 en l'alta cronicitat.

Els barris amb més fills a càrrec també és una dada important a tenir en compte i les mitjanes més destacades són La Bordeta (2,45), Mariola (1,98) i Pardiniyes (1,96). Els que menys en tenen són el barri de l'Escorxador (0,90), Cappont (1,20) i Zona Alta (1,21).

**Taula 7. Nombre de menors a càrrec segons barri**

| Barri             | Mitjana |
|-------------------|---------|
| Escorxador        | ,90     |
| Cappont           | 1,20    |
| Ronda Magdalena   | 1,21    |
| Zona alta         | 1,21    |
| Partides          | 1,35    |
| Balafia           | 1,41    |
| Barri antic est   | 1,51    |
| barri antic oest  | 1,53    |
| Mariola blocs     | 1,75    |
| Secà de Sant Pere | 1,76    |
| Magraners         | 1,87    |
| Pardiniyes        | 1,96    |

|         |      |
|---------|------|
| Mariola | 1,98 |
| Bordeta | 2,45 |
| Total   | 1,58 |

Pel que fa la grup etnoterritorial i el nombre de menors a càrrec també és una diferència rellevant i veiem com són les persones de la resta d'Àfrica les que tenen una mitjana més elevada de menors (3,43%), seguit de la població gitana (2,96) i de la resta d'Europa (2,67).

**Taula 8. Nombre de menors a càrrec segons grup etnoterritorial**

| Origen            | Mitjana |
|-------------------|---------|
| No pertany a cap  | ,83     |
| Unió Europea      | 1,40    |
| Llatinoamèrica    | 2,05    |
| Països del Magreb | 2,44    |
| Resta d'Europa    | 2,67    |
| Gitanos           | 2,96    |
| Resta d'Àfrica    | 3,43    |

## GRUP ETNOTERRITORIAL

---

El grup etnoterritorial atenent al tipus de cronicitat també és una dada significativa a tenir en compte, ja que existeixen diferències molt destacables en el cas de les persones d'ètnia gitana i l'alta cronicitat, la cronicitat moderada en el cas de les persones autòctones i llatinoamericanes i l'atenció esporàdica en persones autòctones, llatinoamericanes i de la Unió europea.

## NIVELL D'INSTRUCCIÓ

---

El nivell d'instrucció atenent a la tipologia de cronicitat també és una dada amb valor estadístic. Destaca l'analfabetisme a l'alta cronicitat, el batxillerat a la cronicitat moderada i el graduat escolar i el batxillerat a l'atenció esporàdica.

El sexe segons el nivell d'instrucció no és significatiu estadísticament. Tot i així destaca el 21,7% de les dones que són analfabetes en comparació als homes, que ho són un 15,5%, així com també el nombre d'homes que tenen el graduat escolar, 19,7%, enfront el 10,6% de les dones.

## SITUACIÓ LABORAL

---

La situació laboral atenent al tipus de cronicitat es considera rellevant, destacant la cronicitat moderada en pensionistes i l'atenció esporàdica en persones assalariades, atenent a les dades obtingudes. La situació laboral i l'edat també és una dada significativa i es mostren diferències especialment entre les persones pensionistes i la resta de persones en diferent situació.

La situació laboral per sexe també és significativa i destaquen les dones mestresses de casa i els homes aturats o amb incapacitat per treballar com a dades més destacades i comparatives entre ambdós sexes.

La situació laboral per grup etnoterritorial també és important i destaquen les persones pensionistes que no pertanyen a cap grup ètnic, les dones gitanes mestresses de casa, els gitanos que realitzen treball autònom o treball submergit, les persones de la resta d'Àfrica assalariades o aturades, les persones procedents del Magreb aturades

o que estan en altres situacions laborals desconegudes, persones de la Unió Europea que fan treball submergit o aturades i persones assalariades de la resta d'Europa.

## MALALTIA

---

La situació de salut atenent al tipus de cronicitat podem afirmar que és significativa segons les dades obtingudes i podem afegir que la relació més important la trobem entre l'alta cronicitat i les malalties mentals.

Podem afirmar que l'edat és un factor que es diferencia de forma destacada segons tipus de malaltia. Els grups que mostren una diferència més important són entre els que tenen una malaltia orgànica i els que no en tenen cap (17,5 anys) o tenen una malaltia mental (16,2 anys) o de transmissió sexual (23,5 anys de diferència).

El tipus de malaltia per barri mostra una relació a tenir en compte. Les relacions més rellevants estadísticament es troben en aquelles persones que no tenen cap malaltia al barri de La Bordeta, Magraners, Mariola i Cappedon. Les que tenen malalties orgàniques al barri de Pardinyes, Balafia i Ronda Magdalena. Les que tenen problemes de salut mental a les Partides i les que tenen malalties de transmissió sexual al Barri Antic Oest.

La malaltia i la situació laboral també tenen una relació amb valor estadístic. Les situacions a destacar corresponen a les persones que són pensionistes i tenen malalties orgàniques, les persones aturades que no tenen cap malaltia, les persones amb incapacitat per treballar que tenen problemes de salut mental o malalties de transmissió sexual i les persones que fan treball submergit o assalariat i no tenen cap malaltia.

## DISCAPACITAT

---

La discapacitat segons tipus de cronicitat podem dir que no és significativa segons les dades obtingudes estadísticament. Tot i així podem destacar que la discapacitat amb certificat es dona amb més freqüència a l'alta cronicitat i disminueix amb la cronicitat moderada i encara més amb l'atenció esporàdica.

La discapacitat per sexe té una relació rellevant i destaca estadísticament el fet de ser dona i no tenir discapacitat i, d'altra banda, ser home i tenir discapacitat sense certificat reconegut o amb certificat.

La discapacitat i el tipus de malaltia té una relació important en la que destaquen les persones que tenen certificat de discapacitat per malaltia mental diagnosticada i crida l'atenció el percentatge de persones que, des de serveis socials, es considera que tenen un problema de salut mental però no tenen certificat reconegut.

## PERCEPTORS RMI (actual RGC)

---

Ser perceptor de la renda mínima i el tipus de cronicitat té una relació significativa i destaca ser perceptor de la renda mínima i l'alta cronicitat i no ser perceptor de la renda mínima, en el cas de la cronicitat moderada i l'atenció esporàdica.

La relació entre ser perceptor de la renda mínima i sexe també és una dada rellevant, i hi destaca el fet de ser home i ser perceptor de la renda mínima o ser dona i no ser perceptora de la mateixa.

La relació entre ser perceptor de la renda mínima i el barri de residència també és important i destaca el fet de ser perceptor de la renda mínima i viure al Barri Antic Oest, Mariola blocs i Magraners. D'altra banda destaca no ser perceptor de la renda mínima als barris de l'Escorxador, Ronda Magdalena i Pardiniyes.



La relació entre ser perceptor de la renda mínima i el grup etnoterritorial també s'ha de tenir en compte estadísticament i podem destacar ser perceptor de la renda mínima en el cas de persones d'ètnia gitana, persones procedents de països del Magreb i de la Unió Europea i, d'altra banda, no ser perceptor de la renda mínima i no pertànyer a cap grup ètnic, ser de països de la resta d'Àfrica o Llatinoamèrica.

Finalment també es pot afirmar que el ser perceptor de la renda mínima també està associat de forma significativa a la situació laboral, destacant el fet de ser perceptor de la renda mínima i ser una persona aturada o no ser perceptor de la renda mínima al ser una persona pensionista o assalariada.

## **DADES RELACIONADES AMB LA INTERVENCIÓ PROFESSIONAL**

---

### **- Nombre de professionals.**

Si tenim en compte el nombre de professionals que han atès a les famílies, segons tipus de cronicitat, podem afirmar que existeixen diferències significatives que indiquen que, a més cronicitat, més nombre de professionals diferents que han sigut referents del cas, de forma més evident entre l'atenció esporàdica i l'alta cronicitat.

### **- Nombre d'intervencions.**

El nombre d'intervencions atenent a la tipologia de cronicitat ens indica també que és rellevant, segons les dades obtingudes, i s'observa com a més cronicitat més nombre d'intervencions.

**- Visites a domicili.**

El nombre de visites a domicili augmenta de forma progressiva amb el tipus de cronicitat segons les dades obtingudes i també és una dada a tenir en compte.

**Taula 9. Mitjana de professionals, d'intervencions i de visites a domicili segon tipus de cronicitat:**

|                     | Nombre de professionals | Nombre d'intervencions | Visites a domicili |
|---------------------|-------------------------|------------------------|--------------------|
| Atenció esporàdica  | 3,5                     | 22,2                   | 1,2                |
| Cronicitat moderada | 5,4                     | 59                     | 3,4                |
| Alta cronicitat     | 6,6                     | 120                    | 5                  |

**Taula 10. Tipus de problemàtiques segons cronicitat**

| Tipus de cronicitat | Mitjana de tipus de problemàtica |             |             |                          |             |             |             |
|---------------------|----------------------------------|-------------|-------------|--------------------------|-------------|-------------|-------------|
|                     | Econòmiques                      | Habitatge   | Salut       | Personal Familiar Social | Estudis     | Treball     | Lleure      |
| Atenció esporàdica  | 1,25                             | 0,24        | 0,78        | 1,17                     | 0,20        | 0,56        | 0,25        |
| Cronicitat moderada | 1,62                             | 0,28        | 1,32        | 2,25                     | 0,51        | 1,04        | 0,75        |
| Alta cronicitat     | 2,32                             | 0,55        | 1,70        | 3,59                     | 0,92        | 1,24        | 1,42        |
| <b>Total</b>        | <b>1,87</b>                      | <b>0,39</b> | <b>1,42</b> | <b>2,68</b>              | <b>0,65</b> | <b>1,07</b> | <b>0,97</b> |

Es pot observar en aquesta taula com la mitjana de problemàtiques detectades i recollides en el registre de serveis socials augmenten de forma considerable a mesura que avança la cronicitat. Ho fa de forma significativa en les problemàtiques de tipus social, personal i familiar, en les econòmiques i les de salut, tot i que són les tres problemàtiques que es donen de forma significativa en les tres tipologies de cronicitat.

Existeix una correlació entre els anys atesos per les famílies i les problemàtiques econòmiques, d'habitatge, les de salut, les personals, familiars i socials, d'estudis, de treball i de lleure.

**Taula 11.-Mitjana de recursos segons cronicitat**

| Tipus de cronicitat | Mitjana de nombre de recursos |                   |             |             |             |             |                          |             |
|---------------------|-------------------------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------------------|-------------|
|                     | Econòmic Efectiu              | Econòmic Espècies | Treball     | Salut       | Habitatge   | Estudis     | Personal Familiar Social | Lleure      |
| Atenció esporàdica  | 1,06                          | 2,53              | 0,24        | 0,02        | 0,15        | 0,08        | 1,43                     | 0,49        |
| Cronicitat moderada | 2,21                          | 6,72              | 0,40        | 0,19        | 0,14        | 0,27        | 3,28                     | 1,77        |
| Alta cronicitat     | 4,68                          | 15,81             | 0,75        | 0,41        | 0,31        | 0,50        | 4,14                     | 3,35        |
| <b>Total</b>        | <b>3,15</b>                   | <b>10,18</b>      | <b>0,53</b> | <b>0,27</b> | <b>0,21</b> | <b>0,35</b> | <b>3,47</b>              | <b>2,32</b> |

Es pot veure en aquesta taula com la mitjana de recursos en espècies és el més utilitzat en tot tipus de cronicitat, essent molt rellevant en l'alta cronicitat, així com els recursos econòmics i personals, familiars i socials.

En la cronicitat moderada destaquen els recursos també en espècies, en segon lloc, a diferència de l'alta cronicitat, trobem els recursos personals, familiars i socials i en tercer lloc, els econòmics.

A l'atenció esporàdica i a la cronicitat moderada també s'utilitzen recursos econòmics en espècies, recursos personals, familiars i socials i econòmics en efectiu. La correlació entre els anys atesos i els diferents tipus de recursos utilitzats també és significativa i augmenta a mesura que augmenten els anys.

L'edat segons barris i sexe, tal com ens mostra la taula següent que existeixen diferències importants en quan a sexe a barris com Balafia en el que les dones tenen una mitja d'edat de 64 anys mentre que els homes la tenen de 56,5 anys. El cas contrari el trobem a Ronda Magdalena en el que els homes tenen una mitjana de 77,8 anys i les dones de 69,1.

Els barris en els que trobem els homes més grans són Ronda Magdalena (77,8 anys), Cappont (70,8), Escorxadador (70,5) i Zona Alta (67,8). Els més joves els trobem a Bordeta amb 52,2, Mariola amb 55,4 de mitjana i Balàfia. En el cas de les dones, les més grans es troben als barris de l'escorxadador (69,5), a les partides (69,3), Ronda Magdalena amb 69,1 i Zona Alta amb 65,8 de mitjana. Les dones més joves es troben a Magraners (55,7), la Bordeta amb 56,4, Mariola amb 57,3 i Mariola blocs amb 58,1 anys de mitjana. Les diferències més significatives entre homes es troben entre el barri de Ronda Magdalena i els barris de Balafia, la Mariola i Pardinyes. En el cas de les dones no es pot destacar cap diferència segons barri.

**Taula 12. Mitjana d'edat per barri i sexe**

| Barri                    | Edat |      |
|--------------------------|------|------|
|                          | Home | Dona |
| Barri antic est          | 60,2 | 61,5 |
| <b>Barri antic oest</b>  | 60,8 | 61,1 |
| <b>Mariola</b>           | 55,4 | 57,3 |
| <b>Mariola blocs</b>     | 61,6 | 58,1 |
| <b>Balafia</b>           | 56,5 | 64,8 |
| <b>Secà de Sant Pere</b> | 57,3 | 62   |
| <b>Pardinyes</b>         | 58,4 | 59,1 |
| <b>Bordeta</b>           | 52,2 | 56,4 |
| <b>Cappont</b>           | 70,8 | 65,2 |
| <b>Magraners</b>         | 60,4 | 55,7 |

|                        |      |      |
|------------------------|------|------|
| <b>Ronda Magdalena</b> | 77,8 | 69,1 |
| <b>Partides</b>        | 63,1 | 69,3 |
| <b>Escorxador</b>      | 70,5 | 69,5 |
| <b>Zona alta</b>       | 67,8 | 65,8 |

El grup etnoterritorial i el barri atenent al tipus de cronicitat també és rellevant en el cas de la cronicitat moderada i alta cronicitat, però no ho és en el cas de l'atenció esporàdica. En aquest quadre recollim les situacions més destacades:

82

### Quadre 3. Tipus de cronicitat segons grup etnoterritorial i barri

| <b>Atenció esporàdica</b>                                            | <b>Cronicitat moderada</b>                          | <b>Alta cronicitat</b>                                                 |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| Gitanos de la Mariola                                                | Gitanos de la Mariola blocs                         | Gitanos Mariola blocs                                                  |
| Persones de la resta d'Àfrica del Barri Antic Oest                   | Persones de la Unió Europea de la Zona Alta         | Persones de la Unió europea de la Zona Alta                            |
| Persones llatinoamericanes del barri del Secà de Sant Pere           | Persones de la resta d'Europa al Barri Antic Est    | Persones de la Resta d'Àfrica de Pardinyes                             |
| Persones procedents del Magreb instal·lades a les Partides de Lleida | Persones llatinoamericanes de Ronda Magdalena       | Persones llatinoamericanes i procedents del Magreb del Barri Antic Est |
| Persones de la Unió Europea ubicades al barri de l'escorxador        | Persones de la resta d'Àfrica de Pardinyes          | Gitanos de Magraners                                                   |
| Persones autòctones de Balafia                                       | Persones autòctones del Secà de Sant Pere i Cappont | Persones de la Resta d'Europa de Magraners                             |

Pel que fa el tipus de cronicitat atenent al barri i tipus de família podem afirmar que aquesta té valor estadístic en el cas de la cronicitat moderada i l'alta cronicitat, però no ho és en el cas de l'atenció esporàdica. Destaquem les relacions més rellevants atenent als resultats obtinguts.

#### Quadre 4. Tipus de cronicitat segons tipus de família i barri

| Tipus de cronicitat | Tipus de família i barri                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atenció esporàdica  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Famílies composades per una parella de Ronda Magdalena</li> <li>- Famílies monoparentals del Barri Antic Oest</li> <li>- Altres tipus de família a Balafia</li> <li>- Famílies nuclears a les Partides</li> </ul>                                                                                                                                                                                                       |
| Cronicitat moderada | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Famílies composades per una parella a les Partides i a Magraners</li> <li>- Famílies formades per convivència circumstancial al Barri Antic Oest i Est</li> <li>- Persones soles al Barri Antic Oest</li> <li>- Persones soles al barri de Cappont</li> <li>- Famílies extenses al barri de Magraners</li> </ul>                                                                                                        |
| Alta Cronicitat     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Famílies extenses de la Mariola i Mariola Blocs</li> <li>- Famílies formades per convivència circumstancial al barri de la Zona Alta</li> <li>- Persones soles al barri de l'Escorxador i Ronda Magdalena</li> <li>- Famílies composades per una parella a les Partides i al barri de l'Escorxador</li> <li>- Famílies monoparentals del Barri Antic Oest</li> <li>- Famílies nuclears al barri de Magraners</li> </ul> |

Pel que fa el nivell d'instrucció i grup etnoterritorial segons barri, existeixen diferències molt destacables al Barri Antic Est, Barri Antic Oest, Mariola Blocs i Cappont.

En aquest quadre podrem veure el resultats més destacats:

#### Quadre 5. Barri segons nivell d'instrucció i grup etnoterritorial.

| Barri            | Nivell d'instrucció i grup etnoterritorial                                                                                                                                                           |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Barri Antic Est  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Llatinoamericans amb FP1 o Cicle formatiu</li> <li>- Unió Europea amb estudis universitaris</li> <li>- Resta d'Europa amb estudis de batxillerat</li> </ul> |
| Barri Antic Oest | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persones de la Resta d'Àfrica primaris amb certificat</li> <li>- Llatinoamericans amb estudis de batxillerat</li> </ul>                                     |
| Mariola          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gitanos amb analfabetisme</li> </ul>                                                                                                                        |
| Mariola Blocs    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persones autòctones amb estudis primaris amb certificat</li> <li>- Gitanos amb analfabetisme</li> </ul>                                                     |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pardinyes       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gitanos amb analfabetisme</li> <li>- Persones autòctones amb estudis primaris amb certificat</li> <li>- Gitanos amb primaris inacabats</li> </ul>                                                                                                    |
| Bordeta         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persones de la Resta d'Àfrica analfabets</li> </ul>                                                                                                                                                                                                  |
| Cappont         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gitanos amb analfabetisme</li> <li>- Persones dels països del Magreb amb graduat escolar o similar</li> <li>- Persones autòctones amb estudis primaris amb certificat</li> <li>- Persones de la resta d'Europa amb estudis de batxillerat</li> </ul> |
| Magraners       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gitanos amb estudis inacabats</li> <li>- Persones autòctones amb Graduat escolar o ESO</li> </ul>                                                                                                                                                    |
| Ronda Magdalena | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Llatinoamericans amb estudis de batxillerat</li> </ul>                                                                                                                                                                                               |
| Escorxador      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persones de la resta d'Àfrica amb analfabetisme</li> </ul>                                                                                                                                                                                           |
| Zona Alta       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persones dels països del Magreb amb estudis certificat d'escolaritat</li> <li>- Persones de la resta d'Àfrica amb estudis primaris inacabats</li> </ul>                                                                                              |

El col·lectiu gitano és el que més analfabetisme pateix ja que representen un 61,7% del total d'analfabets estudiats i es concentren en el barri de la Mariola Blocs (20%) i Cappont (11,7%).

Les persones autòctones són les que més es troben en possessió del graduat escolar (59%), així com el certificat d'escolaritat (64,5%), amb una distribució semblant per barris.

Pel que fa als que tenen els estudis primaris inacabats, es reparteixen a parts iguals entre els gitans i els autòctons, destacant els barris de la Mariola (10,1%) i Mariola Blocs (14,1%) en el cas dels gitans, així com també destaca el barri de Mariola pel que fa les persones autòctones (11,1%).

Pel que fa la situació laboral segons grup etnoterritorial i barri de residència, trobem una diferència estadísticament rellevant. Podem destacar aquestes situacions com a les més importants.

## Quadre 6. Situació laboral per barri i grup etnoterritorial

| Situació laboral  | Grup etnoterritorial i barri                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pensionistes      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gitanos de la Mariola Blocs</li> <li>- Persones de la Resta d'Europa de Magraners</li> <li>- Persones del Magreb del Barri Antic Oest</li> <li>- Persones de la resta d'Àfrica de Ronda Magdalena</li> <li>- Llatinoamericans del Barri Antic Oest i de Balafia</li> <li>- Persones autòctones del Barri Antic Est i de l'Escorxador</li> </ul>                                                                                           |
| Mestressa de casa | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persones de la resta d'Àfrica de Pardinyes</li> <li>- Persones dels països del Magreb de La Bordeta</li> <li>- Llatinoamericanes del barri Ronda Magdalena i Escorxador</li> <li>- Gitanes de Magraners i La Mariola</li> <li>- Persones de la resta d'Europa de Balafia</li> <li>- Persones autòctones de la Zona Alta</li> </ul>                                                                                                        |
| Treball autònom   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Llatinoamericans de Ronda Magdalena</li> <li>- Gitanos de la Mariola Blocs</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Persones aturades | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gitanos de la Mariola Blocs i Escorxador</li> <li>- Persones de la Resta d'Àfrica de Pardinyes</li> <li>- Persones de la Resta d'Europa del Barri Antic Est</li> <li>- Persones de la Unió Europea del Barri Antic Est i de la Zona Alta</li> <li>- Persones del Magreb del barri antic est i Balafia</li> <li>- Persones llatinoamericanes de Ronda Magdalena, Cappont i Balafia</li> <li>- Persones autòctones de la Bordeta</li> </ul> |

85

Pel que fa el tipus de cronicitat atenent a la situació laboral i al grup etnoterritorial podem afirmar que aquesta té valor estadística en el cas de la cronicitat moderada i l'alta cronicitat, però no ho és en el cas de l'atenció esporàdica atenent a les dades obtingudes.

Les relacions més rellevants atenent als resultats obtinguts es poden veure en aquest quadre:

## Quadre 7. Tipus de cronicitat segons situació laboral i grup etnoterritorial

| Tipus de cronicitat | Situació laboral i grup etnoterritorial                                                                                                                                                                                 |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Atenció esporàdica  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensionistes autòctons</li> <li>- Persones assalariades que provenen de països de la Resta d'Àfrica i de la Resta d'Europa</li> <li>- Mestresses de casa autòctones</li> </ul> |



|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Cronicitat moderada</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensionistes autòctons</li> <li>- Treballadors autònoms gitanos</li> <li>- Persones aturades procedents dels països del Magreb, de la Resta d'Àfrica i Llatinoamèrica</li> <li>- Persones que realitzen treball submergit llatinoamericanes i gitanes</li> <li>- Persones assalariades de la Resta d'Europa</li> </ul>    |
| <b>Alta cronicitat</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensionistes autòctons</li> <li>- Persones que realitzen treball submergit llatinoamericanes, de la Unió Europea i gitanes.</li> <li>- Persones assalariades de la Resta d'Àfrica</li> <li>- Persones que es troben en altres situacions procedents de països del Magreb</li> <li>- Mestresses de casa gitanes</li> </ul> |

La malaltia, segons situació laboral i barri, també te valor estadística en el cas de les persones que tenen problemes de salut mental. És a dir, que la situació laboral i el barri són aspectes a tenir en compte i estan relacionats amb el fet de tenir problemes de salut mental.

**Quadre 8. Malaltia segons situació laboral i barri**

| Tipus de malaltia  | Segons barri i situació laboral                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| No en té           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Barri antic que tenen altres situacions laborals</li> <li>- Pensionistes de Cappont i Secà de Sant Pere</li> <li>- Mestresses de casa Balàfia i Mariola Blocs</li> </ul>                                                                                                                                                                                                         |
| Malaltia orgànica  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bordeta, Barri Antic Oest i Cappont persones amb incapacitat per treballar</li> <li>- Mariola persones que fan treball submergit</li> <li>- Pardinyes persones que tenen altres situacions laborals</li> <li>- Balafia pensionistes</li> <li>- Partides mestresses de casa</li> </ul>                                                                                            |
| Salut mental       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bordeta persones assalariades</li> <li>- Mariola treball autònom</li> <li>- Pardinyes persones que tenen altres situacions laborals</li> <li>- Cappont treball submergit</li> <li>- Escorxador assalariats</li> <li>- Barri Antic Est i Ronda Magdalena incapacitat per treballar</li> <li>- Mariola Blocs i zona alta aturats</li> <li>- Partides mestresses de casa</li> </ul> |
| Transmissió sexual | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mariola blocs pensionistes</li> <li>- Escorxador incapacitat per treballar</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

Podem comprovar que existeix un percentatge important de persones que cobren o han cobrat la Renda Mínima d'Inserció durant aquests anys (actual RGC). Aquesta dada és significativa estadísticament quan la creuem amb la variable barri i la variable tipus de cronicitat.

**Quadre 9. Perceptors de RMI segons barri i tipus de cronicitat**

| Perceptors de RMI | Segons barri i tipus de cronicitat                                                                                                                                       |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Si                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Barri Antic Oest Alta cronicitat</li> <li>- Zona Alta atenció esporàdica</li> </ul>                                             |
| No                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Barri Antic Est atenció esporàdica</li> <li>- Mariola Blocs alta cronicitat</li> <li>- Zona Alta cronicitat moderada</li> </ul> |

#### 4.1.2. Tipologies obtingudes a partir de l'anàlisi cluster.

Les variables incorporades han estat: edat, sexe principal, situació laboral, tipus de malaltia, perceptor de renda mínima, anys atesos i grup etnoterritorial.

**Quadre 10. Resultats de l'anàlisi cluster.**

| Variables            | CLUSTER 1               | CLUSTER 2                | CLUSTER 3              |
|----------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|
|                      | "Mare coratge"          | "Home dependent"         | "Anciana resistent"    |
| Edat                 | 46 anys                 | 56,8 anys                | 82,5 anys              |
| Situació laboral     | Persona aturada (54,9%) | Persona aturada (56%)    | Pensionista (82,2%)    |
| Malalties            | No en té (96,6%)        | No en té (47,7%)         | Orgànica (51%)         |
| Tipus de família     | Nuclear (48,1%)         | Persona sola (33,8%)     | Persona sola (53,5%)   |
| Sexe principal       | Dona (100%)             | Home (56%)               | Dona (80,8%)           |
| Perceptor RMI        | No (50,2%)              | Si (71,3%)               | No (91,1%)             |
| Grup etnoterritorial | No pertany a cap (35%)  | No pertany a cap (50,5%) | No pertany a cap (94%) |
| Anys atesos          | 8,4 anys                | 8,9 anys                 | 8 anys                 |

Podem veure tres grans perfils que es distingeixen bàsicament per la qüestió de sexe.

Dos d'ells estan compostats majoritàriament per dones i un per homes.

Els dos grups de dones es diferencien de forma clara per ser d'edats molt diferents. Per una banda, trobem dones amb família nuclear amb una mitjana d'edat de 46 anys i que estan a l'atur, sense patir cap malaltia, i que al mateix temps la meitat d'elles no tenen cap tipus d'ajuda en forma de prestació.

D'altra banda, trobem dones soles que tenen una mitjana d'edat de 82,2 anys, pensionistes amb malalties orgàniques. Els dos grups coincideixen en que són persones autòctones i que es poden considerar persones pertanyents a la cronicitat moderada, amb tendència clara cap a l'alta cronicitat.

D'altra banda, apareix un altre grup en el qual majoritàriament trobem homes que viuen sols i que, tot i trobar-se en edat laboral 56,8 anys, es troben en gran part a l'atur. Una gran part d'aquest grup són autòctons i tenen algun tipus de malaltia, però majoritàriament són persones beneficiàries de la renda mínima i també se situen al límit entre la cronicitat moderada i l'alta cronicitat en un període curt de temps.

També hem realitzat una altra tipologia a partir de l'anàlisi de clúster específic per a les famílies que hem considerat com d'alta cronicitat, amb els següents resultats:

#### **Quadre 11. Cluster d'alta cronicitat**

| <b>Variables</b>            | <b>CLUSTER 1</b><br><i>“Mare coratge gitana”</i> | <b>CLUSTER 2</b><br><i>“Anciana resistent”</i> |
|-----------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Edat</b>                 | <b>50.5</b>                                      | <b>75.7</b>                                    |
| <b>Situació laboral</b>     | <b>Persona aturada (54,4%)</b>                   | <b>Pensionista (72,2%)</b>                     |
| <b>Tipus de família</b>     | <b>Nuclear (43%)</b>                             | <b>Persona sola (64%)</b>                      |
| <b>Grup etnoterritorial</b> | <b>Ètnia gitana (40%)</b>                        | <b>No pertany a cap (87,6%)</b>                |

|                       |                            |                                |
|-----------------------|----------------------------|--------------------------------|
| <b>Malalties</b>      | <b>No en té (74,1%)</b>    | <b>Orgàniques (48,5%)</b>      |
| <b>Perceptor RMI</b>  | <b>Si (73,1%)</b>          | <b>No (68%)</b>                |
| <b>Barri</b>          | <b>Mariola Blocs (20%)</b> | <b>Barri Antic Oest (16,5)</b> |
| <b>Sexe principal</b> | <b>Dona (74,1%)</b>        | <b>Dona (87%)</b>              |

En aquest clúster podem observar dos grans perfils, compostats en els dos casos per dones; com en l'altre cas, es distingeixen de forma clara les edats, ja que per una banda trobem dones de mitjana d'edat de 50,5 anys, aturades, que han creat una família (nuclear), que no tenen malalties, que actualment són perceptores de RMI –actualment RGC– i que en un gran nombre són d'ètnia gitana i residents al barri de la Mariola-Blocs.

Com exposa Solis (2017), el barri de la Mariola s'ha vist immers en una decadència que es reflecteix en la pèrdua de població progressiva deixant de ser el barri més habitat de la ciutat. L'arribada de població diversa, la concentració de la pobresa i la degradació física han fomentat la fragmentació que s'ha disparat en el moment que el barri s'ha vist afectat pels nous factors de la nova marginalitat urbana, en la que destaca especialment l'estigmatització territorial.

D'altra banda, observem un altre gran perfil conformat també per dones, amb una mitjana d'edat de 75,7 anys, que viuen soles, autòctones, que tenen algun tipus de malaltia orgànica, pensionistes i que viuen, en un nombre important, al Barri Antic Oest, un altre barri amb unes característiques molt específiques pel que fa a l'envelliment de la població, el deteriorament del parc d'habitatge i un marcat estigma que afecta als seus habitants, pel seu elevat índex d'immigració i de qüestions que s'associen al barri com la delinqüència, la prostitució, i que malgrat els esforços realitzats mitjançant un Pla de Barris no s'ha aconseguit eradicar.

## 4.2. Síntesi de l'anàlisi quantitativa

### Quadre 12. Resum de les idees més importants en relació al perfil de les famílies

- Les dones, en un 74% són les referents dels casos, i un 26% , els homes.
- La mitjana d'edat de les persones en cronicitat moderada és superior, 64,8 anys, a la de l'atenció esporàdica, 59,5 anys, i alta cronicitat, 59,4 anys.
- La cronicitat es concentra, en un 42%, en dos territoris, que són La Mariola i el Centre Històric de Lleida.
- Les persones en situació de cronicitat moderada representen un 47% dels casos estudiats, el 42% pertanyen a l'alta cronicitat i un 11% a l'atenció esporàdica en els darrers 10 anys. Tot i així la mitjana d'anys atesos és de 8,3 anys en la seva globalitat.
- Tot i que el 58% dels casos estudiats són persones autòctones, cal dir que augmenta progressivament, fins al 42%, el nombre de persones en situació de cronicitat que són persones immigrades o d'altres minories ètniques, com la gitana, 19%.
- Pel que fa al tipus de famílies, trobem un 30% de famílies nuclears, però cal destacar el 30% de persones soles i el 15% de famílies monoparentals que són dones i que sobreviuen amb alguna pensió o amb la RMI.
- El 79% de les persones estudiades tenen entre estudis primaris amb certificat, 26%, estudis primaris inacabats, 33%, o són analfabetes, 20%.
- Un 35% de les persones referents dels expedients són aturades, el 34% són pensionistes i un 16% mestresses de casa. Cal destacar un 5% de persones assalariades, amb el que això suposa i ens recorda el tema tan actual del treballador pobre.
- Pel que fa a les malalties, cal destacar les persones referents familiars que no tenen cap malaltia 64%, tot i que un 24% tenen malalties orgàniques i un 9% tenen malalties mentals diagnosticades.
- El 85% de les persones referents no té cap tipus de discapacitat.
- El 63% de les famílies no cobra la RMI –actual RGC– enfront un 37% que si la cobra.
- El nombre de professionals que han estat referents de les famílies és molt alt:

5,7 de mitjana, així com les visites a domicili, 3,8 de mitjana, i les intervencions realitzades són baixes, 80 de mitjana.

- La mitjana de menors a càrrec és d'1,6 fills i la mitjana de membres per família és de 4,1.
- Les problemàtiques més habituals recollides pels serveis socials són les personals, familiars i socials, seguides de les econòmiques i de salut. Per la seva banda, els recursos més emprats han estat en primer lloc, i de forma molt diferenciada de la resta, els recursos en espècies (aliments), els personals familiars i socials i els econòmics.
- És significativa la situació de la dona monoparental en relació a les altres situacions de gènere.
- La mitjana d'edat de les persones procedents d'altres països, com per exemple les subsaharianes que estan en situació de cronicitat, és menor (44,5 anys) que la de les persones autòctones (68,6 anys).
- S'està produint una alta cronicitat relacionada amb el barri, en concret a la Mariola Blocs i Barri Antic Oest. També es produeix una relació entre els barris i les minories ètniques que s'instal·len en ells (gitanos a Mariola Blocs o Magrebins al Barri Antic Est).
- El tipus de família també va lligat al barri de residència (extensa a Mariola i Mariola Blocs o persona sola al Barri Antic Oest). Cal destacar l'alta cronicitat lligada a la família monoparental. La mitjana de membres de la família d'alta cronicitat és de 4,5. El nombre de membres també va lligat a la grup etnoterritorial.
- A més menors a càrrec més cronicitat. A l'alta cronicitat la mitjana de menors és de 1,9.
- L'analfabetisme també va lligat a l'alta cronicitat així com les malalties mentals o el fet de cobrar la RMI.
- Les famílies gitanes són les més significatives en l'alta cronicitat i les autòctones en la moderada.
- La mitjana d'edat de les persones en cronicitat moderada és superior a la de els altres situacions 64,8 anys, també és significatiu les persones que viuen en parella. La mitjana de nombre de membres de la família en la cronicitat

moderada és de 3,9 i el nombre de menors és d'1,3. També són significatius els pensionistes.

- El barri i la grup etnoterritorial tenen una relació significativa amb el tipus de cronicitat moderada i l'alta cronicitat.
- El tipus de família i el barri també tenen una relació significativa amb el tipus de cronicitat moderada i alta cronicitat.
- El barri segons nivell d'instrucció i grup etnoterritorial també ens dona una relació rellevant especialment al Barri Antic Est, Barri Antic Oest, Mariola Blocs i Capont.
- Pel que fa la situació laboral segons grup etnoterritorial i barri de residència també trobem una diferència amb valor estadístic a tenir en compte.
- Pel que fa el tipus de cronicitat atenent a la situació laboral i al grup etnoterritorial podem afirmar que aquesta relació és molt important en el cas de la cronicitat moderada i l'alta cronicitat.
- La malaltia segons situació laboral i barri és rellevant en el cas de les persones que tenen problemes de salut mental.
- Ser perceptor de la renda mínima també és una dada significativa estadísticament quan la creuem amb la variable barri o la variable tipus de cronicitat.
- Els perfils de cronicitat es concentren, d'una banda en dones d'edat avançada amb malalties orgàniques pensionistes que viuen soles que són autòctones i que han estat ateses una mitjana de 8 anys.
- D'altra banda homes que viuen sols que són autòctons amb una mitjana d'edat de 56,8 anys que estan a l'atur cobren la RMI i han estat atesos una mitjana de 8,9 anys. Finalment un altre grup de dones amb una mitjana d'edat de 46 anys autòctones a l'atur que no cobren cap prestació i que tenen una família nuclear i han estat ateses una mitjana de 8,4 anys.
- Els perfils de l'alta cronicitat es concentren en la dona de 75,7 anys, pensionista, que viu sola, amb malalties orgàniques, que és autòctona i que viu al barri antic oest, però també en la dona de 50,5 anys de mitjana, mare de família, a l'atur, cobrant la RMI, que no té malalties i viu a la Mariola Blocs.

## 5. Anàlisi de las autoavaluacions realitzades per les professionals<sup>5</sup>.

Un bloc important en l'obtenció d'informació sobre l'objecte d'estudi s'ha treballat mitjançant les autoavaluacions de les pròpies professionals dels Serveis bàsics d'atenció social, que estan intervenint amb les famílies en situació de cronicitat.

L'objectiu és conèixer els dèficits i potencialitats de la intervenció que es realitza, l'existència de plans de treball al llarg del temps, la seva adequació i avaluació, així com els models d'intervenció utilitzats, entre altres que veurem a continuació.

S'ha utilitzat una fitxa genèrica de registre d'autoavaluació, que s'ha concretat en un total de 71 autoavaluacions realitzades per 15 professionals, majoritàriament de l'equip de la recerca, però que també s'ha fet extensiva a altres professionals dels equips de Serveis socials.

L'estructura de la fitxa de registre d'autoavaluació és la següent (fitxa completa a l'annex 1):

### **Bloc 1: identificació persona/família**

Recull dades bàsiques de la família, referent i interlocutor/a amb les professionals, l'existència de menors, situacions de dependència, salut, origen o tipus de família.

### **Bloc 2. Sobre el procés d' intervenció professional**

Proporciona informació analitzada sobre el temps que s'ha intervingut (nombre d'anys), nombre d'intervencions i tipologia (entrevistes, visites a domicili, coordina-

---


<sup>5</sup> Per identificar els literals hem elaborat un conjunt d'acrònims senzills que responen a la següent categorització: TS fa referència al rol professional de treballadora social. La segona variable és el barri on estan ubicades: BAO (Barri Antic Oest) BAE (Barri Antic Est) B (Balàfia) P (Pardinyes) S (Secà de Sant Pere) M (Mariola) MB (Mariola blocs) i CP (Cap pont) BO (Bordeta) i M (Magraners) i la tercera variable, numèrica, de l'1 al 15, atenen al nombre de professionals participants.



cions, supervisions...) valoració de les intervencions: adequació, prestacions i recursos emprats i la seva efectivitat, plans de treball realitzats i avaluats, identificació del model d'intervenció, consideració per part de les professionals de les potencialitats de les persones usuàries i perspectiva de drets, identificació dels punts forts i la participació de la persona en el procés.

### **Bloc 3: Relació terapèutica i vincle amb les famílies**

Analitza la confiança envers la persona, elements facilitadors i obstaculitzadors de la relació d'ajuda, crisis i conflictes amb les professionals, expectatives cap a la família i envers el canvi, expectatives transgeneracionals, estratègies utilitzades per afavorir el canvi, com a més significatives.

Els resultats obtinguts a través de la reflexió grupal posterior a la realització de les autoavaluacions individuals es presenten a continuació; hem introduït reflexions i/o referències teòriques que acompanyen el relat per tal de cercar arguments clarificadors sobre els diferents àmbits explorats, i que s'identifiquen amb la icona 

#### **5.1. La dona, referent de la família crònica.**

---

Les dones són les principals protagonistes en la relació amb els Serveis bàsics d'atenció social, com també hem pogut observar en l'anàlisi dels perfils; aquesta realitat la podem observar tant en l'anàlisi estadística com en les autoavaluacions de les professionals.

S'observa, a través de les autoavaluacions, que en poques ocasions s'ha proposat un canvi de referent familiar o demanat/aconseguit la presència dels membres masculins, essent la dona la principal interlocutora entre la unitat familiar i els serveis socials.

Sembla existir una delegació d'aquesta funció en les dones, fet que és normalitzat per les professionals.

Ens hem acomodat a una relació de gènere d'equilibri: treballadora social dona, persona usuària dona. Sobre les dones usuàries recau el pes de traslladar a les professionals les seves necessitats, demandes, crisis, entre altres. Allunyades generalment de la relació directa amb els homes, les professionals assessoren, acompanyen, informen, exigeixen i intenten que tot el que plantegen en les entrevistes individuals sigui traslladat a la resta de la família i, per tant, generi un efecte, un canvi o una nova dinàmica familiar, que no sempre s'aconsegueix amb èxit.



Segons López (2007), el gènere és com una societat defineix el que és un home i una dona, i es construeix de forma diferent al sexe (biològic), des de la vessant social i cultural. A totes les societats existeixen desigualtats i situacions injustes produïdes per l'atribució diferenciada de rols i oportunitats de gènere a homes i dones. El rol de gènere s'aprèn i forma part de la nostra identitat individual i social.

Incorporar de forma explícita la perspectiva de gènere a la intervenció social vol dir tenir en compte les diferències i desigualtats entre homes i dones, visibilitar com el mode de gènere pot afectar la vida i les oportunitats de les persones per resoldre els seus problemes i dificultats. Vol dir "posar-se les ulleres de gènere" i acompanyar processos d'apoderament reals i sostenibles, fent evidents determinades vulnerabilitats condicionades al gènere i treballant per l'equitat.

Les professionals valoren la necessitat d'interpel·lar els membres masculins en aquesta relació d'ajuda, reforçar competències parentals i de responsabilitat familiar, poder abordar de forma integral a la família i no només abordar la dona com a referent de la

mateixa, ja que consideren que és una estratègia excloent i que no aporta els resultats esperats.

*“Treballem amb les dones i pretenem així tenir un efecte global en el marc de la dinàmica familiar, estratègia que no és prou efectiva.” (TSM6)*

En aquest sentit, incorporar els membres masculins ajuda a una intervenció que tingui en compte el gènere des de la vessant relacional de la igualtat, per això és important incorporar-la en la intervenció social, diuen les professionals des de la reflexió de les autoavaluacions, sempre que sigui possible.

En els Serveis bàsics d'atenció social observem sovint la repetició dels rols des de la seva jerarquització. D'una banda, els rols masculins, associats a la independència econòmica, àmbit públic i de poder, i d'altra banda, el de la dona a l'àmbit privat, afectiu, relacional i de cura dels altres membres de la família. Aquest motiu justificaria el fet que sigui la dona qui es dirigeix als Serveis bàsics d'atenció social, atenent al seu rol de proveïdora de cures envers la resta del nucli familiar.

Acceptant aquesta única interlocució estem reproduint rols de gènere, delegant i sobrecarregant en la dona la responsabilitat de revertir la intervenció en la resta del nucli (recerca laboral, escolaritat dels menors, cura de la salut i alimentació, administració i organització domèstica entre d'altres), així com deixem que l'home es mantingui en una esfera de responsabilitat diferent (àmbit públic, productiu, proveïdor de recursos econòmics a través del treball, entre d'altres) allunyada de la intervenció directa i de la vinculació amb els serveis socials.

Moltes vegades les dones justifiquen l'absència de la seva parella a les entrevistes amb les professionals dels Serveis bàsics d'atenció social atenent al fet que l'home ha de “buscar-se la vida per portar diners a casa”. Les treballadores socials així ho accepten i incorporen aquesta justificació al relat de la intervenció que realitzen, sense sovint

qüestionar-lo, o finalment, tirant la tovallola quan no aconseguen l'objectiu d'apropar els membres masculins.

Les professionals expressen la inexistència de perspectiva de gènere explícita en la intervenció. Així com tampoc consten estratègies d'apoderament específiques de les mateixes dones usuàries dels serveis.

Per tant, es fa necessari repensar la intervenció en clau de dona, des de la perspectiva de lluita contra la desigualtat, contra el sistema patriarcal, analitzant les relacions de gènere i apostant per la igualtat d'oportunitats.

## 5.2. la cronicitat vestida de diversitat cultural.

---

Altres idees sorgides en aquest bloc analitzen la perspectiva cultural i sobretot el nombre de famílies d'altres cultures, com l'ètnia gitana, i la seva cronicitat en la relació amb els Serveis bàsics d'atenció social.

El component cultural es manifesta en les autoavaluacions com un element a tenir en compte en aquesta cronicitat. Estadísticament és important destacar el nombre de persones i famílies d'ètnia gitana (19%) i col·lectius com el magrebí (9%) i subsaharians (8%), que apunten ja a hores d'ara a l'alta cronicitat.



En aquest sentit, les professionals reconeixen desconfiança en temes culturals, a banda de desconeixement o desacord en relació a determinats trets culturals, que consideren que poden ser un impediment per aconseguir l'autonomia (moltes relacionades amb el rol de gènere i que consideren que situa les dones en inferioritat d'oportunitats en relació als homes). En aquest cas, el xoc cultural es veu explícit i és analitzat per les professionals en clau de dependència i de no acceptació de la promoció personal com a eix clau de llur procés d'inclusió i autonomia.

És important reflexionar, en aquest sentit, sobre el fet també que hi ha diferència dins de cada cultura, sobre formes diferents de viure el gènere, i per tant, no podem contribuir a mantenir els prejudicis i estereotips sobre les diferències culturals ni a idealitzar la nostra cultura com a més evolucionada en termes de relacions de gènere.



Segons Vázquez i González (1996) hi ha un altre factor important a tenir en compte. El treballador social i la persona immigrada pertanyen a dues identitats diferents, però una d'elles ocupa una posició de superioritat (treballador social) i una altra d'inferioritat (immigrant), una valorada i l'altra no, fet que pot implicar estratègies a la defensiva per ambdues parts. El treballador social estarà alerta a no a admetre conductes que no s'ajustin als seus paràmetres, i la persona immigrada intentarà aconseguir el que busca sense renunciar a la seva identitat. Aquestes relacions posen de manifest el conflicte de poder entre la professional i l'immigrant, i també entre els pobles i les cultures que tots dos representen.

Segons Pelegrí (2004), el potencial per lluitar contra la violència subtil del poder està obert tant per a la professional com per a les persones usuàries. La disparitat de discursos genera asimetria, en la que la professional té avantatge. Segons l'autor, la major part de les professionals del treball social es veuen involucrades en els tres processos que la societat adjudica a la disciplina: la vigilància jeràrquica, la sanció normalitzadora i l'examen. En aquest sentit, "la vigilància jeràrquica implica una supervisió unilateral sobre els subjectes a partir de la qual els professionals produeixen un saber sobre els clients. La sanció normalitzadora suposa el poder de diagnosticar discrecionalment la conducta dels subjectes en funció d'uns paràmetres de normalitat que proporciona el saber professional. L'examen combina les tècniques de la jerarquia, que vigila, i les de la sanció, que normalitza, permetent classificar i sancionar, així com

reconduir els estils de vida considerats disfuncionals cap a estadis de normalitat.”

Foucault a Pelegrí (2004: 189).

En definitiva, segons l’autor, seran tres els elements que intervindran en la relació d’ajuda amb immigrants:

- La cultura de cadascun.
- La interacció entre dos actors.
- Les diferències d’estatus social, polític i econòmic.

Per tant, no n’hi ha prou amb conèixer la cultura de l’altre, cal ser conscients de la cultura pròpia, dels prejudicis, que són filtres que mediatitzen la nostra relació professional amb els migrants, ja que orienten la nostra percepció sobre conductes de persones amb registres diferents.

*–“El pes cultural no ajuda gens. El fet que els fills més grans s’estiguin “europeitzant” fa que sigui pels pares un reforç positiu per treballar amb els més petits i amb ells mateixos”. (TSP1)*



Segons Vázquez (1996) cal ser conscients de quines són les nostres zones sensibles, allò que ens produeix rebuig perquè no s’ajusta a la nostra forma de veure el món. Aquestes zones sensibles giren, segons l’autor, al voltant de la representació de la família (com és, com es constitueix, quin paper juga), del paper i de l’estatus de la dona (la igualtat amb els homes, el seu paper a la societat), del concepte de persona (l’individu davant del grup) i del paper de la religió. Tots ells, aspectes sobre els que giraran la majoria dels conflictes entre treballadores socials i persones immigrandes.



Són moltes les càrregues culturals que arrossegueu les famílies migrants i moltes les dificultats afegides per a la seva plena inclusió social, per tant, cal tenir-les presents i afrontar-les.

*–“Mires de fer una mica d’inserció i són gent que d’uns inicis de petits no han après, que no saben ni llegir ni escriure, és que totes aquestes formacions no cauen en persones amb una mica de base, cauen i l’any que ve tornem a començar, aleshores el tipus de feina que puguin aconseguir per pagar lloguer... no la troben perquè és temporal i amb el pimi o amb la RGC els cobreix tot l’any i, per tant, les feinetes que poden anar trobant, si*

*aconsegueixen un certificat de torero o de manipulador d'aliments, són per feines puntuals temporals i és clar això no acaba de servir per fer la inserció. Els pot perjudicar perquè perden la RGC i poden estar uns mesos que ni la feina ni res, aleshores no paguen ni lloguer, ni llum, ni gas". (TSB2)*

En relació a l'accés al món laboral per part de les persones migrants, un aspecte a tenir en compte en les situacions de cronicitat, segons Julià et al. (2016), és la necessitat de posar en valor el capital social i cultural de les persones immigrades ja que, d'una banda, trobem persones que, tot i tenir una qualificació professional destacada, no poden accedir a llocs de treball qualificats i, d'altra banda, trobem persones amb molta baixa qualificació, persones analfabetes i persones amb una gran experiència en sectors com l'agricultura que comporten una estacionalitat i mobilitat inherent al seu desenvolupament, amb les conseqüències que això comporta.

Els autors afirmen que les persones que treballen en els Serveis Socials han de conèixer aquesta realitat i donar suport a aquestes persones en la seva formació, reorientació laboral així com poden potenciar els currículums ocults que aquestes persones atresoren en les seves trajectòries vitals i que, en molta ocasions, s'ignoren i no es posen en valor.

Al mateix temps, els autors posen de manifest la necessitat de recapacitar i reaccionar a temps davant de pràctiques que puguin vincular-se al racisme institucional o professional, que pot portar a pràctiques inacceptables i totalment inadequades. A l'extrem oposat, trobaríem pràctiques basades en el paternalisme, l'immobilisme, "l'ajudadició" o el "bonisme" que es poden instal·lar en l'atenció assistencial de les persones immigrades, obtenint resultats contraproduents en les pròpies persones, negant la seva potencialitat i capacitat de promoció personal i, per tant, afavorint la seva cronicitat als Serveis bàsics d'atenció social.

### 5.3. L'ètnia gitana. Un cas especial?

---



Les professionals es manifesten amb recel i desesperança en relació a la cronicitat de les famílies d'ètnia gitana, que malgrat no representar estadísticament un alt percentatge (19%), estan molt presents en l'imaginari de les professionals com a cròniques, poc reversibles i resistents al canvi:

*“Hi ha un component cultural de l'ètnia gitana que ha dificultat la intervenció, sense tenir-lo en compte no es pot avançar en el cas, les estratègies han funcionat quan s'ha tingut en compte el context i s'han reforçat els punts forts.” (TSMB7)*



Segons l'article publicat a Amari, Revista cultural gitana (2016), és fàcil deduir que un percentatge molt significatiu de la població gitana, precisament pel major risc d'estar a prop de l'exclusió, si aquesta es troba instaurada, siguin usuaris habituals dels serveis socials, de manera que la relació professional que s'estableix entre el treballador social i aquestes persones o grups, sovint sol ser molt freqüent, intensa i amb intervencions socials perllongades en el temps, a l'hora que transgeneracionals. La treballadora social, entre d'altres dimensions, no pot passar per alt la complexa realitat social i econòmica per la qual travessen moltes gitanes i gitanos, les seves pautes culturals i de vida que són canviants i que evolucionen amb ells, o com són vistos per la societat en general, ja que això situarà a les professionals en una perspectiva que li evitarà caure en determinats prejudicis i estereotips durant la seva intervenció, evitant a l'hora, la victimització.

*“Els nostres mínims no són els seus mínims i les nostres lògiques no són les seves...” (TSBAO8)*

Són nombrosos els principis o actituds que s'han de donar en la relació d'ajuda que s'estableix entre la treballadora social i l'usuari d'ètnia gitana, però sense dubte seran crucials, el respecte, el diàleg, el reconeixement cultural i que siguin aquestes persones



les que prenguin les seves decisions sobre aquells aspectes de la intervenció que els afecten directament.



D'altra banda, conclouen les professionals que entre algunes de les representacions socials que tenen els usuaris gitanos sobre les treballadores socials, destaca la de ser vistes com a «meres gestores de recursos», percepció que reporta no poques frustracions, tant a uns com a altres. Recursos que, a més a més, són insuficients, múltiples i que no resolen la seva situació ni generen motivació envers les pròpies capacitats ni cap al canvi i l'autonomia.

La precarietat econòmica sol ser en molts casos una constant en la vida de les famílies gitanes en situació de cronicitat, en els seus diferents nivells, anant a demanar ajudes de tipus econòmic per fer front a diferents necessitats bàsiques. Molts cops fan la demanda amb caràcter urgent i que òbviament, no entén de protocols, tràmits i esperes. D'altra banda, trobem a una treballadora social esgotada per la multide-  
manda i el cercle tancat de les necessitats que no s'acaben de resoldre mai.

És molt freqüent que les demandes que plantegen aquestes persones als Serveis bàsics d'atenció social, girin al voltant de dues necessitats centrals del col·lectiu, l'ocupació i l'accés a l'habitatge. En tots dos casos, els prejudicis i les pitjors consideracions que hi ha sobre aquesta gran minoria, agreugen encara més la seva possibilitat d'accés als mateixos.

Pel que fa a l'habitatge, les professionals refereixen que les traves perquè el col·lectiu pugui accedir a un contracte de lloguer són molt més grans, ja que solen existir reticències d'amplis sectors a conivir prop d'aquest col·lectiu, com ara el de la comunitat veïnal.

Comentaris com el següent sorgeixen en el grup de discussió realitzat amb les professionals:

*-“Una treballadora familiar els acompanyava cada dia, de tal hora a tal hora a buscar pis, i arribar la treballadora familiar i dir, és que és per plorar, perquè entrava jo i m’assentaven i entrava la família darrera meu i ja s’aixecava dient ostres!... es que no trobem pisos, o sigui, no, no i no, busquen pis i no el troben. Ja fan diferències d’entrada només per l’aspecte, clar això et fa eternir”. (TSBAO4)*

Tot i això, l'experiència de les professionals evidencia un futur més prometedor, posant èmfasi en el protagonisme i paper crucial que exerceix la dona gitana, que sense dubte constitueix un important motor de canvi com a gestora de la quotidianitat i és la que sovint abandera moltes de les transformacions que es donen en el sí del propi col·lectiu.

*-“S’esperava que els fills acabessin l’escolarització obligatòria o l’aprenentatge d’una professió, quan ells no ho valoren com algo necessari. A dia d’avui, si que creu que els estudis són molt importants i ha sol·licitat aprendre per defensar-se”. (TSS13)*



Segons consta a l'informe FOESSA (2013), les diferències en el percentatge de persones afectades per l'exclusió són enormes. Un 23,5% d'incidència de l'exclusió en la població no gitana i un 72,3% en la població gitana, encara que les diferències s'han reduït per l'increment en les persones no gitanes en situació d'exclusió. Més en detall, podem observar que al 2013 el 35,2% de la població no gitana es trobava en una situació de plena integració, mentre que això només succeïa amb el 5,8% de les persones gitanes (és a dir, un percentatge 6 cops menor). Comparativament la comunitat gitana es veu afectada per processos d'exclusió (tant abans com després de la crisi econòmica).

Una anàlisi de cadascuna de les dimensions de l'exclusió reflecteix que en pràcticament totes elles hi ha una bretxa de desigualtat entre la població gitana i la resta de la ciutadania, excepte en la dimensió relacional, per ser aquelles en les que s'observen més diferències, així com per la seva transcendència en els processos

d'inclusió/exclusió social. Al llarg de l'informe FOESSA (2014) s'analitza l'exclusió de l'ocupació, de l'educació, de l'habitatge i de la salut i en tots els seus àmbits el col·lectiu gitano es situa en percentatges molt superiors, pel que fa a indicadors d'exclusió, que la resta de població.

Encara avui existeixen debats i propostes que qüestionen la necessitat de replantejar mètodes, estratègies, maneres d'intervenció o d'enginyeria social pel que fa al treball social amb membres d'aquesta comunitat. Les professionals també qüestionen profundament les estratègies que se segueixen amb el col·lectiu d'ètnia gitana, atenent a la no evolució, la manca d'expectatives transgeneracionals, la seva representació elevada en cada tipus de cronicitat, així com en les intervencions esporàdiques amb tendència a la cronicitat inicial i que acaben, generalment, en alta cronicitat.

*-“La família ha estat demandant i dependent des del primer moment, les intervencions han estat repetitives i majoritàriament destinades a cobrir despeses, control de l'administració econòmica i vetllar la salut. Ha estat i continua sent molt difícil modificar les intervencions per les dificultats que l'ètnia comporta i la història personal i de salut”. (TSBAE5)*

Així doncs, sembla afectar a gran part del col·lectiu, ja que malgrat l'abordatge és intens, periòdic i sovint interdisciplinari (treballadores socials, educadors/es, treballadores familiars), no es veuen resultats a mig-llarg termini, no augmenta el nivell formatiu, ni l'accés a la formació i a l'ocupació. Segons les dades estadístiques de la nostra recerca a Lleida, els gitanos són els que més analfabetisme pateixen ja que representen un (61,7%) del total d'analfabets estudiats i es tracta d'una dada que es repeteix en tots els tipus de cronicitat.



En relació a l'accés a l'educació, es recull en diferents autoavaluacions la manca de motivació de moltes famílies envers la finalització, almenys, dels estudis primaris i el fet que es produeixi absentisme escolar i abandonament de l'escolarització obligatòria en molts casos.

*-“S’ha fet seguiment de l’absentisme escolar amb els educadors. No ha estat positiu per raons culturals i perquè ells no donen importància a aquest aspecte”. (TSS3)*

Les professionals també manifesten que els rols de gènere tradicionals es mantenen als nivells de fa molts anys, quedant la dona, malgrat el seu gran potencial, enrere de la resta de dones autòctones.

Observen de forma permanent dificultats per accedir o mantenir un habitatge i els seus subministres i es manté de forma paral·lela la multiproblemàtica i la multide-manda així com situacions de famílies “multiassistides” per diferents agents (entitats del tercer sector o altres institucions de l’àmbit de la salut, educació, entre altres), sovint sense un acord de treball conjunt ni una evolució de la família cap a l’autonomia, ans al contrari, cap a l’estancament i la passivitat com a receptors de recursos.



Es qüestiona si s’està essent estratègicament eficaços des del treball social i s’apunta la necessitat d’altres fórmules d’intervenció més properes a les comunitàries que l’abordatge individual o familiar des del model actual i que les professionals defineixen un cop més com a esgotador, a l’hora que frustrant.

D’altra banda, ens fem la reflexió que amb alta probabilitat ha existit al llarg dels anys una confusió en el context utilitzat amb aquest col·lectiu, és a dir, l’objectiu ha estat proveir recursos adreçats a donar resposta a les demandes i no s’ha avançat en altres contextos que poden millorar l’autonomia.

Tanmateix, el pes del col·lectiu i la seva relació amb els serveis socials en el temps, han consolidat estratègies relacionals amb els Serveis bàsics d’atenció social que els han afavorit pel que fa a recursos però no en la seva promoció. Alguna reflexió sorgida en el grup de discussió ha estat la següent:

*-“Quants grups d’homes gitanos fem per treballar habilitats parentals per donar-los la responsabilitat també a ells, que en definitiva són ells els que manen... li exigim a la dona, però qui prendrà la decisió és l’home. O intervenim en la manera de pensar, en la forma de fer, des de la pròpia cultura o és pegar-nos contra la paret.” (TSM6)*

#### 5.4. Malaltia i cronicitat en els Serveis bàsics d'atenció social. Un binomi previsible?

---

Altres factors analitzats, a banda del gènere o de l'origen, fan referència a l'àmbit de la discapacitat, la salut en general i la salut mental i/o les addiccions en concret en el membre referent de la família o altres membres de la unitat de convivència. Aquest factor està present en una part important dels casos autoavaluats i són un handicap en la intervenció professional i en l'autonomia de la família.

Percentualment, un (24%) de persones en situació de cronicitat segons el registre de l'Ajuntament de Lleida, pateixen malalties orgàniques i un (9%) tenen problemes de salut mental. Un (11%) tenen reconegut algun tipus de discapacitat amb certificat oficial.

Les professionals manifesten la necessitat de fer una anàlisi exhaustiva de com s'aborden aquests casos que, per la seva complexitat, caldria situar-los en un context diferent a l'assistencial i més proper al terapèutic.



En el cas de la salut mental cal tenir en compte, segons Laparra i Eransus a Alsinet et al. (2014:26), que "l'impacte de la crisi en l'àrea de salut mental és molt revelador. Els moments inicials de la recessió van mostrar una disminució de la satisfacció amb el nivell de vida que va donar lloc a un augment de quadres d'ansietat, depressió o d'estrès. Fins i tot la relació entre els recursos i la salut mental, augmenta el risc de patir una malaltia amb l'augment dels deutes, entre altres problemàtiques." Aquestes realitats sovint agreugen els efectes d'un cercle viciós en el qual les addiccions, principalment l'alcoholisme, els problemes de salut mental i el deteriorament de les relacions personals interactuen mútuament generant un procés d'exclusió social de la persona.

Segons els mateixos autors, les persones en situació d'atur són les més propenses a tenir situacions d'estrès, ansietat i depressió en comparació amb aquells que tenen una estabilitat laboral i econòmica. Quan algú és aturat de llarga durada, perd la confiança i la seguretat, la qual cosa condueix a una manca d'autoestima que es tradueix en sentiments d'indefensió, de culpabilitat, de fracàs, d'infravaloració, d'inutilitat i, en alguns casos, de menyspreu cap a un mateix. Tot això, influeix directament en la salut, reduint les defenses del sistema immunitari i augmentant la probabilitat de patir una malaltia.



La cronicitat, manifesten les treballadores socials, es normalitza en els casos on interactuen problemes de salut mental, addiccions i altres malalties orgàniques cròniques, i així esdevenen un perfil clarament dependent de tercers per poder gestionar el seu dia a dia i satisfer llurs necessitats bàsiques.

En aquest sentit, cal prendre de referència l'estudi FOESSA (2014), que subratllava que dues de cada deu llars amb tots els actius en atur, patien malaltia mental. Tant la presència de consums de psicofàrmacs o alcohol a les llars, com la presència de conflictes familiars, s'incrementa per cinc a les famílies amb algun membre a l'atur, i per deu en les que tenien a tots els seus actius a l'atur.

D'altra banda, Gili et al. (2014) apunten que en quatre anys (2006-2010) els casos de depressió intensa han augmentat un 2,34%. Segons aquest estudi, des dels primers símptomes de crisi, la depressió va ser el trastorn mental que més va augmentar, només per darrere de l'abús d'alcohol. Aquest mateix estudi també assenyalava que els col·lectius que més la patien eren fonamentalment dones, empleats a temps parcial i persones majors de 55 anys. És a dir, els col·lectius més vulnerables a la destrucció de l'ocupació.

En aquesta mateixa línia, la recent anàlisi publicada pel Financial Times (1 de març de 2016) alertava de la «devastació personal» dels espanyols menors de 30 anys, que a causa de la precarietat laboral i la incertesa sobre el seu futur s'estaven minant psicològicament.

S'entreveuen, en el marc de les autoavaluacions, propostes d'intervenció de baixa exigència o reducció de danys per a determinades situacions de cronicitat relacionades amb l'addicció o trastorns mentals. L'acompanyament professional amb alta probabilitat es mantindrà en el temps fet que, d'altra banda, podem considerar positiu per tal d'evitar el seu empitjorament.

En ocasions no es podrà evitar el manteniment en la cronicitat, per la qual cosa cal reduir expectatives de canvi i generar estratègies terapèutiques més lligades a la relació d'ajuda i a les relacions socials, l'autoestima i el reforç dels vincles, assegurant els mitjans bàsics des del context assistencial i abordant la situació des d'un marc diferent a l'habitual.



Segons Fantova (2017) cal tenir en compte que de vegades certes exigències que realitza la professional en el marc de la intervenció no arriben a assolir el llinard previst, i en aquests casos parlem de “baixa exigència”. En l'àmbit dels serveis socials (com en el sanitari), el major èxit de vegades és la cronificació d'una situació i trobarem persones que necessitaran suports de llarga durada, i no s'aspira tant a millorar sinó a evitar que empitjori o es deteriori més la seva situació (reducció de danys).

Segons Ruiz i Beteta (2016), ens enfrontem amb la idea preponderant que enllaça la protecció social al fet d'implicar algun tipus de contraprestació per part de la persona a rebre-la. Això és contradictori amb el concepte de baixa exigència, segons el qual,

tenim dret a rebre una atenció només pel fet de ser persones, sense que això impliqui fer res a canvi.

Segons el mateix autor, incorporar la baixa exigència implica que recaurà en la persona usuària el fet de ser responsable de les decisions que pren.

Com a resultat d'aquesta responsabilitat, la professional haurà de treballar en l'acceptació de les pròpies limitacions. Una visió poc realista de les capacitats de les persones pot generar frustració en ambdues parts. En aquest tipus de casos d'alta cronicitat i sense vinculació, hauriem de treballar sota els principis dels drets, de l'autonomia, de la responsabilitat, de la no contraprestació, no sobreprotecció i exigència variable, i per últim, la personalització, respectant els moments, decisions i temps de cada persona.

Un altre perfil a destacar són les persones grans amb dependència i problemes de salut crònics, que els porten a necessitar ajut de terceres persones i, amb elles, dels Serveis bàsics d'atenció social. Cal tenir en compte que les malalties cròniques tenen un impacte múltiple, ja que limiten la qualitat de vida, la productivitat i la funcionalitat dels malalts.

Segons Mira (2015), aquests pacients crònics representen una altíssima despesa pel sistema de salut, i del sistema de benestar social. Es presenta un repte en l'atenció des dels dos sistemes envers els pacients amb malalties cròniques com són, d'una banda, la millora de l'efectivitat, entesa com els resultats de salut, l'eficiència i l'ús idoni dels recursos i, d'altra banda, l'experiència dels pacients, és a dir la implicació i l'acceptació. Així, atendre les pluripatologies, la polimediació, la fragilitat i complexitat en les necessitats sanitàries i socials, requereix, segons el mateix autor, nous models assistencials on se cerqui la proactivitat i l'atenció centrada en el pacient.



L'envelliment, patologies cròniques físiques a les que se sumen les mentals,




afegeixen desesperança en la seva resolució, i per tant, assumeixen la cronicitat com a inherent al cas:

*“A moment actual, les expectatives de canvi són nul·les, amb la possibilitat d’empitjorar la situació donat l’envelliment dels titulars del nucli”. (TSM15)*

Des del sistema de salut es treballa en un nou paradigma d’atenció al malalt crònic, caminant envers un enfocament comunitari que implicaria programes de desenvolupament d’habilitats de maneig de la malaltia, centrada en el pacient i en les seves necessitats, però amb un pacient actiu, informat i apoderat, amb atenció continuada, coordinada i integrada per tots els participants del sistema i amb la implicació activa del pacient en la seva cura de la salut.

El nou paradigma d’atenció sanitària, posant com a exemple el “Plan de atención a la cronicidad de Cantabria 2015-2019”, camina de la cura fragmentada i orientada a la malaltia, vers una cura integrada i coordinada centrada en el pacient, de l’atenció episòdica i reactiva al continuïum i preventiu centrat en la salut, de l’atenció d’urgències i hospitalària a l’atenció en el medi comunitari, del pacient passiu a l’actiu i informat.

 Ens preguntem si no s’hauria d’abordar, des del treball social, els casos crònics de caire socio sanitari d’alta complexitat també sota aquest paradigma?

### 5.5. Intervenir vs gestionar, aquest és el dilema.

---

Aquest bloc analitza, entre altres, el nombre i tipologia d’intervencions que s’han realitzat al llarg del temps (entrevistes, visites a domicili, coordinacions, supervisions entre d’altres) i la seva valoració:

*“En 12 anys s’han realitzat un total de 139 entrevistes, 4 visites al domicili, 42 coordinacions, 19 derivacions i 9 valoracions de cas. Han intervingut 6 professionals en total -4 TS i 2 ES-”. (TSCP9)*

En primer lloc, crida l'atenció el gran nombre de professionals que han intervingut al llarg dels anys en la majoria dels casos. El menor nombre és de 2 professionals, arribant a més de 10 en alguns casos (la mitjana és de 5,6 segons les dades estadístiques). Es valora que excessius canvis (alguns han tingut un professional diferent cada any durant els darrers 8-9 anys) no afavoreixen la relació d'ajuda, es perd confiança i genera malestar en la persona atesa. A banda que impedeix mantenir una continuïtat en el procés, es perden els objectius i el valor adquirit en cada fase de millora.

Tanmateix, consideren que canviar de professional referent de les famílies cròniques, de vegades, pot ser un element de millora en la intervenció, ja que com a fruit del desgast es perd intensitat i es guanya en sensació de fracàs.

L'irrupció d'una nova professional afavoreix intervenir amb il·lusió, motivació i es viu com un repte que sovint fracassa per l'excés d'expectatives envers la família i el no considerar els seus ritmes, o seguir treballant amb el mateix patró consolidat i enquistat, partint d'un etiquetament i prejudicis envers la família, afavorint de nou processos cognitius com el que "no hi ha res a fer".

El número d'intervencions oscil·la entre 200 i 450 en els últims 10 anys que inclouen entrevistes, derivacions, coordinacions i visites a domicili. La vivència professional és d'una gran càrrega d'intervenció però a la pràctica es pot observar una gran diferència entre les intervencions recollides als expedients que són entre dos i quatre: Suficients? Insuficients? Depèn?

En línies generals es realitzen molt poques visites a domicili, entre 3 i 8 en 10 anys; segons les dades estadístiques la mitjana és de 3,3. Hi ha excepcions en les que trobem fins a 48 visites a domicili en el mateix període. Les visites domiciliàries, tot i ser una tècnica valorada per les professionals pel fet que aporta proximitat, millora el vincle

professional i el situa en un context més accessible amb la família. Són insuficients per manca de temps per preparar-les, o bé per acomodació i per excés de càrrega burocràtica i organització del temps encarat a les entrevistes de despatx més que de sortir al carrer.

*“Hi ha poques visites domiciliàries perquè són moneda de canvi, es poden aplaçar, sempre surten urgències”. (TSBAO4)*

A més a més, manifesten que de vegades les famílies les viuen com un control més que com una funció de coneixement i d'ajuda en el seu procés, per la informació i reforçament de vincle que pot generar.

Creiem que aquest fet es reproduïx en molts dels Serveis bàsics d'atenció social. Així ho defensa també Nacho Santas en el seu blog “Pasión por el Trabajo social”, quan afirma que es realitzen molt poques visites a domicili. L'autor diu que se signen informes socials de dependència sense anar a l'entorn, tot i que han de valorar per exemple, aspectes sobre barreres arquitectòniques. Se signen informes socials sobre dinàmiques familiars sense conèixer com mengen o dormen els i les menors i fins i tot es fan valoracions socials i funcionals, mesurant la capacitat per a la realització d'activitats diàries en el domicili, sense conèixer la casa, o si la cuina és de gas, o es disposa de vitro, oblidant que potser són persones que poden estar en perill per si els funciona o no la caldera o coses per l'estil. Evidentment, no es podria generalitzar aquest fet, però l'estudi ens mostra com la visita domiciliària es troba gairebé absent en les intervencions familiars.

Pel que fa al nombre de coordinacions amb altres sistemes de benestar, les professionals manifesten que sí que existeixen, però que la implicació d'aquests és baixa en l'abordatge dels casos, així com l'aportació de recursos propis degut a les retallades o la consideració del que qualifiquem com casos socials i, per tant, es converteixen en

necessitats a resoldre des del sistema de serveis socials i no des de la institució i/o organisme competent –educació, salut, habitatge, entre altres–.



Segons dades que aporten les professionals a partir de les autoavaluacions, la mitjana és de 31,7 coordinacions en 10 anys que, atenent la multidimensionalitat dels casos, resulta insuficient –ens estaríem referint a una mitjana de 3 coordinacions a l'any aproximadament–. Probablement les coordinacions que queden registrades en els expedients familiars són aquelles acordades i presencials o aquelles que aporten informació significativa pels seguiments del cas, ja que resulta un nombre excessivament baix. Les coordinacions telefòniques o espontànies amb informació poc rellevant no es registren amb el mateix rigor.

A més a més, manquen estratègies comuns pactades entre professionals, i continuen essent famílies multiassistides no sempre amb una referent professional al capdavant que aglutini la resta d'intervencions dels agents implicats. Existeix també manca de dotació de recursos propis dels altres sistemes per garantir la justícia social en l'accés als drets socials, que no es poden garantir des dels Serveis bàsics d'atenció social amb els seus recursos propis.

En aquest sentit, el context social de crisi dels darrers anys, com ja hem referit, no ha ajudat a l'autonomia de les famílies amb dificultats: la manca de treball, les dificultats d'accés a un parc d'habitatge accessible, entre altres, han abocat persones i famílies a una clara dependència dels recursos i prestacions socials per poder tirar endavant.

Aquest fet ha dipositat en els serveis socials la responsabilitat de pal·liar les carències d'altres sistemes, fet impossible de sostenir i que genera frustració, tant en les professionals com en les persones usuàries, que responsabilitzen als serveis socials de la seva mala situació i posen a les professionals en una situació “d'apaga focs” i atenció

d'urgències (pèrdua imminent de l'habitatge, talls de subministraments, entre altres). Aquesta relació genera més tràmits i burocràcia i, per tant, va en detriment de la inter-  
venció social. De fet, critiquen haver-nos convertit fins i tot en els treballadores  
d'altres sistemes i, fins i tot, d'empreses privades:

*-“Per no parlar de que som les matxaques de totes les altres administracions i ara ja d'empreses privades. El de salut que li cobreixis les pastis del sintrom, els de l'escola que li paguis els llibres a l'AMPA, els de jutjats que li busquis un lloc on viure perquè si no, com el faran fora, amb el panorama que tenen... I pa colmo... Endesa dient-te que li facis un informe perquè no li tallin la llum i de passo li omplis el Bo Social perquè les noies d'Endesa no pode,..., els de Gas Natural que li diguis com fraccionar-li el deute...” (TSM10)*

Les professionals manifesten no tenir temps real per pensar i planificar, costa ser proactiva i afirmen que:

*-“Ens instal·lem en un treball social reactiu, administratiu, poc gratificant i majoritàriament, frustrant”.* (TSB1)



D'altra banda, costa identificar com les pròpies professionals poden obstaculitzar el canvi, i dipositen la responsabilitat en la persona usuària, en la institució o en el context social. Així, la “culpa” acostuma a recaure en tercers. I sobretot, als canvis inesperats que eviten la progressió cap al canvi positiu de les famílies ateses.

Les professionals manifesten que s'entreveu, en general, poca autocrítica en les autoavaluacions, a l'hora que justificació de les seves accions. Cal, doncs, partir de la realitat però entonar la part de *mea culpa* que poden tenir en aquest sentit.

Les professionals manifesten por al canvi per part de les persones intervingudes i alta resistència a aquest, però no es plantegen les seves pors i resistències a canviar elles mateixes.



Sobre aquest debat és molt interessant l'estat de la qüestió que planteja Jaraíz (2017) respecte a la nostra professió en el marc dels Serveis bàsics d'atenció social. L'autor planteja un repte que hem d'afrontar en la dialògica disciplina-context. En el següent quadre es poden observar els diferents models professionals lligats a un

conjunt d'aspectes que els defineixen i com aquests han anat evolucionant amb el temps, fins arribar a un moment com l'actual en el que, segons l'autor, cohabitaven tots al mateix temps, amb el que això suposa de cara a la intervenció social des dels Serveis bàsics d'atenció social:

**Quadre 13. Models professionals en la dialògica disciplina-context**

|                            | Benefactor / receptor                         | Intermediario / cliente                 | Orientador / buscador                     | Facilitador / generador                        |
|----------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>SUSTENTADOR</b>         | Sociedad de don. (En auge)                    | Estado inclusivo. (En crisis)           | Mercado inclusivo. (En crisis)            | Sociedad de reciprocidad. (En auge)            |
| <b>CONDICIONES</b>         | -Voluntades. - Tejido beneficente.            | -Garantía jurídicas. -Fiscalidad.       | -Dinamismo. -Capacidad cohesionadora.     | -Capital social colectivo. -Innovación social. |
| <b>PROCESOS DE TRABAJO</b> | Asistenciales / individualizados / emergencia | Garantistas / subjetivados / protección | Capacitantes / personalizados / inclusión | Empoderadores / reticularizados / autonomía.   |
| <b>HERRAMIENTAS</b>        | Gestión de prestaciones y ayudas.             | Gestión de procedimientos y requisitos. | Itinerarios personalizados de inclusión   | Escenarios inclusivos.                         |

Font: Jaraíz (2017)

En aquest quadre podem veure com existeixen diferents enfocaments pel que fa als processos de treball i les eines emprades per a la intervenció i es pot observar clarament aquesta disjuntiva permanent entre gestionar o intervenir, suposant al mateix temps models professionals ben diferenciats.

Tanmateix, en les darreres dècades aquesta funció de gestió que sempre han assumit les professionals, s'ha donat sovint de forma excessiva i moltes vegades en exclusiva. Com a resposta a aquesta exclusivitat, autors com Puig (2017) reivindiquen que la intervenció social ha d'anar més enllà del recurs i més a prop del vincle.

També altres autors com Idareta i Ballesterero (2013) plantegen el fet que un dels fenòmens que ha marcat l'ètica del treball social a partir dels anys 80 a Espanya és la forta burocratització dels serveis socials, i es destaca l'amonestació i el paternalisme

de les professionals com a conseqüència de la lògica administrativa en la que es veuen immerses per aconseguir gestionar recursos.

Cada cop és més evident que les professionals s'han convertit en gestores de recursos i expenedores de serveis per accedir als mateixos, i han de dedicar gran part de les seves tasques a les administratives i als processos de control social, allunyant-se així dels projectes educatius i de canvi propis del treball social.

Segons García et al. (2015) en la diversitat d'ideologies i de models que es plantegen en el panorama actual, és fonamental tenir clar quina és l'essència del treball social, identificar-la amb claredat. No obstant això, estem en un moment en què es confonen el treball social amb els serveis socials, el mètode i els elements fonamentals amb els procediments amb el seguiment fidel de protocols, sense que es tingui en compte ni es reflexioni el que això suposa pel que fa a la pèrdua dels continguts més genuïns, que Richmond (2005) denomina "pedres angulars de la professió".

És cert que tots dos, procediments i protocols, resulten útils si els considerem com el que són: instruments que, com les prestacions, poden servir de suport al nostre treball, però han d'estar sotmesos a uns fonaments i a uns objectius que són prioritaris per a la intervenció social. Per això és imprescindible l'exercici de la responsabilitat professional, és a dir, la perícia i el "saber fer", de la treballadora social enfocada a la particularitat de cada cas.

No obstant això, actualment es corre el risc que la professió s'estigui decantant majoritàriament per la identificació de treball social amb la gestió "eficaç i eficient", dels recursos socials, de manera que es considera el terme "serveis socials", com sinònim de treball social, com hem mencionat anteriorment, i així s'utilitzen ja

indistintament. Aquesta identificació té un transfons negatiu ja que s'associa els serveis socials a una visió purament de gestió de recursos.

Però cal posar en relleu que es desvirtuen també els serveis socials com a tals quan es fa aquesta crítica. La llei 12/2007 de l'11 d'octubre de serveis socials de Catalunya estableix que els Serveis bàsics d'atenció social tenen caràcter polivalent, preventiu i comunitari i són el primer nivell d'accés a la xarxa pública de serveis socials. Aquesta xarxa pública disposa de prestacions econòmiques i tecnològiques, però també, i situades en primer lloc de l'ordre en la llei, prestacions de serveis, que inclouen actuacions i intervencions professionals de prevenció, diagnòstic, protecció, promoció, atenció i inserció.

Per tant, reduir la mirada dels serveis socials a les prestacions de caire material resulta insuficient i esdevé un error i és en aquest fet on trobem la clau que vincula el treball social amb els serveis socials. Les prestacions de serveis de caràcter integral per millorar la qualitat de vida de la ciutadania requereixen de tota la tipologia de prestacions, també les materials, però són imprescindibles les de serveis, que presten les professionals del treball social i els educadors/es socials, en l'exercici de la seva professió.

També Fombuena (2006) assenyala que la gestió de recursos versus la intervenció social és una de les polèmiques contemporànies en el treball social. Tanmateix, planteja que la gestió de recursos està vinculada als drets socials i a la seva distribució equitativa, funció fonamental en un Estat social i de dret.

Així, és important reconèixer els drets com a tals, sense filtres ni prejudicis, per tal de garantir-los cercant la justícia social i lluitant contra la desigualtat, fugint de la culpabilització dels qui no poden exercir-los o encara no estan prou entrenats.



## 5.6. El debat sobre l'adequació de les prestacions i recursos i la seva efectivitat per promoure canvis.

Les professionals posen de manifest que, quan la intervenció se centra en els recursos i prestacions, aquests ajuden a sostenir i sobreviure a la situació de precarietat, però no a mobilitzar cap al canvi i l'autonomia.



En aquest context assistencial de proveïdor de recursos i prestacions, és fàcil caure en la rigidesa professional, l'emparament en protocols i requisits, la poca claredat o manca d'objectius més enllà de la garantia de mínims o la supervivència. També es pot caure en la sobreprotecció o victimització de determinades situacions, i en les demandes contínues i les queixes dels/de les usuaris/àries per no complir expectatives, fet que genera al mateix temps queixes de les pròpies professionals i, en definitiva, es tradueix en malestar corporatiu.

*-“En 12 anys hem gestionat 17 vals d'alimentació, 4 targetes de compra aliments plus, 2 ajuts econòmics de llum, 5 ajuts econòmics per pagar el lloguer, 2 seguiments en el programa de llet de fórmula municipal, 2 vals de piscina municipal, 1 llei de pobresa energètica, 1 mesa emergència d'habitatge, 1 intervenció mediador, 2 vals de joguines reis, 2 beques de llibres, 1 ajut material escolar, 2 casals d'estiu, 1 tràmit de grau discapacitat mare, 2 tràmits RMI (1 la mare i l'altre la parella), 1 PNC, 1 sol·licitud de dependència...” (TSBO11)*

*- “S'han realitzat un total de 3 prestacions/recursos: 1 tràmit de SAD, 1 tràmit de dependència amb el corresponent pla signat i seguiment periòdic, 1 suport psicològic que no van arribar a acudir. Se'ls ha informat i derivat a altres recursos externs: activitats, centre diürns. En aquest cas han posat inconvenients en tots els recursos i serveis i no han acabat assistint a la majoria d'activitats proposades.” (TSM14)*

Les professionals també refereixen dependència i acomodació de les famílies als recursos i al prestacionisme. Les intervencions s'observen, en les autoavaluacions, sempre acompanyades de recursos. Les prioritats de la professional i les pors fan que es realitzin sovint accions dirigides a la garantia de necessitats bàsiques (context assistencial) i l'excés de recursos acaba provocant acomodació i no canvis. També a les

dades estadístiques, com ja hem dit, els recursos materials, sobretot en espècies i econòmics, tenen un pes molt més alt que altres en la intervenció al llarg dels anys.

*-“És un cas que s’ha portat en seguiment des de fa 21 anys. Es pot dir que la família ha anat creixent i evolucionant a la vora dels serveis socials”. (TSBAO4)*



En relació als recursos utilitzats es valora que el context té insuficiència de recursos, que aquests són poc àgils i poc resolutius. Fins i tot recursos poc efectius per algunes necessitats, com hem descrit anteriorment.

Es valora que la tramitació de molts recursos econòmics no ha provocat canvis i es qüestiona:

*-“A més recursos, més cronicitat?” (TSMB7)*

En les autoavaluacions es desprèn confusió entre el prestacionisme i la intervenció social. No s'evidencia l'ús suficient de recursos personals i socials que tendeixin a l'apoderament i l'autonomia.

Els ajuts materials oscil·len entre 30 i 150 al llarg dels anys (principalment, renda mínima d'inserció, ajuts alimentaris, pagament del lloguer i/o subministraments, entre d'altres).

Tot i això, la percepció de les professionals és d'haver tramitat o gestionat fins i tot més recursos dels que consten en els registres, sobretot en espècies –aliments–.

Existeix una percepció d'altíssima càrrega burocràtica per accedir als recursos i serveis, fins i tot superior a la real, per la complexitat del procediment administratiu que suposa tramitar un ajut d'urgència, per exemple, i que la majoria de professionals qüestionen.

A més a més, fins i tot algunes professionals arriben a considerar un abús la demanda i accés als recursos per part de les persones en situació de cronicitat:

*-“S’han tingut en compte els drets de la família: autonomia, llibertat, responsabilitat..., i d’accés a drets socials: alimentació, habitatge, treball, prestacions, tot i que valorem que han abusat d’aquesta situació i no han correspost amb els seus deures”. (TSBAE5)*

La majoria de les famílies en situació d’alta cronicitat de les quals s’ha realitzat autoavaluació, són perceptores de Renda Mínima d’Inserció –ara Renda Garantida de Ciutadania (RGC)– o beneficiàries d’alguna prestació vinculada a la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l’Autonomia Personal i Atenció a las persones en situació de dependència.

La RGC es valora com a punt fort per garantir nivells bàsics econòmics, però genera dubtes en tant que les professionals perdran una eina de “control” en els objectius de treball amb les famílies. L’antiga RMI ha estat utilitzada durant molts anys com a instrument de contraprestació vinculada a la realització d’accions per l’activació personal o familiar, com per exemple, mesures sociolaborals o vinculades a millores de la salut, entre altres. El no acompliment dels acords implicava la suspensió de la prestació, sovint com a mesura de pressió i càstig.

*-“En un primer moment va funcionar el fet de tenir una RMI com a moneda de canvi, ella anava fent el que li proposàvem, queixant-se una mica, però anava acceptant”. (TSB2)*

S’analitza la necessitat d’intervenir d’altres formes amb aquestes famílies, més enllà de la coacció sobre la pèrdua de la prestació, i la RGC pot esdevenir una oportunitat ja que les famílies poden decidir no adherir-se a un pla d’intervenció social o socio-laboral. Es posa de manifest el dret a renunciar als serveis i prestacions, fet que cal tenir en compte i respectar a no ser que hi hagi menors en situació de vulnerabilitat o persones dependents en risc. Així, trobem persones o famílies que no accepten la intervenció professional i cal atendre aquesta decisió si la persona és competent i no posa en risc a tercers.

En aquest sentit, segons Bueno et al. (2015) i Pelegrí (2018), el poder formaria part del joc professional, ja que el context d'autoritat en què es dona la relació professional condiciona d'entrada el mateix i cal veure on estan els límits ètics del mateix.

En moltes de les famílies ateses en situació de cronicitat, que presenten dèficits en la gestió del seu dia a dia per diferents circumstàncies (salut, dependència, desorganització familiar, entre altres), el Servei d'atenció a domicili (SAD) es gestiona o proporciona com a recurs socioeducatiu per superar limitacions o carències, disfuncions familiars, i generar un marc de millora des de la pròpia llar de la família.

De vegades aquest recurs és imposat per part de la treballadora social com a part del pla de treball, per tal d'incidir en la dinàmica familiar. En casos d'imposició sovint el SAD és rebutjat per part de la família o persona i, per tant, fracassa per rebuig directe o per claudicació de la professional del SAD.

D'altra banda, normalment el SAD s'adreça a la millora de les competències maternes i d'organització i cura de la llar i dels seus membres dependents, per tant, l'orientació de gènere es manté envers la dona com a principal responsable de les dinàmiques familiars i pal de pallar de la mateixa.

*-“Si, amb el SAD que la família ha disposat, tot i que en un inici aquest servei no va funcionar, després van ser ells els qui ho van demanar. Així mateix, ha servit entre altres per reforçar a la referent de la família, ja que és la que tenia més punts forts”. (TSS3)*

Tot i posar-se en valor com a recurs professional adequat a aquestes situacions, per afavorir la millora de la qualitat de vida de les famílies i fins i tot com a instrument d'apoderament de la dona, caldria considerar-ne aspectes com:

- L'acceptació i comprensió per part de la persona de quin és el rol del/de la professional que intervindrà a la seva llar.
- Que aquest sigui consensuat i comprès, a l'hora que acceptat.

- Que la professional del treball familiar disposi d'eines, coneixements i habilitats socioeducatives suficients per intervenir amb famílies.
- Que estigui integrat a l'equip de Serveis bàsics d'atenció social, que conegui el pla de treball i sigui capaç d'avaluar-lo periòdicament amb la família i referent professional de la mateixa, proposant els canvis necessaris per tal d'afavorir l'assoliment dels objectius o la seva reformulació.

*“El recursos emprats es valoren correctes, pel suport que necessita la família, tot i que la valoració final de la consecució d'objectius és negativa. No accepten normes d'higiene, de seguiment mèdic, de medicació, d'hàbits de vida. Hi ha hagut baixes del SAD per claudicació de la pròpia treballadora.” (TSBAE5)*

En aquest sentit, les professionals valoren que el fet que el SAD s'externalitzi i, per tant, hagi deixat de formar part dels equips bàsics d'atenció social. Suposa un retrocés en la intervenció, ja que es perd el sentit d'intervenció global com a equip, i la treballadora familiar acostuma a sentir-se sola davant la família, i les professionals dels Serveis bàsics d'atenció social tenen, al mateix temps, la sensació de poc retorn, poc control de canvis o de coneixement directe del dia a dia de la intervenció domiciliària.

### 5.7. Els diagnòstics i plans de treball: una brúixola sense nord?



En les autoavaluacions, els Plans d'intervenció van generalment units a la planificació que comporta la tramitació i seguiment de la renda mínima, o la gestió de recursos per cobrir demandes o necessitats, i en poques ocasions es planifica al marge d'aquest ajut.

En les autoavaluacions no hi ha gairebé constància de diagnòstics ni de plans de treball per escrit signats i consensuats amb la família. Només els trobem quan existeix la Renda mínima d'inserció o Plans individuals d'atenció (PIA), vinculats a la llei 39/2006

de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a las persones en situació de dependència i aquests no sempre es revisen i avaluen periòdicament.

*“En el procés d'intervenció, s'observa que no hi ha hagut molts acords entre professional-usuari, tot i que s'ha parlat molt però no hi ha constància per escrit de tot això. Per tant, moltes vegades es feien actuacions idèntiques, atès que l'usuari no recordava el que havien parlat feia un mes.” (TSB2)*

Respecte als objectius dels plans de treball es manifesta la necessitat que aquests siguin senzills, fàcils i amb accions definides a curt termini i amb indicadors d'avaluació, ja que així és quan les professionals valoren que són més efectius per conèixer les expectatives de la família i dibuixar el pla, tot identificant les necessitats reals i ajustant els objectius professionals als de la persona i/o família.

També les actituds proactives i preventives per part de la professional són importants, avançant-se a les situacions de risc i acordant entrevistes de seguiment en funció d'aquest:

*“Referent al pla de treball s'ha trobat un còpia del pla de treball signat a l'inici de la intervenció per la família i la TS. Durant els següents mesos, quan en les entrevistes la TS recordava a la família el que havien signat, i en algun cas va ajudar a reorientar la entrevista, tot i que després en les intervencions s'observa com el pla de treball desapareix.” (TSP1)*

Tot i així, plans de treball, amb objectius que impliquen totes les esferes de la vida de la família, manifesten que també tendeixen al fracàs:

*“Hem realitzat intervencions adequades depenent del moment en el qual es trobava el nucli, però potser aquest intent de voler ajudar en “tot” ha generat més estancament.” (TSM6)*

La baixa existència de plans de treball acordats amb la família s'agreuja amb la manca d'avaluació del procés que segueix:

*“Referent al pla de treball, queda reflectit en el disseny de la Renda mínima d'inserció, tot i que els objectius són generals. Cal dir que no s'ha assolit la fita més important que és la reinserció laboral. Si que s'estableix un seguiment bimensual, però, no consta cap avaluació.” (TSMB7)*

Podem concloure que la intervenció professional sovint no se sustenta en el diagnòstic en el sentit més estricte i en profunditat que s'espera de la nostra professió, ni

existeixen eines diagnòstiques que la pròpia institució posi a l'abast de les professionals en tots els equips. La planificació de la intervenció molts cops no s'avalua, fet que posa a la professional, de nou, en un context bàsicament prestacionista, oblidant l'encàrrec que la pròpia Llei de Serveis socials atorga als serveis socials:

*“Cap membre del nucli familiar ha participat activament en els plans educatius. L'assistència a serveis socials ha estat per fer demandes concretes: econòmiques, d'aliments, entre altres.” (TSB2)*



A nivell metodològic, el diagnòstic ha de ser la clau de la intervenció, el punt de partida. Com ja plantejava Richmond (2005), el diagnòstic ha de guiar els procediments a seguir dels casos, de manera que ens permetin intervenir des dels paràmetres tècnics més adequats. Aquest diagnòstic definirà quina serà la millor intervenció a realitzar atenent les necessitats i la realitat de la família, però aquest diagnòstic no es realitza aïllat del tipus de context que creem i definim conjuntament amb la família.

En aquesta línia, cal reflexionar sobre els contextos de la intervenció. Segons Cardona i Campos (2009), un context d'intervenció és el resultat d'un acord explícit entre el sistema d'ajuda i la família, per tant, cal conèixer i delimitar el context i treballar conjuntament en la seva direcció. Així, segons el moment de la intervenció, ens situarem en un context assistencial, informatiu, d'assessorament, clínic, avaluatiu, o de control, com a més importants.

En aquest sentit, cal reprendre, recuperar, recordar la metodologia del treball social, i és imprescindible definir el diagnòstic prèviament, per poder realitzar plans de treball que vagin en la direcció adequada. Autores com De Robertis (2017) defineixen el diagnòstic social com la frontissa entre dues fases del mètode: la d'investigació (recollida de dades) i la de projecte i contracte amb la persona.

Aguilar i Ander-Egg (1999) afirmen que el diagnòstic és un procés d'elaboració i sistematització de la informació recollida, implica conèixer i comprendre els problemes i les necessitats dins d'un context determinat, les seves causes, les evolucions, així com els factors que condicionen, els riscos i les seves tendències previsibles. Permet una classificació dels problemes i necessitats segons la seva importància i l'establiment de prioritats i estratègies d'intervenció.

Així doncs, determinar un context significa fer referència a un context de canvi i d'ajuda. És el resultat d'un procés ordenat, exhaustiu, i compartit que recull aspectes centrats en el problema i aspectes centrats en la solució, i que es desenvolupa en els primers contactes entre la professional i el sistema client.

Cal que les professionals disposin d'un procediment per determinar en quin context d'intervenció treballaran amb els seus clients dins del macrocontext organitzacional en què estan immersos.

Així, considerem un element clau en la intervenció social poder determinar el context d'intervenció amb el sistema client, per compensar aquest obstacle que pot confondre uns i altres, i dur a terme una intervenció pactada i d'acord als interessos de tots en funció del mateix.

Es fa imprescindible recuperar la metodologia d'intervenció del treball social en tots els casos, i en les famílies cròniques, incorporar la cronicitat en el diagnòstic. Seguint les aportacions de Rodrigo et al. (2011), i per finalitzar aquest bloc, anomenem les recomanacions que fan els autors, que proposen una relació de bones pràctiques a emprar en la valoració d'aquestes famílies, que serà part del procés del diagnòstic. Aquestes bones pràctiques que proposen els autors ens poden ajudar a comprendre la família en les seves diferents dimensions, creences, vivències, potencialitats i



vulnerabilitats, factors de resiliència, entre altres elements imprescindibles per a valorar i diagnosticar de forma exhaustiva i eficient:

1. Procurar una mirada complexa i consensuada del funcionament familiar, sent conscients que sempre serà una aproximació a la veritable vivència familiar.
2. Valorar aspectes positius i negatius d'aquest funcionament i el seu impacte en el desenvolupament del menor, tenint en compte les seves necessitats evolutiu-educatives i també els factors de vulnerabilitat i resiliència que aquest o aquesta presenta.
3. Tenir en compte la presència d'esdeveniments vitals negatius, cronicitat o crisi familiar aguda que poden agreujar la situació familiar.
4. Ser conscients de la possible interferència dels propis prejudicis i de les concepcions implícites sobre la família.
5. Parlar amb les persones, no amb els problemes
6. Demanar la informació no només mitjançant preguntes sinó gràcies a la narració i el diàleg en un context de respecte i confiança.
7. Conèixer de les famílies la seva visió de la realitat familiar, que pot ser en si mateixa prou plural depenent dels membres i tenir en compte les possibles discrepàncies entre aquestes visions.
8. Fer servir moltes fonts d'informació: informes previs, entrevistes, visites domiciliàries, qüestionaris, etc., per no basar-nos en primeres impressions.

## 5.8. Els models d'intervenció: models o no models? Aquesta és la qüestió.

Malgrat totes les professionals autoavaluades s'identifiquen amb un o més d'un model d'intervenció, reconeixen que han estat poc autocrítiques en aquest aspecte.

*“Dèiem emparar-nos en models sistèmics, per exemple, però és una forma de justificar-nos tècnicament, ja que treballar amb famílies sense treballar amb la família és una lluita que no podem guanyar. Treballem amb algun membre i volem modificar la realitat de la família sencera. Per tant, no és el mateix tenir una perspectiva sistèmica de la família que treballar en el marc del model sistèmic”.* (TSBA04)

127



Els models d'intervenció que descriuen com a més utilitzats de forma conscient són l'humanista, el sistèmic i el d'intervenció en crisi. Pel que fa a l'humanista es vincula a aspectes com l'escolta o l'empatia o el tenir en compte l'opinió de les famílies. El model sistèmic es reconeix en el fet de veure a la família com un tot, i la importància de veure la unitat familiar en la seva totalitat. És difícil, però, poder realitzar intervencions des d'aquest model sense temps i sense recursos de suport. En alguns casos es reconeix que no se sap molt bé quins models s'han utilitzat o que simplement s'ha fet el que s'ha sabut i pogut en la intervenció, a l'hora que es posa l'accent en fer una feina caracteritzada per tasques que no ens són pròpies:

*“Sincerament?... Jo crec que el que fem és intentar sobreviure.”* (TSBA2)

*“Som treballadores socials però no estem fent de treballadores socials.”* (TSM6)

*“Jo no he fet de treballadora social, he fet “d'assistenta.”* (TSS3)

*“Som administratives cares.”* (TSP1)



També sorgeix el fet que la institució no aposta per un model, a l'hora que tampoc qüestiona que no se n'utilitzi cap. Tot i això, també la responsabilitat recau en les pròpies professionals:

*“És una cosa que dic sempre... Llegim poc, llegim pocs articles, ens arriba informació que bueno... ja me la miraré... i realment hi han coses molt interessants i molt aplicables.. i potser ja des de la pròpia responsabilitat de cadascú d'intentar millorar la tècnica professional si les llegíssim i les incorporéssim potser també ens ajudarien a parar i a reflexionar...”* (TSM6)



En aquest sentit Pirla i Julià (2016) es pregunten quina part hi ha de sentit comú, de coneixement ordinari i de coneixement tecnicocientífic en cadascuna de les actuacions concretes dels treballadors socials a nivell individual, familiar o comunitari. Donada la complexitat del terreny, les professionals han de tenir la més alta capacitat i entrenament per a un exercici responsable de la professió.

Des de fa ja diversos anys, diuen els autors, ve plantejant-se en la professió la necessitat de superar cert "tecnicisme" i ús "mecànic" de les tècniques i instruments, per avançar cap a una pràctica professional en la qual la dimensió relacional sigui prioritària. Així, el coneixement teòric dels models d'intervenció existents esdevé imprescindible. Tal i com assenyalen Barbero i Cortés (2014), no podem realitzar la pràctica del treball social sense teoria.

Com podem observar, també la intuïció apareix com un element que supleix en alguns casos l'ús dels models d'intervenció:

*-“A vegades utilitzes molt lo que és la intuïció... i davant de situacions que dius... ostres, aquí, aquí... però no tens temps a vegades ni de poder-ho elaborar...que això... si es que no tens temps.. també és una pena, eh?”. (TSBAO4)*



Emprar el model de gestió de casos, per exemple, tal i com fan referència Ariño i Velasco (2017), ens estaria situant en un model clàssic de relacions assistencialistes amb un toc de burocràcia i tecnòcrata, en el qual la persona se situa en un rol “down” com a receptor de recursos i prestacions, i la professional en un rol “up”, és a dir, “per sobre de”. Aquest model, afirmen, s’ha situat en les primeres posicions en el sistema de serveis socials, mitjançant el qual es pretén vetllar per garantir l'accés als serveis i recursos als seus clients.

Així, tal i com plantegen Nogués i Cabrera a Ariño i Velasco (2017), es redueixen les alternatives de vida de les persones a eleccions entre el que ells anomenen “productes

de supermercat”, que converteixen als/a les usuàries en consumidores de prestacions socials.

Fernández et al. (2015) plantegen que tot i existir arrelament en el model psico-dinàmic, o l'atractiu del sistèmic, la pràctica professional de vegades transmet un cert to eclèctic en les seves manifestacions, en el sentit que s'empra el mètode, el model o la tècnica que millor s'ajusti a la situació que demana la intervenció.

Les autores també recullen altres aportacions que parlen de l'enfocament generalista eclèctic de la pràctica directa, que evidentment no planteja cap il·legimitat, però sí una sensació de barreja no sempre clara, en la qual els fonaments teòrics són sovint dispars i aquesta disparitat es tradueix en els objectius dels models i en les tècniques emprades o directament en la concepció del subjecte o família.

Existeixen també nombrosos autors que defensen instruments sistèmics com a important font de recursos per les professionals en l'abordatge de les famílies multiproblemàtiques, com Coletti i Linares (1997). Aquest model ajudaria a entendre aspectes com el fet que determinades intervencions externes poden fins i tot augmentar les dificultats de les famílies multiproblemàtiques, ja que els avantatges que obtenen no compensen els inconvenients derivats de la substitució dels recursos del sistema que, a més a més, generen disfuncionalitat.

Altres models aplicats al treball social també ajudarien a afrontar amb millors quotes d'èxit en la intervenció social amb aquesta tipologia de famílies. Així, la proposta que desenvolupa la Fundació Emaús a través del model Inclue, planteja que el model d'atenció centrat en la persona afavoreix la qualitat de vida i ajuda a generar processos de canvi personal. Aquest model es planteja com una eina per a l'aplicació d'un nou enfoc amb les persones en situació d'exclusió social.

Blanco et al (2015) proposen treballar sota el paradigma de la qualitat de vida, els drets, l'autonomia, la participació i ciutadania activa, tenint en compte les necessitats diferenciades d'homes i dones, aportant a la intervenció social noves (o velles) estratègies per intervenir amb les persones en situació d'exclusió social.

D'altra banda, l'equip apareix també com un puntal en la intervenció amb les famílies en situació de cronicitat. Compartir els dubtes, els dilemes, els avenços i els fracassos de l'orientació teòric-pràctica pot ser un element clau de suport en les intervencions, i evitarien la soledat del professional en el seu abordatge, a l'hora que reforçarien l'ús de tècniques i models.

La supervisió també s'apunta com un instrument a tenir en compte en la revisió i anàlisi dels casos de les famílies en situació de cronicitat.

### 5.9. Drets o beneficència?

Les professionals veuen garantia de drets en tots els casos autoavaluats.

*-"Sí, tot i que en diferents etapes s'ha hagut de vetllar els diferents àmbits a dalt esmentats i recordar els deures i les conseqüències d'actuacions que poden perjudicar els menors i la dinàmica familiar." (TSBAO12)*



Aquests drets es relacionen amb la provisió de recursos per garantir necessitats bàsiques, en la seva majoria relacionades amb els drets socials, com l'alimentació, l'habitatge, el treball, les prestacions, així com altres drets vinculats a l'autonomia, la llibertat, la confidencialitat o la responsabilitat.

En alguns casos, els drets que consideren que garanteixen es converteixen en recursos que ajuden i són contrapartida per a la realització de determinades accions per part de les persones o famílies. Fins i tot, de vegades, es viu malament que la persona usuària reivindiqui els seus drets, ja que és viscut per les professionals com una exigència i obligació:

*-“ Mentre van tenir la RMI activa es va utilitzar per poder treballar amb la família i demanar coses a canvi, com ara l'assistència a classes de adults per alfabetització o el seguiment mèdic regular per la malaltia de la dona, quan la RMI es va suspendre, es va perdre la intervenció”.*(TSB2)

Creiem que en produir-se una institucionalització de les prestacions, convertint-les moltes vegades en el fi i no en el mitjà, oblidem de vegades els altres compromisos ètics en relació als drets de la ciutadania, com són la llibertat i l'autonomia que hem comentat anteriorment, o la participació.

131

Segons la Llei 12/2007 d' 11 de octubre de Serveis socials de Catalunya, la ciutadania té dret a:

- Conèixer la valoració que es fa de la seva situació personal i familiar, en un llenguatge entenedor i accessible. Aquesta valoració ha d'incloure la qualificació de les necessitats familiars.
  - Participar en el procés de presa de decisions sobre el procés d'intervenció a implementar i disposar d'un pla d'atenció social.
  - Poder manifestar la seva opinió en els processos d'avaluació que s'arbitren.
- L'usuari té dret a reclamar per escrit el diagnòstic resultant, participar en la confecció del mateix i impugnar-lo si no està d'acord amb la valoració.

Així, la ciutadania només podrà ser protagonista si pot participar, individual o col·lectivament, i la nostra funció és desenvolupar l'autodeterminació i la consciència sobre els drets de les persones com a subjectes d'acció per resoldre els seus problemes.

Tot i que les professionals manifesten que treballen amb la participació de les persones usuàries, com veurem amb més deteniment en l'apartat següent, cal comprendre la participació des de diferents perspectives. Segons Portero (2016):

- La participació es construeix.

- La participació és un aprenentatge.
- Totes tenim un lloc i un paper en el procés.
- A participar se n'aprèn participant.
- La participació és un dret i una responsabilitat.

La participació, doncs, s'empra de vegades de forma frívola, ja que els elements que la impliquen són múltiples i complexos. No podem pensar en participació quan el fons de la qüestió té connotacions lligades a la coacció, per exemple i, per tant, queden allunyades dels drets, com el de l'autodeterminació:

*-"Han participat quan els ha interessat i moltes vegades obligats, a mode de "xantatge". (TSB2)*

*-"L'usuari ha valorat sempre aquests ajuts i no ha estat necessari fer-los servir com a pressió per complir el pla de treball".(TSS3)*



Prentem com a referència a Navarro (2017), quan ens movem de forma més o menys conscient, per la temptació del bé, acabem decidint per l'altre, cometent així la greu impostura de viure la vida per ell.

D'altra banda, cal reconèixer l'endarreriment que hem patit els darrers anys des de la perspectiva dels drets socials en les polítiques dels sistemes de protecció social de l'habitatge, salut, educació, treball. Les treballadores socials hem resistit aquesta aniquilació de drets socials fruit d'ideologies neoliberals regressives, intentant garantir uns drets socials des de la intervenció, pal·liant o intentant minimitzar els seus efectes, tot i que la majoria de vegades, sense èxit, en esdevenir una guerra perduda contra un Tsunami.

En aquest sentit podem reflexionar sobre el relat neoliberal i els valors del seu discurs que, segons Portero (2016), s'oposen als que haurien de ser els centrals en un estat del benestar. Tant de bo aquest relat es mantingui allunyat del pensament de les professionals del treball social i no es caigui en el parany de pensar que les persones a

qui atenen des dels Serveis bàsics d'atenció social hi són per qüestions de manca de lluita personal, de poc esforç o les culpabilitzin per no aconseguir sostenir-se autònomament, ja que el context tampoc ajuda a aquesta autonomia.

Amb l'increment de la precarització i la pèrdua de drets socials podem observar, al mateix ritme, el creixement dels preus de la llum –entre 2008 i 2016 la llum ha augmentat un 46,7%, el gas natural un 31,2% i la benzina un 39,5%–. Així doncs, no és obvi que les famílies es vegin abocades a recórrer als Serveis bàsics d'atenció social per poder sostenir-se? L'autor fa referència en el seu article al fet que entre 2015 i 2018 el preu de determinats aliments ha augmentat fins a 5 cops més que el salari mitjà.

Segons Eurostat, el 43,3% dels arrendataris espanyols destinen més del 40% a pagar el lloguer, al mateix temps que Espanya és dels països amb pitjor parc de lloguer social (un 1,1% enfront al 32% de França, per exemple), i els jutjats emeten més de 100 ordres de desnonament diàries, un 7% més que fa dos anys. Els preus dels lloguers augmenten fins a 5 cops més que els salaris, i així infinitat d'indicadors que ens mostren com els drets socials estan molt lluny de garantir-se de forma justa, fet que no ajuda a les persones a superar les seves dificultats en el context actual.



Si reflexionem sobre aquestes dades, que denoten una situació d'emergència econòmica per tantes i tantes famílies, encara així ens estranyem que vinguin de forma recurrent als Serveis bàsics d'atenció social cercant garantir els drets bàsics. Ens preguntem si les professionals no ens estem abduint per pensaments com “els aturats volen viure de les ajudes”, o “que es busquin la vida o assumeixin les conseqüències de la seva incompetència”.

Drets o beneficència? aquesta és la qüestió. L'exercici dels drets subjectius davant de la caritat? El concepte de dret subjectiu contradiu l'herència de l'assistencialisme,



propi de formes d'ajuda social anteriors a la creació dels Estats del Benestar i que significa superar les condicions d'accés a les prestacions derivades de requisits, generalment de caràcter econòmic i pressupostari.

Però, a més a més, la concepció de dret subjectiu permet superar l'estigmatització associada a les persones usuàries dels Serveis Socials.

### 5.10. La participació de la persona en el procés. objecte o subjecte? usuàries o ciutadans?

---

Amb el pas dels anys, les expectatives de canvi per part de les professionals disminueixen de forma significativa. En aquest sentit, es tendeix a sobrevalorar les dificultats per sobre de les potencialitats.



Les crisis estructurals al llarg dels anys han dificultat l'autonomia i el manteniment de l'estabilitat de la família, fet que és viscut com un fracàs de la família i, per tant, es redueixen les expectatives envers el canvi i la percepció de les seves capacitats de millora.



Alguns autors com Rodríguez (2013) parlen dels “cicles d'estat d'ànim” que afecten a les famílies amb greus restriccions econòmiques, que es veuen

amplificades generant un impacte sobre les seves emocions i en la cohesió familiar. Aquesta situació afecta, en particular, als membres més vulnerables, com els menors, i a determinades configuracions familiars, com les famílies monomarentals. La cohesió familiar seria, per tant, un punt fort que ens remet al concepte de resiliència.

Les professionals consideren imprescindible reforçar capacitats i punts forts per apoderar-los i, a l'hora, reforçar el vincle professional. Tot i aquest argument, en la valoració d'1 al 10, la mitjana que s'atorga és d'un 5,8, per tant, es considera suficient

però un element a augmentar en quant a consciència del mateix en la intervenció professional.

En aquest sentit, De la Paz et al. (2014), plantegen una sèrie de factors que actuen en qualitat de protectors, i la seva funció minimitzaria els factors negatius i promouria comportaments resilients en ambients considerats d'alt risc. Segons Fergusson i Lynskey a De la Paz et al. (2014) aquests factors són: la intel·ligència i habilitat de resolució de problemes, el gènere, que en determinats casos serà un promotor de resiliència depenent dels contextos, el desenvolupament d'interessos i vincles afectius externs, el vincle parental, el temperament i conducta i la relació amb iguals.

*-“Les expectatives eren mínimes, a posteriori es va veure que tenia capacitats i que podia fer una vida més autònoma i, fins i tot, es va aconseguir la inserció laboral.” (TSBAO4)*

Així, la combinació d'influències de protecció seria capaç de contrarestar els efectes de l'exposició a múltiples riscos i a l'adversitat.

D'altra banda, vetllar per respectar la voluntat, fent-los conscients de la realitat, hauria de ser, també, el nostre repte professional, però malgrat que sabem que ha de ser així i que és una qüestió ètica, sovint ens posem per davant en el disseny del que a la persona o família li convé o ha de fer, seguint estratègies més funcionalistes que humanistes o comprensives, per intentar provocar canvis familiars.



Diuen les professionals que la negociació per establir acords podria ser una bona tècnica a seguir, respectant el ritme de la persona i impulsant la seva actitud activa en el procés. Apoderar no vol dir que la persona segueixi les indicacions professionals, sinó que cregui que aquestes formen part de la seva vida i que estan dins de la seva voluntat de transformació de la situació que viu.

*-“Els membres del nucli familiar han participat en les diferents accions que els han plantejat els diferents professionals de serveis socials. El fill petit ha seguit un pla individual d'escolliment i els pares han participat en mesures socials i de formació.” (TSS3)*

Les professionals recullen en l'autoavaluació, en molts casos, que s'ha promogut la participació de les famílies, tot i que algunes reconeixen que, pel seu perfil, de vegades això no ha estat possible.

*“Cap membre del nucli familiar ha participat activament en els plans educatius. L'assistència a serveis socials ha estat per fer demandes concretes: econòmiques, d'aliments,... però no hi ha hagut acceptació de la problemàtica del nucli familiar i, per tant, no hi ha hagut implicació ni activació en la seva resolució.” (TSMB7)*

També en alguns casos s'assimila la participació de la família amb l'acompliment dels deures:

*“Es contempla al llarg dels anys la participació? En quin/s aspectes? SI. Ha estat complidora.” (TSBAO8)*

*- “Acudeix a les visites acordades, segueix indicacions professionals.” (TSCB9)*

Les professionals puntuen amb una mitjana de 5,9 la participació de les persones usuàries en els seus processos. Així, es valora com un repte potenciar aquest element de participació.

Així mateix, també parlen de participació quan aquesta està lligada a la consecució d'algun recurs o prestació, però menys en l'activació per abordar problemes relacionals o familiars:

*“La família ha participat al procés quan s'ha donat una necessitat, sobretot econòmica. Quan els problemes anaven relacionats amb els fills, al nucli familiar li costava més participar.” (TSBAE5)*

Algunes experiències concretes de les professionals posen de manifest com la participació de persones en situació de cronicitat en activitats comunitàries, com horts o jardins socials, per posar alguns exemples, ha estat una palanca de canvi, que ha aconseguit trencar la seva situació d'aïllament, soledat i dependència envers els serveis socials.

*“El Salvador estava molt malament, sempre referia problemes de salut que l'excloïen del treball i era una persona incapaç de fer res per si mateixa. Va començar a venir als jardins socials i en poc temps va accedir a un pla d'ocupació de l'Ajuntament. Ara és jardiner. Ha recuperat la seva vida, les seves il·lusions i és capaç de visualitzar un futur millor. S'aixeca cada dia i arriba a treballar el primer, no ha faltat ni un sol dia per motius de salut. En*

*aquest cas, la relació, sortir de casa, participar, va generar un efecte terapèutic en aquesta persona". (TSMB7)*

Les activitats comunitàries són, poden ser, o haurien de ser un element de contenció, promoció o de millora de les situacions de cronicitat en serveis socials?

### 5.11. L'empatia, la confiança i el vincle positiu.

---

Pel que fa a la relació professional-persones usuàries, atenent als elements que faciliten o obstaculitzen la relació, podem veure que resulta més fàcil anotar els elements facilitadors. Es valora positivament el rol professional, la sinceritat, l'empatia, la confiança, la implicació, valorar l'esforç, el suport, donar respostes i generar un vincle positiu.

*-“Ha funcionat l'apoderament i la confiança, no han funcionat el control i l'exigència”. (TSBAO4)*

Tot i això, per algunes professionals pot esdevenir un element afavoridor de la cronicitat.

*-“L'empatia, assertivitat, valorar l'esforç, el recolzament... Tot hi fomentar una possible millora, crec que aquest acompanyament al llarg dels anys no li ha sigut positiu i s'ha generat aquesta cronicitat.” (TSM6)*



Tot i que aquests aspectes es mostren presents i es valoren com a imprescindibles en tot el procés, es demostra que aquest fet resulta insuficient per provocar canvis, encara que necessari per acompanyar a la persona i establir la relació d'ajuda.

*-“Després de més de 10 anys de relació terapèutica amb l'usuari la situació s'ha mantingut al llarg del temps amb pocs canvis. S'han anat repetint les intervencions sota el mateix model, així com els fracassos.” (TSP1)*

Moltes vegades les dificultats o els obstacles en la relació d'ajuda es traslladen al sistema i les seves deficiències per accedir als recursos o prestacions, o l'excessiu canvi de referents professionals. També apareixen reflexions que mostren desconfiança en l'usuari/ària o la por a ser enganyats per aquests.



En aquest sentit, Ginesta et al. (2017) també es refereixen a aquesta desconfiança, des de la qual no es pot construir una relació d'ajuda transformadora, un bon vincle que permeti desenvolupar funcions d'acompanyament, fomentar processos de millora i oportunitats, promocionar l'autonomia, la responsabilitat i millorar les relacions familiars, interpersonals i socials.

Amb la generació d'aquesta desconfiança es toca, doncs, el moll de l'os de la intervenció social, deixant a les professionals en un escenari on fer un bon treball social és un afany de vegades impossible.

Per altra banda, cada vegada més s'estén una opinió pública que qüestiona la justícia del repartiment dels recursos, que sospita de l'ús fraudulent de determinats serveis o prestacions, que considera que les treballadores socials no "controlen" prou bé la destinació de les ajudes que gestionen, convertint-se, d'aquesta manera, en còmplices del suposat frau i del sistema.



Així doncs, la confiança i l'acceptació total i real, la sinceritat i l'empatia reforcen el vincle i si, a més a més, reduïm expectatives, el vincle millora. Les nostres expectatives no acomplertes generen crisis en la relació professional, sobretot quan es posen límits externs potents (EAIA o Fiscalia, entre d'altres).

Els conflictes i les crisis en la relació assistencial s'han produït majoritàriament per l'accés als recursos i un posicionament de la professional que no ha estat ben vist per part dels usuaris. D'una banda s'ha produït per l'establiment de restriccions d'accés als ajuts, amb l'objectiu d'impedir la dependència i la cronicitat i d'altra per la suspensió d'ajudes com la RMI (ara RGC).

*-“Val a dir que és una família que cobra la RMI des de fa molt temps. Ha estat positiu perquè va ser l'única font d'ingressos i això al seu dia va generar una solució a la seva situació. Tanmateix cal dir que aquest recurs a la llarga ha creat dependència, fet que a dia d'avui, ha motivat la suspensió de la RMI.” (TSBAE5)*



Davant de la situació de crisi en l'accés als recursos, de vegades s'instal·la la dinàmica de la por, les famílies saben que poden trobar resposta "més a munt", per exemple, interpel·lant els responsables polítics o caps tècnics. Les professionals manifesten viure en la justificació constant de perquè es facilita o no determinats recursos o prestacions i fins i tot es produeix aquesta situació amb moviments socials, que posen en dubte la credibilitat, la bona praxi, la competència i la responsabilitat professional.

*-“Hi ha hagut 8 crisis, i llavors és quan la família es desvincula dels serveis socials, i s’observa que SS no ha intentat establir de nou vincle, tema que sobta bastant. La família al cap dels mesos ha tornat a demanar cita, i en alguna ocasió ha demanat canvi de professional. Reapareix de nou als Serveis Socials.” (TSB2)*

De vegades la relació i el vincle es deterioren per una mala gestió de la informació, sobretot en casos de famílies que han tingut diferents professionals o han fet diversos canvis de domicili i, per tant, d'equip de serveis socials de referència. Qüestions com "Jo això ja ho he explicat abans" que no han quedat recollides a l'expedient familiar i per tant, són salts d'informació que es perden en el temps i que poden ser vitals per entendre a la família.

Les professionals han puntuat un 5,9 sobre 10 aquest element de confiança envers les famílies, per tant, es un altre element de millora en la intervenció actual.

### **5.12. Respecte a les expectatives de canvi i transgeneracionals.**

---

Les professionals puntuen amb una mitjana de 5,3 sobre 10 les expectatives de canvi de les famílies. Les expectatives acostumen a ser baixes i amb una progressió descendent:

*-“En el primer moment que vam conèixer els membres de la família ens va generar una sensació positiva, a través de la qual les expectatives que ens podia crear eren molt bones i amb possibilitat d'evolució positiva. Tot i que amb el temps s'ha anat veient en la pràctica que s'havia de "baixar el llistó" i marcar petits objectius amb exigència més baixa". (TSBO11)*

Així doncs, tot i que en un principi de la intervenció tenen confiança en el canvi i evolució de les famílies, aquesta s'ha anat reduint en veure que les expectatives no s'acomplien.

*-“En aquest cas els canvis costen molt, donat que la Sra. té una manera de fer les coses molt cronificada i concreta; tot i que els ingressos són més que suficients, aquests no són ben administrats, causant deutes fixes i desmesurats. A més, el fill gran, tot i haver-se independitzat recentment, està repetint patrons conductuals de la mare”.* (TSS13)

Respecte a les expectatives transgeneracionals, suspenen en la puntuació que donen les professionals, amb un 4,1 sobre 10.

Les professionals manifesten que els fills emancipats també acostumen a ser usuaris/àries dels Serveis bàsics d'atenció social, per tant, apel·len a la cronificació de les problemàtiques i el trasllat d'una generació a una altra:

*-“Dels 5 fills, 4 ja tenen expedient familiar a serveis socials”* (TSBAE5)

*-“Tots els membres de la família continuen amb seguiment de Serveis Socials i amb dificultats econòmiques i socials”* (TSM6)



En aquest sentit, cal recordar aspectes tractats en el marc teòric com la cronificació de la pobresa i el llegat que en molts casos representa per les noves generacions. Tot i això, hi ha situacions en les que veuen possibilitats de trencar cercles i que els fills/es puguin arribar a no identificar-se amb els Serveis bàsics d'atenció social i ser autosuficients:

*-“La mare-referent sabem que vol que les filles no visquin les dificultats que ella ha tingut. Observem oportunitats de trencar la cadena i no repetir el patró en les filles donat que la situació ha millorat i tenen un marc de referència molt ampli en el seu entorn que els ha possibilitat veure coses noves i diferents que són significatives i positives”.* (TSMB7)

### 5.13. Síntesi de les idees clau de les autoavaluacions de les professionals.

---

#### Quadre 14. Resum de les idees més importants en relació a les autoavaluacions

---

- No està ben incorporada la mirada de gènere en la intervenció des del treball social, ni l'apoderament de la dona de forma específica i proactiva.
- La diversitat cultural de les famílies immigrades en situació de cronicitat no està prou integrada, i no s'utilitzen models comprensius evidents en la intervenció social.
- Existeix desesperança en relació a la millora i reducció de cronicitat de les famílies d'ètnia gitana, que es mantenen en situació de dependència de forma transgeneracional en els Serveis bàsics d'atenció social i esdevenen poc útils les intervencions que s'han fet fins al moment.
- La cronicitat es normalitza i s'accepta en els casos on interactuen problemes de salut mental, addiccions i altres malalties orgàniques cròniques. Esdevenen un perfil clarament dependent de tercers, i també dels Serveis bàsics d'atenció social, per poder gestionar el seu dia a dia i satisfer llurs necessitats bàsiques.
- L'excés de canvis de professionals de referència, les poques visites domiciliàries que es realitzen, les múltiples gestions i tràmits de recursos, afavoreixen la cronicitat ja que ens instal·lem en un treball social reactiu, administratiu, poc gratificant i majoritàriament, frustrant.
- Els recursos dels darrers anys són insuficients, i esdevenen parxes a situacions molt precàries. A més a més, són poc àgils, poc efectius, i complexes en quant a tràmit administratiu.



- 
- La sobrecàrrega burocràtica ha fulminat l'ús de models i metodologia pròpia del treball social en els Serveis bàsics d'atenció social.
  - S'assumeixen competències d'altres sistemes de benestar impossibles d'absorbir des del sistema de serveis socials des de la coherència i la justícia social (habitatge, salut, educació, treball, entre altres).
  - Els darrers anys hi ha hagut un fort endarreriment des de la perspectiva dels drets socials i les treballadores socials hem resistit aquesta aniquilació, fruit d'ideologies neoliberals regressives, intentant garantir un drets socials des de la intervenció, pal·liant o intentant minimitzar els seus efectes, la majoria de vegades, sense èxit, en esdevenir una guerra perduda contra un tsunami.
  - El SAD és valorat com a instrument de promoció i afavoridor del canvi i millora de les famílies, però requereix millores en quant a implementació.
  - L'equip s'identifica com un puntal de suport per la reflexió i l'abordatge dels casos complexos de les famílies en situació de cronicitat, però no s'aprofita amb tota la seva potencialitat.
  - La situació d'emergència econòmica de moltes de les famílies cròniques fa que no ens hagi d'estranyar que vinguin de forma recurrent als Serveis bàsics d'atenció social, cercant garantir els drets bàsics, i si no canvia el context i la capacitat d'evolució de la família, es continuarà atenent les famílies d'alta cronicitat, les que tenen cronicitat moderada, i s'hi afegiran les que encara tenen atenció esporàdica.
  - La pobresa i la cronicitat en els Serveis bàsics d'atenció social es manifesten com a hereditàries en molts dels casos autoavaluats.
-

- L'apoderament i la participació de les persones cròniques dels Serveis bàsics d'atenció social és un element a millorar en les intervencions des del treball social.
  - La confiança i acceptació total i real, la sinceritat i l'empatia reforcen el vincle i, quan les professionals redueixen expectatives, el vincle millora. Tot i ser imprescindibles en la relació d'ajuda, aquests per si sols són insuficients per produir canvis.
-

## 6. Col.loquis familiars - diàlegs apreciats



S'han realitzat 31 col·loquis familiars <sup>6</sup> al domicili de les famílies, amb tots els seus membres significatius, tenint en compte la visió de gènere i cultural.

Els objectius dels col·loquis s'han centrat en conèixer la visió de la família i aportar un nou marc de treball conjunt entre la família i les professionals.

En el primer bloc es preguntava a la família sobre el procés d'intervenció, la percepció del temps en contacte amb serveis socials, la consciència de la situació en la que es troben, la confiança envers les professionals, el nombre de professionals coneguts/des. Es pretenia també identificar els elements positius i negatius de la relació professional i la pròpia percepció sobre l'ajuda rebuda al llarg dels anys i el coneixement dels seus drets i deures, així com la percepció de perquè no s'ha resolt la seva situació.

El segon bloc girava al voltant de la seva valoració de necessitats, punts forts i l'autopercepció: autoestima /autoconfiança, estat d'ànim/ humor, motivació/ sentit de vida, visió de futur, responsabilitat, actitud d'orientació a la recerca de solucions i disposició al canvi: desitjos i il·lusions, com a més importants.

El tercer i quart bloc cercava conèixer la disposició al canvi per tenir una vida millor i com la família podia projectar-se cap a ell, a l'hora que s'apropaven expectatives : què esperes dels serveis socials i de la treballadora social en aquest moment després del col·loqui?

---

<sup>6</sup> Per identificar els literals hem elaborat un conjunt d'acrònims senzills que responen a la següent categorització: la primera lletra fa referència a la variable sexe H (home), D (dona). La segona a la variable etnoterritorial AU (autòctons), GI (gitanos), IM (immigrant), i la tercera al tipus de família PS (persona sola), MP (monoparental), EX (extensa), NC (nuclear) CC (convivència circumstancial), PA (parella), RE (reconstituïda).

Les famílies seleccionades pels col·loquis van ser escollides entre les que s’havia realitzat prèviament l’autoavaluació, per seguir l’objectiu de la investigació-acció participativa. Un cop realitzada la presa de consciència per part de les professionals, es procedí a un segon pas, compartir els col·loquis i analitzar-los.

### 6.1. Recordant els inicis, el primer contacte. Com diria Sílvia Navarro, “con tacto”?



En aquest bloc es fa l’anàlisi del discurs de les famílies en relació als primers contactes amb els Serveis bàsics d’atenció social, sensacions i motius, sobre el vincle que han establert al llarg del temps, la percepció de la intervenció de la qual han estat subjectes i el paper de la professional com a suport en la seva vida.

Les famílies recorden, en la majoria de casos i gairebé perfectament, l’any que van arribar per primer cop a serveis socials, el nom de la professional i el motiu, associat en la majoria dels casos al record de canvis vitals, com per exemple, el naixement d’un fill/a, entre altres circumstàncies.

*-“Me pasó que yo estaba en prisión , entonces no sabía nada, me fui corriendo a pedir ayuda a ellos.” (HAUPS)*

En el cas de les famílies que superen els 10 anys d’atenció, la seva percepció temporal s’esvaeix:

*-“Uff Hace muchos años, ¡uff! por lo menos unos 20 o 23 años, la Trini era pequeña, llevaba dos años.” (DGINC)*

La majoria recorden a la primera professional que les va atendre, i recorden també a la majoria de professionals que al llarg dels anys han estat presents a les seves vides. Altres, però, son incapaços de remuntar-se a tant temps de distància. Principalment el record és envers les primeres professionals o amb les que s’han vinculat especialment. Alguns amb millors records que altres, però en tots els casos manifesten la gran confiança que hi han depositat:

*-“ Cualquier cosa, está conmigo, pero a veces si pasa algo con mi marido, el padre de mis hijos me voy allí llorando y ella me da consejo y vuelvo aquí más calmada, como una psicóloga. Ella es todo para mi”. (DIMMP)*

Tots coincideixen en la relació que s’ha construït al llarg dels anys i en la seva majoria es mostren agraïts, pel fet de sentir-se escoltats i compresos, sobretot aquells que han conservat una única professional, o poques, al llarg dels anys, ja que els incomoda haver de tornar a vincular-se de forma repetida amb una o més professionals desconegudes.

*-“El pitjor es haver d’explicar cada cop la teva vida” (HACPS)*

*-“La Montse, Ana, Virginia, Carolina,..., es que son muchos años, son 31 años”. (DACPS)*

En relació als motius del seu primer contacte, en tots els casos va ser la precarietat econòmica i la manca de recursos per fer front a les seves necessitats vitals:

*-“Era una niña, estaba sola y tenía el niño pequeño y recurrí. Porque hacía falta dinero, comida...” (DACMP)*

En el primer contacte el record és d’escolta, comprensió i ajuda. El fet de ser tractats justament i amb respecte i veure a la professional com algú en qui confiar les qüestions íntimes de la família:

*-“La primera vez salí relajada, salí con buena sensación pero cuando iba a los Servicios sociales iba con temor, con miedo, con angustia, con vergüenza, había una mezcla de sentimientos porque vale, porque era la primera vez que me encontraba en este estado y iba a pedir ayuda, pero el encuentro fue bien, me trató bien y después ya salí con una sensación más de alivio, de relajación, encontré desde ese momento una persona en la cual podía confiar.” (DACMP)*

En altres casos recorden la impotència que sentien i la desesperació, i com el primer contacte va ser, en sí mateix, reparador:

*-“La primera sensación fue de decir, estoy en buenas manos, esto es el punto de partida, este es el inicio de empezar a respirar, que no fue fácil, claro, evidentemente. Los inicios fueron muy duros.” (DACSP)*

I altres també manifesten emocions relacionades amb la vergonya per no poder seguir endavant sense ajuda:

*-“Tuve una sensación que me daba vergüenza de contar las cosas, pero sí, las conté. Yo necesitaba alimentación para mis hijos porque eran pequeños y con el trabajo de mi marido a mi no me llegaba para mucha cosa, porque entonces pagaban muy poquito.” (DAUNU)*

Es posa de manifest en tots els col·loquis la vessant emocional i l'impacte positiu que el primer contacte va generar malgrat la gran càrrega de preocupació i angoixa que tenien les persones ateses. El tacte a que es refereix Navarro (2017) es veu en les primeres relacions molt clar des de la perspectiva de generar caliu, comprensió i escolta activa, fonamentals per establir els fonaments de tota relació d'ajuda.

147

## 6.2. Sobre les professionals, un vincle construït a base d'ajuda i d'ajudes.

---



El vincle ha estat un element molt important per les famílies. En alguns casos fins i tot parlen de “carinyo”, com si les professionals haguessin format part de la seva família. Així, el vincle, l'afecte i la confiança són elements que totes les famílies valoren molt positivament.

*-“Todas las asistentes sociales que he tenido son maravillosas.” (HIMCC)*



*-“Que dios bendiga a todos los que estáis trabajando para ayudar a la gente que necesita , que dios los bendiga que los protege y los deje más fuertes y más corazón grande que puedan entender que cuando la gente viene a pedir ayuda, ustedes entiendan a la persona, lo que realmente necesitan, no están fingiendo, estar ustedes con esa persona, eso es lo único importante”. (DIMMP)*

Apareix, amb el vincle, el respecte envers les professionals i la seva funció social. Les famílies posen en evidència la relació amb les treballadores socials a partir de la situació de necessitat econòmica que han patit al llarg dels anys. Situacions de carències econòmiques que veuen en equilibri amb l'ajut que han rebut per anar-les superant, tot i que aquestes no s'han resolt de forma definitiva, sinó que han estat periòdiques al llarg de la seva vida.

*-“El piso donde vivo lo tengo gracias a los servicios sociales, por lo tanto ayuda aquí, pienso que sin los servicios sociales hubiese tirado la toalla, muchas veces lo pienso”. (DIMMP)*

Però també algunes famílies valoren el suport personal rebut al marge d'haver rebut ajudes econòmiques, i valoren a les professionals com a puntal de les seves vides, situant-les en un rol més proper al de família, més enllà del que seria pròpiament el de professional.

*-“Servicios sociales para mi es mi gran apoyo. Sois mi familia”. (HACPS)*

*-“La chica no sabía dónde caer muerta, me fui a pedir consejo a la asistenta, un consejo a tiempo es bueno, no solo para pedir, para informarte, porque vosotras habéis estudiado mucho, yo no he ido solo para pedir, iba a ver como pensabais vosotros sobre lo que nos pasaba”. (DGINU)*

Amb el temps, creuen que les ajudes econòmiques són adequades però insuficients, ja que no poden abastir totes les seves necessitats.

*-“Insuficientes. M’han ajudat, desde luego, però són insuficientes i anirem a pitjor. La part econòmica la PNC és massa petita, una persona normal viu apretada. Jo sé de persones que passen penúries, jo també passo penúries a vegades, sort que la familia que m’ajuda. Amb 300 i pico euros i un complement de 100 euros jo no puc comprar carn fresca”. (HAUPS)*

*-“Siempre te dan galletas”. (DIMMP)*

Associen en gran mesura la intervenció social a la provisió de recursos i els primers contactes reconeixen en tots els casos que van estar determinats, com hem dit, per la privació econòmica. Sempre han basat la relació professional en la provisió de recursos i la dependència dels serveis socials per disposar d'ingressos mínims per alimentar-se i conservar i/o accedir a un habitatge, majoritàriament.

*-“Eso poco, mi nevera está en los servicios sociales, mi casa está en el servicio social todo, todo lo que yo pido allí ellos me lo dan y aunque vaya urgente siempre hay alguien que me da explicacions, con respeto y con educación aunque no esté ella. Siempre, siempre.” (DIMNU)*

Les famílies valoren la feina que fan les professionals i comprenen que no sempre aquestes disposen dels recursos per poder ajudar-les. Reconeixen la vocació que tenen d'ajudar a la gent amb dificultats, així com la sobrecàrrega de feina que observen i que porta a que les professionals no puguin disposar de temps suficient per escoltar-les com creuen que necessiten.



El Dictamen de Serveis socials bàsics de Barcelona refereix el fet que es constata que la població té una idea força parcial i reduccionista dels Serveis bàsics d'atenció social, ja que són vistos com a simples dispensadors i generadors de recursos econòmics, de manera que les demandes i les expectatives vers els Serveis bàsics d'atenció social estan sobretot relacionades amb l'obtenció de prestacions econòmiques.

Per algunes persones el concepte ampli i complex d'ajuda" equival –i es redueix– al concepte simple i acotat de "diners", és a dir, no acudeixen als serveis socials a demanar "ajuda" sinó "ajudes".

Tot i això observem, des de la mirada que aporten els col·loquis, que malgrat la percepció de les famílies és que els serveis socials són prestadors de recursos, admeten que, al llarg dels anys, es converteixen en una guia, un suport permanent i són capaços d'identificar el rol de les professionals en contextos diferents. Podríem dir que la cronicitat i el factor temps situa a les professionals en el rol d'acompanyament que probablement no es percep tant clar com quan les famílies acudeixen puntual o esporàdicament als Serveis bàsics d'atenció social davant d'una necessitat material a resoldre.

També fem l'observació que fonamentalment observem vincle i agraïment del suport viscut per part de les professionals en els casos de dones que han patit violència masclista o son famílies monoparentals amb fills a càrrec. Quan es supera la vessant assistencial les persones agraeixen aquest suport personal.

*-“Si yo tuviera que definir todas mis vivencias y emociones con los servicios sociales no acababa en un día, en meses...” (DAUMP)*



### 6.3. Un vincle entre dones.

---

Hem observat, al llarg de les autoavaluacions i dels col·loquis, que sembla que es produeixi un procés empàtic superior en els casos darrers que hem fet referència, quan s'intervé en una situació de dona afectada per una gran vulnerabilitat i està sola. En aquest sentit ens preguntem: se senten les professionals més útils en aquests processos d'acompanyament?



Volem destacar que la feminització de la professió, històricament ha aportat un rol concret a les treballadores socials: de les “visitadores dels pobres i dels presos” de principis del segle XX i la importància d'un estat benefactor a uns estudis de treball social que van intentar allunyar i professionalitzar el treball social, apartant-lo de l'assistència social i caritat, però aquesta concepció, malgrat tot, ha quedat latent en l'evolució de la pròpia professió.

Segons Rodríguez (2017), quan sorgí la qüestió social i s'acordà intervenir en les situacions de pobresa, les dones van prendre la iniciativa i la van prendre com una extensió del seu rol a la llar, com una “maternitat social”. I així també s'ha mantingut la percepció i l'imaginari social de la mateixa. Per tant, és lògic que les persones que acudeixen als serveis socials mantinguin aquesta concepció dels mateixos, com a proveïdors de cura i d'ajudes per afrontar la pobresa.

Actualment, segons el mateix autor, se segueix mantenint la feminització del treball social i es mantenen factors de tipus cultural i ideològic que consideren la professió una extensió del rol de cuidadora de la dona.

Així, la feminització del treball social està relacionada directament amb la “feminització de la cura”, i per tant, a la provisió dels elements necessaris per poder sobreviure en situacions de dependència o necessitat. Aquesta atribució s'ha de poder treballar

convenientment, informant i aportant a la ciutadania els elements necessaris per conèixer el rol de la treballadora social més enllà de la pura gestió de recursos, atorgant a la professió la funció de prescripció de la cura que les persones requereixen per millorar la seva qualitat de vida.

En aquest sentit, Fantova (2018) parla de que les decisions sobre els “cuidados” que necessita una persona parteixen del diagnòstic i la prescripció de les professionals, en equilibri entre l’ajust dels mateixos, l’autocura i les cures primàries necessàries.

#### 6.4. El Servei d’Atenció Domiciliària (SAD) actual, una oportunitat per al vincle?

---

Algunes famílies posen de manifest l’ajuda rebuda per part de treballadores familiars del SAD:

*“Como madre pasaba un mal momento con mis hijos, y me mandaba a casa alguien que me apoyaba y me decía haz esto, haz lo otro... me acuerdo mucho de Martina”.* (DAUNU)

Tot i que també reconeixen els/les múltiples professionals que han passat per casa seva fent aquest servei, les famílies participants als col·loquis, en general, no ho expressen com un fet negatiu:

*“La Mercé, la Montse... n’han vingut 7 o 8 de noies. Estic molt content de les treballadores a domicili.”* (HAUPS)

A la pregunta de “Com heu viscut el tema de la treballadora familiar?”, algunes famílies reconeixien viureu-ho com una agressió a la seva pròpia llar. Altres manifesten queixes en relació al compliment dels horaris per part de les treballadores familiars.

*“Bueno n’hi ha hagut de tota manera, hem hagut de fer moltes queixes a la jefa de l’empresa subcontractada de l’ajuntament. Per això vam demanar a l’Assunció, fa dos anys i pico, perquè l’altra es passava, al final se passava i com li vam explicar de pe a pa amb coses coherents pues al final molts la van canviar. Ara els tenen més controlats perquè han de fitxar, entren i fitxen. Això es per tenir-les controlades, a vegades venien i marxaven a l’hora que volien”* (HAUPA)

El fet de ser un servei prestat per una empresa externa pot produir més dificultats en la flexibilitat i en el vincle que es pot establir. Sense cap dubte caldria una anàlisi més exhaustiva d'aquest recurs i l'impacte sobre les famílies en els Serveis bàsics d'atenció social, que no té més recorregut en aquesta recerca. El que sí que podem dir és que si el SAD funciona, millora la qualitat de vida de les persones, i per tant, és un recurs professional a revisar i utilitzar en aquesta tipologia de famílies.

*“Sí, mira has de pensar que feia 15 anys que esperava això (ajuda a domicili). Contentíssima, al primer moment pensava una persona que me banyi i jo li deia a les xiquetes que faig i diuen mama, s’ha de fer, però ara penso mira lo que tinc jo ho té ella i ja està. Ara sembla que sigui una parenta. Li he agafat carinyo a una i l'altra, a la de la llimpia també, li faig: escolta filla que això ho has de fer així, així, així. És molt nerviosa i va molt de pressa, si ho fas bé aquí ho faràs bé a un altre lloc.” (DAUPS)*

## 6.5. El dret a rebre i el deure d'obeir.



En aquest segon bloc, s'explora amb les famílies la percepció que tenen sobre els seus drets i deures, les seves necessitats i punts forts, puntuant en una escala de l'1 al 10, utilitzant la Graella de les necessitats de Campanini (2016).


En relació als drets i deures, les famílies reconeixen alguns drets, tot i que tenen dificultats per definir què són els drets i la seva aplicació en la relació amb els serveis socials. Tot i això, identifiquen el dret a ser escoltat, ajudat, atès per les professionals, però no anomenen altres drets com la dignitat, la confidencialitat, la informació o la intimitat personal.

Tampoc són capaços d'identificar deures, fent constar de forma exclusiva el respecte envers les professionals en la majoria de casos. Reconeixen com a deure acomplir aquelles indicacions condicionades per part de la professional, que cal atendre, és la seva obligació, sobretot les relacionades amb la cura i escolarització dels menors:

*– “Deber sí, deber al principio, las niñas al colegio que no falten, su higiene, seguir el seguimiento de las asistentes sociales, cosas así.” (DIMMP)*

*-“Hombre, obligación más, tenemos que ir con respeto, con cita, no vas a ir maleducado o violento, eso no. Tenemos que ir como tiene que ser, cita y educación”. (HGINU)*

En aquest sentit i respecte a l'obligació de fer el que diu la treballadora social, tornem al rol de poder de les professionals. Les famílies poden no estar d'acord amb les indicacions però, tot i així, en general consideren que les han d'acatar.

 Cal, doncs, treballar amb prudència i amb sensibilitat per no caure en un rol d'abús de poder, atenent al fet que les persones ateses ens veuen com a ostentadores del mateix. Segons Navarro (2017) hem de ser conscients del que ella anomena “ètica de la proximitat”, per la qual aquesta proximitat és molt delicada ja que l'altre s'exposa al que són els nostres interessos, accions i intencions i, per tant, hem de ser molt curiosos en la nostra relació, per trobar l'equilibri entre la distància i la proximitat.

Idareta (2017) parla de “l'ètica de màxims”, que es conforma pels aspectes de la nostra vida que escollim voluntària i personalment per assolir una vida plena i realitza-nos com a persones. Per tant, l'ètica de màxims són ofertes de “bona vida” que no es poden imposar, s'han d'acceptar des de la llibertat.

El mateix autor fa referència al concepte de “coacció informal” que té a veure amb mesures coercitives de pressió als usuaris des del treball social. Szmukler i Appelbaum a Idareta (2017) defineixen quatre nivells de coacció informal: la persuasió, la influència interpersonal, la inducció i l'amenaça, que poden prendre formes diferents com el xantatge o l'actitud directiva. Parlaríem, segons els autors, de violència invisible.

En aquest sentit, Jiménez (2002) també afirma que existeixen violències en què podrien incórrer les professionals del treball social: la discrecionalitat (dependència que les persones usuàries tenen de la decisió de la professional), manca de participació activa de les persones usuàries en les organitzacions, l'asimetria de poder (abús de

poder) entre organització i persona usuària i la seva dependència d'aquella, així com les conseqüències de la burocratització (al centrar-se en la tecnificació i el procés administratiu del servei es tendeix a la falta de flexibilitat i deshumanització de l'atenció. En orientar el servei a la provisió de béns, es desatén la promoció de la persona, donant lloc a un procés de desresponsabilització de professionals i de les pròpies persones usuàries).

D'altra banda, volem fer referència al fet que també algunes persones identifiquen bé la queixa com a mecanisme de lluita contra decisions no compartides, com un dret que poden exercir davant les administracions i de lluita contra el que poden considerar injust cap a elles mateixes, o desproporcionat per part de la professional en l'exercici del seu rol, viscut des de la discrecionalitat en la provisió d'ajudes.

*-“M’enfado, después busco alternativas, a ella no li volien donar l’ajut de tercera persona i vaig anar a veure a la secretària, vaig anar a veure al jefe, tot eren negatives, tot era que no, amb prepotència, i vaig començar a voltar totes les treballadores i estava a punt d’anar a Barcelona i de repent boom, li ingressen tot de cop. Si és blanc, és blanc.” (HAUPA)*

I com ja es fa evident en diferents moments, també les famílies conceben la necessitat d'exercir més drets que les famílies novingudes:

*-“Las ayudas, yo creo para mí opinión, que yo no soy racista, pero yo sé que si hay necesidades en España primero hay que cumplir con España y si sobra luego los demás, lo que no estoy de acuerdo yo que vienen los demás y en dos días le pagan la luz, le pagan el alquiler, le pagan los colegios y encima cobran 600 o 700 euros”. (HAUNU)*

Com a contrapunt a aquest posicionament trobem una reflexió que realitza un home subsaharià en relació a l'existència dels serveis socials i la seva funció:

*-“Yo pensaba que el Servicio social no hacía falta para mí, que era para gente que lo necesita pero yo de momento lo necesito, pero si yo encuentro un trabajo ahora y ganar dinero ahí, regalar mi sitio para otra persona que lo necesite”. (HIMPA)*



Altres persones fan valoracions allunyades de la perspectiva dels drets i viuen

els ajuts i prestacions com quelcom gracioble, una casualitat que els ha estat favorable. Per tant, la visió dels serveis socials com a dret està pervertit en aquest sentit fins al punt que arribin a pensar en elements subjectius, graciobles o discrecionals.

*-“Recibir una ayuda de urgencia es como tocar la lotería.” (DAUPA)*

Altres, en canvi, sí que tenen assolits els drets socials, que reivindicuen:

*-“Mis derechos es tener una vivienda, mi derecho es comer y tener una vivienda digna, como se dice”. (DGINU)*

Les famílies també creuen que les professionals han d'investigar més el frau de les persones que acudeixen a serveis socials, anant a fer “controls” als domicilis, ja que consideren que molta gent les enganya i reben ajuts de forma injusta.

Dipositar en les treballadores socials la responsabilitat de control social rígid, taxatiu, punitiu, esdevé un element de reflexió. En aquest sentit, les famílies fan observacions que posen en dubte el sistema en sí mateix i que provoca el que ells perceben com a injustícies. Així, observem l'aparició, en el context territorial d'alguns barris, de moviments que clamen per una informació efectiva i clara dels drets de les persones, que tenen com a punt de partida un pensament que aboca les treballadores socials al qüestionament sobre la seva praxis i, fins i tot, sobre els seus propis coneixements tècnics, essent aquests opacs i no ajustats a la realitat, com si no volguessin que les persones gaudissin dels drets que les lleis els atorguen.



Segons el darrer informe FOESSA (2017), la percepció de les llars en relació a la capacitat d'ajuda per part dels àmbits més institucionals és baixa, ja que davant de situacions de gravetat es confia més en la resposta de les organitzacions socials que dels Serveis Socials públics.

Un 57,8% dels enquestats donen una major capacitat a les ONG per ajudar-los davant de problemes greus que als Serveis Socials (46,3%). Aquesta major valoració podria

estar influenciada per dos factors. Per una banda, la major flexibilitat de les organitzacions socials per adaptar-se als canvis plantejats per les necessitats ciutadanes i, per un altre, per una major capacitat de resposta ràpida davant les situacions d'emergència social. No és tant un tema de volum, donat que els serveis socials públics atenen un gran nombre de ciutadans, més elevat que les organitzacions socials, sinó a la seva dependència dels procediments administratius, poc adaptats a les situacions d'emergència i a les limitacions pressupostàries en les partides d'ajuts i prestacions més urgents davant l'increment de la demanda.



Les famílies participants als col·loquis també posen èmfasi en el fet que les professionals siguin transparents amb l'accés als recursos, és a dir, identifiquen de forma superficial el dret a rebre informació clara, i reivindiquen que no generin falses expectatives, consideren que és millor saber la veritat des del principi i evitar així el patiment i la frustració que els genera el dubte sobre l'accés a les prestacions i recursos:

*“Els serveis socials no haurien d'enganyar-nos, es millor que es digui la veritat.” (HAUPS)*

## 6.6. I jo què necessito? Salut, diners, amor, vivenda...

---

És molt interessant veure com les famílies tenen una autopercepció de les seves problemàtiques molt clara. Gairebé tots diuen que el problema principal és l'econòmic.

*“En quin sentit?. La veritat, la més important és l'econòmica. La de la salut no la valoro perquè és una cosa que no podem controlar”. (DGINU)*

*“El dinero, pero por lo demás no, lo que te tenga que pasar o te tenga que venir te pasará igualmente, por mucho que te comas el coco”. (HAUPS)*

*“Hombre yo digo que es la económica. Porque a veces no llegamos ni a medio mes y nos buscamos la vida como sea, a veces mi hermano me deja 50 euros, vamos trapicheando”. (HGINU)*

En aquest sentit els vam demanar puntuar de l'1 al 10 segons com sentien cada problemàtica, essent 10 el valor que significa la màxima percepció de problema.

*-“Necesitat econòmica. Ara per ara el problema que tinc és econòmic per tant un 9. Laboral. No em volen donar feina, estic fart de fer coses.” (HAUNU)*

*-“El tema del dinero nos afecta porque cuando Irene, por ejemplo, ahora necesita un chubasquero para ir de colonias el lunes y no se lo puedo comprar porque hasta quizás el lunes no tendré el dinero.” (DIMMP)*

La salut i l'habitatge també tenen altes puntuacions. La primera perquè limita la seva vida quotidiana i la possibilitat de tenir cura dels fills i filles quan es troben malament, i la segona perquè afecta negativament fins i tot la convivència familiar.

*-“El tema de la salud mía afecta porque también afecta a mis hijas porque a veces con el tema del dolor a veces estoy dolorida y vienen ¡mamá, mamá, mamá!... pego un grito de estos que... por lo tanto la salud y la vivienda porqué me gustaría cambiar, vivir un poquito mejor, porque para ella, les gustaría tener una cama, un espacio, porque ahora ya es un problema porque cuando duermen por la noche la cama no es una litera, las dos están pegadas, una de las dos duerme muy mal i suele ser Tracy, porque tiene un pie encima de Irene, una mano... A veces tengo que levantarme por la noche dos veces para moverla, y no tienen espacio para dormir, tienen este problema, un problema de espacio” (DIMMP).*



Segons Belzunegui i Brunet a Alsinet et al. (2014), les persones avaluen el seu benestar material en funció de les seves percepcions i expectatives vers els recursos que haurien de posseir en el seu context social. Així, la percepció de la pobresa tindria múltiples dimensions, que són fruit dels canvis en els processos personals, i del moment social en el què vivim. Entre aquestes dimensions s'identifiquen l'econòmica, salut, laboral, les situacions personals i l'habitatge.

Moltes famílies creuen que amb una feina es resoldrien els seus problemes.

*-“La laboral mucho, la afectiva la considero muy importante y la económica también”. (DIMMP)*

*-“Afrontándolo, es encontrar un trabajo, la salud depende de los médicos de cómo van llevando las cosas”. (DAUMP)*



Quan parlem de famílies immigrades les problemàtiques es converteixen en més complexes degut a la qüestió administrativa dels referents familiars i dels seus fills i filles, complicant-se encara més si no disposen de xarxa de suport familiar o informal.



En aquest sentit, Mata et al. (2007) diuen que aquestes persones i famílies immigrades conviuen amb “l’espasa de Damocles” de forma permanent.

*“-Me han denegado lo de las niñas. Eso no lo entiendo Anna. Yo tengo comunitario, no tienen ni pasaporte las niñas”. (DIMMP)*

La salut és una de les problemàtiques més habituals en els casos estudiats i en molts casos és la causa principal de la situació en la que es troba la família.

*“-Lo que me marca a mi es que no puedo hacer nada, no puedo trabajar”. (HGINU)*

L’habitatge és un altre dels problemes que es repeteixen en moltes ocasions a diferents nivells, conservar-lo per no poder pagar deutes, manca de subministraments i fins i tot la por a ser desnonats, posant en situació límit a les famílies.

*“-Lo que más me preocupa es que si me echan de casa, no tengo a donde ir”. (DAUPS)*

La manca de relacions és una altra de les problemàtiques que va apareixent en molts casos, tot i que en el moment de triar les més importants no es té tant en compte com altres. De vegades és una necessitat de relacionar-se amb la família i altres és un aspecte més de necessitat afectiva i de parella.

*“-Para mi la de la relación. La de relacionarte, el tener un apoyo familiar... bueno, como mujer a veces pienso igual tendría que tener pareja, juntos compartimos todo ¿sabes? Pero no hay. No hay”. (DIMMP)*

Veiem doncs, que la vivència de les famílies és de patir necessitats múltiples, totes relacionades en la major part amb les carències de la vida diària, que no els permeten subsistir al marge dels altres (institucions, entitats, xarxa informal) i fins i tot en alguns casos reconeixen que aquest fet afectarà al futur dels seus fills i filles.

*“-Sin comida, sin poder mandar a tus hijos cuando tú les ves que no pueden ni ir al cole, que te dicen mamá es que tengo un problema en inglés y tú no puedes ponerle una hora de repaso para que aprenda y al final dices ¿que hago? Es que al final cual es mi función, mi labor aquí, si no puedo ni ayudar, si no puedo ni preparar a la generación que viene.” (DIMMP)*

Malgrat això, els col·loquis han permès que manifestin preocupacions diferents i profundes, més enllà de les que les professionals recullen als expedients familiars i que

aborden en el dia a dia, com les relacions, les necessitats d'afecte o el suport de l'entorn, fet que ha aprofitat a les professionals amb altres sentiments i necessitats de les persones que en diferents casos no havien abordat anteriorment.

### 6.7. No sé si tinc algun punt fort, però si vols et dic els febles.



Les famílies que han participat als col·loquis diuen que no se'ls havia preguntat abans pels seus punts forts i, en general, els costa identificar-los.

Els col·loquis han esdevingut una oportunitat per parlar de fortaleces, i tal i com es reflecteix en les autoavaluacions, les mateixes professionals no tenien suficient consciència del possible treball sobre les mateixes. Així, en el moment del col·loqui uns i altres han estat capaços de visualitzar els aspectes sans i positius, han generat un procés de reconeixement que en context quotidià no s'havia produït abans.

*“Yo es que mis cosas buenas no me las veo, no sé, hombre algunas fortalezas tenemos, creo....” (DAUNU)*

Les famílies posen en valor estar units, la família en ella mateixa, com a “pal de paller” per tirar endavant, si es mantenen forts i junts. Així, la vessant relacional familiar es situa en el primer lloc de les fortaleces i del valor familiar.

Dipositen les expectatives en els seus fills, en les properes generacions, però no en ells mateixos en l'aquí i ara. Apareix el mite de salvació, plantejat per Santiago (1999), que fa referència a que els conflictes i les injustícies que pateix la família es poden evitar o fer desaparèixer amb l'actuació benefactora d'una persona que es consideri forta o important, ja sigui de l'entorn de la família o dins de la família, com per exemple, un fill quan sigui adult.

Els punts forts més generalitzats que podem extreure dels col·loquis, identificats per les pròpies famílies són:

*-“Lluitadors, familiars, bona gent, treballadors, sincers, sensibles, empàtics”.* (HAUNU)

*-“La fuerza nuestra, no nos derrotamos. Si solo nos quedan 20 euros para comer no decimos juff... Dios mio!, sinó que lo buscamos por otro sitio, que puedan comer las niñas.”* (DGINU)

Aquesta ideació de la família unida, a priori positiva, de vegades va unida a famílies aglutinades, tal com planteja Minuchin (1982), a les que els costa diferenciar els seus membres, amb fusió emocional, sense deixar que s’independitzin i creixin fora d’elles.

En les dones, a més a més, s’afegeixen valors de gènere relacionats amb la cura dels altres:

*-“Sóc la cuidadora de la família, forta, valenta, lluitadora, treballadora.”* (DAUMP)

*-“Hombre, soy luchadora, me considero buena madre también, y trabajadora y no sé. Decírmelo vosotras, yo misma no lo veo”.* (DIMMP)

Fins i tot es valoren per ser més fortes que els membres masculins de la família, tot i que s’autoperceben des de la perspectiva de millor tolerància al patiment:

*-“Sóc més forta que ell, aguanto més el dolor, sóc sufridora. Un 9”.* (DAUNU)

La salut és un element de valor per les famílies, prioritària per sostenir-se en la seva vida, per evitar caure en una precarietat més greu i imprescindible per a sostenir la resta de persones que en depenen.

La manca de suport relacional és una feblesa que es manifesta en moltes ocasions, i en aquest buit de suport informal, apareix la treballadora social com a puntal per la família.

*- “No tinc a ningú més enllà de la meva família de casa i dels serveis socials”* (DAUMP)

També són capaces de posar èmfasi en la fortalesa individual:

*-“L’instint de supervivència.”* (DAUPS)

*-“Me dicen que la experiencia de la lucha y del día a día; soy muy fuerte.”* (DGINU)

Crida l'atenció el fet que les dones manifesten potencialitats que no han estat identificades per les pròpies professionals en les autoavaluacions, i existeixen, per tant, una no correspondència entre la percepció d'unes i altres.

També, d'altra banda, les pròpies persones usuàries fan alguna referència a la participació comunitària, des de la perspectiva de la solidaritat com a punt fort:

*-“Sóc fonamentalment solidària. Sóc així. A l'escala quan algú em demana si li puc fer algun petit favor o fem reunions hi vaig, clar.” (DAUPS)*

La soledat és un element que apareix amb força en diferents casos, unit al fet que si en algun moment han participat en activitats grupals ha afavorit la seva socialització i el vincle. A més aïllament, més soledat i menys ganes de relació. En molts casos es consideren persones solidàries, valor que es pot incorporar en accions que es puguin generar en el marc de noves estratègies d'intervenció amb aquestes famílies.

La soledat apareix amb força en casos de determinades persones, sobretot dones immigrades sense xarxa de suport relacional, en les que en moments clau de la seva vida han estat acompanyades per una treballadora social a falta d'un referent familiar o amic/ga:

*-“Estaba allí con la Tere y la Asun, vinieron a casa, no tenía el bolso de la niña hecho para ir al hospital y fueron ellas que diciéndome tu tranquila, respira, me hicieron el bolso y me llevaron al hospital, por lo tanto, es para mí algo muy especial es algo que nunca en mi vida olvidaré, aunque me vaya de aquí, aunque pasen cien años para mí es algo especial, para mí es muy especial, lo siento”. (plora).(DIMMP)*

## 6.8. Un futur reservat als fills i filles.



Les famílies, en la seva majoria, volen un futur millor pels seus fills i filles, als qui reconeixen més possibilitats i sobre qui dipositen desitjos de viure una vida digna sense dependre de ningú, ni repetir determinats patrons que reconeixen que a elles no els han afavorit, sobretot en aspectes relacionats amb l'educació:

*-“Les decimos: ¡estudiad! no seas como nosotros.” (HGINU)*

*-"No hagais las locuras que hemos hecho nosotros. Mi hija tiene que estudiar y no hacer como hice yo, casarme a los 14 años. Que estudien, que tenga su trabajo, que se saque el carnet de conducir y que sean independientes. Que no se vean como yo."* (DGINU)

Les famílies de la comunitat gitana recorden que són "pobres" des de sempre i com una característica generalitzada i històrica de la seva comunitat, i per tant, lògicament, perceben que ho seguiran essent. Altres famílies autòctones també parlen d'haver viscut en la pobresa des que eren petites, per tant, en elles es manifesta també el llegat de la pobresa familiar:

*-"La padrina ja anava a la assistenta".* (DGINU)

*-"Jo, nena, tal com estic ara estic bé, tinc necessitats però estic acostumada, de petita ja en passava de necessitats, lo que passa es que antes podía fer més i ara puc fer menos, per la salut, però m'adapto."* (DGIPA)

Les famílies, en general, tot i desitjar millors en els fills i filles, tampoc no veuen massa clares les seves expectatives de futur, no per manca de capacitats ni habilitats, sinó pel context actual de crisi, que comporta limitacions en l'accés al treball, entre altres.

*-"Veo el futuro mal, porque mis hijos son jóvenes y quizás para ellos cambiará la vida, fácil no lo tienen...pero para mi no y yo lo se. Eso lo tengo cocido y comido. Lo que yo tengo ... tan pronto estoy como no."* (DAUMP)

I en algunes situacions, l'aferrament als fills pot ser la clau perquè quedin atrapats en relacions de dependència familiar i que els puguin abocar també als serveis socials:

*-"Mi hijo está deseando encontrar trabajo para marcharse de casa. Si encuentra trabajo... yo no sé que haré."* (DAUNU)

## 6.9. Perquè no ens n'hem sortit? Culpa vs responsabilitat.

---

Les famílies dipositen la culpa de la seva situació en aspectes externs, com patir una problemàtica greu per aconseguir o conservar la feina, en la seva salut, o en el context de crisi, que no els ajuda a superar la seva situació.



Podem fer referència a dos conceptes relacionats amb aquest àmbit:

l'autoeficàcia percebuda i el locus de control. L'autoeficàcia percebuda, segons Bandura (1995), s'ocupa de les creences de les persones envers les seves capacitats per produir certs comportaments, parlant de les expectatives de resultat (que ens porten a assolir els resultats que volen) i les d'eficàcia (creença en les nostres capacitats per arribar a un objectiu). El locus de control, segons Rotter (1966), es refereix a la percepció que té una persona sobre les causes del que li passa a la seva vida, que poden ser internes, i per tant, la persona valora l'esforç, l'habilitat i la responsabilitat personal, i externes, quan la persona creu que l'atzar, el destí, la sort, el poder o les decisions dels altres són els responsables dels fets que li succeeixen, i se senten amb poques possibilitats d'influenciar en les seves pròpies conductes.



En les famílies observem que el locus de control és majoritàriament extern, i té a veure amb la seva autoimatge, fet que influència en la seva autoestima. Les famílies es senten víctimes del seu destí, de les institucions, del context social, i se senten que no poden fer res per canviar la seva vida.

Així, el locus de control es diposita fora de les famílies i no dins d'elles, i no veuen una sortida al seu estat, senten que no tenen control sobre la seva pròpia vida:

*-“Els problemes me’ls han de solucionar, no depèn de mi que es resolguin.” (HAUPS)*

*- “Nosaltres no tenim vot en això”.(HAUNU)*

Molts d'ells viuen la situació com un estat i no com una situació puntual o temporal:

*-“Jo sóc pobre.” (DGINU)*



Podríem referir també, en aquest sentit, tal com plantegen López i Segado (2012), que existeix un estil narcisista en la dinàmica de determinades famílies, que nega els conflictes interns i externalitza la responsabilitat i causa dels seus problemes envers els altres, negant o evitant els canvis. Aquestes famílies es consideren víctimes d'errors externs i no fan autocrítica: “no en tenim la culpa”.

Apareixen, però, en alguns casos, sentiments de culpa i d'autoresponsabilització per la seva no evolució o estancament en un procés vital de precarietat:

*“Em sento culpable de no saber resoldre la meua vida, em sento dèbil, em manca de valentia.” (DAUNU)*

De vegades apareix també el penediment per fets vitals que es van resoldre malament i que han estat clau per tenir una vida diferent a la desitjada. Altres se senten responsables, tot i que es remeten a condicionants familiars i vitals que els han perjudicat en la seva vida autònoma i els ha creat una motxilla molt pesada que han arrossegat al llarg de la seva vida:

*“Potser el responsable sóc jo mateix, però evidentment també és la vida, jo no vaig triar que el meu pare es morís quan jo era molt jovenet, no podia triar que ma mare es posés malalta...” (HAUPS)*

#### 6.10. Podem avançar sols? La renúncia a l'autonomia.

---



L'autopercepció d'autonomia i la possibilitat de ser-ho no es fa evident en cap dels col·loquis:

*“Sense serveis socials no me'n puc sortir, sense ajudes, no me'n podria sortir...” (HAUPS)*

Es detecta una diferència cultural entre les famílies gitanes, les paies i les immigrants en relació a la necessitat de rebre ajudes per part dels serveis socials per poder subsistir, i per tant, la sensació d'indefensió per afrontar sols la seva vida quotidiana és diferent.

La percepció segons les diferents cultures de la necessitat de dependre de tercers es veu diferenciada pels orígens de les famílies d'alta cronicitat participants. Així, en les famílies gitanes, el suport del seu clan és un element positiu davant la precarietat, al marge dels Serveis bàsics d'atenció social, tot i que manifesten que sobreviurien en pitjors condicions. En les autòctones es fa evident la percepció de dependència més

enllà de les prestacions i la majoria de les famílies immigrades segueixen mantenint l'expectativa laboral com a opció a l'autonomia:

**Família gitana:**

*-“Sense als ajuts ens en podem sortir, viuríem pitjor però lluitant sortiríem, amb suport de la família.” (HGINU)*

**Família paia:**

*-“De cap manera, la gent que digui el que vulgui, és impossible no haver d'acudir als serveis socials.” (DAUPS)*

**Família immigrant:**

*-“Más adelante, si tengo un Trabajo, no creo que venga”. (HIMNU)*

Tot i que la majoria es refereixen a la necessitat de poder rebre prestacions i recursos per sobreviure, i per tant, la seva vida no la poden considerar al marge d'aquests, altres refereixen aquesta necessitat no només pels recursos sinó pel fet que necessiten un referent en qui confiar, algú que les acompanyi, que les escolti i les faci sentir respectades i dignes.

*-“No, yo lo veo muy difícil. Si no tenemos una ayuda, un apoyo. Por ejemplo el simple hecho de poder ir a hablar cuando te pasa cualquier cosa, ya no solo es lo económico, lo moral, lo psicológico, es todo, entonces si no tienes eso es muy difícil y es muy duro salir sola, se necesita si o si.” (DAUMP)*

*-“No, yo hubiese asistido igualmente, si dices ahora me desvinculo y ala a tomar por culo, no quiero saber nada..., no, yo hubiera venido igualmente y el que diga que no... miente como un bellaco.” (HAUPS)*

*-“A mi si me donen alguna cosa vinc, i sinó també.” (DGINU)*

En aquest sentit es posa en relleu la necessitat relacional i de suport personal. La importància de la xarxa de suport familiar esdevé clau en alguns col·lectius. L'autoajuda apareix per cobrir les necessitats emocionals i també les bàsiques, com les d'aliments, i fins i tot d'acollida en cas d'un supòsit de pèrdua de la llar, per exemple. En les famílies paies es mostra feblesa de les xarxes de suport familiar i en les famílies immigrades la situació de fragilitat en molts casos es multiplica, tot i que altres



aconsegueixen trobar en la seva comunitat d'origen un suport positiu informal més enllà dels vincles familiars, que en general estan lluny d'elles, en els països d'origen o altres països.

Dels col·loquis es desprèn una pobra percepció d'ells mateixos i baixa predisposició al canvi. Parlen de desitjos de felicitat, de tranquil·litat, però també de sentiments de soledat i de manca de suport. La precarització vital exerceix un efecte de manca d'esperança, d'esgotament, d'abandó per part de les institucions davant una situació que, a hores d'ara, ja s'ha normalitzat.

La majoria afirmen que el canvi hauria de venir per factors externs, per exemple, aconseguir una feina o que algú els faciliti una llar estable i assumible econòmicament, on poder viure amb seguretat. El govern és en molts casos el principal culpable i potencial salvador.

*“Que el gobierno le dé más posibilidad a los servicios sociales , si le dan más posibilidades pienso que no habrá problema , nos ayudarían más.” (DGINU)*

*“Que suban la PIRMI.” (HGINU)*

La salvació també prové, o pot venir, d'altres tercers:

*“¿Que más haceis para buscar soluciones?”*

*-Ella: Nada porque no nos dejan. A veces le pedimos un anticipo al banco.” (DGINU)*

*-Ell: A veces le pido dinero a mi madre.” (HGINU)*

Podem observar fins i tot la solidaritat envers altres persones que estan passant moments de precarietat o pobresa. Fruit del patiment i de l'empatia, fins i tot són capaces de donar als altres en perjudici d'ells mateixos, fet que els dona un valor afegit i mostra com les persones tenen esperit d'ajuda envers els altres.

*“Si, porque la Irene el otro día veníamos y había una señora allí que se pone en el puente del Zara y me pidió comida, no me pidió dinero, por lo tanto yo le dije a la vuelta te traigo, y cuando llegamos al Mercadona de Cappont compré pan con atún y, volviendo, se lo traje y la Tracy le dice a su hermana: ahora la mama y tu habéis cogido todo el pan y el atún y se lo habéis dado... y le dice a su hermana, no me lo dijo a mí, después que no venga a casa*

*diciendo que no tiene dinero para pan y le da todo el pan a esa mujer, que no venga a quejarse.” (DIMMP)*



Aquesta actitud pessimista envers la recuperació coincideix amb les conclusions del darrer informe FOESSA (2017), en què les famílies enquestades se situen en la hipòtesi que els propers cinc anys els permetran quedar-se com estan (47,1%), i tan sols el (19,9%) creu que podrà millorar la situació econòmica de la seva llar. Un (26,4%) de la població entrevistada creu que empitjorarà.

L'edat i la salut s'identifiquen com a elements que limiten el canvi i el futur. Així, a més edat, un futur amb menys possibilitats, atenent a un progressiu deteriorament físic. Si a l'edat hi afegim problemes de salut, la situació és viscuda de forma més negativa, ja que es veuen a ells mateixos vells, malalts, i sols.

En alguns casos l'humor apareix com a element de supervivència:

*“L'humor em salva.” (HAUPS)*

Algunes famílies posen en valor els tallers i cursos als que assistien com a beneficiaris de la renda mínima d'inserció i que van desaparèixer. Era una forma, diuen, d'aprendre, sortir de casa i relacionar-se més enllà de percebre una prestació.

*“Te distraes. Me hubiera gustado continuar. Había confianza, buen rollete, íbamos aquí a la taberna, a la cafetería. Veníamos a gusto y los demás también... con nuestra carpetita”.*(HAUPS)

*“Quiero hacer cursillos, jaun no soy tan vieja!”(DGINU)*

## 6.11. El futur. Somniar o resignar-se?



Les esperances en poder tenir un futur millor, sense necessitats o precarietat, són negatives en la majoria de casos, llevat d'alguna excepció, que ha vist millores en la seva situació, principalment per haver aconseguit un treball.

*“Nadie lo sabe. Cada vez vamos peor, el futuro será hacer cosas malas para sobrevivir. Si... porque cada vez está peor, cada vez peor”.* (HGINU)

-“Mal, no sé, he pasado tanto en esta vida que no sé ni el futuro que voy a tener, si es que lo tengo”. (HAUPS)

-“Mal, porqué ya lo he intentado y me ha vuelto a salir mal, entonces llega un momento que llevas muchos años así y pues te haces a la idea que va a ser siempre así.” (DAUMP)

-“Tengo momentos de bajón porque me da mucha impotencia que me esté pasando todo esto y yo sé que no me lo merezco. A que si Asun? Pero qué hago. Yo sé que esto lo voy a arrastrar toda la vida. Porqué me tiene que pasar. Por mis hijos hago lo que haga falta, me he ido arrastrando”. (DIMMP)

En el cas de famílies immigrades reflexionen sobre el somni de poder retrobar-se amb les seves famílies, a qui no veuen des de fa anys per manca de recursos per viatjar als països d’origen.

-“Si sería ver a mi hermano, llevo 16 años sin verlo... ver la tumba de mi madre, son cosas que ...” (DIMMP)

Podem observar sentiments de fracàs, d’impotència, de cansament davant la situació vital de precarietat que arrossequen al llarg dels anys, fins i tot alguns es qüestionen si podran tenir un futur. El pensar que “ningú” sap la gravetat de les situacions per les que estan passant es pot interpretar com un sentiment d’abandonament social de les persones, que, a la deriva, han de buscar-se la vida com poden per poder tirar endavant, fins i tot en algun cas plantejant-se qüestions al marge de la llei.



La rendició és el principal sentiment que apareix en els col·loquis, unida a la desil·lusió i la desesperança, tot expressat amb molt patiment.

-“No son felices ni mis hijos, ni yo tampoco”. (DAUMP)

-“ No sé si voy a morir o si estoy viva. En el presente ahora. No pienso ni en el siguiente día si comeré”. (DAUNU)



Podem trobar una explicació psicològica a aquestes emocions manifestades en el Síndrome de la indefensió apresada. Segons Overmier i Seligman (1967) és

la sensació de frustració i desesperança constant que acaba generant frustració, ansietat, desesperació, impotència i desànim. Segons aquesta teoria, quan hi ha manca d’expectatives i de control sobre els esdeveniments externs, les persones entren en un

estat de passivitat i manca d'impuls, es crea un pensament col·lectiu pessimista: “si no podem escapar de la situació, per a què esforçar-se?”.

Les persones podem establir relacions entre les nostres conductes i les conseqüències, les podem verbalitzar, planificar i, de forma gradual, modificar-les. Si podem canviar la manera de pensar i actuar, podrem actuar sobre la desesperança en la mesura que aconseguim coses noves i diferents a les que hem intentat altres cops i han fracassat. En aquesta línia ajudarien models cognitius aplicats a la intervenció social, per tal de generar un impacte sobre els elements que hem descrit.

Altres famílies associen una vida millor amb una concepció de la normalitat, entesa com la de família tradicional:

*–“Hombre también te lo digo me gustaría tener una familia “normal”. Un marido, mis hijos, una casa, un trabajo.” (DAUMP)*

I altres tenen el somni de la formació per accedir al treball i poder tenir capricis consumistes que ara per ara es produeixen només de forma excepcional, o elements materials que consideren bàsics en el segle XXI, com l'accés a les TIC:

*–“Cambiando de trabajo , pero también quiero hacer una formación de recepcionista, algo que tenga contacto con la gente porque yo pienso que me va bien, me gusta y tengo habilidades, esto sería una cosa.*

*A veces sueño con la lotería, tener una nevera que funcione bien, un ordenador, porque Irene a veces necesita buscar cosas y se tiene que esperar hasta el miércoles para poder ir al cyber y conectarse a internet. Son cosas que son básicas y que se encuentran en casi todas las casas y que te falta, y pienso estamos viviendo en el siglo XXI pero nosotras seguimos viviendo en el siglo XX y pienso que me gustaría vivir en este siglo XXI, son cosas básicas pero que ahora son casi necesarias.” (DIMMP)*

Tot i això, algunes famílies manifesten sentir-se molt bé, ja que valoren els mínims vitals que tenen, en què la família i els seus fills els sustenten i ajuden a seguir lluitant:

*–“Sí, feliz cien por cien, siempre me falta algo de pareja pero con los niños y salud importante y techo estoy feliz”. (DIMMP)*

## 6.12. Una realitat , dues mirades.

---

En aquest apartat volem copsar les diferents mirades que s'han produït durant els col·loquis, quan aquests s'han realitzat amb més d'una persona i que, per diferents circumstàncies, en tots els casos treballats ha estat la parella.

D'una banda, hem trobat parelles amb una edat al voltant dels 60 anys, jubilades, cobrant algun tipus de pensió de jubilació o d'invalidesa, amb moltes dificultats econòmiques que, unides a dificultats afegides per algun tipus de malaltia orgànica, discapacitat o malaltia mental, mantenen un equilibri de relació força complex.

Molts cops la visió que tenen de la seva realitat o de les necessitats més importants a cobrir no coincideixen entre ells degut a aquesta realitat que suposa la malaltia.

*-“Ella: a mi m'agrada anar amb les amigues, si vaig a casa dels meus pares els porto fruita per a que estiguin contents. I si paro a un bar a fer un pipi gratis em diuen que no.”(DAUNU)*

*-Ell: hay que llevar un poco de control y si no lo llevo yo quien lo lleva, si le das tres se gasta tres y si le doy 4 se gasta 4”. (DHAUPA)*

*-Ella: “la psicòloga em va dir que que visqués la vida”.*

*-“Com esteu? feliços o preocupats?”*

*-Ell: Jo moltes nits no dormo. Ahir vaig tirar de pastilla i al final no vaig dormir.”*

*-Ella: jo lo que espero es que tot s'acabi arreglant i estiguem més feliços i puguem estar be. Jo sóc positiva”. (DHAUPA)*

Quan es tracta de matrimonis grans, pensionistes, sense malalties importants, es produeixen també situacions pròpies de la vellesa i de l'afrontament dels darrers anys de vida, que també comporta diferència d'opinió i de vivència de la realitat i del futur:

*-Ella: “Amb els fills et diré una cosa, de les xiquetes molt bé per ara i endavant, hem pensat d'anar a viure amb la petita. Aquí han posat molta gent de fora i no estem a gust. Arriben a les 12 de la nit i pugem i criden”. (DAUNU)*

*-Ell: “Preocupats pel pis. Ha de ser abans de l'hivern. La meua filla diu no pateixis. Però què farem amb tot el que tenim a casa, que ens ho hem fet tots nosaltres poquet a poquet els dissabtes i diumenges. Jo era fuster, ebenista, i la cuina me la vaig arreglar. Vaig fer moltes coses. Ara té la mania que si hem de marxar amb la nena, si lloguen un pis... què farem dels mobles que tenim”. (HAUNU)*

Hem vist també parelles d'immigrants amb fills que es donen suport en tot moment i que són conscients que, si estan juntes i van en la mateixa direcció, tindran més possibilitats de sortir-se'n.

-“Cuales son los problemas que más os preocupan?”

-Ella: *salud y la economía* (DIMNU)

-Ell: *salud, dinero y el problema de casa también*”.(HIMNU)

-“Creeis que podeis resolver la situación actual? Como veis vuestro futuro? Dentro de dos años?”

-Ell: *dentro de dos años seré muy feliz, encontraré un buen trabajo. Ahora tengo carnet de conducir.* (HIMRE)

-Ella: *si el trabaja feliz, yo tambien feliz.*” (DIMRE)

També hem trobat parelles d'ètnia gitana joves amb fills que van tots a una i que davant els serveis socials mostren una unitat molt forta i els converteix en famílies molt combatives.

-Ella: *“yo es que mis cosas buenas no me las veo, no sé, hombre fortalezas tenemos. La fuerza nuestra, no nos derrotamos. Si solo nos quedan 20 euros para comer no decimos jufff, Dios mio! sinó que lo buscamos por otro sitio, que puedan comer las niñas. Si nos venimos abajo adiós, al menos yo que tengo dos niñas y tengo que tirar por ellas.*

-Ell: *“Somos una piña.”* (DHGIPA)

### 6.13. Què ha provocat el col.loqui en si mateix?

La vivència dels col.loquis ha provocat un canvi en la relació entre les professionals i les famílies. Ambdues parts se senten satisfetes per la proximitat i el reconeixement mutu que han tingut.

Algunes valoracions que fan els membres de les famílies són:

-“M’he sentit tractat com si fos una persona.” (HAUPS)

-“M’he sentit que us preocupeu per mi i això m’ha donat calor, ens hem assegut junts a casa meva.” (DGINC)

-“Ella: *Yo me he sentido a gusto.* (DAUPA). Ell: *jo m’he sentit molt bé.*” (HAUPA)

-“Ho trobo molt correcte, positiu, no m’ha molestat gens, al contrari sóc una persona que m’agrada col·laborar, no m’he sentit incòmode i quedo molt content la veritat és aquesta.” (HAUCC)

Fins i tot en algun cas ha portat a la persona o a la família a una autoreflexió sobre ella mateixa i sobre la pròpia capacitat de resoldre temes familiars, arribant a la conclusió que potser no és necessari haver d'anar sempre als Serveis bàsics d'atenció social:

*-“También tengo que poner de mi parte, no siempre asistenta y ya está.” (DIMMP)*

Altres observen en els col·loquis una possibilitat de posar damunt la taula, amb la professional, les necessitats que tenen, com si amb altres tècniques, com les entrevistes, aquest fet no s'acomplís suficientment:

*-“Hacer un resumen de la familia para ver como va. Si lo vemos bien. Así sabeis la necesidad que tenemos.” (HGIPA)*

Algunes fins i tot demanen a les professionals que aquest tipus de contactes es produeixin amb més freqüència:

*-“Si a mi me gustaría que cada mes venir a casa, me gustaría cada mes que viene a visitarme, si si.” (DIMMP)*

Alguna família també posa en valor el fet que la treballadora social, com és en el cas dels col·loquis, sigui ella la que promogui la trobada en lloc de ser la persona usuària qui acut a demanar hora per fer algun tipus de demanda i que, a més a més, es preocupa per la vida de les famílies que viuen en el barri on treballa, anant més enllà dels números i reconeixent-les com a persones:

*-“Ha sido bien porque significa que os interesáis a saber cómo nos sentimos nosotros porque muchas veces no sabemos si somos unos números, o si realmente somos personas, hablo en general, no hablo del centro histórico, no, el mío es aparte, me gustaría que todos los centros sociales de Lleida fuesen como el mío.” (DIMMP)*

A tot això les professionals diuen, en relació als col·loquis realitzats, que ha estat un espai diferent i sense demandes, fet que ha relaxat tota la conversa:

*-“El col·loqui l'he viscut positivament, i crec que ella també. Ha estat en un espai totalment diferent, era el seu espai i no el nostre, on hem estat còmodament assegudes al sofà mantenint una conversa agradable. No hi havia cap demanda, sino un intercanvi d'impressions, però que a la vegada podia donar-se més solucions al seu projecte de vida que qualsevol recurs material que es pogués oferir des del nostre servei.” (TSM6)*

*-“He tingut la sensació que s'hagi tingut en compte la seva opinió, ha augmentat la seva autoestima, ella és important i es compta amb ella.” (TSS13)*

*-“Va canviar totalment la mirada vers ella. I així li vaig fer saber. Hi ha hagut un canvi. Hi ha hagut un pacte, sabem que ens podem dir el que pensem sigui bo o dolent i que totes dues ho acceptarem e intentarem canviar-ho. En les darreres entrevistes a serveis socials, les demandes ja no són d’ajudes econòmiques. Estem treballant tots aquells aspectes que a ella la fan sentir millor: salut, aprenentatge i relacions”.* (TSBAO8)

Les professionals valoren molt positivament el col·loqui familiar com a tècnica per fer un repàs històric amb la família i llur vinculació al llarg del temps amb els serveis socials bàsics. Han servit per posar damunt la taula, en valor i en evidència clara, com la família ha anat superant entrebancs vitals i moments de superació que abans del col·loqui no s’havien incorporat al relat sobre i amb la família.

Així, han començat un procés d’apoderament ja que han posat en valor aspectes familiars i individuals, fortaleces internes que les han ajudat a tirar endavant i anar resolent problemes vitals.

El col·loqui també ha servit a les professionals per conèixer sabers i valors que desconeixien de les famílies i per aproximar-se d’una forma més propera i relaxada, deixant de banda les queixes o les demandes i interessant-se pel que és realment important: la família en sí mateixa, les seves frustracions, expectatives, motivacions, il·lusions, pors i d’altra banda, el reconeixement i afecte envers la professional mostrat obertament ha aprofitat a les dues bandes.

*-“Tots valorem positivament el col·loqui. La visita domiciliària és viscuda com a control, no serveix de res. Valoro també el canvi de context de l’entrevista, saber el que pensa la persona; quan anem als domicilis és per valorar ajudes; el col·loqui, en canvi, és per parlar amb calma de la vida de la família.”* (TSM6)

*-“Vinc per tu, per escoltar-te. Esdevé un acte de sinceritat per part dels dos i obre nous fils de treball i de proximitat, una nova forma de relació d’ajuda.”* (TSMB7)

El col·loqui ha estat una experiència agradable i en tots els casos coincideixen en dir que han après molts de les famílies, coses que no havien estat capaces de descobrir mitjançant les entrevistes de seguiment al despatx:

*-“He escoltat molt patiment i molta culpabilitat. Com passa de valorar l’aspecte econòmic, tot i que l’indica com una necessitat molt alta i essencial, acaba disminuint de nivell per desitjar com a més alta la felicitat i el benestar del seu fill.”* (TSBAE5)



*-“Abans de l’entrevista tenia la sensació que l’acompanyament que li podia fer era de pur “tràmit”, un seguiment més com a condició de la Renda Mínima d’Inserció, però el que ell en va retornar és que se sentia escoltat i acompanyat.” (TSBAO4)*

També sorgeix la reflexió i el sentiment de culpa d’algunes professionals en relació a com han actuat abans amb les famílies:

*-“A nivell professional em dona la sensació que potser no l’he ajudat prou.” (TSM10)*

*-“Crec que necessita que l’escoltin molt i jo no dispo de temps suficient per cobrir aquesta necessitat.” (TSBAO8)*

I per acabar, la reflexió sobre la realitat de l’atenció a les famílies i la sensació de no arribar a aquelles que potser tindrien més possibilitat de sortir de la situació de precarietat, però que no arriben als serveis socials o son menys demandants o insistents i queden fora del sistema:

*-“Vienen los de siempre y no llegamos a los que no van, ni se van a buscar” (TSMB7)*

Des de la perspectiva dels Serveis Socials, la universalitat s’entén com el principi pel qual els seus serveis i prestacions són accessibles a tota la ciutadania. Les professionals emfatitzen aquesta idea de voler arribar "a tothom" però al mateix temps, els models predominants d’intervenció, amb processos d’acompanyament individual-familiar llargs i costosos, estan dissenyats per a una minoria "d’exclusos" o de "persones en risc d’exclusió" als quals s’aspira a "inserir" en la societat tot i que la realitat de la diversitat de perfils d’usuaris i de demandes dona peu a considerar un gresol de casuístiques i de processos complexos.

Així doncs es fa inevitable i imprescindible, com a reflexió general dels col·loquis com a tècnica, que la dimensió relacional de la intervenció en el treball social esdevé el pilar sobre el qual poder establir una relació d’ajuda transformadora amb les famílies en situació de cronicitat, però també amb aquelles que inicien la seva relació amb els Serveis bàsics d’atenció social.

## 6.14. Síntesi de les idees clau dels col·loquis familiars/diàlegs apreciats.

---

### Quadre 15. Resum de les idees més importants en relació als col·loquis familiars/diàlegs apreciats

- El vincle, l'afecte i la confiança en les professionals són elements que totes les famílies valoren molt positivament.
- Les famílies manifesten el respecte envers les professionals i la seva funció social.
- Algunes famílies valoren el suport personal rebut i al marge haver rebut ajudes econòmiques, valoren a les professionals com a puntal de les seves vides i les situen en un rol més proper al de família que al de treballadora de l'administració.
- Amb el temps, creuen que les ajudes econòmiques són adequades però insuficients, ja que no poden abastir totes les seves necessitats.
- Associen en gran mesura la intervenció social a la provisió de recursos i els primers contactes reconeixen en tots els casos que van estar determinats per la privació econòmica.
- Algunes famílies posen de manifest l'ajuda rebuda per part de treballadores familiars del SAD. Altres en són més crítiques.
- Identifiquen el dret a ser escoltat, ajudat, atès per les professionals, però no anomenen altres drets com la dignitat, la confidencialitat, la informació o la intimitat personal, manifestant que mai se'ls hi ha explicat els seus drets.
- Reconeixen com a deure complir aquelles indicacions condicionades per part de la professional, que cal atendre, i en conseqüència fer, ja que les viuen com la seva obligació.

- La queixa s'identifica com a mecanisme de lluita contra decisions no compartides, com un dret que poden exercir davant les administracions i de lluita contra el que poden considerar injust, tot i que s'utilitza poc.
- Les treballadores socials ostenten, per les famílies cròniques, la responsabilitat de control social rígid, taxatiu, punitiu i fan observacions que posen en dubte el sistema en sí mateix i que provoca el que ells perceben com a injustícies i frau envers el sistema per part de moltes famílies usuàries.
- Identifiquen de forma superficial el dret a rebre informació clara, i reivindiquen que les professionals generin falses expectatives i que la informació sigui transparent i accessible.
- Les famílies tenen una autopercepció de les seves problemàtiques molt clara. Tots diuen que el problema principal és l'econòmic.
- Quan parlem de famílies immigrades les problemàtiques es converteixen en més complexes degut a la qüestió administrativa dels referents familiars i dels seus fills i filles, complicant-se encara més si no disposen de xarxa de suport familiar o informal.
- La manca de relacions és una altra de les problemàtiques que va apareixent en molts casos, tot i que en el moment de triar les més importants no es té tant en compte com altres. De vegades és una necessitat de relacionar-se amb la família, i d'altres, és un aspecte més de necessitat afectiva i de parella.
- Les famílies que han participat als col·loquis diuen que no se'ls havia preguntat abans pels seus punts forts, i els costa identificar-los en general.
- Les famílies posen en valor estar units, la família en ella mateixa, com a “pal de paller” per tirar endavant, si es mantenen forts i junts. Així, la vessant relacional familiar se situa en el primer lloc de la fortalesa i el valor familiar.

- Dipositen les expectatives en els seus fills, en les properes generacions, però no en ells mateixos en l'aquí i ara.
- Els problemes de salut són un element present en les famílies cròniques, i el seu empitjorament posa en risc la resta del nucli familiar, sobretot quan es produeix en la referent familiar. Menys salut implica encara més precarietat.
- La manca de suport relacional és una feblesa que es manifesta en moltes ocasions, i en aquest buit de suport informal, apareix la treballadora social com a puntal per la família.
- Les dones manifesten potencialitats que no han estat identificades per les pròpies professionals en les autoavaluacions, existint així una no alineació entre la percepció d'unes i altres.
- La soledat és un element que apareix amb força en diferents casos, unit al fet que si en algun moment han participat en activitats grupals ha afavorit la seva socialització i el vincle. A més aïllament, més soledat i menys ganes de relació.
- Les famílies, en la seva majoria, volen un futur millor pels seus fills i filles, als qui reconeixen més possibilitats i sobre qui dipositen desitjos de viure una vida digna sense dependre de ningú, ni repetir determinats patrons que reconeixen que a elles no els han afavorit.
- Les famílies, en general, tot i desitjar millores en els fills, tampoc no veuen massa clares les seves expectatives, no per manca de capacitats ni habilitats, sinó pel context actual de crisi, que comporta limitacions en l'accés al treball, entre altres.
- Les famílies dipositen la culpa de la seva situació en aspectes externs; problemàtica greu per aconseguir o conservar la feina, en la seva salut, o el context de crisi, que no els ajuda a superar la seva situació, així com dipositen en

el sistema, en les professionals o en el Govern les seves expectatives de salvació.

Les famílies se senten víctimes del seu destí, de les institucions, del context social... I senten que no poden fer res per canviar la seva vida.

- Tot i que la majoria es refereixen a la necessitat de poder rebre prestacions i recursos per sobreviure, i per tant, la seva vida no la poden considerar al marge d'aquests, altres refereixen aquesta necessitat no només pels recursos sino pel fet que necessiten un referent en qui confiar, algú que les acompanyi, que les escolti i les faci sentir respectades i dignes.

- L'edat i la salut s'identifiquen com a elements que limiten el canvi i el futur. Així, a més edat, un futur amb menys possibilitats, atenent a un progressiu deteriorament físic. Si a l'edat afegim problemes de salut, la situació és viscuda de forma més negativa ja que es veuen a si mateixos vells, malalts, i sols.

- Les esperances en poder tenir un futur millor, sense necessitats o precarietat, es visualitza negativament i de forma poc esperançadora en la majoria de casos.

- Hi ha famílies que associen una vida millor amb una concepció de la normalitat, entesa com la família tradicional: parella, fills... I les necessitats material cobertes: feina i habitatge, principalment.

## 7. Conclusions

El capítol de conclusions el realitzarem, en primer lloc, en base a l'acompliment dels objectius que ens vàrem plantejar en la recerca, seguit de les conclusions a les que arribem després de tot el procés de la mateixa.

### 7.1. En relació a l'assoliment dels objectius.

---

En relació als objectius, podem dir que han estat assolits ja que, a partir de l'anàlisi bibliogràfic de diferents temes vinculats a la cronicitat, hem obtingut un marc teòric ampli, explicatiu i integral, atenent a la multidimensionalitat de la cronicitat i que hem anat incorporant en la construcció de tot el text.

Hem obtingut i analitzat el perfil de les famílies en situació de cronicitat, analitzant estadísticament les dades del registre de serveis socials de l'Ajuntament de Lleida, establint una tipologia a partir de l'anàlisi clúster, que ens han permès identificar tres perfils generals atenent a la totalitat de la mostra, i dos perfils específics per l'alta cronicitat.

També hem analitzat les estratègies d'intervenció seguides per part de les professionals referents, a partir de les autoavaluacions professionals i del grup de discussió i de treball, arribant a conclusions que obren nous elements de millora i de canvi en com s'aborda la cronicitat des dels Serveis bàsics d'atenció social.

Per últim, hem arribat a conèixer l'opinió de les persones i famílies afectades en l'anàlisi de la situació de dependència i cronicitat, com a mecanisme d'apoderament i participació en el projecte, a partir dels col·loquis familiars, i saber la percepció sobre la seva trajectòria, perspectives de futur, expectatives generacionals, entre altres.

Hem realitzat recomanacions generals d'intervenció teòric-pràctiques, recollides en l'apartat 8 de la recerca, i estem posant en marxa un grup control com a prova pilot que permeti posar en pràctica les propostes sorgides en el marc de la recerca. S'està desenvolupant el nou projecte d'intervenció en cronicitat amb la participació de 30 professionals de l'Ajuntament de Lleida, en totes les zones de serveis bàsics d'atenció social de la nostra ciutat.

Actualment també ens trobem en la fase de generar materials de suport que permetin treballar amb aquestes famílies de forma sistematitzada i estructurada, així com en la fase de selecció de famílies en situació de cronicitat moderada, per iniciar el nou plantejament d'intervenció al llarg del primer semestre del 2019.

## **7.2. Conclusions de la recerca:**

---

- 
- Les famílies en situació de cronicitat i dependència dels serveis socials són un dels perfils que molt sovint tractem les professionals dels equips de Serveis bàsics d'atenció social. A Lleida, atenent al factor temps en la intervenció (10 anys, o més, amb l'expedient obert i amb intervenció periòdica i continuada als Serveis bàsics d'atenció social), ens indica que aquestes representen gairebé un 10% del total de famílies ateses a l'actualitat. La mitjana d'anys d'atenció d'aquestes famílies és de 8,3 anys. Cal tenir present que el factor temps és quelcom que juga en contra, és un exponent que multiplica el resultat final, ja que el temps cronificat d'una situació de desequilibri, l'agreuja.
  - Així, ens trobem amb un 42% de casos estudiats en situació d'alta cronicitat i un 47% de cronicitat moderada que apunten a alta cronicitat, aproximant-se cada cop més als 10 anys en intervenció.
  - Esdevé una situació complexa, per la seva consolidació, amb els efectes que la mateixa té sobre les professionals (cansament, rendició, burn out, "furor curandis" o fatiga per compassió com a alertes) i sobre el progressiu deteriorament de les famílies i llurs menors, així com la delegació de funcions bàsiques en estructures institucionals i professionals, per part de les famílies.
  - Si posem l'accent en l'anàlisi del perfil de les persones i famílies, i atenent a les dades obtingudes, podem observar dues tipologies de cronicitat diferenciades:
    - D'una banda, tres perfils atenent a tots els casos estudiats en general i que tenen aquestes característiques: dones d'edat avançada, amb malalties orgàniques, pensionistes, que viuen soles, que són autòctones i que han estat ateses una mitjana de 8 anys.
-



- 
- D'altra banda, homes que viuen sols, que són autòctons, amb una mitjana d'edat de 56,8, anys que estan a l'atur, cobren la RGC i han estat atesos una mitjana de 8,9 anys. Finalment, un altre grup de dones amb una mitjana d'edat de 46 anys, autòctones, a l'atur, que no cobren cap prestació, que tenen una família nuclear i han estat ateses una mitjana de 8,4 anys
    - D'altra banda, una tipologia específica corresponent a l'alta cronicitat, amb dos perfils que es concentren, d'una banda, en la dona de 75,7 anys, pensionista, que viu sola, amb malalties orgàniques, que és autòctona i que viu al barri antic oest, i d'altra banda, en la dona de 50,5 anys de mitjana, de família nuclear, a l'atur, cobrant la RGC, que no té malalties i viu a la Mariola Blocs.
  - Les variables estadísticament significatives pel que fa el tipus de cronicitat són:
  - El barri té a veure amb l'alta cronicitat, que a Lleida es dona a la Mariola Blocs, i Barri Antic Oest. La cronicitat moderada és significativa als barris de Ronda Magdalena i Escorxador.
  - El tipus de família també és significativa, la convivència en parella en la cronicitat moderada i, sobretot, la situació de la dona monoparental en l'alta cronicitat.
  - El nombre de membres de la família és significatiu. A l'alta cronicitat trobem més membres que a les altres situacions. També és significativa la presència de menors al nucli familiar. Observem que l'alta cronicitat va unida a l'existència de més menors a càrrec.
  - L'origen o grup etnoterritorial també té a veure amb la cronicitat, especialment en el cas de les famílies gitanes en el cas de l'alta cronicitat, i en la cronicitat
-

---

moderada en persones que no pertanyen a cap grup etnoterritorial i en famílies llatinoamericanes.

- El nivell d'estudis també és significatiu en relació a la cronicitat. En l'alta cronicitat és significatiu l'analfabetisme.
  - La situació laboral també és significativa. Destaca la cronicitat moderada en pensionistes o l'atenció esporàdica en persones assalariades. En l'alta cronicitat destaquen les persones aturades.
  - La malaltia també té a veure amb el tipus de cronicitat, sobretot significativa en la malaltia mental a l'alta cronicitat
  - La percepció de la RGC també és una variable significativa en l'alta cronicitat.
  - La coexistència en aquestes famílies d'alta cronicitat, de situacions de pobresa econòmica i conseqüents necessitats materials, problemes de salut, unit a factors educatius (baix nivell formatiu) i atur cronificat amb dependència de prestacions com la RGC, i amb càrregues familiars demana a crits una atenció prioritària i diferenciada des del treball social.
  - A més a més, quan a aquesta realitat se suma el factor espacial, és a dir, un territori o barri concret i una distribució desigual de les minories ètniques segons el tipus de barri, atenent a les oportunitats de vivenda més assequible o la presència més nombrosa de persones de la mateixa procedència o ètnia, i tot això, en condicions de precarietat laboral i econòmica entre d'altres, ens situa en un context molt complex que cal tenir en compte per abordar la cronicitat amb intervencions comunitàries reals i liderades pels Serveis bàsics d'atenció social.
    - Tal i com ens plantejàvem en les hipòtesis inicials, categoritzar-les i conèixer-les ens permet identificar-les i adoptar noves estratègies,
-

---

d'una banda, preventives de cara a les que encara no es troben encara en alta cronicitat, i d'altra banda, de noves formes d'abordatge de les d'alta cronicitat, acceptant la cronicitat en el diagnòstic.

- Si tenim en compte les problemàtiques associades a l'alta cronicitat, aquestes augmenten de forma gradual, incloses les econòmiques. En canvi, l'alta cronicitat ha fet disparar els darrers anys els recursos emprats en la intervenció, però sobretot els recursos materials en espècies. La resposta a la cronicitat, per tant, s'afronta a partir de més intervencions, més visites a domicili, però sobretot amb la provisió de més recursos en espècies i econòmics.
- Paral·lelament, el nombre de professionals referents que han tingut les famílies augmenta de forma molt significativa en l'alta cronicitat, situant-se en 6,6 de mitjana, les visites a domicili, augmenten fins a una mitjana de 5 (a la modalitat és de 3,4), i les intervencions realitzades augmenten fins a 120 de mitjana (representarien 10 intervencions a l'any). En aquest sentit, ens remetem a una altra hipòtesi de partida, referent a la multiplicitat de professionals al llarg dels anys. Tal i com s'ha observat en l'anàlisi estadístic, en les autoavaluacions i en el record de les famílies, aquest és un element distorsionador de la relació d'ajuda i del vincle. Cal, doncs, afavorir l'estabilitat de les plantilles dels diferents Serveis bàsics d'atenció social i establir canvis de professionals només en situacions inevitables (conflicte usuari- professional, a demanda del propi usuari o de la professional per no poder-se desenvolupar la relació d'ajuda).
  - D'altra banda, les fortaleces de les famílies i persones en situació d'alta cronicitat s'han vist afectades, en tant que no s'han posat en joc en la

---

majoria de casos, mitjançant processos i intervencions adreçades a potenciar-les. En canvi, les debilitats han estat en el punt de mira prioritari, fet que ha afavorit la baixa autoestima i la manca de percepció de disposar de recursos bio-psico-socials activables per sortir endavant, així com la dependència dels recursos.

- Les famílies acaben dipositant la responsabilitat, el locus de control, de les seves dificultats en factors externs, que no els permeten o ajuden a tirar endavant de forma autònoma. Aquest fet comporta la manca de responsabilitat sobre les seves vides i autonomia, i també per a les pròpies professionals, que han de realitzar intervencions múltiples, sostingudes en el temps i que en ocasions fins i tot es traslladen a les seves noves generacions, tal i com ens plantejàvem en una de les hipòtesis de la recerca.
  - Una altra de les hipòtesis de partida era el fet que les intervencions professionals realitzades han obtingut resultats negatius. No podem afirmar que es tracti de resultats negatius, ja que en general podem dir que han tingut impacte positiu sobre les famílies en alta cronicitat, tal i com elles mateixes manifesten. Tot i així, es fa evident que les estratègies seguides no han estat útils per millorar l'autonomia de les famílies, ans al contrari, les han ajudat a resistir el dia a dia sense provocar altres millores o canvis envers l'autonomia.
  - Així doncs, creiem que els resultats són positius en la mesura que el vincle ha proporcionat seguretat per tirar endavant, però per si mateix i amb els recursos, no ha afavorit processos de superació de dificultat o necessitat, enquistant-se en el temps i esdevenint cada cop més complexes d'abordar.
-

- 
- Una altra hipòtesi de partida tenia a veure amb la persona convertida en dependent dels Serveis bàsics d'atenció social pel que fa a demandes de diferents tipus i ús de serveis i recursos. Podem concloure que existeix dependència reconeguda per part de tots, fins al punt que les famílies creuen que sense serveis socials no podrien tirar endavant.
  - Si l'autonomia és l'objectiu del treball social, els recursos que ofereixen els Serveis bàsics d'atenció social no ho aconsegueixen. S'observa un fracàs dels serveis socials en aquest sentit, i en general dels sistemes de benestar, fet que té efectes negatius sobre les professionals del treball social i sobre les famílies.
  - Dels col·loquis es desprèn una pobra autopercepció de les famílies i una baixa predisposició al canvi. Parlen de desitjos de felicitat, de tranquil·litat, però també de sentiments de soledat i de manca de suport així com de no veure un futur sense suport per part dels Serveis bàsics d'atenció social. La mateixa percepció tenen les professionals respecte a les famílies, tot i que tenen expectatives més altes en relació a elles que les pròpies famílies. Fins i tot, després dels col·loquis, les professionals expressen malestar en alguns casos al prendre consciència de no haver prestat atenció a elements molt importants per les famílies: no haver ajudat prou, no haver escoltat suficient (o haver pogut intervenir de forma diferent).
  - Així mateix, en relació als drets, les professionals manifesten que han treballat en la garantia i perspectiva de drets, però les famílies consideren que no saben prou bé què signifiquen els drets, i la participació de la família en llur procés es valora per la mateixa com a baixa, no manifesten sentir-se partícips, mentre que les professionals la valoren suficient en les seves autoavaluacions.
-

- Una altra conclusió a la que arribem és que el sistema organitzatiu i la pròpia institució han afavorit la implementació de models d'intervenció basats en el prestacionisme. La forta burocratització dels serveis socials fa que es destaquï el paternalisme de les professionals com a conseqüència de la lògica administrativa en la que es veuen immerses per aconseguir.
- Les professionals s'han convertit en gestores de recursos i expedidores de serveis per accedir als mateixos, i han de dedicar gran part de les seves tasques a les administratives i processos de control social, allunyant-se així dels projectes educatius i de canvi propis del treball social, imprescindibles per lluitar contra la cronicitat de les persones i famílies en els Serveis bàsics d'atenció social, fet contrastat tant per les mateixes professionals com per les famílies que consideren que els serveis socials estan bàsicament per a donar ajudes i resoldre problemes urgents.
- Es corre el risc que la professió s'estigui decantant majoritàriament per la identificació de treball social amb la gestió "eficaç i eficient", dels recursos socials. La gestió versus la intervenció social és una de les polèmiques contemporànies en el treball social. Tot i això, la gestió de recursos està vinculada als drets socials i a la seva distribució equitativa, funció fonamental en un Estat social i de dret.
- Les treballadores socials s'enfronten a la tasca contínua d'autoconceptualització professional per tal de fer de la seva intervenció un treball ajustat, just i justificable que, a més a més, podem concloure que no compleixen com seria convenient amb els mitjans externs de què disposen (organitzatius, materials, entre altres) però també observem manca de recursos individuals i

professionals relacionats amb l'actualització científica, models comprensius o interpretatius per intervenir amb persones diferents culturalment, o des del treball social amb orientació feminista per disposar d'eines d'apoderament de les dones cròniques als Serveis bàsics d'atenció social amb les que majoritàriament treballen, entre altres, així com destaca l'alta motivació per canviar el model d'intervenció actual assumint nous reptes.

- Cal trobar un equilibri entre la intervenció professional apoderadora i tendent a l'autonomia de les famílies en situació de cronicitat, mitjançant metodologies pròpies del treball social, i els recursos materials necessaris per a la supervivència de les famílies en clau de cobertura de necessitats bàsiques, per pal·liar els efectes cronificadors del sistema actual, tant del context com de les pròpies organitzacions de serveis socials i del tipus d'exercici del treball social que es realitza.
- En les hipòtesis de partida ens plantejàvem que els diagnòstics que s'han fet al llarg dels anys han estat poc clars, contradictoris o no reflecteixen la situació real al llarg del temps. Al llarg de la recerca s'han evidenciat les dificultats d'implementar la metodologia que és pròpia al treball social pel tipus de model en el que ens hem instal·lat. Així, cal incorporar eines diagnòstiques i plans de treball amb sistemes d'avaluació que orientin la intervenció al llarg del temps, amb la participació de les persones i famílies usuàries.
- D'altra banda, el context de crisi dels darrers 10 anys ha comportat situacions de cronificació de famílies que s'han vist abocades a la precarització de la seva situació laboral i, conseqüentment, econòmica i residencial entre d'altres. La pobresa econòmica les ha portat a una situació de complexitat social i al deteriorament progressiu de les seves capacitats i potencialitats latents,

portant-les al desenvolupament de problemàtiques sobrevingudes que empitjoren i fan que el cercle de cronicitat es consolidi.

- Així, noves famílies han caigut en situacions de gran vulnerabilitat, pobresa econòmica i dependència dels Serveis bàsics d'atenció social ajuntant-se amb les famílies tradicionalment multiproblemàtiques i de llarga trajectòria en els Serveis bàsics d'atenció social. El que ambdues tipologies de famílies han trobat en les professionals dels Serveis bàsics d'atenció social és un acompanyament i suport tècnic, però principalment entès des de la provisió de recursos, amb poca capacitat per part de les treballadores socials de disposar de temps per pensar, diagnosticar, explorar, planificar, intervenir i avaluar, actuant de forma reactiva, ansiosa, d'apaga focs i, a l'hora, burocratitzada.
- A aquest fet, a mode de conclusió, també cal afegir que l'actual sistema d'ajudes i prestacions no garanteix la cobertura de totes les necessitats de les famílies sense ingressos suficients, ni de fer-ho de manera adequada ni permanent mentre es manté la situació de precarietat, ni amb dignitat, i es genera dependència d'ajudes fragmentades per anar afrontant la cobertura de necessitats bàsiques de manera intermitent, però sense possibilitats de sortir de la seva situació de pobresa o, almenys, de garantir dignament i sense angoixa la situació de necessitat.
- Pensem que cal definir, amb les famílies, des del context assistencial, quines són les seves necessitats i la forma més adequada de cobrir-les, arribant a pactes a mig termini que generin seguretat material i permetin intervenir des d'altres contextos d'ajuda més enllà de les "ajudes", tot plegat de forma participativa, pactada i avaluada.



- Una altra conclusió a què arribem és que cal la responsabilitat de tots els agents en cada cas de les famílies. La hipòtesi de partida exposava una possible manca de coordinació entre professionals i d'estratègies comunes d'abordatge. Clarament es percep a través de les autoavaluacions que manquen estratègies de treball comú entre professionals dels diferents sistemes. En aquest sentit es fa imprescindible establir protocols i procediments d'intervenció en els que un/a referent treballadora social dels Serveis bàsics d'atenció social del cas lideri el cas i on cada sistema aporti els seus recursos i asseguri els drets socials de les persones desde llurs competències. Observem com les professionals se situen en el mateix nivell d'impotència que les famílies a les que atenen. Malgrat això, i anant més enllà de les institucions, opinen que cal desenvolupar altres estratègies professionals per ser més efectius en la intervenció.
- També cal tenir en compte, com a conclusió, que les dones són les principals interlocutores de les famílies cròniques amb els Serveis bàsics d'atenció social, fet al que cal prestar especial consideració, ja que es fa necessari replantejar la intervenció en clau de gènere, apoderar-les i implicar alhora els membres masculins, si existeixen, en la millora de llur situació familiar establint nous vincles familiars amb les treballadores socials.
- Tanmateix, cal posar especial atenció en les necessitats dels infants i adolescents de famílies monoparentals i en l'àmbit de famílies pertanyents als grups menys afavorits o que viuen en situació de pobresa i cronicitat en els Serveis bàsics d'atenció social. Hem vist en diferents punts de la recerca com el llegat generacional es fa patent en molts dels casos. Les professionals veuen en el seu dia a dia la transmissió generacional de la cronicitat i la pobresa i les

famílies malgrat que tenen esperances de canvi en els seus fills i filles, tampoc no creuen que ho tinguin fàcil.

- En aquest sentit, si volem evitar o reduir la possibilitat de dependència dels Serveis bàsics d'atenció social dels fills i filles de les famílies cròniques, hem d'establir mecanismes de suport familiar i d'apoderament dels/de les menors per lluitar contra aquest fet, que creiem que només pot provenir per l'accés a la formació, a l'educació i a la seguretat de vida que li proporciona la família en si mateixa com a proveïdora i cuidadora de les necessitats bàsiques, no delegades en tercers. Si se segueix així, la concepció de la delegació d'aquestes funcions es mantindrà en les futures generacions.
- D'altra banda, una altra conclusió a que arribem és que cal lluitar contra el pensament d'immobilisme social i de la normalització de la precarització, així com exigir als responsables polítics la implementació de polítiques socials des de la perspectiva dels drets socials i no des de la beneficència, que soterra a les famílies, cròniques i no cròniques, a un estat allunyat de la perspectiva dels drets.
- Així, creiem que cal que cada institució assumeixi llurs competències, i deslliurar als Serveis bàsics d'atenció social de la responsabilitat d'actuar allà on no actuen els altres. Per tant, cal ser valentes en manifestar-nos en contra del sistema actual i exigir canvis en el mateix.
- Les polítiques públiques actuals no corregeixen aquestes dinàmiques sinó que promouen dispositius de regulació del que és social i no de canvi o promoció. Així, els mecanismes d'intervenció es redueixen a evitar situacions de risc o pal·liar-ne les conseqüències que impedeixen el bon funcionament del social, fet

que va en contra de les pròpies professionals, assumint una sobrecàrrega que no els correspon.

- Creiem que només amb un canvi de paradigma serà possible reprendre el treball social autèntic en els Serveis bàsics d'atenció social i generar efectes diferents en les famílies en situació de cronicitat i en les que arriben de nou als Serveis bàsics d'atenció social. Així, les institucions i les professionals, des de la mirada de l'ètica organitzacional, han d'advocar per la modificació del sistema actual i el canvi social.
- Una altra conclusió a la que arribem és que és important reconèixer els drets com a tals, sense filtres ni prejudicis, per tal de garantir-los, cercant la justícia social i lluitant contra la desigualtat, així com fugint de la culpabilització dels qui no poden exercir-los o encara no estan prou entrenats per autosuperar-se en la complicada cursa que implica sobreviure a la situació actual.
- Per tant, també a mode de conclusió, no podem pretendre innovar en la intervenció social envers la cronicitat si ens limitem a fer millor el mateix que ja fèiem, cal fer un gir en la forma com abordem (o no abordem) la cronicitat. Creiem que cal incorporar, elements motivadors tant per les treballadores socials com per les famílies: no hi ha innovació sense idees, i no hi ha idees sense professionals motivades. No es tracta d'un simple canvi en les pràctiques sino un canvi de mirada, la incorporació d'un nou enfocament d'intervenció que respongui a cadascuna de les característiques i especificitats de les tipologies obtingudes en l'anàlisi clúster.
- Una altra de les conclusions a les que arribem és que cal diferenciar els contextos d'intervenció amb les persones que s'atenen des dels Serveis bàsics

d'atenció social. Definir els contextos i acordar-los amb la família és un primer pas d'èxit en la relació d'ajuda. És la forma de poder intervenir de forma consensuada i atenent a les diferents necessitats bàsiques de les famílies, no només les d'ordre material, sinó posant èmfasi en l'abordatge de les relacionals com a puntal per a l'autodeterminació i la participació social.

- La centralitat de la persona és la base sobre la qual girarà qualsevol innovació en l'Administració Pública amb mirada cap a la cronicitat, per prevenir-la i pal·liar-la. El que sí que està clar és que la cronicitat és multivariable i hi ha moltes qüestions que l'afecten, però en última instància a les que afecta en el dia a dia és a les professionals, a la feina que realitzen i a les pròpies famílies. I és responsabilitat de totes les parts lluitar per un canvi als diferents nivells.

## 8. PROPOSTES I RECOMANACIONS

Les propostes i recomanacions que presentem a continuació sorgeixen de la reflexió que les professionals de l'equip de la recerca han fet en base a tot el procés d'anàlisi, del marc teòric i del treball de camp, de les autoavaluacions i col·loquis, així com dels grups de treball i grups focals realitzats.

194

### 8.1. RECOMANACIONS ADREÇADES A L'ORGANITZACIÓ DE SERVEIS SOCIALS.

---

En la jornada "L'acció comunitària inclusiva, cap a la transformació dels serveis socials" organitzada per la Direcció General d'Acció Cívica i Comunitària de la Generalitat de Catalunya, al juny de 2018, Cortés emfatitzava sobre la necessitat de transformar el model actual basat en la gestió administrativa dels problemes de les persones en situació de vulnerabilitat de manera individual, ja que les treballadores socials i educadores socials dels serveis socials bàsics "fan una feina meritòria atenent i contenint situacions d'extrema precarietat i patiment personal, però desgasten molta de la seva energia omplint protocols i més protocols perquè aquestes persones puguin aturar un temps el seu desnonament, que no els tallin la llum i l'aigua, que puguin accedir a un menjador escolar, un servei d'atenció domiciliària, entre d'altres. Cal construir un nou model de serveis socials amb enfocament comunitari i promoure més el treball preventiu".

L'equip de la recerca està d'acord amb aquesta proposta, conclusió a la que també vam arribar fruit de tot el treball presentat, i creiem que es fa imprescindible que les organitzacions prenguin en consideració la necessitat urgent d'un canvi conceptual i de paradigma dels Serveis bàsics d'atenció social actuals.

Tal i com també plantegen diferents autors, com López (2018), es fa necessària una refundació dels serveis socials municipals per tal de renovar-los i adequar-los al context actual. Referint-nos a les famílies en situació de cronicitat objecte d'aquesta recerca, cal posar els elements organitzatius necessaris acompanyats de noves mirades i lògiques d'intervenció familiar, social i comunitària per abordar-les amb més garanties d'èxit i evitar o reduir les possibilitats que altres famílies i persones en estadis inicials, caiguin també en l'alta cronicitat.

Així, fem les recomanacions que creiem necessàries per donar resposta a tot l'exposat anteriorment. Totes elles són de caràcter general, cerquen una nova mirada institucional envers les funcions de les treballadores socials en el marc dels Serveis bàsics d'atenció social, que creiem que ajudarien a recuperar la funció preventiva envers la cronicitat i actuar sobre la mateixa amb noves eines.

**1. Apostar per un model transformador dels Serveis bàsics d'atenció social,** reconeixent els drets reals de la ciutadania, alhora que promovem la implantació de teixits socials solidaris i cooperatius. Algunes propostes concretes són:

- a. **Promoure i potenciar la intervenció grupal** en cada zona de Serveis bàsics d'atenció social de Lleida, liderada per les treballadores socials, com a referents de la intervenció amb les famílies. En aquest sentit, crear un grup de treball social comunitari format per una professional de cada barri, que treballi en el marc d'un model grupal i comunitari i que promogui accions generadores de vincles comunitaris, lideri projectes i treballi posant èmfasi en les famílies que s'iniciïn en processos de cronificació.

- b. **Donar a conèixer els drets i deures de la ciutadania** en relació als serveis socials. Editar material gràfic visible i accessible en tots els serveis públics, sobre els mateixos i fer-ne la difusió conseqüent.
- c. **Impulsar sessions en formats de tallers informatius universals** i periòdics sobre drets i prestacions del sistema públic de Serveis socials a cada centre cívic de la ciutat, realitzat per les treballadores socials de cada equip de Serveis bàsics d'atenció social.

**2. Reorganitzar els Serveis bàsics d'atenció social, flexibilitzant el temps** que les professionals dediquen a l'atenció directa i promovent espais d'intervenció fora dels centres de Serveis bàsics d'atenció social.

- d. Adoptar els col·loquis familiars com a tècnica habitual en la intervenció.
- e. Destinar espai temporal per a la realització de visites domiciliàries.
- f. Organitzar els serveis de manera que incloguin en la seva pràctica diària la intervenció grupal i comunitària.

**3. Apoderar i facilitar** a les professionals la redefinició del marc d'intervenció que és propi al treball social:

**3.1. Desvincular l'atenció social de les prestacions socials, creant una estructura administrativa suficient** per a la gestió i tràmit de les mateixes, atenent als drets socials i a la normativa vigent. Els darrers anys s'han incrementat els equips de tècnics però no de suport administratiu. Així mateix, cal simplificar els tràmits administratius que es requereixen per accedir a les ajudes d'urgència municipals. El millor tràmit és aquell que no s'ha de fer.

**3.2. Incorporar el mètode sistematitzat i estandarditzat de diagnòstic social DS-DIBA** (autors: Miguel A. Manzano, Étienne Pagès i Marta Solé. Diputació de

Barcelona. [www.diba.cat/benestar](http://www.diba.cat/benestar)), que identifica i determina quina gravetat i risc suposen per al ciutadà i quins factors de la seva situació o de l'entorn poden influir.

Aquest treball identificarà quin risc té associat cada cas i, per tant, prioritzar la seva atenció. Aquesta eina ajudarà a establir actuacions per a aquelles situacions que són més rellevants en el moment de la intervenció i planificar-ne, en el temps, la resta d'actuacions a desenvolupar.

Objectivar i basar l'actuació professional en una eina de diagnòstic social compartida ens permet millorar l'equitat, disminuir la variabilitat, poder seguir els casos i fer una avaluació més acurada del nostre impacte en la situació de necessitat i, en definitiva, en la qualitat de vida de l'usuari/ària.

El diagnòstic social és el primer pas cap a un model d'intervenció social orientat a la visió sistèmica i centrat en la persona.

**3.3. Revisió dels criteris d'accés als Ajuts d'urgència municipals**, donant una nova visió global i a mig/llarg termini si cal, determinant el context assistencial i de prestacions d'urgència de suport. Les prestacions d'urgència econòmiques estan regulades com a puntuals i no garantides; malgrat això mitjançant aquestes prestacions s'assumeix l'atenció de situacions que acaben esdevenint cròniques i de llarga durada, amb recursos pensats per situacions d'ajudes puntuals.

### **3.4. Promoure nous espais de formació contínua de les professionals.**

Recuperar els tallers d'actualització científica que es realitzaven a l'Ajuntament de Lleida amb l'objectiu de generar coneixement col·lectiu, en el marc de la formació interna, així com formació especialitzada en models d'intervenció



aplicables a la intervenció social i en diversitat cultural, posant èmfasi també en l'ètnia gitana, així com en la perspectiva de gènere des del treball social.

**3.5. Crear espais de sessions clíniques de casos crònics complexes** amb presència de professionals especialitzats, si s'escau.

**3.6. Oferir als i les professionals novells**, formació inicial i acompanyament durant el primer any de servei, posar en marxa un projecte de Mentoria per als mateixos, desenvolupat per professionals amb trajectòria a l'organització i ajudant a desenvolupar pràctiques metodològicament correctes i ajustades al treball social, evitant caure en les pràctiques ja instaurades.

**3.7. Crear protocols d'atenció d'urgències en cada equip de Serveis bàsics d'atenció social, que evitin la reactivitat constant de les professionals en el seu abordatge, havent de deixar la feina programada per atendre aquestes situacions.** Així es podrien establir torns rotatoris d'atenció a les urgències dels equips en casos de desallotjaments immediats, emergències, i aquelles situacions que es determini que ocasionen distorsions en la practica ordinària.

**3.8. Flexibilització de protocols** que són causants de dificultats per a realitzar una intervenció social. Revisar, amb un equip de professionals dels Serveis bàsics d'atenció social, tots els protocols existents identificant elements de simplificació, actualització i millora.

**3.9. Incorporar sistemes d'alerta** que ajudin a les professionals a treballar la cronicitat de forma preventiva. Aquestes alertes haurien de contemplar: anys continuats d'atenció, nombre de recursos destinats en un període de temps determinat, aspectes administratius relacionats amb les problemàtiques treballades (renovació de permisos de treball o dació d'hipoteques entre

d'altres) i incorporar a les famílies en el nou marc d'intervenció sobre la cronicitat.

**3.10. Impulsar una revisió dels SAD a famílies**, proposant elements de millora relacionats amb la formació en intervenció familiar de les professionals i replantejant els sistemes de derivació de casos. Incorporar als equips de Serveis bàsics d'atenció social la figura de la treballadora familiar (com existia abans de l'externalització del servei) o tècnics/ques d'integració social com a puntal, a la llar, en la intervenció amb famílies cròniques.

## 8.2. RECOMANACIONS ADREÇADES A LES PROFESSIONALS DELS SERVEIS BÀSICS D'ATENCIÓ SOCIAL.

---

**1. Assumir i identificar la cronicitat en el diagnòstic.** No visualitzar-la com a negativa ni culpabilitzadora i, des de la cronicitat, establir nous paràmetres de treball conjunt amb les famílies.

Cal, doncs, posar el diagnòstic de cronicitat al centre per reduir la càrrega que suposa i repensar estratègies professionals. Creiem que és important posar èmfasi en aquelles famílies i persones que caminen cap a l'alta cronicitat per tal de posar fre o determinar el nivell d'autonomia al que poden arribar i actuar en conseqüència, ja sigui mitjançant estratègies de baixa exigència i/o reducció de danys o bé amb altres tendents a la potenciació i activació inclusiva.

**2. Reduir la "hiperactivació".** Cercar, proposar i reivindicar espais de reflexió, intervisió i supervisió dels casos. Recuperar l'essència de la professió i posar en el punt de la intervenció la relació d'ajuda i el vincle, l'apoderament i

l'autonomia de la persona i família més enllà dels recursos. Ser capaços de pensar en clau d'introspecció i d'autocrítica.

**3. Posar en pràctica els principis de participació i autonomia** de les persones en el procés d'intervenció conjunt amb les famílies.

**4. Practicar l'autocura** de les professionals i de l'equip. Adquirir i desenvolupar habilitats per romandre estables i aprendre a calmar el cos i la ment.

**5. Establir vincles, mirades i complicitats fora de la intervenció individual i familiar**, esdevenint la professional un agent de canvi i de promoció relacional de les persones amb les que intervé, com a complement a la intervenció social que realitza. Redissenyar **un nou marc de treball amb mirada cap a la comunitat**.

**6. Reflexionar sobre el Codi d'Ètica i Deontològic** en el que es recull la responsabilitat envers les persones usuàries i clientes, l'atenció a les persones, individualment o familiarment, en grups o per interessos comunitaris, emmarcant i apostant pels següents aspectes ètics:

- Totes les persones usuàries i clientes han de ser ateses amb interès, dedicació, equanimitat i honestetat professionals, respectant les seves diferències individuals o grupals. En tot cas, s'ha de donar prioritat a les situacions més greus i urgents.
- S'ha d'informar les persones usuàries i clientes de les característiques del servei i dels recursos disponibles, així com dels drets i les obligacions que comporta el seu ús.

- El treball professional és per al servei de la persona. S'ha de consensuar la seva actuació amb l'usuari/client. També l'ha d'informar del resultat previsible de la seva intervenció.

**7. Practicar l'autocrítica i l'autoavaluació professional** de les intervencions realitzades en els casos d'alerta d'atenció esporàdica i inici de cronicitat moderada. Identificar els elements crítics i els positius i, amb l'ajuda dels col·loquis, reformular la intervenció des del treball social.

**8. Recuperar la metodologia del treball social: utilitzar eines de diagnòstic i de planificació de les intervencions familiars.** Disposar d'una eina diagnòstica compartida per totes les professionals i mecanismes d'avaluació i reajust en el temps, modificant el pla de treball a cada moment. Redefinir la persona de víctima a supervivent ressaltant les seves capacitats i fortaleces, fent-les evidents i conscients per part de la família.

**9. Incorporar la tècnica dels col·loquis familiars periòdics** amb les famílies en seguiment i amb aquelles que inicien el seu trànsit en els serveis socials, però sobretot amb aquelles en situació de pas entre l'atenció esporàdica i la cronicitat moderada (5-6 anys en intervenció).

**10. Identificar els punts forts de les famílies en totes les intervencions,** dissenyar intervencions pactades, participades, avaluades, més enllà dels recursos de suport, diferenciant el context assistencial del terapèutic.

Determinar i diferenciar en l'inici o reinici de les relacions professionals, el context, pactant amb la família des del qual es treballarà, seguint les aportacions teòriques i des de la perspectiva dels drets:

- o Context de consulta

- Context assistencial
- Context de control
- Context terapèutic

Incorporar al pla de treball els acords i objectius de cada context. Posar en valor la valentia, la capacitat de tirar endavant i la pròpia família com a puntal de la intervenció professional, mobilitzant i activant els propis recursos familiars.

**Identificar, conjuntament amb les famílies, les estructures que mantenen el problema** i intervenir sobre elles, des de la participació familiar.

**11. Planificar les intervencions a mig-llarg termini**, amb perspectiva de canvi i preventiva; així mateix, posar èmfasi en aquelles famílies en inici de cronicitat per evitar el seu empitjorament, lluitant contra el factor temps.

**12. Incorporar el servei d'ajuda a domicili (SAD)** de forma progressiva en les famílies a l'inici de la cronicitat moderada, formant part del pla de treball com a eina de suport, tot reinventant els circuits i les estratègies de treball conjunt amb les professionals que l'implementen. Valorar en quins aspectes de les famílies d'alta cronicitat el SAD pot suposar un element de millora familiar.

**13. Incorporar la perspectiva de gènere a la intervenció social**, el suport a la dona, així com el seu apoderament. **Generar vincles amb els membres masculins** de les famílies i espais de treball amb tot el nucli familiar.

**14. Canviar la mirada de la intervenció sobre la diversitat cultural**, incorporant models comprensius i interpretatius envers les diferències culturals i posant en valor els elements de creixement de cada cultura, des del seu coneixement i respecte.

**15. Incorporar, en diferents barris i com a prova pilot, accions d'apoderament mitjançant l'acció grupal i comunitària,** executades i coordinades per les treballadores socials: grups d'autoajuda, bancs del temps, accions participatives emprant eines que promoguin altres contextos relacionals i de creixement personal, amb sistemes d'avaluació del procés i de l'impacte sobre les persones.

**16. Millorar la informació i la seva credibilitat:** realitzar grups informatius sobre prestacions o accés a serveis, amb caràcter universal i en el marc comunitari.

**17. Exercir el rol de professional referent i emmarcar la intervenció i responsabilitat de tots els agents implicats en la intervenció,** planificant els elements de millora de la família amb la seva participació. Establir, alhora, reunions conjuntes amb les famílies i els diferents professionals implicats, avaluant periòdicament el procés de millora i revisant l'acompliment dels objectius i les responsabilitats de cadascun.

### **8.2.1. PROPOSTES I CONCRECIÓNS ESTRATÈGIQUES SEGONS L'ANÀLISI CLUSTER ADREÇADES ALS PERFILS RESULTANTS.**

---

En aquest apartat proposem el desenvolupament d'estratègies d'intervenció concretes que creiem que poden ser adequades atenent a les conclusions de la recerca i a les recomanacions de caràcter general.

Cal dir que per a la seva realització es fa imprescindible repensar l'actual disseny organitzatiu dels Serveis bàsics d'atenció social de l'Ajuntament de Lleida, facilitant a

les professionals l'estructura adequada per a poder-los realitzar amb garanties i sense sobrecarregar la seva praxis.

L'impacte que poden generar aquestes noves estratègies, en el marc dels Serveis bàsics d'atenció social, s'avaluarà segons indicadors de procés i d'impacte i de mesura de la millora de la qualitat de vida de les persones seleccionades per a la intervenció, que creiem necessari que tingui un recorregut d'un any per poder avaluar-lo i, si té resultats favorables, ampliar-lo a tots els equips de Serveis bàsics d'atenció social.

**Dones d'edat avançada, de més de 75 anys, amb malalties orgàniques, pensionistes, que viuen soles, que són autòctones i que han estat ateses una mitjana de 8 anys.**

En aquests casos la cronicitat esdevé evident, i ha de tenir caràcter pal·liatiu i preventiu per evitar el seu empitjorament així com acompanyar el procés d'envelliment, detectant indicadors de vulnerabilitat.

Les possibilitats que el Model d'Atenció Integral i Centrat en la Persona aporta a la creació de vincles terapèutics en el Treball Social, estan constatats per l'evidència científica. Així, proposem treballar des d'eines com la gestió de casos amb la mirada enfocada cap a la generació de xarxes comunitàries, en benefici en primer lloc de les persones a les que adreçem aquesta proposta i en la millora de la seva qualitat de vida. Creiem que caldria, d'una banda, realitzar un projecte comunitari que impliqui accions per reduir la soledat, afavorir la implicació del veïnatge del barri, la solidaritat, la dimensió intergeneracional, la participació social i l'envelliment actiu.

D'altra banda, cal realitzar accions relacionades amb la cronicitat des de la perspectiva de la salut, establint protocols de coordinació amb les ABS per detectar, prevenir i

actuar segons cada moment (ingressos hospitalaris, malalties agudes, deteriorament físic i/o cognitiu, entre altres).

El protocol de treball conjunt amb el sistema de Salut sobre els pacients crònics complexos (PCC) i amb malaltia avançada crònica (MACA) iniciat en algun barri de la ciutat de Lleida a mode de prova pilot, i liderat de forma conjunta per les treballadores socials del Departament de Salut i dels Serveis bàsics d'atenció social municipals, caldria implementar-lo en tots els barris de la ciutat de Lleida arribant de forma prioritària a aquest col·lectiu identificat de cronicitat social i vulnerabilitat socio-sanitària.

Aquest protocol permetria identificar nivells de risc i actuar en conseqüència mitjançant un pla de treball comú que contempla la implicació i responsabilitat directa de cada sistema i professionals diferents (metges, infermers, treballadors socials de les ABS, dels Serveis bàsics d'atenció social... posant cadascun en joc els propis recursos materials, tècnics i professionals).

### Estratègia proposada:

---

1. **Identificar nominalment els casos d'aquest perfil** cluster del Barri Antic Oest , on es troben localitzats territorialment i són més significatius en el cas de l'alta cronicitat. (setembre 18)
2. **Conèixer la situació de cada cas:** seguiment als Serveis bàsics d'atenció social, al sistema de salut, tipologia de malalties, existència de PIA o no, recursos actius o recursos potencials adequats al cas, existència d'identificació MACA o PCC per part de la xarxa de Salut, situació familiar i vincles comunitaris i veïnals de les dones, entre altres. (setembre 18)



3. **Planificar les intervencions en funció de la vulnerabilitat, necessitats i desitjos** de cada dona, amb la seva participació, des del model d'Atenció Integral i Centrat en la Persona (octubre 18)
4. **Contactar amb les AAVV de cada barri i les entitats del 3r sector social del territori per iniciar un procés conjunt d'actuació comunitària** amb aquest perfil de cronicitat d'alta vulnerabilitat. Abordar el tema en taules de Gent gran, si estan actives, en el barri (novembre-desembre 18)
5. **Disseny i implementació del projecte comunitari** i en xarxa al Barri Antic Oest (2019)
6. **Establir indicadors d'avaluació de procés i de resultat** en termes de millora de la qualitat de vida de les persones participants al projecte i d'impacte comunitari.

Homes que viuen sols, autòctons, amb una mitjana d'edat de 56,8 anys, que poden tenir malalties o no, que estan a l'atur, cobren la RGC i han estat atesos una mitjana de 8,9 anys.

En aquest col·lectiu pensem que l'aplicació de models centrats en la persona són clau per lluitar contra la cronicitat i millorar la seva qualitat de vida.

El model ja desenvolupat que aporta un nivell de qualitat que considerem òptim, i que ha estat convenientment implementat i avaluat és el "Model Inclue", ja referit anteriorment en el marc teòric de la recerca. Aquest model aporta els elements clau per afavorir la qualitat de vida i ajuda a generar processos de canvi personal, i és perfectament aplicable des dels Serveis bàsics d'atenció social.

Així, i sota el paraigua d'aquest model, treballarem sota el paradigma de la qualitat de vida, els drets, l'autonomia, la participació i ciutadania activa. El model Inclue va en la direcció d'un model de vida independent i acompanyament individualitzat. Aposta per la coordinació i la continuïtat en l'atenció: la coordinació basada en la persona.

<http://www.emaus.com/pdf/1-%20Modelo%20INCLUE.%20vers%20cast..pdf>

Com a metodologia d'avaluació utilitzarem l'Escala GENCAT –basada en el model multidimensional de qualitat de vida proposat per Schalock i Verdugo (2007) –. Aquest model s'articula entorn d'una sèrie de dimensions, vuit en total, que quan es valoren globalment aporten el concepte de qualitat de vida. A partir d'aquesta idea, l'escala avalua la qualitat de vida de persones usuàries adultes majors de 18 anys.

En el nostre cas, l'objectiu d'aplicació de l'escala és realitzar una avaluació objectiva de la qualitat de vida dels usuaris d'aquest perfil cluster, que ens permeti observar i avaluar les millores que es produeixin en les diferents àrees que té en compte l'escala: benestar emocional, relacions interpersonals, benestar material, desenvolupament personal, benestar físic, autodeterminació, inclusió social i drets.

Els indicadors de les àrees responen a elements observables per part de les professionals i que poden esdevenir una eina útil per a la intervenció:

-**Benestar emocional.** Els indicadors tenen a veure amb la satisfacció en la vida present, l'estat d'ànim, motivació per fer activitats, entre altres.

-**Relacions interpersonals.** Els indicadors tenen a veure amb si la persona realitza activitats que li agraden amb altres persones, si manté amb la seva família la relació que desitja, si es queixa de la falta d'amics/gues estables, si

manifesta sentir-se menystingut per la seva família, si se sent estimat per les persones que són importants per a ell/a o si es relaciona amb persones amb situacions similars a la seva, entre altres.

**-Benestar material.** Els indicadors tenen a veure amb el lloc on viu la persona, si li impedeix portar un estil de vida saludable, sobre el lloc de treball, si disposa dels recursos necessaris per cobrir les seves necessitats bàsiques, o si el lloc on viu li permet satisfer llurs necessitats, entre altres.

**-Desenvolupament personal.** Els indicadors tenen a veure amb les dificultats que mostra per adaptar-se, l'accés a noves tecnologies, si resol eficientment els problemes que se li presenten, si participa del seu programa individual, entre altres.

**-Benestar físic.** Els indicadors tenen a veure amb hàbits d'alimentació, si té problemes de son, si té supervisió de la medicació que pugui prendre o si els problemes de salut li generen dolor o malestar, entre altres.

**-Autodeterminació.** Els indicadors tenen a veure amb si té interessos, fites, objectius personals, si escull amb qui vol viure, si altres persones decideixen per ell o si organitza per ell mateix la seva vida.

**-Inclusió social.** Els indicadors tenen a veure amb si utilitza recursos comunitaris (cinema, biblioteca...), l'existència de barreres físiques, culturals o socials que dificulten la seva inclusió social, si li manquen suports per participar activament en la vida de la comunitat, si es sent rebutjat o discriminat pels

altres, o si els seus amics es limiten als que utilitzen el mateix servei, entre altres.

**-Drets.** Explora indicadors que tenen a veure amb el fet de tenir limitat algun drets legal (ciutadania, violència, abusos), la capacitat de defensar els seus drets quan aquests són violats, el tracte respectuós del seu entorn, o sobre si disposa d'informació sobre els seus drets fonamentals com a ciutadà/ana.

### **Estratègia proposada:**

---

1. Identificar nominalment les persones d'aquest perfil cluster de cada barri. (setembre-octubre 18) i seleccionar un barri i 10 persones participants en la prova pilot.
2. Conèixer la situació de cada cas a través de l'expedient social i realitzar un col.loqui al domicili (setembre 2018) per reiniciar la relació d'ajuda des d'uns altres paràmetres.
3. Realitzar una formació teòrica i pràctica sobre el model Inclue a les professionals que l'aplicaran (darrer trimestre 2018) i començar a aplicar el model un cop interioritzat (gener de 2019).
4. Generar espais de participació grupal i comunitària adreçats a aquest perfil i liderats per una o més d'una treballadores socials d'uns Serveis bàsics d'atenció social, tenint en compte les seves expectatives, desitjos i motivació. Aquests espais poden ser de trobada informal, d'autoajuda, d'habilitats socials, lúdics, formatius, mediambientals... en funció dels àmbits que conjuntament es determinin. (Primer trimestre 2019).

5. Establir indicadors d'avaluació de procés i de resultat en termes de millora de la qualitat de vida de les persones participants a la prova pilot, segons l'escala Gencat.

**Dones, de 46 anys de mitja, autòctones, a l'atur, que no cobren cap prestació, que tenen una família nuclear o monoparental i han estat ateses una mitjana de 8,4 anys.**

**Dona de 50,5 anys de mitjana, de família nuclear, a l'atur, cobrant la RGC, que no té malalties i viu a la Mariola Blocs.**

210

L'estratègia amb aquest perfil es proposa que sigui implementada en el barri de la Mariola Blocs, atenent al fet que és significatiu en l'alta cronicitat, i en el col·lectiu concret d'ètnia gitana, i al barri de Pardinyes, on trobem dones referents de famílies nuclears i dones monomarentals també en situació d'alta cronicitat i amb particularitats que fan necessària una nova intervenció relacional-social.

En l'abordatge d'aquests perfils creiem adequat treballar sota el paradigma teòric del Treball social Crític en el seu marc de Treball social Feminista, centrat en les fortaleces de les dones, l'apoderament i el treball socioafectiu, la diversitat i la singularitat, des del respecte i des d'una relació de col·laboració i igualtat.

D'altra banda, es fa imprescindible també treballar l'anàlisi de les masculinitats i la implicació dels membres masculins, sobretot els de l'ètnia gitana i les immigrades en el procés que iniciem, tant en l'abordatge individual/familiar com en el grupal.

#### **Estratègia proposada:**

1. Identificar nominalment les persones d'aquest perfil cluster de cada barri. (setembre-octubre 2018) i seleccionar 10 famílies de cada barri per a la nova

estratègia d'intervenció entre les que es troben en els primers estadis de cronicitat.

2. Conèixer la situació de cada cas a través de l'expedient social i realitzar un col·loqui al domicili amb tots els membres de la unitat familiar de convivència (setembre-octubre 2018) per reiniciar la relació d'ajuda des d'uns altres paràmetres.

3. Realitzar el diagnòstic i un pla de treball individualitzat i familiar per escrit, atenent als resultats del col·loqui realitzat i del diagnòstic, identificant les fortaleses i diferenciant els contextos, acordant objectius assumibles i realistes i períodes d'avaluació.

Incloure en el pla altres agents implicats que estan intervenint i establir reunions conjuntes entre els diferents professionals i les famílies seleccionades. (Darrer trimestre 2018).

4. Dissenyar i iniciar una intervenció grupal en clau de gènere, de periodicitat quinzenal, per abordar aspectes relacionats amb el vincle, la participació social, l'autoestima i l'apoderament. (Primer trimestre 2019).

a. Intervenció grupal amb dones monomarentals i amb les referents i les seves parelles de les famílies nuclears del barri de Pardinyes.

b. Intervenció grupal amb dones i homes gitanos. Es planificarà l'acció grupal en funció d'eixos d'identitat, de capacitat crítica, de participació social, de creativitat i inclusió, de bon tracte, entre altres, incorporant les seves necessitats i desitjos a la dinàmica del grup.

5. Establir indicadors d'avaluació de procés i de resultat en termes de millora de la qualitat de vida de les persones participants al projecte.

### Calendari d'implementació de les propostes i recomanacions

| Acció/proposta                                                                                                                                                                          | Temporalitat             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Presentació dels resultats de la recerca, conclusions i propostes i recomanacions als responsables tècnics i polítics dels serveis socials de l'Ajuntament de Lleida.                   | Setembre 2018            |
| Incorporació d'eines de diagnòstic en les intervencions familiars de famílies en situació de cronicitat. Proposem la implementació del DS-DIBA realitzat per la Diputació de Barcelona. | Darrer trimestre<br>2018 |
| Cribatge dels casos segons perfils cluster participants a la prova pilot                                                                                                                | Desembre 2018            |
| Realització dels col·loquis familiars en els casos seleccionats                                                                                                                         | Març 2019                |
| Formació interna model Inclue                                                                                                                                                           | Primer trimestre<br>2019 |
| Planificació i implementació del treball grupal segons els perfils clústers                                                                                                             | Primer trimestre<br>2019 |
| Formació interna de l'Ajuntament de Lleida en models d'intervenció, mirada de gènere i atenció a la diversitat cultural.                                                                | 2019                     |

## 9. Bibliografia

- Abad, B. i Martín, I. (2015). El trabajo social ante la crisis. Nuevos retos para el ejercicio profesional de los y las trabajadoras sociales. *Cuadernos de trabajo social*, Vol. 28-2, 175-185 .
- Aguilar, M.J. (2013). *Trabajo social. Concepto y Metodología*. Madrid: Paraninfo y Consejo General del trabajo social.
- Aguilar, M.J. i Ander-Egg, E. (1999). *Diagnóstico Social: conceptos y metodología*. Buenos Aires: Instituto de Ciencias Sociales Aplicadas.
- Alsinet, C. (coord.) Pirla, A., Farré, A., Canut, J., Bertran, L, Sabes, S. i Villas, T. (2014). *Impacte dels canvis en la renda mínima d'inserció sobre el nivell de pobresa econòmica de les famílies de Lleida 2010-2012*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. VI Premi de Recerca de Treball Social Dolors Arteman Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.
- Ariño, M. i Velasco, K. (2017). Diálogos, encuentros y desencuentros en los caminos plurales del Trabajo social. A Guinot, C. i Ferran, A. (eds). *Trabajo social: Arte para generar vinculos*. Universidad de Deusto, 55-78.
- Bandura, A. (1995). *Self Efficacy in Changing Societies*. Edited by Albert Bandura.
- Barbero, M. i Cortés, F. (2014). *Trabajo comunitario, organización y desarrollo social*. Alianza editorial. Madrid.
- Blanco, J., Kortajarena, N. i Romero, V. (2015). *Manual Inclue: una herramienta para la aplicación de un nuevo enfoque en la atención a personas en situación de exclusión social* -grupo Emaús fundación social-.
- Barranco, C. (2011). Buenas prácticas de calidad y Trabajo social. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo social*, 18, 57-74.
- Bergman J. (1987). *Pescando barracudas: pragmática de la terapia sistémica breve*. Ed. Paidós ibérica.
- Bermejo, S. i Crespo, T. (2017). *Fam oculta a Catalunya, un obstacle en la igualtat d'oportunitats*. Entitats Catalanes d'acció social (ECAS).
- Brugué, Q. (2017). *Innovació i empoderament en la lluita contra la pobresa*. Col·lecció Idees i eines per a l'acció social. Entitats catalanes per l'acció social (ECAS).



- Bueno, N., Ramos, C., Raquel, R., Ruiz, M. i Taboada, L. (2015). El control social y sus repercusiones morales en el mundo profesional. Comisión Deontológica del Colegio de Trabajo Social de Málaga. *Documentos de Trabajo Social DTS Revista de Trabajo Social y Acción Social*. Edición especial congreso.
- Campanini, A. (2016). Nuevas perspectivas del trabajo con familias. Conferencia en el marco de las jornadas *European Trends in Social Well Being* realizadas en la Facultad de Educación, Psicología y Trabajo Social de la Universidad de Lleida de Noviembre de 2016 a Febrero 2017
- Campos, J., Cardona, J. i Cuartero, M. (2017). Afrontar el desgaste: cuidado y mecanismos paliativos de fatiga por compasión. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo social*, 24, 119-136.
- Cardona J. i Campos J. (2009). Cómo determinar un contexto de intervención: Inventario para el análisis de la relación de ayuda entre el Trabajador/a Social y el Cliente durante la fase de estudio y evaluación de la situación problema. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, Vol. 9 (2), 17-35.
- Coleman, D. (2004). Theoretical Evaluation Self-Test (TEST). A preliminary validation study. *Social Work Research*, 28 (2), 117-128.
- Coletti, M. i Linares, J. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós
- Cooperrider, D. (2013). A contemporary commentary on appreciative inquiry. *Organizational life*, Vol. 4, 3-67. Emerald Group Publishing Limited. United Kingdom.
- Damonti, P. i Arza, J. (2014). Exclusión en la comunidad gitana, una brecha social que persiste y se agrava. VIII informe sobre el desarrollo social y la exclusión social en España. Universidad pública de Navarra.
- De la Paz, P., Rodríguez, V. i Mercado, E. (2014). Nuevas tendencias de intervención en Trabajo Social. Universidad de Castilla-La Mancha. *AZARBE Revista internacional de trabajo social y bienestar*, 3 , 223-228.
- De Robertis, C. (2017). Autonomía técnica y diagnóstico social. *Revista de Treball Social*, 211, 33-40.
- Du Ranquet, M. (1996). *Los modelos en Trabajo Social. Intervención con personas y familias*. Siglo XXI Editores. Madrid.

- Enciso, JP., Allepuz, R. i Pelegrí, X. (2017). *La pobresa a Lleida. Impacte de la crisi sobre les rendes salarials i les pensions*. Edicions de la Universitat de Lleida. Col·lecció Sud-Nord, 23.
- Enciso, J., Allepuz, R., Lapresta, C. i Pelegrí, X. (2015). *Nova i vella pobresa a les comarques de Lleida. Percepció des dels serveis socials*. Edicions de la Universitat de Lleida.
- Escudero, V. (2003). *Guía práctica para la intervención familiar I y II*. Junta de Castilla y León Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales
- Fergusson, D. i Lynskey, M. (1996). Adolescent resilience to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 3 (37), 281-292.
- Fernández, J. (Coord). De Vicente, I., Torralba, JM. , Munté, A., Quiroga, V., Durán, P., Alegre, R., Parra, B., Chagas, E. , Boixadós, A. i Palacín, C. (2015). *La intervenció amb les famílies des del treball social*. Grup de Recerca i Innovació en Treball Social (GRITS). Col·legi Oficial de Treball social de Catalunya.
- Fombuena, J. (2006). *Visibilizar el Trabajo social. Aportaciones desde una perspectiva de género*. Universitat de València. VI Congreso de Escuelas de Trabajo Social.
- Fundación ( FOESSA), Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada, 2013,2014 i 2017.
- García, P., García, R., Esnaola, MT., Curieses, I., Alvarez, I. i Millán, R. (2015). El trabajo social en Mary Richmond. La fundamentación de su teoría. *Revista Trabajo social Hoy*, 74, 17-34.
- Ginesta M., Civit, M., Rivera, J. i Rodríguez, A. (2017). *Dictàmen. Els serveis socials bàsics (SSB) a la província de Barcelona. Situació actual i propostes de millora. una mirada des del treball social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya.
- Idareta, F. i Ballester, A. (2013). Ética, paternalismo y burocracia en trabajo social *Portularia*, Vol. XIII (1), 27-35.
- Idareta, F. (2013). Teorías éticas en el Trabajo Social: Cuestionario de autoevaluación ética (C-AE). *Trabajo Social Hoy*, 69, 39-56.
- Idareta, F. (2017). Eufemización de la violencia ejercida en Trabajo Social: Hacia el reconocimiento intradisciplinar del abuso de poder. *Trabajo Social Hoy*, 81, 59-82.

- Instituto Nacional de Estadística (2015) Transmisión intergeneracional de la pobreza. Resultados basados en el módulo adicional de la Encuesta de Condiciones de Vida 2005.
- Jaraíz, G. (2017). Capitalización social y relacionalidades en trabajo social. A Guinot, C. i Ferran, A. (eds). *Trabajo social: Arte para generar vínculos*. Universidad de Deusto, 79-90.
- Jiménez, V. (2002). Violencia en organizaciones y profesionales: acciones, omisiones y reacciones en torno al poder, la participación, la burocracia y la discreción en los Servicios Sociales. *Alternativas*, 10, 427-444.
- Julià, R. i Pirla, A. (2018). *Propuesta de investigación-acción-participativa para intervenir con familias en situación de cronicidad en los servicios sociales básicos*. XIII Congreso Estatal del Trabajo Social y Iberoamericano de Trabajo Social / Servicio Social 2017.
- Julià, R., Moya, T. i Notario, S. (2016). *Trabajo social e inmigración africana en tiempos de crisis. Diálogo entre teoría y práctica profesional*. 6º Congreso de Trabajo Social de Madrid.
- Lázaro, S. (2004). El desgaste profesional (síndrome de burn out) en los trabajadores sociales. *Portularia*, 4, 499-506.
- López, I. (2017). *El enfoque de género en la intervención social*. Edita: Cruz Roja
- López, M. (2018). Servicios sociales municipales. Necesidad de una refundación. *Papeles del psicólogo*, Vol. 39 (2) ,89-95.
- López de Ceballos, P. (1998): Un método para la investigación-acción participativa. Editorial Popular. Madrid.
- López, A. i Segado, S. (2012). Empowerment and social work with families. A A. Moreno Mínguez (coord.). *Family Well-Being: European Perspectives, Social Indicators Research Series*, 49, 290-305. New York: Springer.
- Lozano, A. (2018). El valor de la autonomía en la intervención familiar. *Cuadernos de Trabajo social*, 31 (1), 177-187.
- LLEI 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència
- Marchioni, M. (1999). *Comunidad, participación y desarrollo. Teoría y metodología de la intervención comunitaria*. Editorial Popular. Madrid.

- Marchioni, M. (2002). *Planificación social y organización de la comunidad. Alternativas avanzadas a la crisis*. Editorial Popular. Madrid.
- Mata, A., Domingo, J. i Julià, R. (2007). *Lògiques, paradoxes i oportunitats: la inserció sociolaboral de la població immigrada a les terres de Lleida*. Edicions de la Universitat de Lleida.
- Minuchin, S. (1982). *Familias y terapia familiar*. Ed. Gedisa Buenos Aires.
- Mira, J. (2015). Nuevos enfoques en la atención a la cronicidad. *Revista de Psicología de la Salud (New Age)*, Vol. 3 (1), 202-207.
- Navarro, S. (2017). *Saber femenino, vida y acción social*. Ed. CCS. Madrid.
- Nieto, L. (1997). *Familias pobres y Multiasistidas*. Psicología de la Familia Madrid: Promolibro.
- Overnier, J. i Seligman, M. (1967). Effects of incapability upon subsequent escape and avoidant responding. *Journal of comparative and Psychological*, 63.1, 28-33.
- Pacheco, J. i Hernández, A. (2016). Creatividad, resiliencia y Trabajo social: propuesta desde la práctica profesional. A Raya, E. y Pastor, E. (Coord.). *Trabajo social, derechos humanos e innovación social*. 81-95.
- Pakman, M. (1997). *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa.
- Pastor, E. (2004). *Trabajo social comunitario*. Editores: Diego Marín Librero S.L.
- Pelegrí, X. (2004). El poder en el trabajo social: una aproximación desde Foucault *Cuadernos de trabajo social*, Vol. 17, 21-43.
- Pelegrí, X. (2013.) Ética de las organizaciones en Servicios sociales (parte II) *Cuadernos de trabajo social*, Vol. 26-2, 159-369.
- Pelegrí, X. (2018). Repensant el poder dels professionals del treball social. *Revista de Treball social*, 212, 31-46.
- Pelegrí, X., Lapresta, C., Allepuz, R. i Enciso, P. (2015). Els professionals dels serveis socials bàsics en temps de crisi. *Revista de Treball Social*, 204, 125-135.
- Pérez, L. (2008). Autonomía, ética e intervención social. Una propuesta desde la ética del discurso y la acción comunicativa para el trabajo social contemporáneo. *Trabajo Social*, 10, 57-81.
- Pirla, A. i Julià, R. (2016). *Acción formativa experimental de actualización científica en intervención social. una apuesta por la generación colectiva de saber a partir del*

- aprendizaje cooperativo y colaborativo desde el trabajo social*. 6º Congreso de Trabajo Social de Madrid. 237-241.
- Portero, M. (2016). La ciudadanía protagonista en los servicios sociales. 6º Congreso de Trabajo Social de Madrid. 25-28.
  - Puig, C. (2017). Más allá de la intervención social, más cerca del cuidado: construyendo cultura del cuidado. A Guinot, C. i Ferran, A. (eds). *Trabajo social: Arte para generar vinculos*. Universidad de Deusto, 125,138.
  - Raya, E. Caparrós, N. (2014). Acompañamiento como metodología de Trabajo Social en tiempos de cólera. *Cuadernos de Trabajo Social* , Vol. 27-1, 81-91.
  - Richmond, M. (2005). *Diagnóstico social*. Madrid: Siglo XXI.
  - Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L.,Martín, JC. (2011). Buenas prácticas profesionales de apoyo a la parentalidad positiva. Federación española de municipios y provincias (FEMP).
  - Rodríguez, A. (2013). La familia como recurso de la intervención. *Cuadernos de Trabajo Social*, Vol. 26-2, 251-252.
  - Rodríguez, E. (2017). La mujer como profesional del Trabajo Social. *Trabajo Social Hoy*, 80, 23-44.
  - Rodríguez, M. (2003). La familia multiproblemática y el modelo sistémico. *Portularia*, 3, 89-115.
  - Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80.
  - Ruiz, P. i Beteta, P. (2016). Reflexión sobre la baja exigencia: una aproximación al trabajo con personas en exclusión residencial grave. *ZerbitzuanGizarte zerbitzuetarako aldizkaria (Revista de Servicios sociales)*, 61, 33-52.
  - Saez del Álamo, J., i Rodríguez, N. (2012). *Guia de intervención social con población gitana desde la perspectiva de genero*. Cooperativa Porlugal. Fundación Secretariado Gitano. Materiales de Trabajo núm. 59.
  - Santas, J.I. (2016). ¿Es posible innovar desde la Administración? Decálogo para un Trabajo Social Innovador en la Administración. 6º Congreso de Trabajo Social de Madrid. 76-85.
  - Santiago, L. (1999). *Modelo sistémico aplicado a familias*. *Apuntes de teràpia sistèmica* Edita Kine –Centro de teràpia familiar y de pareja.

- Santos, J. (2014). *El síndrome Katrina. Por que no sentimos la desigualdad como un problema*. Zaragoza: Colegio Profesional de Trabajadores Sociales de Aragón.
- Santos, J. (2016). La administración y los derechos ciudadanos. 6º Congreso de Trabajo Social de Madrid. 29-36.
- Segado, S. (2011). *Nuevas tendencias en el trabajo social con familias. Una propuesta para la práctica desde el empowerment*. Madrid, Trotta Stanford University.
- Solís, J. (2017). *La Mariola desde dentro y desde fuera. Efectos internos del estigma territorial*. Edicions de la Universitat de Lleida.
- Szmukler, G., i Appelbaum, P. (2008). Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *Journal of Mental Health*, 17 (3), 233-244.
- Szmukler, G., i Appelbaum, P. S. (2011). *Treatment pressures, coercion, and compulsion*. A Thornicroft, G., Szmukler, G., Mueser, K. T. y Drake, R. E. (Eds.). (2011). *Oxford Textbook of Community Mental Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Vallés, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Editorial Síntesis.
- Vázquez, O. i González, M. (1996). Trabajo social e inmigrantes: las intervenciones del trabajo social. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, 4 ,111-119.
- Verdugo, M. A. (dir.). (2008). Escala Gencat. Informe sobre la creació d'una escala multidimensional per avaluar la qualitat de vida de les persones usuàries dels serveis socials a Catalunya. Barcelona, Institut Català d'Assistència i Serveis Socials.
- Verdugo, M. A. (dir.) et al. (2009). Escala Gencat. Manual d'aplicació de l'Escala Gencat de Qualitat de vida. Barcelona, Institut Català d'Assistència i Serveis Socials.
- Verdugo, M. A. (dir. ) et al. (2009). Formulari de l'Escala Gencat de Qualitat de Vida. Barcelona, Institut Català d'Assistència i Serveis Social.
- Visdómine, C. i Luciano C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 6 ( 3), 729-751.

### **Webgrafia**

- Observatori de Creu Roja (2017) "La cronificació de la pobresa"  
<http://www.creuroja.org/AP/cm/5536P242L8/La-cronificacio-de-la-pobresa---10e-estudi.aspx>

- Fantova, F. (2017). Exigencia, intensidad, cronificación y reducción de daños en servicios sociales. Consultat en línia 25/5/18 <http://fantova.net/?p=2053>
- Fantova, F. (2018). Prescripción profesional de cuidados y sistemas públicos de Servicios Sociales <http://fantova.net/?p=2295>
- Marin X. (2018) ¿Porqué no se puede reducir la pobreza en España? La Voz de Galicia <http://blogs.lavozdegalicia.es/nomepidancalma/2018/06/13/por-que-no-se-puede-reducir-la-pobreza-en-espana-aporofobiaeconomica/> consultat en línia 15/6/2018
- <http://pasionporeltrabajosocial.com/a-favor-de-la-visita-a-domicilio> consultat en línia 25/5/18
- Plan de atención a la cronicidad de Cantabria 2015-2019. Gobierno de Cantabria. Consultat en línia <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeCronicidadBaja.pdf>
- El trabajo social y lo gitano. Amarí revista cultural gitana <http://www.amarirevista.com/2016/02/02/el-trabajo-social-y-lo-gitano/>
- Gili, M., García J., Roca M. (2014) Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005>
- “Modelo proactivo orientado a la gestión de caso para la inclusión social” <http://www.pact-project.eu/como-es-pact-project/#>
- Modelo Inclue. La apuesta por una atención de calidad en el ámbito de la inclusión social <http://www.emaus.com/pdf/1-%20Modelo%20INCLUE.%20vers%20cast..pdf>
- <https://www.diba.cat/documents/14465/77826621/Pòster+estratificació%20i+determ+inació%20necessitats+socials.ICIC16.pdf/dafdc49c-2c59-4556-b2db-0ae4a241751e>
- Nacho Santos. Pasión por el Trabajo social. Blog de Trabajo social. <http://pasionporeltrabajosocial.com/>





### Bloc 3: relació terapèutica, vincle

- Confiança cap a la persona: Elements facilitadors o obstaculitzadors de la relació (de l'1 al 10):
- Existeixen o han existit crisis-conflictes amb els professionals (nombre) i per quines causes?
- Expectatives cap al canvi
- Estratègies utilitzades per afavorir el vincle per part dels professionals. Valoració dels resultats. Quines estratègies han funcionat i quines no.

## Annex 2. Model de guió dels col·loquis familiars

### Bloc 1: Sobre el procés d' intervenció

- Percepció del temps.
- Consciència de la situació en la que es troba la persona/família.
- Confiança amb els professionals
- Nombre de professionals coneguts.
- Amb quins ha tingut més vincle i perquè ho creu.
- Punts forts i febles de la relació amb els professionals, elements positius i negatius
- Què creu que haurien de fer o com haurien de ser els serveis socials i els professionals.
- Prestacions que han rebut i si creu que l'han ajudat i en què.
- Les ajudes s'ajusten a les seves necessitats?
- Coneixement de drets i deures.
- Perquè creu que no s'ha resolt la situació.

223

### Bloc 2: Sobre la seva valoració de necessitats i punts forts

- Alguna vegada li han preguntat quins són els seus punts forts?
- Quins creuen tenir i Valorar del 1 al 10 els punts forts com a família i per membres -
- Per àmbits, identificar les seves necessitats principals: puntuar de l'1 al 10
  1. Econòmic
  2. Laboral
  3. Residencial
  4. Administratiu (regularització administrativa, etc)
  5. Salut
  6. Relacional : Disponibilitat de relacions i vincles afectius, suport social familiar, amics, veïns, institucions
  7. Habilitats personals (de comunicació, d'empatia, resoldre conflictes, capacitat per demanar ajuda i seguir consell, participació comunitària)
- Quines són les tres problemàtiques més importants segons la família a resoldre

#### Auto percepció i posterior Puntuar de l'1 al 10:

- 
- Autoestima - autoconfiança. Creuen que se'n poden sortir de la situació sense ajuda?
  - Estat d'ànim/ humor.
  - Motivació - sentit de vida, visió de futur. Com enfoquen el seu futur a curt termini i a llarg termini.

- Responsabilitat. Creuen que són responsables de la seva situació?
- Actitud d'orientació a la recerca de solucions. Que més estan fent a banda d'anar a serveis socials per tirar endavant.

**Disposició al canvi:**

---

-Creus que seria necessari canviar alguna cosa per tenir una vida millor? Què? Com ho podries assolir?

-Quins són els teus desitjos?



COL·LEGI OFICIAL  
DE TREBALL SOCIAL  
DE CATALUNYA

[www.tscat.cat](http://www.tscat.cat)

Amb el suport de:



Generalitat de Catalunya  
**Departament de Treball,  
Afers Socials i Famílies**



**Diputació  
Barcelona**



**Ajuntament de L'Hospitalet**

