

INTRODUCCIÓ TEÒRICA: L'ENTREVISTA

L'entrevista és la tècnica que l'assistent social ha emprat més i millor. No pretenem de fer una exposició exhaustiva sobre què és i com s'empra una entrevista, però volem recordar la seva qualitat com a instrument per a la pràctica professional. La bibliografia que citeu pot ajudar a aprofundir el tema.

A la seva pràctica professional, l'assistent social estableix relacions de comunicació amb altres persones, els usuaris o clients. Amb això pretén d'obtenir determinades informacions que li permetran, a la pràctica, de fer un diagnòstic o de resoldre un cas, sempre des del punt de vista d'un tècnic en relacions humanes i socials.

Ens trobem, doncs, amb una entrevista de tipus tècnic en què l'assistent social vol obtenir del seu client, al més ràpid possible, els problemes i altres elements d'informació que li permetran d'establir un diagnòstic.

Els resultats de l'entrevista dependran de l'actitud de l'assistent social, de com assumeixi el seu paper, de la seva experiència i destresa a fer parlar el client, de la informació que cerqui i, finalment, de les reaccions de l'entrevistat.

En aquest paràgraf hem enumerat els aspectes que cal tenir en compte en aplicar l'entrevista. Ara intentarem de resumir els elements més importants d'aquesta relació.

Podem considerar que l'entrevista de tipus tècnic "és un mètode d'investigació científica que empra un procés de comunicació verbal per recollir unes informacions relacionades amb una finalitat determinada" (1).

Ja hem parlat de la relació de les tècniques amb el mètode i, sobretot, de l'"approche" o enfocament. Quan ens referim a l'actitud de l'assistent social tenim present aquest concepte. Segons aquest

enfocament, l'entrevista tindrà una dimensió o una altra. Els exemples que exposarem en parlar dels procediments d'actuació professional ens permetran de veure que l'actitud de l'assistent social (determinada per factors molt diversos: tipus d'institució, objectius del servei, principis del treball social dels quals parteix, etc.) singularitza l'entrevista com la distingeixen de les altres la seva forma, durada, profunditat, la informació que hom cerca i la comunicació que s'estableix.

Per tant, no podem referir-nos a l'entrevista fent-ne abstracció sinó en funció de la comunicació i de la informació que hom pretén...

Com hem vist, a la primera etapa del mètode, quan hom realitza una investigació o coneixement del camp, l'entrevista és un dels instruments vàlids. Té llavors una finalitat diferent, és obvi, d'aquesta; ací hom vol alleujar, resoldre o cobrir mancances (materials, físiques o psicològiques) o, només, informar.

ELEMENTS I FACTORS. CLASSIFICACIÓ

Hem de trobar uns elements que ens permetin de classificar les entrevistes tenint en compte les diferències essencials que provenen dels diferents contextos (agències de servei social, hospitals, institucions infantils, domicili, etc.) i de la diversitat de finalitats (terapèutica, informativa, etc.), les quals, de fet, no s'exclouen (una entrevista ha d'informar i pot alleujar).

Dos factors modifiquen la comunicació, element fonamental de l'entrevista: el grau de llibertat i el nivell de profunditat, els quals depenen de l'objectiu a assolir.

El grau de llibertat que hom concedeix als interlocutors es tradueix en la presència i la forma de les preguntes.

El nivell de profunditat de la informació recollida l'expressen la riquesa i la complexitat de les respostes.

Llibertat i profunditat arrossegueuen d'altres característiques: durada, nombre d'entrevistes, elements a analitzar, etc.

Segons Madeleine Grawitz, aquests factors permeten de classificar les entrevistes segons un "continuum" que admet a banda i banda els tipus més extrems: un pol màxim de llibertat i profunditat i un pol mínim. Entre ambdós pols se situen gradualment els tipus intermedis. Reproduïm la classificació d'aquesta autora; el primer grau correspon al màxim de llibertat i profunditat:

- 1r.- L'entrevista clínica (psicoanàlisi, psicoteràpia).
- 2n.- L'entrevista profunda.
- 3r.- L'entrevista de respostes lliures.
- 4t.- L'entrevista centrada o "focused interview".
- 5è.- L'entrevista de preguntes obertes.
- 6è.- L'entrevista de preguntes tancades.

Segons la nostra observació de la pràctica professional, actualment l'assistent social emprà les quatre primeres classes d'entrevista, en tractar el client, i les dues darreres més aviat per investigar o conèixer el camp.

Nogensmenys, hem de puntualitzar que l'assistent social no està preparat per utilitzar l'entrevista clínica, psicoanalítica o terapèutica, si no ha realitzat estudis especials; a la seva pràctica siària, però, se serveix d'elements que es donen en aquestes entrevistes. Per això en resumim breument les característiques.

L'entrevista terapèutica psicoanalítica o psiquiàtrica admet poques preguntes: l'entrevistat escull el sector de records o els temes que vol evocar. Sovint és un monòleg. Tot allò que hi diu és important. Són necessàries diverses entrevistes en sèrie. L'entrevistador s'interessa pel contingut manifest d'allò que explica l'entrevistat: fets, judicis, sentiments, imatges, vocabulari, associacions, idees. S'interessa també per la manera de dir-ho: to, elocució, vacil·lacions, aturades, gestos, etc.

L'objectiu és, en primer lloc, terapèutic. L'individu ha d'esdevenir conscient dels seus blocs interiors i cal ajudar-lo a viure i, si és possible, cal curar-lo.

L'entrevista profunda, com es defineix ací, és la més emprada per l'assistent social. L'entrevista es centra en un camp concret (experiència, problema, etc. que presenta el client). L'entrevistador té certa autoritat, puix que l'entrevistat hi acut en tant que tècnic.

Ambdós, entrevistador i entrevistat, són lliures de dur l'entrevista com els plagui (les preguntes no es preparen a la bestreta) i no es determina a l'entrevistat com ha de respondre. En una primera entrevista, però, hi ha un mínim de pauta, concretada per les dades de l'informe social, el qual és necessari per conèixer la persona i el seu problema.

Normalment cal més d'una entrevista. En aquesta entrevista, com a la clínica, l'assistent social ha d'observar el contingut total i ha d'analitzar les dades qualitativament. L'entrevista també està centrada en l'individu, però no és necessàriament terapèutica.

Ara bé, sense invalidar la classificació anterior, ans complementant-la i precisant-la, podem considerar les entrevistes segons la manera d'encarrilar-les.

SEGONS LA MANERA D'ENCARRILAR L'ENTREVISTA

a) Entrevista dirigida o no dirigida

El mateix adjectiu defineix l'entrevista dirigida. L'entrevista no dirigida, en canvi, que ha estat perfeccionada per Rogers, constitueix una tècnica amb regles pròpies i respon a una perspectiva (approche) definida. L'entrevista no dirigida vol destacar el quadre perceptiu del subjecte i situar-lo en una disposició d'ànim en què podrà reaccionar amb ell mateix.

L'estructuració es redueix pràcticament al mínim. En aquesta entrevista, l'assistent social no interromp ni pregunta al client una vegada aquest comença a expressar el seu problema. Té una actitud de "comprensió" o "empatia". Si és necessari, si el client deixa de parlar, per exemple, l'entrevistador pot repetir en altres termes el pensament del subjecte, respectant-ne l'enquadrament. I ací rau la dificultat d'aquesta tècnica: és difícil d'expressar un altre cop allò que el subjecte acaba de dir, sense repetir-se ni afegir-hi res, per aconseguir de centrar-ho en el seu pensament, com si se li presentés instantàniament un mitjà d'observació que conservés i li retornés la seva visió, millorada.

Rogers va insistir en allò que no s'ha de fer en aquestes entrevistes: avaluar, interpretar o classificar els sentiments del subjecte. En fer-ho, hom el priva de lliurar-se de les seves defenses i, per tant, d'expressar el seu problema. En conseqüència, es retarda l'objecte de l'entrevista, el diagnòstic del subjecte per ell mateix, la seva pròpia acceptació (2).

Pel seu objectiu, aquesta entrevista té cert nivell de profunditat. D'altra banda, quant a l'eficàcia, permet d'enfocar la realitat i la veritat.

L'expressió "no dirigida" també és emprada per referir-se a entrevistes poc estructurades, gairebé lliures. Hom redueix, erròniament, l'actitud no dirigida a un passiu "laissez-faire" que menysprea el paper actiu, imprescindible per assolir l'objectiu que pretenem: el subjecte pren consciència d'ell mateix. L'actitud no dirigida "és sobretot una actitud democràtica i cristiana de respecte per la persona, de fraternitat activa i de confiança en l'home" (3).

b) Entrevista directa o indirecta

La noció d'entrevista directa o indirecta ens és donada pel mitjà de recollir les dades: la pregunta (en un sentit ampli) i la interpretació de les respostes.

Directa: les preguntes i les respostes no volen dir més del que diuen. La significació que els dóna l'entrevistador correspon a la resposta explícita de l'entrevistat; entrevistador i entrevistat entenen de la mateixa manera, es suposa, el sentit de la pregunta i de la resposta. Hom fa la interpretació a partir de les dades subministrades per l'entrevistat i directament sobre aquest material recollit.

Indirecta: el sentit real de la pregunta o de la resposta pot no coincidir amb llur sentit aparent. Aquesta significació s'obté a partir de les dades subministrades per l'entrevistat. Hom parteix de la hipòtesi que hi ha alguna diferència entre el que la persona explica i allò que és o fa. Les respostes, doncs, no són més que indicis de la situació real.

Com observa Marcus Steiff, l'entrevista indirecta, en interpretar, es preocupa més per tots els elements que participen del context. Per emprar aquesta mena d'entrevista, cal tenir una actitud particular i conèixer unes tècniques especials. Aquestes tècniques incideixen en la forma de la pregunta, la forma d'obtenir les dades i en la interpretació de les respostes. Poden ésser:

- 1r. Tècniques associatives (les quals interpreten a partir de l'experiència psicoanalítica).
- 2n. Tècniques projectives.
- 3r. Tècniques no verbals.

Volen descriure una veritat no formulada de la qual sovint ni l'entrevistat és conscient.

Les nocions directa-indirecta i dirigida-no dirigida no tenen per què coincidir: una entrevista no dirigida acostuma a ésser directa, si més no al nivell de les dades. Durant l'entrevista només es considera la visió o la comprensió que el subjecte té del problema o a què ha arribat. No s'interpreten les dades aportades. Una vegada recollides, però, hom pot analitzar-les d'una manera indirecta, és a dir, depassant allò explícit.

c) Entrevista extensiva o intensiva

Aquests conceptes no subdivideixen les classificacions anteriors.

L'objecte de les entrevistes extensives és de medir un percentatge de freqüència i de permetre una quantificació estadística. Les entrevistes intensives, en canvi, tenen per objecte la investigació de les estructures o dels tipus de respostes individuals. S'empren només en estudis comprensius o clínics.

Aquesta classificació ens és donada per la quantitat i la profunditat de les entrevistes realitzades, és a dir, pel conjunt de mitjans que hi actuen.

Les entrevistes extensives cerquen la rapidesa i la totalització; són amb freqüència directes i dirigides; l'entrevistador estructura de bon principi la informació i de la mateixa manera per a tots els entrevistats. Aquesta noció, doncs, correspon a entrevistes

emprades en una etapa d'investigació del camp professional.

Les entrevistes intensives poden ésser dirigides o no, directes o no. Pretenen més profunditat i uns elements més complexos.

Defineixen millor les que empra l'assistent social durant la seva relació assistencial amb l'usuari.

Aquestes menes d'entrevistes, que poden semblar-nos molt diverses i allunyades, en realitat no s'oposen ni s'exclouen. Al contrari, són tècniques fragmentàries i cal considerar-ne la utilització successiva, com quan hom fotografia alguna cosa des d'angles o, més aviat, des de nivells diferents: fotografies de conjunt d'un individu, clixés ampliats del seu rostre i de la seva expressió, radiografies limitades a òrgans ocults, etc.

Donem tanta importància a la tècnica de l'entrevista per què ocupa el centre de la psicologia social. Planteja els problemes de les relacions interpersonals i és l'instrument i el vehicle de tota relació assistencial que estableixin l'assistent social i l'usuari.

L'entrevista, fins i tot la més superficial, és infinitament complexa. És indubtable que existeix una tècnica de l'entrevista, però més que una tècnica és un art. Es tracta d'una interacció i, per tant, convé de tenir en compte factors que poden dificultar-la i entorpir-la:

FACTORS NEGATIUS: LES DEFENSES QUE GENERA L'ENTREVISTAT

L'entrevista desencadena una reciprocitat d'accions. No hi intervé només la idea que un té de l'altre ans cadascú vol endevinar què deu pensar l'altre d'ell. En aquesta relació són cabdals els mecanismes de defensa de l'entrevistat. És molt important de tenir en compte qui ha sol·licitat o ha provocat l'entrevista. En aquest sentit, la relació assistencial pot trobar-se amb dues menes d'entrevista:

- 1.- la que és sol·licitada per l'usuari, és a dir, quan aquest recorre al servei o a l'agència i l'entrevista li representa una possible ajuda (tècnica, econòmica, psicològica, informativa, etc.). La seva actitud general serà d'acceptació, si bé certes preguntes o la manera de fer-les poden incomodar-lo.

Imaginem que un individu va a demanar ajuda en un centre de serveis socials. Provarà de conciliar l'afany d'atènyer el seu propòsit, que el fa parlar, amb les crides del seu amor propi, que volen silenciar-li allò que li és penós, com per exemple que la seva muller sigui alcohòlica. Dit altrament, no reacciona en termes objectius ("L'assistent social hi és per servir") sinó en termes subjectius, si fa no fa inconscients: donar a l'assistent social una imatge determinada d'ell mateix i de la seva família.

- 2.- L'entrevistat no ha sol·licitat l'entrevista ans l'assistent social s'hi dirigeix. En són exemples: les entrevistes amb malalts internats en un hospital, amb alumnes que ingressen en una escola professional, amb familiars que cal conèixer per diagnosticar o resoldre un cas, amb nois que recorren a un centre obert" (prevenció), etc. Ací les reaccions d'oposició poden ésser molt més clares. L'assistent social ha de conèixer aquests mecanismes de defensa amb què pot topar-se sovint. Va estudiar-los especialment Freud. En farem una breu definició.

La fugida: Des de la negació brutal a respondre fins a mentir (Respostes insinceres).

La racionalització: L'entrevistat es justifica per mitjà d'una explicació en què creu però que no s'adiu amb la realitat. Som al límit del rebuig.

La projecció: Atribueix als altres les pròpies actituds.

La introjecció: Creu que ha escollit l'ordre imposat, és a dir, que ell té el poder de la relació establerta.

La identificació: L'entrevistat es conforma amb la idea que imagina que l'entrevistador té d'ell i s'identifica amb la imatge que projecta. És una actitud perillosa durant la relació de l'entrevista.

El complex reprimit: Aquest complex allunya de la consciència els desigs que ens culpabilitzen. Segons Freud, hi ha desigs que, tot i que són rebutjats fins a ignorar-los, conserven la seva energia i aquesta energia és exterioritzada ara conscientment

i acceptable. La dificultat rau a descobrir la veritable motivació de l'entrevistat quan, per definició, n'és inconscient i, per tant, la ignora (4).

El retorn: El desig culpable és projectat pel subjecte sobre ell mateix. L'entrevistat té una conducta masoquista i tendeix a menysprear-se.

L'oblit: És similar al complex reprimat, però s'estén als fets, no als desigs. La naturalesa dels oblits és simptomàtica atès que cadascú s'organitza els records i, generalment, tendeix a oblidar allò que li ha estat desagradable.

Fetes aquestes consideracions, podem parlar de la relació assistencial com a pràctica professional o procediment que habitualment empra el professional.

L'entrevista és ahora un instrument, puix que és un vehicle d'aquesta relació, i una tècnica, atès que la seva complexitat obliga a dominar diversos aspectes i la situa al centre de la psicopsicologia.

RELACIÓ DE LA INTERVENCIÓ PROFESSIONAL A NIVELL INDIVIDUAL AMB AQUESTA TÈCNICA

Relació assistencial a nivell individual

La relació assistencial que desenvoluparem ací empra l'entrevista com a instrument d'aplicació. Anomenem "procediment" el procés d'interacció que s'estableix entre el professional i el client (5) per aconseguir de canviar la situació que "angoixa" aquest darrer.

El suport d'aquesta relació, doncs, és l'entrevista. Per mitjà d'ella, el professional "acompanya" el client, durant la interacció, en el diàleg amb ell mateix, perquè analitzi i clarifiqui la seva situació (Rogers); ahora, és un recurs, atès que, en general, aporta una solució a una situació de carència.

Hem d'apuntar, un altre cop, que l'assistent social es mou en el binomi recurs-necessitat. Aquesta és la pràctica professional cor-

rent que hem observat i creiem que ha d'ésser aquest el paper de la professió dins la societat actual i futura pròxima (6), deixant les actuacions més terapèutiques a d'altres professions.

Abans d'endinsar-nos en aquests procediments hem de fer algunes consideracions. Les tècniques d'acció, o tècniques de tractament, han d'escollir-se a partir dels elements recollits durant l'estudi social i el diagnòstic. El mètode ajuda a concretar-les. Abans, però, diguem alguna cosa de l'enfocament o "approche", concepte molt utilitzat recentment a les ciències socials. Segons Grawitz, "L'approche", en sentit figurat, es refereix a un mètode intel·lectual. No comprèn les etapes sistematitzades i visibles de la tècnica, ni la rigor intel·lectual del mètode. És, sobretot, una actitud que suposa subtileza i prudència i que es caracteritza per una gran vigilància i respecte pel fet o objecte (...) En això consisteix l'enfocament (...). Es tracta d'una forma d'ésser i d'observar caracteritzada per una actitud mental i no per etapes rígides" (7).

Les tècniques d'acció o procediments, doncs, poden ésser fruit d'una opció operativa de l'assistent social o de l'equip que es derivi d'aquest enfocament o "approche". Insistim en aquest aspecte perquè ens sembla necessari que el professional pugui explicitar sempre aquest enfocament, com l'equip interdisciplinari del qual més endavant analitzarem una actuació que considera "que el model d'atenció ha de centrar-se en la problemàtica específica i dominant del subjecte i a elaborar conjuntament amb ell els recursos per sortir-ne" (8). En això consistiria l'enfocament o "approche". Després, el mètode sistematitzaria les actuacions a realitzar mentre que les tècniques que ens ocupen serien, com ja hem dit, les etapes d'operacions limitades, coordinades pel mètode.

Tot i que ara donarem unes mínimes pautes directives per emprar aquests procediments i que les exemplificarem amb l'anàlisi de diversos casos, ha de quedar ben clar que en aquesta relació assistencial allò que importa no són aquestes directives sinó la presència en l'assistent social de certes actituds envers el client i d'una concepció de les relacions humanes.

En la relació que estableixen l'assistent social i el client intervenen molts factors psicològics que el professional ha de conèixer si vol desenvolupar adequadament el procediment clarificador.

La influència de Rogers en aquestes tècniques d'actuació i de relació a nivell individual és remarcable. Per tant, tot i que en algun moment ho explicitem, fem l'anàlisi d'aquestes relacions des d'una òptica rogeriana i els conceptes que emprem pertanyen a la seva teoria.

Formes de relació assistencial

Dèiem que les tècniques d'acció individual s'han d'escollir segons les dades que l'estudi local ens aporta, car aquestes ens indicaran quin és el comportament normal de l'usuari/client. Al servei o al despatx de l'assistent social, hi poden acudir:

- 1.- Persones amb un funcionament normal que s'enfronten amb importants dificultats externes les quals els produeixen una manca/angoixa que pot ésser:
 - de salut.
 - problemes socioeconòmics.
 - de "qualitat de vida".
 - escolars, etc.
- 2.- Persones a les quals s'ha diagnosticat un comportament amb alguna irregularitat:
 - a) Personalitats incapaces d'enfrontar-se per elles mateixes a la realitat exterior per causa:
 - d'un estat transitori de xoc físic o afectiu.
 - d'un canvi brusca en la vida o en el seu paper social: immigrants amb un estat transitori d'ansietat, etc.
 - de l'edat: nens adolescents, alguns vells, etc.
 - b) Personalitats pertorbades el funcionament de les quals és limitat per afeccions orgàniques, psicològiques o intel·lectuals:

- totes les persones amb tendències psicòtiques, és a dir, que perden el contacte amb la realitat.
- els deficients psíquics.
- els afectats del sistema nerviós central.

3.- Persones amb comportaments i actituds contraris al seu desenvolupament. Només es troba afectada part de la persona, no la seva globalitat; la persona presenta trets neuròtics que no el priven de funcionar satisfactòriament fora d'aquesta zona.

Adequació del procediment a la relació assistencial

Al grup 1 és suficient d'emprar el procediment que anomenem "Utilització dels recursos del medi".

El caràcter de la relació entre l'assistent social i l'usuari és el d'una relació objectiva normal. És a dir, que la persona veu l'assistent social com un professional en qui pot confiar però en qui no descarregarà una càrrega afectiva extra.

L'assistent social, d'altra banda, tractarà els problemes del client tenint en compte els factors d'ordre personal -actituds, conviccions, necessitats, temors, desigs- que aquest posa en joc.

Ens referim als següents recursos:

- el mateix servei social a què es recorre.
- altres serveis socials.
- legislació social.
- equipaments del sector, barri o comunitat, tant públics com privats.
- xarxa social del client: família, amics, veïns, etc.
- recursos personals: altres professionals, treballadors voluntaris, etc.

Sense voler donar unes directives d'actuació, suggerim alguns punts que cal recordar, tenint present allò que hem dit sobre l'actitud del professional:

- Reconèixer verbalment i ajudar la persona a expressar els seus sentiments i les seves dificultats en allò que es refereixi al problema en qüestió.
- Indicar els recursos i donar la informació necessària que permetrà al client d'accedir-hi.
- Ajudar l'usuari en algunes qüestions, bé a preparar-les, bé acompanyant-lo, si s'escaigués.
- Procurar de posar a la disposició i abast del client aquells recursos que no pugui obtenir directament.
- Intervenir en la situació concreta de la persona, directament o indirecta (vivenda, treball, escola, lleure, relacions familiars i socials, etc.).

A continuació, exposem alguns exemples i els analitzem en funció d'aquestes directrius.

EXEMPLE: CAS A.Breu notícia sobre el centre en què es va tractar aquest cas

Servei de Planificació Familiar dependent de l'administració local (9).

Aquest servei actua amb un equip interdisciplinari format per una metgessa ginecòloga, cinc consultores -entre les quals hi ha psicòlogues- i una assistenta social, totes elles dones.

L'àmbit d'acció és comarcal atès que rep visites de fora del municipi en què es troba. Els seus serveis concrets són: informació, assistència ginecològica i medicina preventiva per detectar el càncer de coll de l'úter i de mamella.

Quant al seu funcionament, el centre obre cada dia des de les nou del matí a les tres de la tarda. Cal convenir l'hora d'assistència, per telèfon o passant personalment CMFF.

Cada dia, entre les nou i dos quarts d'onze, es fa una xerrada informativa col·lectiva i un col·loqui, a càrrec de dues consultores. Després, les consultores i la ginecòloga s'encarreguen de les visites assistencials, les quals consisteixen: Historial clínic. Exploració mamària i abdominal. Exploració ginecològica. Citologia, fresca si s'escau, tacte vaginal. Orientació sobre la contracepció. Tractament de les afeccions ginecològiques si s'escau.

L'assistència és gratuïta. Només es cobra la citologia i el material contraceptiu que vulgui emprar la usuària (i que no sigui venut a les farmàcies).

Els matins dels dissabtes es fan xerrades informatives de planificació familiar per a homes i dones, sobre els temes més puntuals: menopàusia, sexualitat, etc.

L'equip del centre es reuneix dos cops per setmana per resoldre les qüestions de funcionament general i discutir els temes que sorgeixen de les xerrades i dels historials clínics i socials.

L'assistent social pot fer-se càrrec de nous casos:

- Si la usuària demana directament atenció social.
- Si les consultores detecten una problemàtica social a les xerrades informatives o a la primera entrevista.
- Si acuden al centre amb una problemàtica anterior o posterior a l'avortament.
- Si la usuària demana l'esterilització clínica, cas en què es citada amb la seva parella per entrevistar-se amb l'assistent social.
- Alguns casos derivats d'altres serveis socials van directament a les seves mans, sense passar per la xerrada col·lectiva.

Explicació del cas A.

La usuària, R., té 36 anys i és casada. Mestre de professió, no exerceix des que es va casar; actualment és mestressa de casa. Té quatre fills: onze anys, amb problemes psicològics; vuit anys, mongòlic; set anys i dos anys. Segons la mare, aquests dos darrers són molt nerviosos. Viuen a la vora de Barcelona. El marit té 38 anys i és conserge. Els nens van a escoles del barri o del municipi, excepte el mongòlic, que va a una escola especial.

El matrimoni demana l'esterilització definitiva (lligadura de trompes). No demanen el concurs de l'assistent social, però atesa la mena de petició és ella qui els rep.

Entrevista amb la parella. La usuària està molt nerviosa i gairebé no té veu. Ella ho atribueix als nervis que té; diu que li ha passat altres cops i que una vegada fins i tot va tenir una paràlisi facial. Tot ho atribueix als nens.

L'assistent social els informa extensament sobre les formes possibles d'esterilització definitiva: vasectomia o lligadura de trompes. Durant l'entrevista, la usuària expressa la seva preocupació i el seu estat ginecològic; no vol tornar a quedar prenyada i, a més, sofreix molèsties i desarreglaments. Després de parlar-ne, la

parella decideix de fer la vasectomia. Es demana una revisió ginecològica a fons i el consegüent tractament.

Aquesta primera informació emprà el mateix centre com a recurs per donar una resposta, fins i tot més àmplia que no demanava la usuària, però sempre a partir de l'explicitació per part d'ella de les seves necessitats.

Es fa el reconeixement ginecològic i s'indica el tractament adient.

A partir de les converses, aflora un nou problema de la usuària: es queixa dels fills, de la feina que li donen (els ha d'anar a recollir a l'escola per separat), del nerviosisme que traspuen i de les dificultats de tracte que hi té.

El marit col.labora molt, a casa, i manifesta preocupació pels fills. Ell assisteix a les reunions de pares de les escoles. Ell participa a les reunions de l'associació de veïns, etc., atès que es preocupa pel barri els seus problemes. La usuària resta sempre a casa.

Ella explicita que no se sent lligada pel marit, que és comprensiu i que l'ajuda. Poden acarar junts problemes delicats, com el que ens ocupa, de la qual cosa es dedueix que a la parella hi ha bones relacions i que mabdós presenten una personalitat estructurada i adulta.

Finalment, sorgeix una tercera demanda que podríem definir com "qualitat de vida" per part de la usuària. Havia estat mestra i actualment se sent preocupada pels problemes del barri, però no actua directament ans ho fa a través del "canal" del marit. Aquesta situació i la seva història personal anterior engendren un conflicte del qual encara és inconscient però que s'amaga darrera d'algunes de les frases i dels desigs que manifesta. L'assistent social suggereix de trobar una activitat que li permeti de sortir de casa; proposa que parlin amb l'assistent social del seu barri per tal de trobar aquesta activitat entre tots.

Ací s'empra un recurs que existeix a la comunitat, l'assistent social de barri, per resoldre una tercera demanda que ha estat formulada en el transcurs de l'entrevista, una vegada resoltes les peticions anteriors.

L'assistent social de barri proposa a la usuària que organitzi, a partir dels seus coneixements, la biblioteca de l'associació de veïns, cosa que ella accepta perquè l'horari li permet de continuar tenint cura dels seus fills. La parella decideix també que sigui ella qui assisteixi a les reunions de les escoles, atès que, tenint en compte els seus coneixements i que tracta continuadament els seus fills, és el membre de la parella que pot fer-ho millor.

S'ha tornat a emprar un recurs de la comunitat, el treball a l'associació de veïns, que respon als desigs, de primer inconscients, de la usuària i que han estat explicitats mercès a la relació assistencial.

RESUM DEL CAS A.

1.- Què es pretén amb la tècnica d'"utilització dels recursos de la comunitat"?

Es pretén de resoldre un problema de salut a través del recurs: el centre de planificació familiar, que comprèn dos aspectes, un de físic (diagnòstic i tractament ginecològic) i un de psíquic (la informació que permet de clarificar la situació).

Aquesta clarificació va a raure en la utilització d'altres recursos que afavoreixen la modificació de la imatge personal de la usuària i li donen seguretat car responen als seus desigs inconscients d'ésser útil a la societat.

2.- Quins són els seus fonaments teòrics, filosòfics i científics?

Per una banda, els arren de tota teoria psicològica sobre l'entrevista i, concretament, d'un enfocament rogerià que parteix del principi que tot problema és tractat tenint presents els factors d'ordre personal -conviccions, necessitats, temors, desigs, etc.- que la persona posa en dansa.

També parteix d'una opció teòrica del treball social segons la qual hi ha una dimensió social del problema de l'usuari i de la forma de resoldre'l. S'ha superat així l'enfocament del treball social sobre els límits individuals d'una època històrica en què l'únic centre, fos quina fos la relació assistencial que s'establís, era l'individu.

3.- Què s'espera del professional que l'empren?

En aquest cas, l'usuària vol establir una relació objectiva, normal, car veu en l'assistent social un professional que la pot informar i que pot ajudar-la a clarificar una situació. És a dir: hi confia, en tant que és un tècnic, però no hi projecta una càrrega afectiva excessiva o extraordinària. En cap moment no es crea dependència.

4.- Qui és l'usuari i què se li demana?

Aquesta utilització dels recursos es dirigeix simplement a la usuària.

5.- Què s'esdevé durant el procés o tractament?

S'assoleix de clarificar els desigs inconscients de la usuària, la qual no estava satisfeta amb la seva imatge ni amb el paper que se li havia atorgat. A través de la relació assistencial, acostant a la usuària els recursos de la comunitat i la comunitat familiar, s'aconsegueix de canviar aquesta imatge i trobar-li un rol més adient als seus desigs i a les seves aspiracions.

6.- Hi ha indicacions o contraindicacions per seguir aquest procediment?

La història social ens facilita els elements suficients per veure que es tracta d'una persona que té un funcionament normal i que s'enfronta a una dificultat de salut i de "qualitat de vida". La utilització d'aquesta tècnica és suficient i no presenta contraindicacions.

7.- En quin context institucional s'aplica?

Es tracta d'un centre de planificació familiar, l'objectiu del qual és: informar, facilitar l'assistència ginecològica i practicar la medicina preventiva. La usuària cerca això i rep la resposta adequada. El context institucional, per tant, és coherent i no produeix cap contraindicació ni conflicte al professional ni a la usuària.

EXEMPLE: CAS V.

El segon exemple tracta el cas d'una de les persones que abans hem classificat, dins el grup 2b, com personalitats el funcionament de les quals és limitat per afeccions orgàniques, psicològiques o intel·lectuals i que presenten una pèrdua de contacte amb la realitat. Veurem com, en aquests casos, una tècnica que permeti de desenvolupar la relació assistencial se centra en la incapacitat d'aquestes persones d'afrontar la realitat externa i ha d'establir una relació de tipus paternal.

Aquesta incapacitat els fa dependre d'altres i aquesta dependència és institucionalitzada de tal manera que, en alguns casos, es crea una forma de vida "itinerant", d'una institució en una altra. Les institucions que es fan càrrec d'aquestes persones, en nom de la societat, agreugen així una situació d'"infantilisme", la manca de maduresa cara a la vida.

L'exemple que aportem és un cas amb què va trobar-se l'equip interdisciplinari d'un alberg municipal (10). De primer, hem de centrar el concepte de marginat i el model de relació assistencial que proposà aquest equip per poder veure com es va aplicar el model en aquest cas i entendre, alhora, la problemàtica de l'usuari marginat.

"El concepte de marginats: la pràctica del treball (...) ens mena a considerar "marginat" aquell individu o grup que, per la seva conducta, la seva situació o la seva alternativa, diferent de la considerada idònia per la societat de referència, es nega o és impossibilitat fisiològicament o social de participar dels objectius, valors o normes que fixa la ideologia dominant i es veu sotmès a una acció d'exclusió per part de la societat, la qual designa per a ell mesures especials de control social (...)

Cal destacar que la població atesa presenta uns trets específics de marginació urbana els quals li permeten de mantenir la seva situació, atesa la diversitat de recursos assistencials i d'altres serveis que hi ha a Bar-

celona. De més a més, ens trobem en una típica ciutat urbana, abocada al mar i amb una subcultura que exclou i admet alhora tot subjecte transeünt. Aquesta ambivalència fa de Barcelona un perfecte camp de cultiu per augmentar i agreujar la marginació que, a més, és sostinguda institucionalment" (11).

Ara presentarem els conceptes de treball social o el model de relació assistencial que propugnen. De primer, defineixen una mena de treball social que considera negatiu:

"Des d'una òptica purament institucional (...) el treball social (relació assistencial), per inserir l'individu dins altres institucions, cronifica el problema i, per tant, no és treball social; actua com a tranquil·litzant en un model de societat que no vol assumir les seves pròpies patologies; despersonalitza totalment l'individu en ésser incapaç de mantenir altres punts de referència que li permetin de superar aquesta situació" (12).

Presenten el model de relació assistencial: "L'equip interdisciplinari dels albergs considera que el model d'atenció ha de centrarse en la problemàtica específica i dominant del subjecte i que ha d'elaborar conjuntament amb ell els recursos que li permetran d'existir-ne. Actuació preventiva, atès que no es cronificarà aquesta problemàtica.

"Això suposa NO ajustar el subjecte a les característiques d'altres institucions, ja que crea l'aprenentatge de la manipulació institucional. Una relació assistencial que potenciï al màxim les capacitats del subjecte i que li permeti de seguir mantenint el seu poder de relació amb la societat SI que s'haurà de promoure" (13).

"Hem de destacar que tot l'equip serà qui permeti de globalitzar les problemàtiques en possibilitar un treball més ampli i profund de reforcament de la personalitat de l'atès" (14).

Explicació del cas V.

Una noia de vint-i-cinc anys és duta per la Guàrdia Urbana a l'alberg municipal.

A l'entrevista amb l'assistent social, la noia explica que ha estat internada dins d'institucions psiquiàtriques i que ara no té domicili perquè ha fugit. La família la rebutja completament. Ha viscut des de la infantesa en institucions preventives o psiquiàtriques.

En arribar a l'alberg, el seu comportament crida l'atenció del personal del centre: plora, crida, no capeix el que li diuen, etc. Malgrat això, l'assistent social observa, a l'entrevista, que no té cap deficiència mental ans es tracta d'una personalitat desestructurada.

Hem de tenir en compte que la usuària/client no ha sol·licitat l'entrevista i, per tant, pot accionar un seguit de mecanismes de defensa, com hem apuntat més amunt.

L'equip interdisciplinari comença a treballar amb la noia, que resta un temps en el centre. El metge i el psicòleg confirmen que la problemàtica no és somàtica i que no hi ha deficiències mentals. És clar que es tracta d'una desestructuració a nivell psicològic.

En no oposar-s'hi, l'equip contacta amb els professionals de les institucions on ha estat i amb la seva família, però no es modifica la seva estada a l'alberg.

Ara l'equip ha d'establir amb la noia el pla de relació assistencial. Hom vol crear-li nous punts de referència que ampliin els anteriors (les institucions en què era acollida) per estructurar una personalitat més autònoma.

"És a l'experiència (15) on han d'arrelar les directrius d'una línia de conducta veritablement fecunda, encara que aquestes directrius puguin semblar, de bon principi, vacil·lants i imperfectes i que puguin ésser susceptibles d'error" (16).

Tot el plantejament de la relació assistencial que analitzem es basa en la idea que "l'ésser humà té la capacitat, latent o manifesta, de comprendre's ell mateix i de resoldre prou els seus problemes com per assolir la satisfacció i l'eficàcia necessàries per

a un funcionament adequat. Té igualment una tendència a exercir aquesta capacitat (...) L'exercici d'aquesta capacitat requereix un context de relacions humanes positives, favorables a la conservació i a la valoració del "jo", és a dir, requereix relacions no gens amenaçants ni desafiantes per a la concepció que el subjecte es fa d'ell mateix" (17).

D'antuvi, l'equip interdisciplinari va pretendre que el punt de referència de la noia fos la institució (l'alberg, amb tot el seu personal: guàrdia urbana, curadors, assistents socials, metge, etc.) i que tot el personal ajudés a "contenir" la seva personalitat en els moments que "s'escapava" per mitjà de comportaments fàcils, infantils o dependents per cridar l'atenció. A les altres institucions havia après a plorar, a cridar i a fer rebequeries per obtenir els seus propòsits; ací, hom es va proposar no renyar-la, no fer-ne cas, per tal que el seu esquema de conducta es desmuntés i fos substituït per altres esquemes de comportament. Se la va anar "educant", doncs, com s'educa un nen petit. Una sola persona havia de tenir autoritat real sobre ella; l'assistent social va ésser aquest punt de referència de persona.

Realment, en aquesta figura paternal (assumida per un assistent social) hi havia implícits un seguit de perills per a la relació assistencial, per a l'assistent social i per a la client.

Si es va escollir l'assistent social per encarregar-se d'aquesta relació fou perquè es creà un vincle d'empatia instantània que fou considerat per l'equip com un aspecte positiu per a qualsevol relació amb la noia i amb l'equip.

Pot presentar els següents perills:

- Mantenir una relació d'aquesta mena produeix una gran fatiga i es possible que calgui suspendre-la.
- Hi ha un gran "transfert" afectiu del subjecte/client a l'assistent social; aquell veu el professional com qui ho pot tot, de manera que es crea una dependència contrària a l'objectiu.

- En reconèixer els sentiments de l'usuari, per potenciar-los o treballar-hi, hom pot tenir dificultats o errors de judici. Cal no jutjar-los per poder-los controlar i, així, avançar el tractament.

Una relació tan llarga (1979-1981) i tan densa no pot condensar-se en quatre línies escrites que no reflectiran, ni de bon tros, la riquesa de relacions, sentiments, avenços i retrocessos que hi hagué.

Durant aquesta relació cal tenir en compte alguns punts:

- Reconèixer verbalment la persona i ajudar-la a expressar els sentiments, les dificultats, les possibilitats.
- Que l'actitud paternal servirà:
 - . Per ajudar la persona a explicar-se la realitat, a percebre-la.
 - . Per ajudar la persona a avaluar la realitat, amb la participació activa de l'assistent social.
 - . Perquè l'usuari compregui les alternatives i les eleccions que se li presenten.
 - . Per preveure amb la persona les conseqüències d'aquestes eleccions.
- Demostrar a l'usuari com es pot afrontar la realitat perquè ho aprengui per imitació.
- Fer-li prendre consciència dels progressos a partir de l'anàlisi conjunta en què es podrà cridar l'atenció sobre allò que està ben fet i que abans no feia.
- Servir-se de l'autoritat quan calgui establir límits, fites realistes, camins.

Hom va donar suport a la relació assistencial personal amb una sèrie de recursos del medi. La noia va rebre l'ofertament d'escollir entre diversos treballs a què es donava la possibilitat que veiem en els punts anteriors. Es tractava, concretament, de fer de cangur i d'assistir a l'escola per a adults. Ella s'havia adonat que necessitava de reforçar la seva exigua formació per poder-se desenvolupar sola.

Els treballs esporàdics, si més no, atès que en aquell moment no podia lligar-se a un treball fix, li permetien de viure pels seus mitjans. De primer, va viure amb una família que coneixia el seu problema "recurs de "persones" que l'assistent social coneixia i va poder aconseguir). Això va ésser el pont entre la institució i una vida més autònoma. Sense ésser una serventa, feia algunes tasques per a la família, com tenir cura dels nens, etc. Finalment, va poder viure pel seu compte en una residència de noies.

Després de dos anys, encara té dificultats per romandre en l'activitat empresa, és a dir, li falta continuïtat en les tasques. Però, tot i que manté certa relació de dependència amb l'assistent social, pot viure autònomament.

El binomi necessitat/recurs es torna a presentar en la solució d'aquest cas. La utilització de recursos, tant de tipus personal com del sistema educatiu oficial, se'ns apareix un altre cop com quelcom d'específic del treball de l'assistent social. Quelcom que no és només una teràpia o un tractament psicològic, puix que la dimensió social de la persona és un aspecte important de la intervenció del professional del treball social. És, de fet, la seva aportació específica a l'equip interdisciplinari.

En certa manera, l'aspecte social s'assimila a una de les funcions de l'educació: la socialització de l'individu, és a dir, aconseguir que les relacions entre aquest i la societat siguin equilibrades, autònomes i gratificants per a la persona i, alhora, per als grups als quals pertany.

RESUM DEL CAS V.

1.- Què es pretén amb aquesta tècnica d'"ajuda psicològica basada en la relació centrada en els problemes"?

En aquest cas, es pretén d'aconseguir l'estructuració de la personalitat. El problema que es presentava era que la relació individu/societat havia estat deformada per una "sobrepotecció" de la societat a través de les institucions i per un "abandonar-se" l'individu a aquesta relació dependent.

2.- Quins són els seus fonaments teòrics, filosòfics i científics?

Aquest procediment o tècnica presenta un enfocament rogerià i n'usa els conceptes i la terminologia. També parteix d'un concepte determinat del treball social, el qual és explicat als professionals de l'equip a la presentació del seu programa d'actuació. En aquest concepte del treball social, poden trobar-s'hi influències dels corrents de la pedagogia institucional i de l'anàlisi institucional. La programació feta per l'equip palesa aquestes influències i, en part, s'hi basa. La tècnica emprada, doncs, és una conseqüència d'aquesta programació.

3.- Què s'espera del professional que l'empra?

En aquest cas, el client no acut lliurement i autònom al professional i, per tant, el paper que li atribueix no és explícit en iniciar-se la relació. Aquesta relació professional/client no s'estableix, com en el cas anterior, per voluntat del client, ans ve donada per una situació determinada per un problema. En desenvolupar-se la relació assistencial, el paper que el client atribueix al professional canvia. No hem analitzat prou el cas, en aquest aspecte, per poder definir els diferents rols o la transformació paulatina del paper del professional vist des de l'òptica del client. Nogensmenys, volem fer notar que hi ha un canvi qualitatiu en la forma com el client veu el professional, des de l'inici de la relació i a mida que avança: de veure'l com una persona de qui es pot "treure" tota mena d'ajuda a veure-hi la persona en qui es pot confiar, a través de diversos graus de dependència, positius i negatius.

4.- Qui és l'usuari i què se li demana?

El client, en aquest cas, és la noia que és atinguda a l'alberg municipal. Se li demana un esforç constant per avançar en l'aprenentatge de la relació amb la societat. Hem de remarcar que la noia no demanava aquest ajut sinó un altre de molt diferent. Aquesta situació no pot deixar-se de banda atès que, com hem dit abans, tot plegat són factors que influeixen en l'entrevista que vehicula la relació assistencial.

5.- Què s'esdevé durant el procés o tractament?

És un procés educatiu de socialització i d'estructuració de la personalitat per assolir un funcionament autònom. Es dona, doncs, un aprenentatge del client a través, en aquest cas, de la relació parental establerta amb l'assistent social. Podem equiparar aquest procés al dels primers anys de vida de l'infant, puix que la client no l'havia seguit d'una manera "nor-el".

6.- Hi ha indicacions o contraindicacions per seguir aquest procediment?

Hom assenyalat abans un seguit de perills: la fatiga psicològica del professional i l'excessiva dependència del client són els més importants i els més freqüents. S'aconsella d'emprar-la només quan es coneix profundament el cas, hi ha un domini privat de la tècnica i s'ana itzen constantment les situacions.

7.- En quin context institucional s'aplica?

L'equip interdisciplinari es planteja una nova forma de treballar des d'unes estructures assistencials que hom pretén de canviar. La claredat dels objectius, doncs, dona molta cohesió al grup i això facilita el suport de tot l'equip a l'hora d'aplicar una tècnica amb dificultats, com aquesta, tant per a l'equip com per al client.

EXEMPLE: CAS T.

L'exemple que presentem a continuació il·lustra el tipus de relació assistencial que s'estableix entre l'assistent social i persones amb comportament i actituds contraris al seu desenvolupament. Aquestes persones, que hem classificat en el grup 3, poden presentar trets neuròtics. A la relació que s'estableix, hi trobem elements referencials.

Aquesta tècnica, que anomenem "ajuda psicològica a través d'una relació centrada en la persona", té per fonament:

- Reconèixer verbalment la persona i ajudar-la a expressar els sentiments. Les dificultats i les possibilitats sobre el problema tal com ella el viu.
- Ajudar la persona a emprar la realitat després de percebre la realitat interna i externa, avaluar-la, considerar les alternatives i avançar-se a les conseqüències d'una elecció.

L'assistent social:

- no tria els punts a tractar, segueix la persona i mai no la precedeix.
- reformula el que li diu la persona.
- alguns cops, fa petites síntesis que ajuden a aclarir el pensament.
- cabdella les idees dominants que enuncia la persona i les hi retorna amb més claredat.
- mai no dóna la seva opinió.

Conservem la forma i l'estil en què l'assistent social va presentar-nos el cas atès que ens sembla que també pot servir de model d'actuació professional. Ens referim especialment a l'apartat de documentació que tracta la comunicació entre professionals, puix que aquest exemple il·lustra la teoria que exposem en aquell capítol.

Explicació del cas T.

El senyor T., de 43 anys, és casat i té quatre fills (tres nois i una noia). Treballa en una empresa des de fa vint-i-tres anys. La seva dona és mestressa de casa. Ambdós no han nascut a Barcelona. Els fills sí. Ell és tècnic de grau mig.

El Sr. T. ja havia recorregut al servei diverses vegades per demanar ajut de l'assistent social en qüestions d'indole familiar: malaltia dels fills, vivenda, sol.licitud de subvencions, etc.

La situació actual s'inicia el maig de 1980. La Direcció proposa al Sr. T. de canviar de lloc de treball. Fins aleshores sempre havia treballat a les ordres d'un mateix cap de secció i va manifestar a l'assistent social, més d'un cop, que estava molt identificat amb el seu superior, el qual li tenia la màxima confiança.

El Sr. T. accepta la proposta i canvia de cap.

Pocs dies després, la muller del Sr. T. telefona a l'assistent social. La conversa fou la següent:

Sra. T.: Fa uns quants dies que trobo estrany el meu marit. Gairebé no menja, no dorm. Em sembla que tot és fruit del canvi de treball.

A.S.: Li n'ha dit alguna cosa, ell?

Sra. T.: No, no. No me n'ha dit res. Però és molt casual que aquesta actitud es doni precisament ara. Jo mai no l'havia vist tan nerviós.

A.S.: Potser seria millor deixar passar alguns dies per veure si continua igual. Si fos així, no li sembla que hauria de preguntar-li-ho?

Sra. T.: Qui? Jo?

A.S.: Potser, Vostè és la persona en qui ell confia. És possible que si li insinua alguna cosa ell li ho expliqui tot. De tota manera, li ha dit alguna cosa sobre la seva conformitat amb el canvi? Creu que no l'ha acceptat?

Sra. T.: Sí, l'ha disgustat molt que el canviessin. Pensi que s'hi trobava molt bé, amb el Sr. X. Però aquest altre senyor és força estrany i vostè sap que fa uns anys ja van buscar-se les pessigolles. Jo crec que això no es fa. Que després de tots aquests anys és com si hagués canviat d'empresa.

A.S.: I vostè què creu que puc fer-hi?

Sra. T.: Ah! Doncs parlar amb la direcció perquè el retornin al seu lloc. (Amb èmfasi, molt segura) Això vostè pot fer-ho.

A.S.: Creu que puc fer-ho?

Sra. T.: Ah, no? Estic segura que si vol vostè pot donar-li suport.

A.S.: Donar-li suport?

Sra. T.: Sí, en la seva petició.

A.S.: Així, demanarà el trasllat?

Sra. T.: No ho sé. Però ell... és que no sembla el mateix. (Molt nerviosa.) Jo de veritat que no sé què dir-li. Pateixo, però, perquè acabarà malament si continua amb aquest disgust. (Plora.) No puc resistir-ho.

A.S.: Em sembla, Sra. T., que vostè també està molt disgustada. Si vol podem parlar-ne personalment. Ho li sembla que és poc prudent de seguir aquesta conversa per telèfon?

Sra. T.: D'acord. Quan vostè vulgui.

A.S.: Crec que si vostè ve ací i el seu marit la veu... No sé què es pensarà. Vol dir-li-ho? Creu que ell vol que en parlem, vostè i jo? De moment, ell no me n'ha dit res i ací ningú no li ha notat cap canvi. Ara bé, si vostè creu que jo puc ajudar-lo, li ho pot proposar.

Sra. T.: Li diré que vingui a veure-la.

A.S.: I vindrà, si li ho diu vostè?

Sra. T.: N'estic segura. Pensi que ell confia molt en vostè. Miri, si vol que li sigui honesta, m'estranya que no li n'hagi dit res. (Hi ha uns segons de silenci.)

A.S.: Bé, si és així... Pot dir-li que si està disgustat i es pensa que jo el puc ajudar, que vingui.

L'assistent social creu que és millor que aquest pas el faci la dona, en lloc d'ésser ella mateixa qui parli amb l'interessat per pròpia iniciativa. Així, la muller és implicada en el problema i sembla que és la persona que millor pot ajudar-lo a superar aquesta situació. D'altra banda, pensa que és millor no comentar aquesta conversa amb el Sr. T. El fet d'iniciar el contacte referint-se a la telefonada de la Sra. T. pot induir-lo a creure que s'ha estat parlant d'ell sense necessitat i sense el seu consentiment.

Després de tres dies, el Sr. T. es presenta al despatx de l'assistent social. El seu aspecte és normal i comença la conversa fent referència al que l'assistent va comentar amb la muller. Això demostra que hi ha confiança a la parella i que s'ajuden.

Sr. T.: Què li devia explicar la meua dona! (diu entre altres coses.) És tan exagerada que no puc parlar-li de res. De seguida s'agafa les coses a la valenta i de tot en fa un drama.

A.S.: Així, tot són temors d'ella?

Sr. T.: És clar. (L'assistent social es va pensar que marxaria aviat, una vegada dit això. Però el Sr. T. continuà assegut, com si volgués dir alguna cosa més.)

A.S.: Me n'alegro molt, per vostè. És clar que, quan s'ha de canviar de lloc de treball i de companys, sempre costa una mica d'adaptar-se.

Sr. T.: (Aquest paràgraf ha estat reconstruït a partir d'anotacions. No obstant, es pot considerar gairebé idèntic al que va dir l'interessat.) No ho sop prou. No és que costi... és que en el meu cas ha estat terrible. Sembla que la direcció ho hagi fet a posta. És més: el director coneixia les meves discrepàncies amb el Sr. XX. i m'havia dit que continuaria sempre amb l'anterior cap. I ara em surten amb això. A més a més, no vaig gosar dir res. Vaig callar, com sempre, perquè ja sap vostè que sé complir el meu deure. I crec que en tots aquests anys que porto a l'empresa he demostrat la meua competència i la meua responsabilitat en tot allò que m'ha estat encomanat. El Sr. XX. m'ignora en moltes coses i, tot i que sap que domino tot el procés de fabricació i que els he tret de més d'un destret, mai no em deixa actuar amb llibertat. Tot vol dominar-ho. A més, amb el cap anterior tenia més possibilitats d'ascendir; fins i tot me n'havia parlat. Ara, amb aquest, qui sap què passarà... Romandrè sempre a la mateixa categoria. Així, creu vostè que faré mèrits? Ja s'ho faran. Com he de treballar de gust, si no puc veure aquest senyor i m'he d'estar mossegant la llengua cada dos per tres per no dir-ne de grosses? Un dia no me'n sabré estar i en diré alguna de què després m'hauré de penedir. Jo no sóc dels qui sempre diuen amén. A mi m'agrada tenir la meua iniciativa, però amb aquest senyor sempre hauré d'obeir.

Tot i que el Sr. T. va repetir molts conceptes, l'assistent social no va interrompre'l en cap moment. Va estar parlant una bona estona. Alegava detalls i exemples per il·lustrar allò que deia. L'assistent social no el va interrompre per no dirigir la conversa. D'aquesta manera el client va parlar tant com va voler, va fer la seva catarsi.

A.S.: (després d'esperar uns segons): Mai no ha pensat a parlar amb el Sr. XX., el seu nou cap, sobre un possible canvi en el sistema de treball? Podria, per exemple, suggerir-li alguna cosa nova, en lloc de fer sempre només allò que li demani.

Sr. T.: És inútil. Precisament quan, fa uns anys, ens les vam tenir va ser perquè li vaig presentar un projecte que no li agradà i va dir-me que jo havia d'executar allò que ell pensava.

A.S.: Aleshores, què pensa fer?

Sr. T.: No ho sé. Crec que el millor serà continuar així fins que...

(El Sr. T. vol semblar tranquil, però no pot i l'expressió el traeix. Sembla molt nerviós i colèric.) Voldria estar tranquil. Però quan penso en allò que m'espera... No ho suportó. Acabaré per parlar amb la direcció. En aquesta casa no es pot ésser complidor. En canvi, sé que hi ha qui tot s'ho pren alegrement i després és qui s'emporta el millor tall. En fi, per què prosseguir. I, a més, no sé per què li ho explico, tot això.

A.S.: És clar. Però, tot i que de vegades ens sembli absurd, si parlem dels problemes que tenim a una altra persona ens alliberem d'alguna cosa, no li sembla?

Sr. T.: Bé. Ja l'he cansada i molestada massa estona. Vostè té altres coses a fer i sóc jo qui ha de resoldre els meus problemes.

A.S. (volent-li suggerir alguna cosa): No ha pensat a parlar amb el Sr. XX.? Potser en algun moment, fent referència a les diferències de temps anteriors... No ho sé. Potser penso en quelcom d'irrealitzable, però...

Sr. T. (sense escoltar-la): Me'n vaig. Fa massa estona que sóc fora de la secció. Ja veurem com em rebrà (amb èmfasi) el meu nou cap.

Passen dues setmanes i el Sr. T. torna a presentar-se al despatx de l'assistent social.

Sr. T.: Com estem? Ens hem creuat pels passadissos i m'estranya que no m'hagi preguntat res sobre la nostra conversa anterior, és a dir, sobre la meva nova situació. I d'això ja fa uns quants dies, eh?

A.S.: Sí, és veritat. Com anem? (L'assistent social ha pensat en aquell afer, però preferia esperar per veure què passava i, sobretot, si el Sr. T. tornava o no al despatx.)

Sr. T.: Molt malament. Ara sí que tindria raó, la meva dona. Semblo boig. Em fan anar com volen. Sembla que a l'empresa no hi hagi ningú més que jo per fer els encàrrecs més complicats.

A.S.: I a vostè això no li agrada?

Sr. T. (somrient): Home, és clar que m'agrada treballar, però no així. Feia temps que no em veia immers en tants desgavells com ara. Aquest home està pitjor que jo.

A.S.: Pitjor que vostè? Què vol dir?

Sr. T.: No ho sé. No em faci gaire cas. Sovint no sé què em dic. Fins els meus fills em diuen que no estic bé. Que crido sense motiu i que fumo massa. Precisament la meva dona volia venir-la a veure, però no vull que la molesti.

A.S.: Vostè sap que a mi no em molesta.

Pocs dies després, la muller telefona i demana d'anar a veure l'assistent social, però li sap greu de "robar-li" el temps. Creu que seria interessant de concertar una entrevista, però no vol anar al despatx perquè diu que els companys pensarien alguna cosa estranya del seu marit si la veien. Parlarien massa, es preguntarien què passa i potser seria pitjor. No hi anirà.

Després dels fets, aprofitant una trobada amb l'interessat, aquest indicà a l'assistent social que havia parlat amb el Sr. XX. sobre la feina per dir-li que en tenia massa. En preguntar-li l'assistent social per què ho havia fet, va manifestar que s'havia adonat que la seva dona tenia raó quan li deia que el feia treballar massa i, a més, sense cap mena de compensació econòmica.

L'assistent social va preguntar-li com havia anat la conversa. El Sr. T. manifestà que molt millor que no s'esperava, però que ja li ho contaria amb detalls un altre dia.

Passen uns mesos. L'assistent social parla amb el Sr. XX., el qual li explica, sense que se li hagi demanat, la conversa que va tenir amb el Sr. T. sobre la feina.

Sr. XX.: Sé que el Sr. T. ha parlat amb vostè i que, ben segur, li haurà dit que sóc una mena d'ogre. Però ha de pensar que T. és un noi que val i que, en canvi, s'ha passat molt de temps sense fer res.

A.S.: Sense fer res?

Sr. XX.: Sí, sí, tal com sona: sense fer res. (Ho lletreja.) Si no ens ho prenem seriosament, no sé com acabarem. No crec que sigui just de desaprofitar durant anys i panys el treball d'una o de diverses persones.

A.S.: I ara com li va? Està content?

Sr. XX.: Vostè no ho sap? (L'assistent social no respon i el Sr. XX. prossegueix.) Miri, amb T. encara podem fer-hi molt. En aquesta casa n'hi ha d'altres que estan pitjor, que no es poden aprofitar perquè ningú no se'n preocupa. Però no vull que aquest xicot també s'espatlli. Coenix bé la feina i és un bon element, malgrat que de vegades es pensi que se'l vol fastiguejar. No sé pas què li deu haver explicat, a vostè, però no es preocupi, que d'ara en endavant ja sé què he de fer. N'hem parlat bastant i crec que ens entendrem força bé.

A.S.: Me n'alegro molt.

L'assistent social no diu res d'aquesta conversa al Sr. T., que continua anant de tant en tant al despatx de l'assistent social per explicar-li com li van les coses. En una de les converses, l'assistent social li pregunta:

A.S.: Però vostè, quan va parlar per primer cop d'això amb el Sr. XX., què va dir-li, més o menys?

Sr. T.: No res. De primer em vaig queixar del ritme de treball esgotador que dúiem i que... ja n'hi havia prou! Després la conversa es va enrair, però vaig adonar-me que el Sr. XX. m'escoltava i vaig pensar que potser alguna cosa havia canviat. Vaig gosar dir-li que... en fi, tot allò que vostè em va dir sobre les nostres discrepàncies anteriors. Sé que no em serà gens fàcil, però després d'aquests primers mesos les coses sembla que s'encarrilen millor que no em pensava de bon principi.

A.S.: A què ho atribueix?

Sr. T.: Potser el Sr. XX. ha canviat. Potser he canviat jo. Però veig que, parlant amb les persones amb ganes de fer les coses bé, es pot anar per bon camí. Malgrat tot, continuo creient que costa de treballar amb el Sr. XX.

Després d'un any i mig, el Sr. T. s'ha assossegat i de vegades fins i tot està content, puix que té molta feina i les relacions amb el seu cap han millorat d'una manera notable. En una conversa va manifestar que la seva muller l'estava ajudant molt i que s'adonava que després de parlar amb l'assistent social se sentia més segur.

RESUM DEL CAS T.

1.- Què es pretén amb aquesta "tècnica d'ajuda psicològica a través d'una relació centrada en la persona"?

Hom vol modificar certs comportaments i actituds que obstaculitzen el desenvolupament del client.

2.- Quins són els seus fonaments teòrics, filosòfics i científics?

Un altre cop, és l'enfocament rogerià de les relacions humanes qui fonamenta aquestes tècniques. Ha estat Rogers qui ha exposat sistemàticament què passa i com es donen aquestes relacions terapèutiques.

Mogensmenys, el treball social formulà aquests principis ja als seus inicis, amb Mary Richmond, si bé no van tenir la difusió científica que han aconseguit a través d'altres filòsofs.

3.- Què s'espera del professional que l'empra?

El client no és conscient de què demana a l'assistent social atès que tampoc no és conscient del seu problema real. És una altra persona (en aquest cas, la muller del Sr. T.) qui presenta el problema a l'assistent social i inicia la relació professional. El client, doncs, no ha explicitat el paper de l'assistent social, que es va concretar a través de la relació assistencial.

El professional, en canvi, ha de tenir molt clar, en tot cas, quin és el seu paper, per poder aplicar correctament la tècnica com l'hem definida abans.

4.- Qui és l'usuari i què se li demana?

En aquest cas hi ha dos clients. El primer és la Sra. T., que presenta el problema i demana la intervenció de l'assistent social. Considerem que és el client i un recurs alhora atès que intervé en el cas com a suport per clarificar el problema que angossa el Sr. T. en el seu nou lloc de treball.

Es demana explícitament a la Sra. T. aquesta actuació d'introducció i de suport. Al Sr. T., d'altra banda, se li "demana" (i aquesta petició és implícita en la relació que s'estableix) una actitud de recerca entre els seus sentiments per descobrir la realitat.

5.- Què passa durant aquest procés o tractament?

Hi ha un procés real que porta el client a percebre la seva realitat interna i externa. En aquest cas no resta clar si el client ha assumit la realitat interna (és a dir, si s'adona que és ell mateix qui provoca la situació externa de malestar), però és evident que amb el canvi d'actitud s'ha modificat la realitat externa i la vivència que en té el Sr. T. És, doncs, un procés de clarificació i de desenvolupament personal.

6.- Hi ha indicacions o contraindicacions per seguir aquest procediment?

Es realment perillós d'emprar aquestes tècniques psicològiques. Només es poden utilitzar si no existeixen problemes immediats peril·lous per a la persona.

L'informe social i el diagnòstic que se'n fa han de permetre la utilització de la tècnica adient.

7.- En quin context institucional és aplicat?

S'aplica en una empresa en què el treball social és un servei més que l'empresa ofereix als seus treballadors.

NOMES AL CAPÍTOL 7è.

- (1) M. GRAWITZ: Métodos y técnicas de las ciencias sociales. Ed. Hispano Europea. Barcelona 1975. Vol. II, p. 188.
- (2) Aquests conceptes es troben a l'exemple "Cas V.". Nom pot ampliar la informació a C. ROGERS i G.M. KINGET: Psicología y relaciones humanas. Alfaguara. Barcelona 1965.
- (3) M. GRAWITZ, op. cit. Vol. II, p. 199.
- (4) Pel que fa a aquest concepte, és molt interessant l'article de C. DE BECHILLON: "Comment les données des sciences sociales sont intégrées dans la pratique". Rev. Informations Sociales núm. 7. Paris juillet 1973. p. 13.
- (5) Vegeu les accepcions de "client" i "usuari" a la "Terminologia".
- (6) Aquest concepte el manllevem de P. DE LAS HERAS i E. CORTAJARENA: Introducción al bienestar social. FEDASS. Madrid 1979.
- (7) Vegeu-ne la definició de G.M. Kinget a la "Terminologia".
- (8) "El ámbito municipal de Marginados". Equipo de trabajadores sociales del Ámbito, Área de Servicios Sociales, Ayuntamiento de Barcelona. R.T.S. núm. 79. Barcelona setembre 1980.
- (9) Resum extret de R.T.S. núm. 74.
- (10) Id. nota (8).
- (11) Id. p. 8.
- (12) Id. p. 19.
- (13) Id.
- (14) Id.
- (15) Per a Rogers, l'experiència es refereix a tot allò susceptible d'ésser aprehès per la consciència; així doncs, engloba tant els esdeveniments de què l'individu és conscient com els fenòmens de què és inconscient. Es refereix, a més, a les dades immediates de la consciència i no a una acumulació d'experiències passades.
- (16) C. ROGERS i G.M. KINGET, op. cit., p. 24.
- (17) Id. p. 28.

CAPÍTOL VUITÈ
CONTINUACIÓ DE LA QUARTA ETAPA. A
NIVELL DE GRUP. UTILITZACIÓ DE LA
TÈCNICA DE GRUP PER MILEORAR LA CO-
MUNICACIÓ I LA COOPERACIÓ DINS ELS
GRUPS DE LA INSTITUCIÓ I PER PRESTAR
SUPORT AL PERSONAL

Aquest capítol consta de diversos apartats:

- A) El primer, "Tècniques d'animació i promoció de grup", explica els procediments d'intervenció que Assistència Social va seguir en un hospital per aconseguir de formar un seminari interprofesional que treballés el tema de l'assistència psicològica i social del malalt.
- B) El segon apartat, "Sessió del seminari sobre assistència psico-social a malalts terminals", reproduïx una sessió del curs 1976-1977 del grup com a exemple de la intervenció de l'assistent social en la seva tècnica d'animació i com a material analitzable per arribar en algunes conclusions.
- C) El tercer, "Anàlisi de contingut", està centrat en la reflexió a la vora de la pregunta: el treball en equip interdisciplinari incideix sobre la qualitat de vida del malalt?

A - TÈCNICA D'ANIMACIÓ I PROMOCIÓ DE GRUP

INTRODUCCIÓ

Com hem dit a la introducció, el treball social té dos vessants: resoldre el problema social que presenta l'usuari i intervenir en el canvi social a partir dels problemes detectats. En conseqüència, creiem que l'assistent social ha de treballar, sempre que pugui, en cinc àmbits: atenció directa a l'usuari i a la seva família; acció sobre el centre; acció sobre la comunitat; formació permanent; investigació. Per facilitar la comprensió d'aquests àmbits expressem una síntesi del tipus de problemes que pertanyen a cadascun. Ens atenim al camp sanitari, d'on manllevem l'exemple que exposarem.

1. Atenció directa al malalt i/o a la seva família:
 - . Problemes econòmics.
 - . Problemes de vivenda.
 - . Problemes laborals.
 - . Problemes emocionals.
 - . Problemes socioculturals.
 - . Altres problemes socials derivats de la relació necessitats/recursos.
2. Acció sobre el centre: Problemes institucionals.
3. Acció sobre la comunitat: Problemes d'educació i planificació sanitària.
4. Formació permanent: Problemes de posta al dia del personal.
5. Investigació: Problemes referents al reciclatge de la documentació i a les avaluacions.

COMENTARIS A UN EXEMPLE

Considerem l'acció sobre el centre com una tasca interprofessional que s'ocupa dels problemes institucionals en allò que es refereix a la humanització de la institució (tenir en compte l'usuari en el seu aspecte global biopsicosocial). A l'exemple que presentem, l'assistent social treballa en un hospital i intervé a l'àmbit d'acció sobre el centre a partir d'un canvi institucional. Considerem habitual del procediment que s'empra en aquest camp de seguir les dues normes següents:

- A partir dels casos que es tracten, s'ha d'analitzar quins són els problemes socials que incideixen repetidament en l'assistència del malalt però que, en canvi, no són tinguts en compte per la institució.
- S'ha de seleccionar un ordre de prioritats i intervenir. En el treball que ens ocupa, hom constatarà que el malalt sofriria conseqüències dels següents aspectes:
 - No s'assisteix el malalt des d'un concepte de la medicina integral i integrada. Això vol dir que els aspectes psicològics i

- socials no són presents en el pla terapèutic. El concepte de diagnòstic es refereix a un diagnòstic de la malaltia i no del malalt i la seva situació. El personal que l'atén no té una mateixa mentalitat, quant a aquest problema, i el malalt ho detecta.
- Les persones que assisteixen el malalt no estan ben coordinades i sovint aquest es converteix en un boc expiatori.
 - El tipus i el ritme de treball causen un gran "stress" en el personal, el qual no rep cap suport per resoldre les seves tensions i ansietats, cosa que dificulta la seva relació amb el pacient.
 - A la institució no hi ha temps ni lloc per reflexionar sobre aquests problemes. Atès que el canvi no és merament instrumental ans afecta les persones, no es produirà sense una sensibilització d'aquestes.

En resum, és necessari treballar interprofessionalment. Concepte que casa amb aquest text de Grawitz en què parla de la interdisciplinarietat a les ciències socials:

"La primera etapa d'una col.laboració útil consisteix, en allò que concerneix cadascuna de les disciplines, a conèixer el servei que les altres poden oferir-li, és a dir, que els representants de cada una sàpiguen plantejar-se els problemes en termes accessibles als altres. Això és el que indica la frase de P. George: 'el diàleg suposa sobreposició de coneixements i comunitat de llenguatge'.

"Els contactes interdisciplinaris seran fecunds en la mesura que cadascuna de les ciències pugui fer que les altres s'aprofitin de certs conceptes i dimensions que, emprades en un marc nou, permetrien de plantejar noves qüestions. Cal obtenir, com diu Palmade, uns 'conceptes transespecífics' utilitzables sense que perdin llur significació en passar d'una disciplina a una altra i en assolir un nivell d'abstracció més elevat. A l'esfera pràctica, la millor forma d'atènyer la primera etapa consisteix a treballar en comú tan freqüentment com sigui possible. Sobre el terreny, allò interdisciplinari no presenta els mateixos inconvenients que en abstracte, car sobre el terreny hom no en té prou amb juxtaposar els punts de vista i es veu obligat a interpretar-los. A part d'aquesta con-

frontació fecunda dels problemes i dels punts de vista, l'intercanvi pot ésser útil en el pla de les tècniques, atès que no totes les ciències socials han aconseguit el mateix grau de perfecció' (1).

A més, la utilització de noves tècniques comporta l'accés a nous materials, la invenció de variables suplementàries, és a dir, el descobriment de nous problemes.

Per promoure la interdisciplinarietat a l'hospital a partir dels conflictes detectats, hom podia emprar tècniques molt diverses però, de moment, era difícilment comprovable l'eficàcia de llur relació.

No es tractava només d'adonar-se de l'eficàcia d'un compromís i d'una participació activa, sinó d'una explicació dels mecanismes de canvi de l'interior del grup. Com diu Lewin, investigació i intervenció es recolzen mútuament. El treballador social mai no hauria d'oblidar aquesta orientació per poder basar, mitjançant arguments científics, unes eleccions intuïtives i unes opcions pràctiques.

Els objectius que l'assistent social s'havia de plantejar, en funció dels problemes detectats, eren:

- Promoure la medicina integral i integrada.
- Fomentar la coordinació de l'equip assistencial.
- Fomentar la comunicació i el suport entre l'equip assistencial i elaborar un treball interdisciplinari.
- Sensibilitzar el personal i la institució per promoure un temps i un espai de reflexió sobre aquests problemes.

POSSIBILITATS D'ACTUACIÓ

Hom podia emprar, atenint-se a la classificació de Grawitz, tant tècniques documentals com tècniques vives.

En una primera fase de sensibilització de la direcció i del personal es podia haver aplicat una tècnica documental: l'anàlisi de les històries socials per recollir una mostra de casos que permetés de demostrar, controlant unes variables, que els problemes detectats es presentaven amb una regularitat suficient i incidien de tal manera en la satisfacció del malalt que la institució havia d'intervenir adequadament.

Una altra possibilitat era la d'intervenir en l'àmbit de formació permanent: suggerir un curs de sensibilització per al personal, a càrrec d'un equip de psicòlegs, sociòlegs i assistents socials.

L'OPCIO ESCOLIDA

En aquest cas l'assistent social va considerar que, ja que la direcció i el personal en general eren receptius envers el tema, es podia proposar directament un treball de grup, la qual cosa suposava establir un temps i un espai dedicats a la reflexió sobre la incidència dels aspectes psicosocials sobre l'assistència del malalt. Era un primer pas de treball en comú.

D'aquesta manera s'aconsegua que la investigació i la intervenció s'ajudessin mútuament.

A més, com ja hem dit, l'objectiu era complex: assolir la interdisciplinarietat implicava sensibilitzar el personal i això és difícil d'aconseguir només amb un curs de formació.

Però això pot ésser l'espurna que permeti de donar un altre pas, que doni continuïtat a la tasca. Si la sensibilització s'aconsegueix directament, no cal fer-lo. De vegades, el curs de formació fins i tot pot afavorir la tranquil·litat de la institució, atès que sembla que s'ha fet ja alguna cosa, amb què es paralitza el procés de canvi real.

La continuïtat del grup, la seva institucionalització, no necessàriament com a grup sinó com a tasca interdisciplinària, és allò més important puix la sensibilització vol temps. Nogensmenys, la promoció i animació de grups no és gaire interessant, en moltes ocasions, perquè no aconsegueix canvis estructurals immediats. Però, alhora, juga un gran paper en la sensibilització de la població.

Diu Grawitz: "... s'ha d'insistir en l'eficàcia de la discussió de grup des del punt de vista de formació en el sentit més ampli. Cada vegada que es dona un experiment d'aquests, hom té, en un principi, una impressió de lentitud (una mica experiment, efecirien). Però cada vegada ens adonem igualment de la importància d'allò que s'apa-

reix en aquestes observacions de grup, del caire extremadament enriquidor d'aquestes experiències, de llur utilitat per als participants, de com es sensibilitzen envers els problemes dels altres i, al mateix temps, ens donen idees clares sobre el nostre propi comportament" (2).

REFERÈNCIA TEÒRICA

L'eficàcia del grup de discussió era avalada per la teoria de Lewin sobre el canvi, fruit de la seva experiència pràctica. Per aconseguir de modificar els hàbits alimentaris de les mestresses de casa, va organitzar, de primer, un seguit de conferències, la influència de les quals es va calcular en un 3% de modificació del comportament. Després va promoure una sèrie de reunions-discussions que van tenir uns resultats espectaculars: 32% de modificació. Segons Lewin, la discussió provocada en un grup suscita alguns canvis. Permet d'estudiar els processos mentre es produeixen. La intervenció treu partit de la investigació en la mesura que aquesta s'estén a la solució dels problemes pràctics (tècnica d'acció).

"A la discussió es modifica l'equilibri de l'individu al nivell de l'equilibri del grup. N'hi ha prou amb un moviment no conformista d'un dels membres del grup perquè altres s'adonin de la possibilitat de canvi. Es produeix allò que Lewin anomena "descongelació". En lloc de tenir una impressió d'aïllament es canvia, l'individu s'adona que s'hi trobarà si no segueix el moviment que sedueix el grup" (3).

Tot això confirma la idea que el treball de grup pot ésser útil per aconseguir els objectius plantejats.

INTERVENCIÓ PROFESSIONAL

La tècnica de l'assistent social de promoure el grup va consistir a:

- a) Parlar amb la direcció per exposar els problemes i les possibles solucions. Basar aquestes en experiències que hagin demostrat resultats interessants i apel·lar més a les necessitats del personal que a les del malalt. Hom va referir-se a:

- Els "T groups", la idea inicial dels quals és la següent:
"generalment, les persones vivim i treballem en grup sense adonar-nos de quina forma hi actuem ni de com ens veuen els altres o de les reaccions que provoquem. Per a la majoria d'éssers la vida és un diàleg de sords. Així doncs, és important de fer possible el diàleg, cosa que comporta millorar la comunicació i eliminar els obstacles exteriors i les defenses que cadascú oposa als altres" (4)
 - Els grups Balint, en què es presenten casos per analitzar el dinamisme psicològic que es dona en la relació entre el personal de salut i el pacient. L'objectiu és de sensibilitzar-se respecte a aspectes que acostumen a passar desapercebuts. Els membres del grup han d'intervenir espontàniament donant llurs opinions sobre els casos que es presenten. El psicòleg ha d'aportar opinions que facilitin aquesta sensibilització.
 - Els grups d'orientació no directiva de Rogers, la tècnica dels quals consisteix a limitar-se a ajudar el subjecte a prendre consciència de la seva percepció del món i d'ell mateix. L'objectiu és terapèutic en un sentit ampli.
- b) Facilitar informació i bibliografia sobre el tema.
 - c) Presentar algun cas que palesi les conseqüències que l'stress del personal provoca al malalt.
 - d) Sondejar entre els membres del personal qui s'interessaria pel grup i sol·licitar el seu suport per organitzar-lo.
 - e) Organitzar, una vegada obtingut el permís de la direcció, l'espai i el temps necessaris i ocupar-se de la incorporació d'un psiquiatre (de moment voluntàriament) atès que els aspectes psicològics no tenien cap representant en el grup.
- S'ha de tenir en compte que el tipus de malalt greu que es tractava en aquest servei presentava un tant per cent d'òbits molt elevat. L'assistència, doncs, plantejava un gran sentiment de culpabilitat. L'anàlisi dels aspectes psicosocials que incideixen en la relació pacient/personal de salut era viscut per aquests darrers com a molt persecutori. Per tot això hom temia l'anàlisi profunda i s'acceptava el psiquiatre només com un altre membre del grup, sense rol d'observador o d'aportació específica.

Per això es va decidir de constituir un grup no dirigit i sense conductor en què l'animador era un membre més. Ni tan sols se l'identificava amb un rol de "no dirigir".

Per a l'assistent social era molt important d'aconseguir la continuïtat que fonamentava, amb el temps, un treball en equip que comptés amb els aspectes psicològics i socials en el pla terapèutic.

Els resultats foren aquests:

1973-1974

Es va organitzar el grup amb el títol següent: "Seminari sobre cures psicosocials del malalt greu".

S'inspirà bàsicament en l'experiència que exposa E. Kubler Ross a "Sobre la muerte y los moribundos". Ho resumeix així: "Estudiar la mort i el morir, demanant als malalts que esdevinguin els nostres mestres. Observar els pacients que es troben en un estat crític, estudiar llurs respostes i reaccions, avaluar les actituds dels qui els envolten (...) Registrar només allò que pugui ésser observat, tant en el pacient com en nosaltres mateixos, sense tenir cap prejudici sobre les possibles reaccions del pacient (...) En comentar les dades, donem sortida a les nostres reaccions espontànies, sense preocupar-nos per si són inadequades o irracionals. Discutim les diferents respostes, tant emocionals com intel·lectuals. Intentem una comprensió psicodinàmica del que ens ha estat comunicat. Estudiem les seves mostres de fortalesa i de debilitat i les nostres a l'hora de tractar aquella persona concreta, i concloem recomanant certes actituds que esperem que facin més agradables els darrers dies o les últimes setmanes del pacient" (6).

La idea inicial era d'aconseguir una reflexió interprofessional sobre aquests temes i de promoure el treball en equip. Malgrat això, només participaren en el seminari com a membres fixos tres metges (el del servei, un adjunt i un psiquiatre), una psicòloga i dos treballadors socials. Van participar en algunes sessions altres metges adjunts o residents del servei. Els metges no consideraren oportuna, de moment, la presència del personal d'infermeria.

La tècnica d'investigació va ésser l'estudi de casos al qual s'intercalava l'anàlisi de temes que en aquell moment preocupaven. Assistència Social presentà la majoria de casos, atès que la resta es resistien en certa manera a fer-ho.

S'enregistraren totes les sessions de grup i els assistents socials s'encarregaren d'elaborar un escrit amb les conclusions del curs.

Hi tocaren els següents punts:

- Projeccions del personal i la seva influència sobre la cura emocional i clínica del malalt. Actituds del personal davant el dolor i la mort.
- Anàlisi del tipus de cures per part de les diverses disciplines que tracten el malalt.
- Comprensió del malalt greu davant la malaltia i la mort.
- Models culturals als quals pertany el malalt i llur importància en la seva actitud davant la malaltia i la mort.

El contingut es reduïa al desenvolupament d'un seguit d'interrogants sobre cada punt.

Es va establir un nou càrrec mèdic que s'encarregava de treballar amb Assistència Social sobre aquests temes.

1974-1975

Per causa d'un seguit de problemes de l'hospital i a conseqüència del trasllat d'Assistència Social en una altra institució, no es va reprendre el seminari fins el curs següent.

1975-1976

Es va prosseguir amb la mateixa idea bàsica. El nucli interprofesional va obrir-se a altres serveis i disciplines i restà així: metge, ATS, tècnic en gestió hospitalària, administratiu, psicòleg, sociòleg i dues assistentes socials.

S'analitzaren casos pràctics amb el handicap que no eren comuns per a tot l'equip.

El grup va decidir de centrar-se en els problemes que presentava qui exposava el cas, per ajudar-lo a resoldre'l, amb la qual cosa es va aprofundir una mica més.

S'elaboraren per escrit les conclusions del curs, les quals es reduïren a les opinions que havien estat emeses a cada sessió.

1976-1977

Per primer cop, es van presentar entrevistes d'assistència social amb pacients, enregistrades en cinta magnetofònica, les quals han restat com a material de la institució i s'han emprat, més endavant, per a cursos de formació d'infermeria i assistència social i per a alguna taula rodona interdisciplinària.

S'elaboraren les conclusions, que contenen:

- Com aprendre a conèixer i a escoltar el malalt.
- Aspectes a tenir en compte durant la fase terminal del malalt.
- Situacions sòcio-culturals que incideixen en el malalt.
- Aspectes psicològics del malalt i la seva família que incideixen sobre la situació sanitària.
- Aspectes psicològics del personal: mecanismes de defensa, inseguretats, stress i ansietat, motivacions, personalitat.

1977-1978

S'intercalaren sessions d'anàlisi de casos amb sessions de treball sobre la definició de funcions i límits professionals del personal que té cura de malalts greus.

El grup va mantenir la representació de totes les disciplines a què ens hem referit abans. No obstant, les persones canviaren i va haver-hi moviment d'anades i tornades durant tot el curs.

1978-1979

El grup va ésser ampliat amb dos metges i tres infermeres d'un hospital diferent del de la resta.

Es realitzà un estudi de casos limitant l'anàlisi, com a màxim, a tres sessions de grup.

Hom va continuar enregistrant les reunions i alguns casos presentats pels assistents socials.

Conclusions sobre cada cas. Per exemple:

Cas del nen R.- El servei que presentà el cas proposà:

- Sol·licitar la incorporació d'un assistent social, el qual podia aportar un seguit de dades de l'entorn del pacient que sovint eren desconegudes i que podien modificar actituds quant a la terapèutica a seguir.
- Promoure la necessitat que tota història clínica compti amb un apartat que aplegui els aspectes psicosocials.
- Reivindicar la necessitat que l'equip d'infermeria tingui un temps i un espai dins el seu horari per establir una relació satisfactòria amb el pacient.
- Reflexionar sobre la importància d'informar el pacient no només d'allò que se li vol fer sinó també de la qualitat de vida que aconseguirà i de si se li deixaran xacres.
- En el cas que l'equip assistencial conclueixi que no hi ha cap recurs terapèutic actiu, és imprescindible d'informar adequadament els pares i de donar-los l'opció d'endur-se el nen a casa, si així ho desitgen.

L'equip que s'havia integrat al grup en començar el curs en creà un de similar dins la seva institució.

1979-1980

Després d'uns quants anys de funcionament, hom s'adonà que costava molt de mantenir un nucli permanent de treball.

Hi havia una rotació constant dels membres, afavorida per alguns principis que el grup mantenia. En primer lloc, es negava a ésser tancat. D'altra banda, no volia una ajuda professional específica; així, en concret, la participació del psicòleg només era acceptada en tant que aquest era un membre més del grup.

Durant el curs anterior, s'havia aconseguit certa constància d'unes vuit persones, si fa no fa, i això va afavorir de plantejar-se més profundament el treball. Per a això va semblar que era una condició "sine qua non" el compromís d'assistència de tots els membres i la conversió en un grup tancat del grup. S'hi van incorporar dos metges i un psicòleg d'una altra institució.

Hom va decidir:

- Formar un grup Balint.
- Analitzar el dinamisme psicològic que es dona en la relació personal de salut/pacient. L'objectiu és de sensibilitzar-se respecte a aspectes que acostumen a passar desapercebutos. Els membres del grup intervenen espontàniament i donen llurs opinions sobre els casos que es presenten. El psicòleg aporta opinions que faciliten aquella sensibilització.

Aquesta època va tenir tres característiques essencials:

- Fins i tot quan la institució s'oferí a fer-ho, va haver-hi molta resistència que la psicòloga fos remunerada per la seva participació en el seminari.
- Hi va haver molta resistència a presentar casos. Tothom se sentia perseguit, és a dir, molt recelós davant les aportacions de la psicòloga i les aportacions dels altres membres.
- El grup era heterogeni: els seus membres procedien d'institucions diferents.

D'ací es va deduir que hom no estava preparat per a un grup Balint. Es van escriure les conclusions. Les sessions foren enregistrades.

En resum, durant aquests anys de treball de grup es va aconseguir la sensibilització personal de molts participants. Alguns van canviar d'institució, de manera que van fer arribar a diversos llocs l'enfocament de medicina integral i integrada que el seminari pretenia.

D'altra banda, dos equips de diferents institucions formaren un petit grup cadascun en què s'estudiaren els casos.

A partir del material elaborat, hom ha publicat articles sobre el tema a diferents revistes i ha estat útil per a cursos de formació i per als assistents socials en llur participació en taules rodones.

CONCLUSIÓ

S'ha de reconèixer que no ha estat prou concretat el sistema d'avaluació de les conclusions. Tot i que creiem que els resultats han estat positius i vàlids, no tenim prou material per contrastar-ho. Certament, s'ha aconseguit de sensibilitzar i de crear interdisciplinarietat no només a la mateixa institució sinó a d'altres. Però, què hauria passat si s'hagués aplicat una altra tècnica? Es podia haver aconseguit el mateix més ràpidament? La informació obtinguda a partir de l'anàlisi dels casos pot haver provocat, fins i tot, un enduriment de les resistències? Les millores interindividuals no han estat desproporcionades a les assolides en el sistema estructural? El temps permetrà de respondre aquesta munió d'interrogants, si seguim en aquesta direcció, és a dir, conscients de les tècniques que podem aplicar i intentant que la intervenció i la investigació es recolzin mútuament.

B - SESSIÓ DEL SEMINARI SOBRE ASSISTÈNCIA PSICOSOCIAL A MALALTS TERMINALS

Hi assisteixen:

AR: Administrador de recepció.
 TOH: Tècnic en organització hospitalària.
 I: Infermera.
 Ps: Psicòloga.
 Dr. B: Doctor B.
 AS: Assistent social.

AS: A la darrera sessió se'ns va plantejar el problema que era necessari de conèixer la posició del metge davant el cas. Conèixer, sobretot, la situació actual del cas. Jo sabia només que J.G. tenia una neoplàsia de mama amb recidiva. Es demana l'explicació de cara al pronòstic i per tal de saber, sobretot, per què

té aquests dolors tan aguts i si mèdicament tenen una explicació real. És realista la posició de la malalta davant la malaltia i els dolors? Intentarem de saber les apreciacions personals per poder saber si diferim i per tenir un canvi d'impressions sobre com podem ajudar millor la malalta.

Dr. B: Però la idea és de fer un pla terapèutic?

AS: Això fóra l'ideal.

TOH: Sembla que aquest cas pot sortir prou beneficiat d'un treball combinat entre els metges i l'assistent social i si hom intenta de resoldre el problema de la malalta, el qual té factors objectius i factors subjectius.

AS: Creiem que s'ha de fer un treball en equip. Per això ací hi ha una representació de diferents professionals que incideixen en l'assistència, per veure com podem ajudar el malalt. Passa, però, que en la majoria dels casos el metge no participa i, en canvi, ens és molt necessari per investigar quins punts han de tractar-se realment d'una manera terapèutica conjunta.

AR: En general ens manca l'opinió del metge, ja que les conclusions poden arribar a ésser totalment diferents amb la seva aportació.

TOH: Sí, bé. Però què té aquesta senyora?

Dr. B: Aquesta senyora té una neoplàsia de mamella que ha fet una recidiva en una aixella. Ara té una infiltració de plexe braquial. Tota la innervació del braç passa per ací. Ha estat molt resistent a la radioteràpia. El dolor és sempre important, sobretot en aquest cas.

AR: Per què no s'ha operat aquesta malalta?

Dr. B: Va venir amb un tumor gran que ja havia dépassat els límits quirúrgics. En aquests casos, el risc de la intervenció és que la recidiva sigui molt més precoç.

TOH: Pel que sembla, es va dir a la malalta que no calia intervenir-la atès que ja s'havia curat o alguna cosa semblant. En un principi, ella va millorar molt...

Dr. B: La informació que teniu dels passos del tractament que s'han fet en aquest cas, quina és?

AS: La que em va donar la malalta. També vaig parlar amb la Dra. A.R., de terapèutica física, després que se li va aplicar cobaltoteràpia per segona vegada. Després, quan vaig parlar amb tu. (Vegeu l'esquema del procés de la malaltia, dins el punt C d'aquest mateix capítol.)

Dr. B: Vejam. Dels tumors de mamella, en principi, n'hi ha dues categories, els que són operables i els que no. En general, depèn del tamany i la situació del tumor i de l'extensió de la malaltia. Depassat el límit de la intervenció, aquesta sempre agreuja la malaltia. Cal tractar-la, llavors, amb altres sistemes. Normalment, s'empra una medicació radical i, després, un tractament general de quimioteràpia d'hormones.

TOH: És a dir que quan vas veure la malalta per primer cop el seu pronòstic ja era fatal.

Dr. B: Molt dolent, sí. Es tractava d'una malaltia molt avançada. Fins i tot així, la malaltia té millor pronòstic si la malalta és molt gran, però aquesta dona és jove.

AS: Cincuenta-vuit anys.

Dr. B: És relativament jove. En aquest cas, el pronòstic és pitjor. La recidiva d'aquesta dona, objectivament, és una causa de dolor molt important. Però això és molt difícil d'avaluar, car hi ha malalts amb un aspecte clínic semblant que toleren molt millor la malaltia; en aquest cas, hi va haver molts de problemes. A mi me'ls va explicar perquè encara no la coneixia. Només l'havia vista al dispensari dos o tres cops, però com que estava una mica informat dels problemes que havia ocasionat i de com acceptava la malaltia vaig fer-n'hi un plantejament un xic positiu. Vaig suggerir que en fes un treball; que, atès que el dolor era un aspecte crucial de la seva malaltia, n'escriuís alguna cosa; que intentés que el problema fos d'alguna manera útil per a ella, des del moment que l'havia de racionalitzar, i que fins i tot pogués ésser útil a d'altres malalts que es trobaven en la seva situació. Durant la visita no va dir ni sí ni no, però semblava que la idea l'animava una mica. Després, la cosa no ha prosperat gens ni mica. Va aplicar-se-li quimioteràpia, i encara se li aplica. El problema més important d'aquesta senyora ha estat sempre el dolor; ha arribat a prendre quantitats molt importants de drogues i la causa del darrer ingrés a urgències ha estat que pren molts més medicaments dels que li són receptats, fins i tot d'amagat de la seva germana, que no sembla entendre massa què passa.

AS: Això ho dius tu. L'altre dia vaig parlar...

Dr. B: Jo no sé quantes germanes té.

AS: Dues.

Dr. B: La que ve sempre amb ella és una senyora molt curiosa. Es fa uns plànols de tota la medicació que ha de prendre, de les hores i tot això. Però la realitat és molts superior; pren pel seu compte moltes més drogues que no se li pauten.

TCH: I com ho saps, això?

Dr. B: Qui m'ho va dir? Em sembla que va ésser ella. Ara no n'estic del tot cert. M'ho va confirmar una telefonada de la germana en què va dir-me que havia desvariejat uns moments, que no sabia què li deia i que estava desorientada. Fins i tot tenia una mena d'al·lucinacions que semblaven les de l'alcohòlic. Vaig concloure que havia pres massa analgèsics i antidepressius. D'altra banda, sempre ha estat present en la seva actitud la idea del suïcidi. M'ho ha explicat diverses vegades i suposo que a vosaltres també. La facilitat d'autoadministrar-se la medicació li és una porta oberta... El problema d'aquesta senyora és que el pronòstic, des del nostre punt de vista, és dolent, molt dolent.

AS: Però dolent... Has modificat aquell pronòstic de fa relativament poc, de fa dos anys? Perquè no fa gaire que vaig parlar amb tu i, a més, la primera vegada que vaig veure-la estava realment molt millor físicament. Quan en parlàvem amb la Dra. A.R. va dir-me cinc anys; tu, poc després, parlaves de dos. L'altre dia la vaig veure i havia fet una veritable davallada.

Dr. B: El resultat de les infiltracions de plexe depenen una mica de com responen a la irradiació (...) Les infiltracions d'aixella, com les de fossa supraclavicular, quan agafen el coll pronostiquen una curta supervivència que és difícil de predir, atès que la quimioteràpia fa molt difícil de mesurar la progressió de la malaltia. Dónes quimioteràpia amb l'esperança que la malaltia no s'escampi, però fer-la retrocedir és impossible. En no aconseguir això, la qualitat de vida de la malalta és molt dolenta i, en ésser-ho tant, es dona aquesta degradació de l'estat general que tu constataves i que tots hem pogut veure. De totes maneres, jo l'atribucixo, sobretot, a la quantitat de drogues que pren. Veig que aquesta senyora no té cap cura a l'hora de vestir-se, de pentinar-se, de sortir, de tenir una mica de vida social, de relació amb els altres. S'ha centrat molt en el seu problema. Pensa contínuament en la idea del suïcidi i en la falta de valor que té de llançar-se per la finestra o alguna cosa semblant. La imatge externa d'aquesta persona em suggereix la imatge del drogaaddicte, una persona totalment deixada, amb una fàcies molt particular. Deu estar embotornada pels somnífers. És més, alguns dels somnífers que ha pres porten morfina i això crea un hàbit. Si ella estimula aquest hàbit va a petar en aquesta situació. Aleshores, la degradació és més d'aquesta mena que no per una invasió tumoral.

AR: Però no alleuja el dolor amb tanta droga?

Dr. B: Crec que sí. Però no puc mesurar-ho, perquè passa a casa seva i la informació que en rebo quan la veig és d'una, dues o tres setmanes. I durant aquest temps ella ha passat per moments de molt de dolor i per moments de tranquil·litat. És molt difícil de saber quant de temps ha durat l'efecte analgèsic d'una droga perquè les pren d'una manera que no es pot mesurar.

TOH: Quines són aquestes drogues?

Dr. B: Últimament prenia antidepressius: Trauxilium, Sosegon. Havia pres Nolotil, Salisilax, és a dir, diversos tipus d'analgèsics. Molts d'aquests es poden aconseguir a les farmàcies. Se li feia una recepta calculant aproximadament la quantitat que n'havia de prendre, per exemple de Sosegon, en el termini de dues visites. Però després, segons explicava la germana, feien una pelegrinació per farmàcies per trobar-ne més, atès que mai no n'hi havia prou. I el consum era realment extraordinari.

AS: Ara bé, no crec que aquesta senyora n'hagi pres pel seu compte; em penso que les hi administra la germana. El plànol deu ésser el real. Per exemple, la darrera vegada que hi vaig anar, havia trobat un seguit de buits en el plànol, o sigui...

Dr. B: És molt difícil d'esbrinar-ho.

AS: No, no tant. Perquè, d'on les treia?

Dr. B: Què vols que et digui. No ho sé. Una persona adulta bé pot anar pel carrer i entrar en una farmàcia.

AS: Home, no pot anar pel carrer. Has de tenir en compte que és un muntatge familiar, que no la deixen sola ni un moment.

Dr. B: Algú les h ha d'haver comprat, és clar. Però prou que ve a a la visita i, per tant, al carrer, fins a cert punt, hi pot sortir.

AS: Home, no. Seguríssim...

Dr. B: Si les hi compra la germana o ho fa ella mateixa o algú altre, això no que no ho sé.

AS: Però jo sí que ho sé. He estat a casa seva cada cop que l'he anada a veure. He vist l'ambient familiar i com està organitzada la cosa. Crec que ha pres més medicaments dels qui li corresponen, però no perquè se'ls hagi pres ella, sinó perquè els hi ha donat la germana pensant-se que calia donar-li més calmants.

Dr. B: Pot ser. Pot ser ella o que l'altra ho demani amb molta insistència i no li sàpiga dir que no.

Es concreta una altra variable del problema: l'angoixa de la família.

AS: Precisament. La família està totalment angoixada davant les demandes de la malalta perquè aquesta crida i els veïns diuen que no en tenen prou cura i es queixen. El problema fonamental d'aquesta malalta, com el d'aquells que fan unes demandes fora del normal, és que si arriba en aquests extrems és per alguna cosa. És a dir, que si és excepcional quant al dolor i quant a voler calmants i drogar-se, és perquè demanda una atenció especial.

Dr. B: Sí, la seva atenció és excepcional.

Hom se serveix de la història social de la malalta.

AS: Per això penso que es podria modificar un seguit de coses que poden incidir en l'actuació d'aquesta senyora i de les quals ella es queixa: les seves frustracions de cara a l'atenció mèdica, a l'hospital, etc. Entens què vull dir? Per exemple, les vacances: em sembla que no és cap rucada pensar que en arribar les vacances se li aguditzen els dolors, atès que coneixem la història de la seva primera angoixa amb allò de la biòpsia, del període de vacances en què no va rebre atencions i que es va repetir a la seguretat social. Em sembla que aquestes dades són essencials per comprendre el malalt. Coneixent aquestes dades, diria que aquesta senyora necessita una comprensió i una atenció especials.

Dr. B: Un control pràcticament constant. Algú que estigui capacitat per estar pendent d'ella. Aquest és un problema que ací ens és plantejat pel dolor i que en altres casos el planteja la impotència física o l'alcoholisme, però la panoràmica general és la mateixa: hi ha una persona que necessita quelcom superior al que és normal.

AS: Vull dir-te que, per exemple, quan van haver-la de dur a urgències va ésser perquè delirava. Es veu que acabava de rebre un tractament de citostàtics que li havia produït una reacció molt gran. Pot ésser que la reacció del citostàtic li produís una febrada molt alta que la fes delirar, o no?

Dr. B: En general, no. Els citostàtics només produeixen febre o desencadenen una infecció. Però llavors hauria tingut una febrada molt alta durant els dies següents i no va ésser així. Es van suprimir les drogues i pràcticament es va recuperar.

AS: Ho dic perquè em dóna la impressió que aquesta senyora demana atenció. Per exemple, el suïcidi és una amonaga claríssima i la veig com a molt social. (qui se suïcida calla, no fa aquest folklore tan...

Dr. B: Com un reclam perquè t'hi fixis més.

AS: Vaig anar-la a veure després que m'havies dit això. Ella va explicar tot el procés d'aquest deliri i va dir-me que no es recordava absolutament de res. Només d'una cosa: es va voler aixecar del llit i inconscientment se'n va anar a la finestra. Es reclinà i va veure-ho tan perillós, alshores, que li va sortir l'instint de conservació i es va arrecerar en un racó. I va dir-me: "Fixi's que, després d'haver repetit tant això del suïcidi, la meva germana i tothom hauria cregut que m'havia suïcidat de veritat quan, en realitat, podia haver ensopegat i haver caigut daltabaix". M'he adonat que ha fet un replantejament i que això del suïcidi no es repetirà. També va dir-me: "Això del suïcidi no ho repetiré més perquè inconscientment em provoca una situació que no puc dominar i que, quan estic així, delirosa, podria fer-me mal sense adonar-me'n". A mi això em sembla molt social, molt de cara a la galeria.

Dr. B: Sí, hi estic d'acord.

Ps: Passa, però, que, a part del problema del dolor, aquesta dona planteja un problema terrible de personalitat. O es tracta d'això o no s'hi pot fer res.

Dr. B: Tu l'has vista, aquesta dona?

Ps: No. No la conec de res.

Dr. B: Aquesta tendència a accentuar la malaltia i a cridar l'atenció és present pertot, quan ella s'explica.

Ps: Això no vol dir, però, que també s'ho passi molt malament.

Dr. B: Per això la manera com ella encaixa la malaltia accentua encara l'aspecte del dolor si fa no fa objectiu que pugui tenir.

Ps: Ara bé, el dolor és molt subjectiu. Si està més tranquil·la en tindrà menys.

AR: Amb tot, ha accentuat l'atenció dels altres, que és el que pretenia.

AS: I hi ha un altre punt essencial: un malalt d'aquest tipus no hauria d'ésser seguit sempre per un mateix metge? Ara, per exemple, que té una relació més o menys bona amb tu, potser passarà a mans d'un altre doctor. Quan ha passat per quatre mans, i això ho sap perfectament, cada canvi afecta una personalitat d'aquesta mena.

Ps: Perquè, a part de tot, de cada nova relació n'obté, al principi, molta més atenció. Fins que coneixen com va l'afer.

AS: Després, quan la deixen, se sent totalment agressiva, perquè ella té molta agressivitat davant el metge. Fixa't que una de les coses que subratlla és que, d'antuvi, va mantenir una relació força important amb la Dra. I afegeix: "M'adono que sóc una malalta bastant molesta i que demano més atenció que no és normal i que la Dra. se m'ha tret del damunt i m'ha enviat en un altre metge per això". No sé si és o no és veritat, però és evident...

Posició de fugida del professional davant una variable estructural.

Dr. B: No, no. Com que som tres que fem aquest servei, el sistema de dispensari depèn en gran part de l'administració, és a dir que en general ens passen les malaltes que seguim durant anys, car elles mateixes demanen sempre el mateix doctor, a no ésser que algú no vingui, que hi hagi vacances o alguna cosa semblant. En general, hi ha pocs canvis; només canvia sempre en passar del dispensari a la sala.

AS: Estem d'acord que ha estat negatiu per a aquesta pacient de passar per tants metges. Quatre: la Dra. A., la Dra. O., el Dr. X. i tu mateix. I parlo només dels clínics.

Dr. B: Bé, això és força normal.

AS: En un malalt d'aquesta mena, no et sembla que s'hauria de tenir en compte aquest problema de bell antuvi?

Dr. B: Sí. Potser seria interessant de trobar un plantejament una mica dirigit d'aquest afer. Que, portés qui portés el cas, hi hagués una orientació una mica exacta. De fet, n'he parlat amb el Dr. H., que és qui havia fet psiquiatria i ara s'encarrega més d'aquesta mena de problemes.

AS: Què hi fa, a Oncologia? Hi és com a psiquiatre?

Dr. B: Ara hi és com a assistent, però demanarà per residir-hi. Com que va fer tota l'experiència de psiquiatria s'encarregarà d'això, d'aquesta mena de problemes. Ell porta, si fa no fa, tota la qüestió dels antidepressius, tota la qüestió psico-somàtica. Té una opinió molt negativa respecte a aquesta senyora. Creu que li caldria una cura molt extraordinària, en el sentit de tenir-la gairebé ingressada, de fer-hi una psicoteràpia de suport constant, d'intentar ajustar la medicació estricta que pren i valorar els efectes d'aquesta medicació d'una manera una mica objectiva. Ara com ara, és molt difícil, a partir del que ella diu, de concloure si aquest fàrmac li ha anat bé o no. Fuig de les possibilitats que tenim de fer una cosa d'aquest tipus.

Ps: Però, sense ingressar-la, aquest psiquiatre no podria anar-la a veure periòdicament, per intentar de controlar-ne si més no la medicació? Aquestes coses no es podrien fer més que no es fan?

Dr. B: És una mica difícil perquè no està organitzat. Hauria d'ésser una cosa estrictament personal i voluntària.

Ps: Però m'imagino que, de malalts d'aquest tipus, en deuen tenir de tant en tant.

AS: Home, no tan sovint.

Dr. B: Com aquests, de tant en tant.

AS: Home, jo no sé...

Dr. B: Jo sí que ho sé.

AS: A nosaltres, com a assistents socials, ens expliquen moltes coses amb molta més cruesa. Tenim molts de malalts.

Dr. B: Potser sí, però el problema que planteja aquesta dona és estrany i malalts amb dolor en tenim molts. També tenim malalts que afronten amb dificultat la malaltia. Però aquest és un cas que costa molt d'orientar.

AS: Penso que aquest control de la medicació podria fer-lo el metge de capçalera.

Ps: Ell no pot fer el que necessita aquesta dona.

AS: Però si el metge es posa en contacte amb l'oncòleg...

Ps: Pel que heu dit i coneixent una mica la història, aquesta dona necessita una persona...

AS: Però no a nivell psiquiàtric, sinó a nivell de medicació.

Ps: La manipulària. S'ha d'ésser molt especial per no deixar-se manipular si no hi ha un mínim de criteris i de tècniques per evitar-ho.

Dr. B: El metge de capçalera seria el metge de la seguretat social.

AS: No, ella pertany a una mútua i seria el metge d'aquella institució.

Ps: No em sembla factible. No ho sé, no ho veig real.

Dr. B: Crec que és demanar massa.

TOH: Quin plantejament faries?

Ps: Crec que hi ha d'haver més d'un malalt d'aquest tipus. Això, o no ho assumeixes i penses que ja s'ho faran, o si ho assumeixes has de trobar una persona que s'encarregui d'aquests malalts, que faci una mena de psicoteràpia de suport o de control. Aquest psiquiatre que teniu, per exemple.

TOH: Tal com ho expliques, aquests problemes no s'assumeixen. Els malalts són allí dins i prou.

Dr. B: Fins a cert punt. Quan hi ha hagut malalts amb problemes, potser més manejables, s'han fet una sèrie de visites especials. La malalta ve en hores que no són les de dispensari i té unes discussions més llargues amb el metge.

Ps: Però això es fa per voluntarisme del metge.

Dr. B: Sí, atès que no ha estat organitzat. Tot just comença.

Ps: Vull dir que no s'ha d'assumir per voluntarisme sinó que s'ha de considerar indispensable.

Dr. B: Però has de creure-ho tu i la resta de l'hospital.

AR: No hi ha metges que assisteixin a domicili? Es podria proposar que fos el Dr. H.

TOH: Pel que veig, crec que aquesta malalta més aviat necessita atencions d'un psicòleg o d'un psiquiatre que no d'un metge.

Dr. B: El problema és que si s'envia un metge de medicina interna, la malalta el podrà manipular quant a la medicació. A més, augmentaria la seva dependència i no adobaríem res. Hi ha d'haver una persona que sàpiga què es trobarà i que tracti directament el problema d'aquesta malalta.

Ps: Jo evitaria que el metge anés a casa seva, a no ser que estigués molt malament. Podria afavorir una actitud passiva que contribuiria a infantilitzar-la.

Resum de la situació. És molt important per centrar l'objectiu i el tema del grup.

TCH: El pronòstic és dolent i ella el viu pitjor. A més, té aquests dolors. I el problema que tindrà aviat és que tornarà a canviar de metge. Si aquesta persona necessita realment un tractament que no es refereixi a la seva malaltia física, s'hauria de veure qui pot fer-lo i en què pot ajudar-la l'Associació.

Dr. B: Jo ho veig així.

Ps: Jo també.

AS: I jo. Però encara trec d'altres conclusions. De cara a altres malalts i de cara a humanitzar aquestes situacions, crec que ens hem de plantejar que aquesta dona no hauria arribat en aquest extrem si no hi hagués hagut aquests canvis de metge, ni l'error de les vacances. Això ha aguditzat totalment la seva problemàtica.

AR: Així doncs, hi ha dos plantejaments: per què està així i què hi podem fer nosaltres.

AS: Vull subratllar que moltes vegades diem que hi ha molts aspectes patològics i, és clar, d'altres que no ho són tant.

Ps: Si pots abordar-los tots dos...

AS: Exactament.

Dr. B: Davant d'ella sempre et trobaràs amb aquesta hipòtesi, perquè enfrontar-se al problema de les vacances és una cosa que tots els malalts han de fer. I situacions en què hi ha contradicció entre els metges o metges que s'acaren davant els malalts i que mouen brega així, se'n troben a grapats.

Ps: I això sempre els afecta. Fins i tot pel malalt que s'ho agafa bé, en sentir un comentari d'aquests ni que sigui mitja hora de malestar no la hi treu ningú. S'ha d'anar amb molt de compte.

Dr. B: Sí, però així és la situació i no és pas una situació estranya. En aquest cas és conflictiu que la malalta no es pugui sobreposar a una estructuració social d'aquest tipus. Hi ha altres malalts que vénen i et diuen: miri, jo tinc aquest dubte perquè he sentit això o allò. Llavors, a força de paciència i de saber explicar les conclusions que s'han tret del cas, ho arriba a entendre o a acceptar-ho. Prenen una decisió: crec el que em dius tu o el que em diu aquell i, per tant, no vindré a les teves visites. Ambdues situacions es donen, però és un conflicte que té una sortida. I la sortida és que el malalt doni un pas positiu i es decideixi sobre la seva malaltia i sobre qui en tindrà cura. En aquest cas, aquestes circumstàncies han estat un altre agreujant de la dificultat que té aquesta dona d'encaixar el problema. I el problema és greu, és greu perquè aquesta dona vivia i necessitava les seves mans per fer alguna cosa manual. Feia ioga.

AS: No, no. És evident que del treball anterior no en pot fer res.

Dr. B: Aquesta dona acumula moltes coses: incapacitat per treballar, incapacitat per fer la feina que feia i una dependència total de la família que la guareix. Vol incorporar a aquesta família tècnics, metges, especialistes i gent que li dediqui una extradosi. Això és un problema perquè els malalts que necessiten més del que els dona l'estructura sanitària tenen un enfrontament constant que va a petar, si això no s'assumeix, a situacions com aquestes. Els problemes que té aquesta malalta van en la línia que tècnicament es pot fer una medicació en què jo confio relativament poc, perquè aquestes disseminacions són molt nefastes atès que no hi ha una disseminació general i, en canvi, hi ha un punt molt localitzat en què s'originen tots els problemes i que acaba matant.

AR: A més, el dolor s'aguditzarà, no?

Dr. B: Si no podem deturar-lo, sí.

Ps: Crec que hauria d'agafar-la una persona tècnica per provar de centrar-la.

Dr. B: De fet, és molt difícil de fer-ho amb el ritme normal de treball del servei, perquè quan hi ha dispensari, els matins, el nombre de visites que has de fer no et permet d'estendre-t'hi. Això és un problema, però així que furgues una mica te'n surt un altre, i un altre i un altre. La germana que jo conec pot tenir molt bona voluntat però és una persona que es desespera, fa coses sense saber què passa.

Ps: De totes maneres, aquests suïcidis espectaculars que es fan per reclam sovint resten en el reclam. Però penso que, tal com ho veig, un dia pot fer-ho ja sia per reclam o no. Veig que està molt malament. Fins i tot pels seus mecanismes de tensió poden ésser un gran reclam d'atenció. Però té molts motius, hi ha molt poques coses que en aquest moment li vagin prou bé per seguir tenint una vida...

AS: Tal com l'he vista evolucionar, em sembla que s'enfonsarà físicament. Com que cada vegada es trobarà pitjor, la regressió serà més gran i pacífica. Com que necessitarà més atencions haurà de romandre al llit, sense moure's, m'entens? No crec que intenti suïcidar-se.

TOH: Per què avançarà la malaltia? Que no li donen la quimioteràpia?

Dr. B: Hi confio molt poc.

AS: Amb tot, penso que, després de la darrera reacció i d'aquest sotrac físic, és molt possible que es deixi dur millor.

Ps: Ho fan després d'una crisi molt forta car els representa una gran descàrrega.

AS: Crec que si ara marxés, li ho has de dir a la darrera visita i donar-li el trasllat a un altre metge o a qui sigui, amb compte. No costa tant i seria una bona cosa perquè la dona no ens faci un dol pel metge.

TOH: Aquest altre metge ha de treballar en connexió amb tu per veure si li canvieu la quimioteràpia. Si no, si li dius que te'n vas, que en ve un altre, això és evident. A més, si aquesta persona té problemes econòmics...

Ps: Seria ideal que el metge fos el Dr. H. atès que hi tenim contacte i que sap molt bé de què va la cosa (...) La seva germana què és? Una esclavitzada per ella?

Dr. B: Crec que sí.

AS: Sí. La germana i tota la família n'estan pendents, és evident. Viuen la mare i tres filles solteres, una de les quals és la pacient. Quan tenia vint-i-nou anys va morir el seu pare. Tota la vida han estat juntes i pendents l'una de l'altra. La malalta, la més gran, ha pres una mica el lloc del pare, com si diguéssim, i ara, per tant, estan en funció de la malalta, com si se la podrís el pare per segona vegada.

TOH: I doncs, què s'hi pot fer?

AS: No ens hem de desesperar.

TOH: No, però potser és un cas en què podria seguir.

Dr. B: Vosaltres quin règim de visites feu amb ella?

AS: Darrerament, una cada quinze dies.

Dr. B: I has plantejat alguna hipòtesi de treball?

AS: Sí. Però, evidentment, vaig plantejar-ho ací per veure com se la pot ajudar.

Dr. B: Però tu has fet algun plantejament de dir: bé, intentarem això i lluitarem per tirar-ho endavant?

AS: Sí. Provo de seguir el ritme d'allò que m'exposa. Si en un moment donat em diu si s'ha de morir o no, punt que crec que és el que ella no pot resisitir, el tractem juntes. Crec que és un problema, sobretot, de desfogament per part d'ella. Després, li faig explicar situacions anteriors, de la vida anterior; per a mi que està totalment frustrada de la vida anterior perquè veu que ara se li acaba i no se sent prou plena del que ha fet fins ara. Aleshores, revisa tot el que ha fet d'una manera determinada, amb un objectiu determinat. Crec que aquestes coses es resolen racionalitzant-les i parlant-ne. Aquest és el meu plantejament.

Dr. B: Quin objectiu pretens d'assolir amb ella?

AS: Que pugui explicar els seus sentiments més profunds, veritables. Això en un pla més psicològic. En un pla més social, estem en tràmits amb la seguretat social, cosa que és molt important per a ella, atès que no se sent tan dependent i tan poc útil. Hem quedat que enregistraria una cinta explicant, atès que no pot escriure, les experiències assistencials del seu cas. I això significa ésser útil.

Dr. B: Vaig pensar que així tindria una activitat, que s'adonaria que la seva malaltia i el seu sofriment produeixen alguna activitat. Vaig plantejar-li-ho així mateix però no va tirar endavant. Si trobes una tècnica que us permeti de discutir i de col·laborar en el sentit de dir: mira, aquesta setmana he fet això o allò, tu estimules aquest aspecte i això podria ésser un suport.

- AS: Hem quedat que dilluns em duria la cinta magnetofònica. La hi he deixada tota una setmana perquè hi enregistrés les seves opinions, quina idea té d'un hospital oncològic, què s'ha de tenir en compte de cara a l'hospital. Sabrem què pensa el malalt (...). Per al meu gust, però, és en un nivell més de frustració de l'etapa anterior.
- Ps: Jo aniria amb molt de compte amb això de la frustració en una etapa anterior, perquè si ho considera irreversible...
- AS: Ho dic per la meua experiència amb altres pacients; si en parlen es desfoguen. Un altre punt relativament bo en aquesta dona és el vessant religiós.
- Ps: Passa, però, que quan parles amb una persona dones atenció a allò de què parles i així la reforces moltíssim. Per exemple, et pot parlar tant de les frustracions com d'una altra cosa, però si la capfica que hi ha moltes coses que no ha fet i que potser no podrà fer, i res més, això pot convertir-se en un cercle viciós que la deprimeixi encara més. Quan et queda poc temps per viure, has d'estar convençut que alguna cosa del que has fet ha servit.
- AS: El que ha fet tampoc no ha estat desastrós.
- Ps: Però ella no t'ho exposa tot; quan estàs deprimida només records allò dolent.
- AS: Aquesta pacient té certa facilitat per veure la part positiva.
- Dr. B: Això estaria bé. Si l'engresques a racionalitzar la seva conducta anterior pots ajudar-la força.
- AS: Vaig proposar aquest cas al seminari perquè hi veia possibilitats de...
- Ps: Jo em sento incapaç de dur-lo.
- AS: Tu no ets capaç no de poder-lo dur sinó de poder parlar. No és un problema de dur o no dur el cas.
- Ps: En llegir l'acta, m'adono que per pujar una persona cal tenir on aferrar-se i veig aquesta dona molt enfonsada.
- AS: Una cosa és "pujar" i una altra "acceptar". És evident que molts d'aquests malalts han d'ésser revifats. Però més endavant comença una altra etapa, l'etapa de l'acceptació. Llavors no es tracta de revifar sinó d'accelerar l'acceptació de la mort d'una manera tranquil·la i serena després d'haver acceptat tot el que és anterior. És a dir, que no convé revifar segons quines coses.
- Ps: Però jo no tinc experiència. Mai no he portat casos d'aquests.
- AS: Ho dic de cara al seminari. Dèiem que era interessant de fer entrevistes amb malalts seguint el que deia Kubbler-Ross. No pel que fa a un tractament determinat com a psicòleg, però sí pel que fa a la possibilitat de comprendre al màxim aquesta senyora, encara que no facis teràpia.
- TOH: I si t'acompanya quan li facis una visita?
- AS: I tant, Estic disposada al que sigui. A més, crec que aquesta malalta ho accepta.
- Ps: Als que jo conec no els agrada gens.

- AS: No, perquè el que tu fas és un tractament molt determinat.
- Ps: No, no. I en general, encara que sigui una persona a qui no faig cap tractament.
- AS: Perquè són més vius. Però, per exemple, aquest cas és l'invers. El que necessita és companyia i que li donin suport. Aleshores, només que hi acudeixi algú a escoltar-la pot fer-li molt de bé.
- Ps: Penso que amb una visita aïllada, anar un dia a escoltar una persona, no fas res, no fas gens de feina. O potser sí, si t'autoformes, atès que vull veure què opinen aquests malalts, etc., i llavors d'acord. Però per al malalt això no és res.
- TOH: I imagina't que vas a veure aquesta senyora que té tantes dependències, que hi parles i que li sembla molt bé i llavors et vol continuar veient.
- Ps: Llavors ets tu qui estàs fent la cosa ordenada de seguir-la i de veure-la.
- AS: Això sí, però jo veig aquesta entrevista a un nivell d'autoformació. Hi ha molts malalts amb qui no és possible de fer-ho i, d'altra banda, anar-hi a parlar una única vegada és una qüestió només autoformativa, tot i que Abel deia que l'ajudes. Home, l'ajudes relativament; l'ajudes un dia que li omple un buit.
- TOH: El que sembla clar és que aquesta malalta necessita una cosa que l'orienti cap ací: com i de quina manera.
- Dr. B: Jo proposo, concretament, que ella es comprometi cada cop més a un treball i aquest treball podria començar per ací.
- AS: Crec que farà això de la cinta magnetofònica, seguríssim; però res més. La veig en picat. Això no és més que una provatura i no farà més provatures.
- Dr. B: Però no pots esperar gaires coses més.
- TOH: D'ella no. Però ella potser espera més de nosaltres. Això sí que no ho sé.
- AS: Perdoneu, però ben poques vegades podem fer res pels casos que tractem ací. N'hem de ser conscients.
- TOH: Per què no fas una cosa? Que enregistri la cinta. Després l'escoltem i potser llavors se'ns acudirà alguna cosa. Hem de fer-ho perquè pot morir-se amb la cinta en marxa.
- Ps: Només em sembla una solució el teu seguiment. Trobo que és molt important i crec que si pot ser ordenat, una vegada cada quinze dies, doncs endavant. I si el psiquiatre la pogués ajudar, li aniria molt bé.
- AS: Aquesta dona té el metge de capçalera de la mútua, que la coneix de sempre i que deu saber com funciona des del punt de vista...
- Dr. B: Però aquest metge l'ha anada a veure?
- AS: Va deixar de fer-ho quan va anar a l'hospital, perquè no li'n van dir res. Penso que si aquest metge, que les coneix de tota la vida i en qui confien, es veïés amb l'oncòleg, aquest podria explicar-li com pot dur una pauta, veure els efectes que pot tenir. I, de passada, feu la sensibilització d'un metge de capçalera, cosa que sempre heu desitjat.

Dr. B: Si el metge està disposat a veure-la d'una manera continuada i a tenir cura d'aquest aspecte, no hi ha cap problema.

AS: Crec que un metge de capçalera ha de saber portar una pauta dels calmants.

Dr. B: Sí, saber-ho dur, sí. Saber escriure en un paper "S'ha de prendre això a les sis, a les vuit, a les dotze..."

TOH: Aquesta història és molt il·lustrativa. Hi ha un grup de persones que esteu en el rovell de l'ou. Això és el vostre pa de cada dia i, realment, no heu de posar-vos les mans al cap en pensar que aquesta dona està així per tot el que li ha passat durant la seva història. Potser ben aconduïda també estaria així. La veritat, però, és que en part l'han influïda les contradiccions que hi ha hagut, perquè no se sap si ha estat ben tractada. Això ho llegeix un profeta com jo i posa el crit al cel i pensa que Déu ens lliuri que a l'hospital oncològic...

Dr. B: Des del punt de vista del tractament, deixant de banda això de les contradiccions, no estic d'acord amb tu.

TOH: Bé, tant se val. Seria allò que diem que "no n'hi ha prou que el malalt sigui tractat amb eficiència, cal que ell ho visqui". El problema, avui en dia, és aquest. Ja em podeu donar el que valgueu que, si ho estic passant molt malament, tant me fa. Aquest és el problema, aquest és el cas típic en què s'ha fet eficaçment allò que s'havia de fer però el malalt no ha viscut l'eficiència d'allò que se li feia. Ací rau el problema. Ara, saber si la seva situació actual es deu a això o si hi estaria igualment perquè objectivament té una malaltia que li fa mal... És evident que té una personalitat i una malaltia. S'aferraria a això que li hem donat, en aquesta manca d'eficiència, o potser s'aferraria a... jo què sé?

AS: Jo plantejaria que en els casos que es demani una coordinació que funcioni realment...

Dr. B: Quan hom demana una coordinació, tant et trobes que no saps establir-la perquè jo no sé per què la demanes, ni tu tampoc.

AS: Home, sí que et puc dir per què. Veig molt clar que, simplement amb aquest contacte que fem, ara aniríem a veure la malalta i ella s'adonaria que hi ha cert acord entre nosaltres. Fins i tot sense que tinguem cap cosa superconcreta a dir-li. Però haurem parlat de la cinta magnetofònica i ambdós n'estarem informats. Coneixerem l'opinió de l'un i de l'altre sobre l'ús del metge de capçalera i estarem d'acord sobre l'enfocament. Crec que són coses de sentit comú, tan mínimes com aquestes, les que cal coordinar i que donen una gran diferència al tracte del malalt.

TOH: Crec que tot això dóna inseguretats. Perquè la inseguretats del malalt, que és innata, s'acreix quan tothom li dia...

AS: Ho dic perquè sembla que no. Això de fer un comentari sobre qui ha recomanat el pacient davant d'ell li causa molt mala impressió, sobretot quan és negativa. Hauríem de sensibilitzar-nos per no fer-ho.

- Dr. B: Sí, però cal parlar més en concret. Perquè si ve un metge amb la idea que se li han d'aplicar corrents i no hi estàs d'acord, has d'explicar-li-ho. No pots dir-li: "Miri, és que vostè té un tumor que és tan inoperable que no l'han d'operar".
- AS: No, això no. Però en el cas d'aquesta senyora, la Dra. no podia haver agafat el telèfon i trucar al cirurgià per comentar la qüestió entre ells dos? Hauria estat preferible a abocar la malalta a l'angoixa del que significa estar en desacord un clínic i un cirurgià. Ho he trobat tan difícil.
- Dr. B: Però aquesta coordinació serà molt diferent si el cirurgià és a l'hospital o si no hi és, si hi és durant les hores de treball o no, si és un que el mateix que diu a la malalta sap dir-t'ho a tu. Vull dir que això pot sortir bé o no.
- AS: Sempre es pot intentar. Si més no, aquest és el nostre sistema de treball.
- TOH: És clar que tots plegats estem fent un esforç pel cas. Ara bé, n'hi deu haver cinc-cents com aquest! Realment, això revela una manera d'entendre el tractament dels malalts de càncer i això és el que s'ha de aprendre d'ací. A part que, individualment, es faci tot el que es pugui per aquest cas. Ací ens adonem que hi ha molts desajustos; a vosaltres no us molesta, però si aquest cas es tractés dins l'hospital oncològic, jo seria morta.
- AS: Davant els metges, el malalt es porta molt millor, però totes les angoixes les rep la família. D'algun malalt diries que, mira, porta força bé la cosa; després et trobes amb un sarau familiar que impressiona. Vosaltres ni us n'assabenteu. I sort d'això, perquè si us n'assabentéssiu, moriríeu en l'intent.
- TOH: Gràcies a Déu, no. Però si estan visitant un quart d'hora el malalt, ja se'n podrien assabentar.
- Dr. B: I encara més. Allí s'han organitzat visites per la tarda només per a la família. Hi ha gent que s'hi passa les tardes per si algun familiar no ha gosat de preguntar alguna cosa davant el malalt, però això només funciona a força de voluntat. Realment, l'estructura hospitalària no dona més de si. Passa com amb tot l'afer de la coordinació amb metges del carrer. Si es pogués aconseguir una dinàmica positiva en ambdós sentits ja s'hauria guanyat molt.
- TOH: De totes maneres, és important que tinguem el cas damunt de la taula, prou de temps per conèixer tots els problemes que s'amaguen darrere d'això, per conscienciar-nos que no es tracta d'un cas marginal, ans al contrari.
- Dr. B: Us suggeriria, a vosaltres que treballeu ací, que sistematitzéssiu tot això i en féssiu un treball, una comunicació o una publicació de la mena que sigui, per resumir aquestes experiències i aprofundir en els seus punts conflictius. És a dir, aconseguir d'explicar i de difondre aquestes diferències estructurals. Així, l'experiència serviria per a tothom.

C - ANÀLISI DE CONTINGUT

Analitzarem la sessió de grup amb la intenció d'obtenir dades per resoldre aquesta pregunta:

El treball en equip interdisciplinari incideix sobre la qualitat de vida de la malalta?

No pretenem de demostrar si la resposta d'aquesta pregunta és una hipòtesi vertadera o falsa, però volem apel·lar al sentit comú i a una intel·ligència crítica per reflexionar, en referir-nos a un marc teòric, sobre la conveniència o no d'institucionalitzar el treball interprofessional per assistir millor el malalt.

S'ha de tenir en compte que al seminari només hi participaven dues persones que havien tractat la pacient. Nogensmenys, tant les seves opinions com les de la resta de membres del grup ens aporten dades sobre el tema.

El quadre següent ens mostra les diferents disciplines que han tingut algun contacte amb la malalta, en un moment o un altre, i la seva representació en el seminari.

Personal que ha tractat en algun moment la malalta

- . Metge de capçalera
- . Cirurgià
- . Hospital X
- . Ambulatori: Dra. A.
 Dra. A.R.
 Dra. O.
 Dr. B.
- Dr. A.
- Sala: Dr. H.
 Dra. C.

Personal que forma part del seminari que analitza el cas

- Metge Dr. B.
- Infermera
- AR
- AS, TOH i Ps.

A continuació exposem un esquema del procés de la malaltia per donar una idea global de l'evolució del cas i de la seva dinàmica.

<u>Síntesi de l'evolució del cas</u>	<u>Metges que tracten la pacient</u>	<u>Data</u>
Primer símptoma: bony al pit. Aviat va al metge. Diagnòstic: càncer de mamella. El Dr. P. recomana cobalt a l'H. St. Pau.	Metge de capçalera i cirurgia (Dr. P.)	<u>1973</u>
Passen tres anys en què es creu guarida.		1973 a <u>1976</u>
Nous símptomes: recidiva. Cobaltoteràpia a l'H. St. Pau.	Oncòleg H. St. Pau (Dra. A.)	Gener
Setmana Santa. Dolors intensos.		Abril
Nòduls al coll. Discrepàncies mèdiques (a)	Radioterapeuta (Dra. A.R.)	Juny
Es fa la biòpsia i es recomana un tractament ràpid. Hom tarda vint dies a donar el resultat i un mes a començar el tractament.		Agost
Se li nafra la neoplàsia.	La tracta l'ajudant de la Dra. A., oncòloga (Dra. O.)	Octubre
Crisi abans de les vacances. Ingrés.	Sala. Oncòloga Dra. H.	Desembre
		<u>1977</u>
	Ambulatori. Oncòleg Dr. B.	Gener
Cobaltoteràpia.	Radioterapeuta Dra. A.R.	Març
Dolors forts.		Abril
El metge d'urgències l'envia a St. Pau. No la ingressen.	El Dr. B. va als USA. Ambulatori. Dra. A.	Maig
Ingressa a urgències. Torna a casa ben aviat.		Juny
Nou ingrés, en molt mal estat.	Sala. Dra. C.	Agost
Mor.		Novembre

COMENTARIS A L'ESQUEMA

- No hi ha símptomes de negació quant a la rapidesa a anar al metge. La pacient mai no ha rebutjat el tractament i ha efectuat sempre allò que se li indicava, assessorant-se i fent consultes quan li ha semblat oportú. Sembla que les consultes han engendrat dificultats atesa llur descoordinació. La referència (a) es referix que la Dra. A. recomanà a la malalta de fer-se la biòpsia. La malalta dubtà i consultà al Dr. P. (cirurgià), el qual hi estigué en desacord i així ho manifestà a la pacient, dient-li que la biòpsia provocava l'extensió de la malaltia. La Sra. F. ho diu a la Dra. A. la qual li recomana que demani al Dr. P. de telefonar-li. El Dr. P. no vol trucar-li i sol·licita que sigui la Dra. A. qui la informi sobre el tractament que consideri oportú. La Sra. F. no gosà demanar-li-ho i va decidir de fer-se la biòpsia.
- En moments de vacances hi ha diverses crisis a les quals segueix un ingrés precipitat.
- En total, tracten la pacient vuit metges, més el de capçalera i el d'urgències, diverses infermeres, administratives i un assistent social.

INTERPRETACIÓ DE DADES DE LA SESSIÓ DE GRUP

1 - Acords entre el Dr. B. i l'assistenta social F., els quals tractaven la malalta i en concentraven la problemàtica.

- La malalta té una actitud davant la malaltia, la vida i la mort que requereix ajut.
- El servei necessita un psiquiatre i/o un psicòleg.
- L'equip assistencial hauria de tenir un únic pla terapèutic.
- S'hauria de facilitar la comunicació de la malalta.

2 - Desacords entre ambdós i altres conclusions

Dr. B.- La malalta té una patologia especial que fa necessària una assistència psiquiàtrica.

AS.- No és més problemàtica que la majoria de malalts, però sembla més aguda perquè evidencia errors de l'assistència, la deshumanització del tractament en una situació difícil de procés cap a la mort.

Dr. B.- El servei hauria de tenir un psiquiatre per tractar els malalts difícils.

AS.- Només hauria de tractar els casos excepcionals i caldria que es dedicués, en canvi, a ajudar el personal perquè, en l'assistència directa, aquest tractés adequadament els problemes psicològics que planteja la relació amb els malalts.

Dr. B.- La millor qualitat assistencial psicossocial no milloraria la situació de la malalta.

AS.- La malalta es sentiria millor i s'acabarà amb més serenor al seu procés de mort si hi hagués una millor qualitat assistencial. Ço vol dir:

- . Visites mèdiques més llargues, més comunicació i una informació precisa que posi l'accent en els aspectes positius.
- . Canviar tan poques vegades com sigui possible de metge; si n'hi ha diversos, un ha d'ésser el punt de referència.
- . El metge de capçalera ha d'assumir l'assistència domiciliària coordinat íntimament amb l'especialista de l'hospital.
- . Rapidesa a donar els resultats de les exploracions i en l'aplicació del tractament.

Dr. B.- Els canvis de metge que s'han donat en aquest cas ha estat els mateixos que en els altres i aquests no en sofreixen.

- . És molt difícil que el metge de capçalera assumeixi l'assistència domiciliària.
- . No hi ha temps per canviar l'organització i realitzar visites més llargues.
- . La rapidesa a donar els resultats, etc. no ha influït la malaltia.

Tots els membres del seminari estaven convençuts que cal un treball interprofesional. Concretament:

- Es manifesta la necessitat que col.labori un psiquiatre o un psicòleg que ara no és al servei.

- Hi hauria d'haver un únic pla terapèutic coordinat.

A la pràctica, però, fins i tot els membres del seminari posaren inconvenients. Així, en llegir la sessió del seminari, hom s'adona que hi ha certa tensió entre el Dr. B. i AS, els únics membres del grup que s'encarregaven directament del cas, que demostra allò que s'evidencia: hi ha desunió i descoordinació en el treball. El metge havia proposat a la pacient d'escriure sobre els seus sentiments a la vora del dolor i la malaltia. Més endavant, l'assistent social, per la seva banda, va tenir una idea semblant en proposar un enregistrament. La malalta no va seguir la proposta del metge, la qual li hauria estat més útil atès que no estava físicament tan malament. Si la proposta hagués estat conjunta, el resultat hauria estat molt millor. Les visites familiars a domicili per l'assistent social podien treballar millor la motivació.

Sobre aquest darrer punt, hom constata que la diferència de criteris del Dr. B. i de l'assistent social estan molt condicionats atès que ella ha estat a casa de la malalta i ha vist la família amb més intimitat, mentre que al Dr. li manca informació en aquest sentit i això li provoca desconfiança.

Malgrat tot, en comptes d'unir-se, quan hi ha alguna discrepància el doctor s'aferra a les seves dades clíniques i l'assistent social a les seves dades familiars, de manera que en lloc de col·laborar s'enfronten. Caldria que ambdues parts modifiquessin llur actitud, cosa que ja s'esdevenia només pel fet de reflexionar sobre aquestes qüestions en el seminari.

La necessitat de la intervenció d'un psiquiatre o d'un psicòleg planteja un altre problema interdisciplinari. Sembla que tothom hi està d'acord, però ningú no fa res concret perquè es realitzi. Precisament, es carrega el mort a l'únic professional del servei que no està pagat. Hem de recordar que els mateixos membres del seminari han acceptat la psicòloga en tant que voluntària i més endavant van resistir-se que la institució li pagués una feina més compromesa. No hi ha gaire acord sobre els rols que han d'exercir el psicòleg, l'assistent social i, fins i tot, el metge de capçalera.

Es rebutja clarament la intervenció d'aquest darrer. En aquest cas, la malalta es queixava d'estar desatesa al seu domicili "perquè ja vam avisar el metge de capçalera, però no sap res del tractament que dirigeix l'oncòleg de l'hospital..."

Això es va resoldre amb una entrevista de coordinació inicial entre ambdós metges i posteriors telefonades. Per què es considera a priori que el metge de capçalera no durà adequadament el control dels calmants? No tots actuen malament i, a més, l'actitud de coordinar els metges de què el pacient té bona opinió és una educació sanitària més útil que moltes conferències. D'altra banda, la malalta sent la col.laboració entre professionals com una atenció doblement enfortida.

Ací hem apuntat només alguns conflictes interdisciplinaris que afecten la qualitat de l'assistència. Aquesta no consisteix a impartir correctament els protocols tècnico-mèdics, ans s'no pertanyen també al protocol la rapidesa del tractament, l'assignació dels fàrmacs, la personalitat del pacient i la seva vivència de l'assistència? En processos de mort no és només important la reducció del tumor, sinó la qualitat de vida global del pacient. La vida dels afectes i les relacions esdevé preponderant; el personal sanitari ha de capir-ho així i actuar en conseqüència.

3 - Algunes consideracions tècniques a tenir en compte

Considerem que els diferents professionals que participen en la tasca assistencial formen un grup en tant que tenen un mateix i un únic objectiu: la malalta. A l'hospital això no era així però hom creia que calia que existís. Per què no hi havia un equip assistencial? Com s'ha de promoure? Per respondre analitzarem dos processos de grup: la cohesió i la coalició.

"La cohesió de grup pot definir-se com la quantitat de pressió exercida sobre els seus membres perquè hi romanguin. És la resultant de les forces que actuen sobre un membre perquè romangui en el grup.

"Els estudis experimentals en què la cohesió de grup figura com a variable independent donen resultats força obvis com, per exemple:

- a) A més cohesió de grup, més satisfacció experimenten els seus membres.
- b) A més cohesió de grup, més comunicació hi ha entre els seus membres.
- c) A més cohesió de grup, més influència exerceix el grup sobre els seus membres.
- d) A més cohesió de grup, més productivitat hi ha.

"Hi ha diverses raons que motiven la integració d'una persona en un grup determinat. L'atracció pel grup o pels seus membres en pot ésser una raó; obtenir algun objectiu per mitjà de la filiació en un grup pot ésser-ne una altra. Bach va crear, de forma experimental, tres fonts d'atracció de grup, a saber:

- Atracció personal entre els integrants.
- Atracció per la tasca que s'hi pot desenvolupar.
- Atracció pel prestigi de què gaudirien pel fet de pertànyer a un grup determinat.

"Va concloure que aquests tres punts influïen la cohesió del grup pel tipus de comunicació que afavorien" (7).

A l'hospital hi havia obstacles perquè es donessin aquestes fonts d'atracció. L'atracció personal entre els integrants està condicionada per elements culturals que tendeixen a separar disciplines en diferents status. El paper omnipotent que la població otorga al metge el distancia de la resta del personal. No hi ha un sistema harmoniós de status en el grup hospitalari; la jerarquització del prestigi segons les professions és rebutjada pels qui són més avall. En conseqüència, tampoc no s'accepten els rols i llur ambigüitat és freqüentment la responsable de les tensions i dels conflictes que hi ha entre els seus membres.

L'atracció per la tasca a desenvolupar existia en algunes persones, però els seus avantatges anaven molt aparellats amb els desavantatges. L'assistència milloraria si la majoria es posés d'acord. Si no, es poden crear mecanismes de rebuig per una part del personal els quals, en comptes de facilitar la tasca assistencial, encara la dificulten més. (Recordem les diferències i els acords entre el Dr. B. i l'assistent social).

L'atracció pel prestigi de què podien gaudir els membres pel fet de pertànyer al grup era mínima. Culturalment, els aspectes psicològics i socials que intervenen en l'acte sanitari encara no eren gaire acceptats en ambients hospitalaris científico-mèdics. Els resultats dels treballs d'aquests camps es consideren poc constatables i, per tant, imprudents. (Hem de tenir en compte els diàlegs amb la psicòloga durant la sessió del seminari i el fet que la seva participació hagués d'ésser voluntària i no remunerada.)

Què s'hi podia fer, aleshores? Recordem que diversos experiments d'estudiants de Lewin revelaren el valor d'una activitat substitutiva per reduir la tensió originalment vinculada a una altra activitat. En resum, les conclusions a què arribaren foren aquestes:

- "a) El valor substitutiu d'una activitat augmenta amb el grau de similitud d'ambdues, tal com ho perceben les persones.
- b) El valor substitutiu d'una activitat augmenta d'acord amb la contigüitat temporal d'ambdues activitats i amb l'atractiu de l'activitat substitutiva.
- c) Una activitat substitutiva idèntica a l'activitat original té molt poc valor substitutiu si l'objectiu d'ambdues és diferent.
- d) Si algú completa l'activitat interrompuda per un altre, aquesta activitat no tindrà valor substitutiu si ambdues persones no treballen en una activitat cooperativa" (8).

Per tant, el desplaçament provisional del conflicte al grup-seminari va semblar un bon sistema que reunia les tres fonts d'atracció que hem esmentat abans.

L'atracció personal entre els integrants es va donar atès que les assistents socials van sondejar el personal del servei i el d'altres institucions amb què es relacionaria professionalment per formar el grup a partir de la comunicació i la simpatia que hi havia entre ells. Els membres inicials van portar amics que també s'interessaven pel tema.

L'atracció per la tasca era un fet en tots els membres. No era una tasca directament assistencial i la informació i les conseqüències que se'n podien desprendre tenien menys risc d'ésser rebutjades. L'apropament als casos no implicava tantes tensions com en podia comportar la creació d'un grup assistencial.

L'atracció pel prestigi era superior en un grup dedicat a l'anàlisi de casos que en un grup dedicat directament a la tasca assistencial. Podia dedicar-se a la investigació i, tot i que hom esperava que tingués repercussions pràctiques directes, hi havia possibilitats de publicar un article o comunicacions a seminaris, taules rodones, etc.

En existir aquests tres motius d'integració, el grup fou factible.

Pel que fa al procés de coalició, "Thibaut i Kelley el defineixen com l'acció mancomunada de dues o més persones que tendeix a influenciar els resultats d'una o més persones. És evident que aquesta acció conjunta es basa en la previsió de millors resultats per a les persones que la integren.

"L'estratègia de formació de les coalicions permet que les diferències inicials de poder existents entre els membres del grup siguin anulades. Un país amb un poder insignificant pot esdevenir força poderós si uneix les seves forces a un altre amb prou de poder" (9).

En aquest cas, els grups poderosos a l'hospital eren els metges i la gerència administrativa o tècnics en organització hospitalària. La resta de personal -infermeres, administratius, tècnics pròpiament dits, personal de neteja, assistents socials, etc.- tenia més o menys status però un poder semblant.

La formació del grup-seminari implicava una coalició dins el grup-servei i, més àmpliament, dins el grup-hospital. Després d'analitzar diferents sessions del seminari, ens sembla vàlida la hipòtesi d'una coalició dels tècnics en organització hospitalària i la resta del personal amb la classe mèdica. Aquest va ésser, precisament, un procés dinàmic que es va comentar atès que semblava que hi havia una tendència combativa permanent davant d'ell. La consciència d'aquesta actitud latent va facilitar l'apropament i la comunicació.

Per acabar, creiem que el material demostra a bastament la necessitat del treball interdisciplinari. El seu dèficit afecta clarament el grau de satisfacció del malalt. Malgrat tot, és difícil de saber quin és el millor sistema de treball per promoure'n la institucionalització. És important, però, que les intervencions dels professionals siguin documentades i recullin els resultats per comparar-los, simplement, amb els objectius plantejats. D'aquesta manera es pot tirar endavant una reflexió crítica sobre el material.

L'anàlisi de contingut de l'exemple presentat podia fer-se de moltes maneres. Així, si el marc de referència hagués estat l'escola psicoanalítica s'hauria estudiat el material a partir de les identifications del grup, entre els seus membres i amb les persones que intervenien en el cas. També el paper dels líders, l'ambivalència d'afectes, les fantasies, defenses i pors dels participants, etc.

Una altra suggerència seria d'analitzar el grup segons Bales.

La documentació pot facilitar la comunicació entre les disciplines i la millor comprensió del treball social.

RESUM DEL CAPÍTOL Cè.

1.- On es dirigeix aquesta activitat?

Vol canviar el comportament del personal sanitari en la seva assistència al malalt i afavorir la seva percepció sobre la realitat d'aquesta assistència, a partir de l'anàlisi dels possibles canvis d'organització institucional i d'actituds en la relació entre el personal sanitari i el pacient.

2.- Quins són els seus fonaments teòrics, filosòfics i científics?

Es basa en els coneixements de tècniques de grup, fonamentalment en les teories de Lewin, Thibault, Kelly i Bach.

3.- Què s'espera del professional que l'empra?

Que promogui, organitzi, animi el seminari.

4.- Qui és l'usuari i què se li demana?

La institució i el personal sanitari. Hom els demana participació i fidelitat a l'objectiu, capacitat d'anàlisi, motivació per promoure canvis interns i externs.

5.- Què s'esdevé durant la intervenció?

La dinàmica es centra en la formació, clarificació i discussió de problemes que afecten tot el grup.

6.- Hi ha indicacions o contraindicacions per seguir aquest procediment?

D'acord amb el que hem dit al darrer punt, "Algunes consideracions teòriques a tenir en compte", en formar-se el grup cal un mínim de cohesió. Sembla més efectiu de realitzar aquesta mena de treball en un grup que treballi junt, és a dir, que portin casos en comú.

NOTES AL CAPÍTULO 8e.

- (1) M. GRAWITZ: Métodos y técnicas de las ciencias sociales. Ed. Hispano Europea. Barcelona 1975. Vol. I, p. 280-281.
- (2) Id. vol. II, p. 419.
- (3) Id. p. 418.
- (4) Id. p. 434.
- (5) E. NUBELA ROSS: Sobre la muerte y los moribundos. Grijalbo. Barcelona 1975.
- (6) A. RODRIGUES: Psicología social. Ed. Trillas. México 1979. p. 402.
- (7) Id. p. 106.
- (8) Id. p. 403.
- (9) Id. p. 399.

CAPÍTOL NOVÈ
CONTINUACIÓ DE LA QUARTA ETAPA. A
NIVELL DE COMUNITAT. PRESENTACIÓ DE LA
TÈCNICA D'UTILITZACIÓ DELS RECURSOS

INTRODUCCIÓ TEÒRICA

Presentem un procediment que empra els recursos del medi o de la comunitat per tal d'assolir uns objectius determinats en una programació de desenvolupament comunitari. Parlem de procediment i no de tècnica atesa l'amplitud del procés, tant en el temps com en el volum de persones i relacions que s'hi donen, la qual fa difícil de concebre'l com a tècnica, puix que aquest terme es capeix i s'usa gairebé sempre per a un procediment més directe entre individus (entrevista, enquesta, etc.) o entre grups (dinàmica de grups, etc.) i més acotat en el temps. En aquest procediment, el desenvolupament temporal necessari per poder avaluar d'una manera tangible el seu resultat és de diversos anys.

Situem aquest procediment a partir de dues òptiques:

- I - L'òptica del treball social de comunitat, tal com l'entenen els professionals que van aplicar-lo, i
- II- L'òptica (approche) d'"educació d'adults", atès que es tracta d'un procediment educatiu.

I - Els objectius generals d'un treball de comunitat es tradueixen a l'activitat professional en un intent de captar, iniciar, engegar i desenvolupar totes les plataformes possibles que siguin vàlides per transformar la societat i que ha d'haver assumit la mateixa comunitat, és a dir: cal que els individus de la comunitat hi participin. S'ha de procurar que sempre hi hagi una crítica avaluativa del procés i que aquestes plataformes integrin i no marginin. Així, els processos de desenvolupament de la comunitat compten amb tres factors inseparables: educació, participació i canvi social.

El treball de comunitat parteix de la idea que cal situar l'individu i ajudar-lo a situar-se en una societat en què és subjecte; ha de trobar-hi, alhora, les condicions d'expansió i les que li permetin d'ésser protagonista en aquesta societat.

L'assistent social que va emprar la tècnica o procediment que presentem expressà així aquestes idees en els documents de treball que elaborà. Veurem que coincideixen completament amb els objectius de l'educació permanent d'adults, expressats en documents i congressos d'experts.

Atès que a la nostra realitat gairebé no hi ha teories ben construïdes sobre el desenvolupament comunitari, fetes per professionals del país i publicades, ens basem en els conceptes que hem pogut manllevar sobre aquest procés, que al seu torn és tècnica, de la documentació i les entrevistes directes fetes a i per professionals.

Hem de destacar la idea que té en aquest cas l'equip o grup que treballa en aquest desenvolupament comunitari sobre la comunitat:

- a) Hi ha una idea de societat a la qual es tendeix. Dins un procés educatiu com el que enfrontem l'anomenariem "teleologia". Es concreta a assolir una comunitat capaç d'impulsar i de desenvolupar un home nou, agent i protagonista de la seva realitat.
- b) Hom parteix d'una visió de la societat (weltanschauung) en què viu que ve donada per una praxi i un estudi de la realitat concreta i que parteix d'una ideologia determinada: la comunitat és, en general, passiva, sotmesa, conformista, sense anhel de canvi per causa d'uns condicionants polítics determinats: la societat està molt jerarquitzada i les relacions de poder són molt fortes; és una societat de consum que potencia l'individualisme, que frena els treballs en comú i solidaris i el compromís contret pel fet de treballar dins la comunitat.

Entre aquests dos pols o extrems, d'on es parteix i a on es vol arribar, ha d'haver-hi un procés que, en aquest cas, hom va potenciar amb uns procediments determinats amb característiques pròpies:

- 1 - Qualsevol problemàtica social fou considerada patologia de la comunitat, cosa que suposava tractar els problemes des de la perspectiva de l'aplicació d'una terapèutica global que la mateixa comunitat havia d'assumir.
- 2 - Qualsevol iniciativa o problema de la comunitat va servir per complir l'objectiu professional i fou incorporat al procés global de la comunitat.

- 3 - Hom va prendre el conflicte com a element motivador en aquest procés (1).
- 4 - Hom va partir dels "centres d'interès" del grup o dels grups per descobrir després les necessitats objectives, atès que és el treball pràctic, l'acció, allò que eleva el nivell de consciència de la població, allò que li permet d'avançar en els compromisos, en la participació.
- 5 - Hom respectà el ritme de l'evolució dels grups puix que no es tracta de dirigir les persones vers un fi sinó d'impulsar llur incorporació al procés de desenvolupament.
- 6 - Hom intentà de trobar uns reguladors que permetessin de reflexionar i de controlar els compromisos presos, car si no hi havia aquesta reflexió es podia caure en una acció espontània poc efectiva.

II - La tendència actual de l'educació permanent d'adults resta clara i especificada en els objectius que es van fixar els integrants de la Conferència de Montreal (2) i que, com veurem, es refereixen a una preparació per al canvi. Aquesta preparació per al canvi és ressaltada per la literatura del tema (3).

La comissió número 1 de l'esmentada conferència, que va estudiar el paper i el contingut de l'educació d'adults, va assenyalar un seguit d'objectius que podem resumir així:

- Conservar i reforçar allò millor de la cultura de cada país i estimular la població a sentir-se orgullosa del seu patrimoni cultural com una font de dignitat.
- Encoratjar els homes i les dones perquè comencin i fomentin l'evolució, perquè l'acullin favorablement i en facilitin el procés.
- Tot home i tota dona haurien de tenir la possibilitat de desenvolupar al màxim els diversos aspectes de la seva personalitat. Per a això és precís que cadascú tingui el dret a participar de totes les formes de vida cultural de la societat a la qual pertany.

També cal que un esperit de lliure examen animi l'educació d'adults, car l'adult no assoleix la seva maduresa ni esdevé conscient de les seves responsabilitats si no té la facultat d'escollir entre diferents possibilitats. En matèria d'educació, l'home ha d'ésser subjecte i no objecte.

- La comprensió internacional, l'afecte mutu i la tolerància de les diverses opinions mai no van tenir tanta importància com en el món actual. És imprescindible una educació dels adults si hom vol desenvolupar aquesta comprensió, combatre la propaganda que tendeixi a debilitar-la i posar cada adult en condicions d'arribar a la veritat. No obstant, l'immens poder dels mitjans de comunicació no sempre s'utilitza amb aquesta finalitat.
- A cap país no hi ha un sistema d'ensenyament perfecte. L'educació d'adults permetrà de remeiar les deficiències de l'ensenyament escolar rebut anteriorment.
- A tot arreu hi ha llacunes entre els especialistes i els no especialistes (tot i que no s'ha d'oblidar que un expert en una matèria sovint és un profà en moltes d'altres). L'educació d'adults constitueix un mitjà per salvar aquest buit. També permetrà de millorar la comprensió entre els grups socials separats per algunes divergències com, per exemple, entre diferents generacions.
- Tot adult s'ha de capacitar per exercitar plenament a la vida social i cívica el paper al qual aspiiri.
- A les comunitats, sobretot en aquelles en què les antigues relacions familiars i econòmiques evolucionen amb una rapidesa desconcertant, l'educació d'adults ha d'ajudar les dones a comprendre el nou ordre de coses.
- El progrés tècnic, sobretot, fa disminuir professionalment la durada de l'horari de treball. Tot adult ha de tenir la possibilitat de descobrir com pot emprar el seu lleure de la manera més satisfactòria i recreativa.

EXEMPLE. COMENTARIS

L'exemple que aportem va formar part del treball de comunitat que es feia al Barri del Besós de Barcelona. El programa d'educació s'inicià l'any 1976 i durà quatre anys.

L'assistent social que va dur a terme aquest programa i que treballava amb l'enfocament comunitari que hem descrit, va emprar la tècnica que presentem amb aquesta premissa:

Usar un recurs oficial per donar resposta a una necessitat sentida (però no manifestada) per la població del barri.

Volem fer notar el component creatiu de les tècniques a emprar en el binomi necessitat/recurs. Si bé donem exemples concrets, no volem dir que l'aplicació d'aquesta solució concreta sigui la tècnica en si. És la possibilitat d'emprar els recursos per respondre una necessitat allò que constitueix la tècnica que volem explicar. El contingut és aleatori.

L'assistent social va detectar una necessitat que qualificà de carències en qüestions laborals i a nivell d'educació. La descobrí a partir del contacte amb dones que trobava al centre social, a les associacions de veïns i a l'assemblea d'una escola autogestionada. També a través de les entrevistes del treball social individualitzat que realitzava a la comunitat; aquesta forma de treball era alhora un instrument de coneixement i d'intervenció.

Es tractava d'efet que les dones no gosaven parlar en públic a les reunions, que els homes les tallaven i els deien: "Calla que tu no hi entens". Era una marginació real de la dona. S'admetia que fos present a les reunions però la seva participació no era efectiva i les dones es tiraven enrera per causa del sentiment provocat de no entendre com els homes en afers "públics".

El professional concretà les necessitats de la dona, que eren:

- Carències laborals (no tenir possibilitat de treballar més que "fent feines").
- Carències educacionals.

- Carències socials. Les dues carències anteriors els provoquen un sentiment d'inferioritat davant els homes que els dona un status més baix a la comunitat.

L'assistent social va partir de la idea:

- a) De fer un programa que prengués realitzacions oficials i que resolés les carències educacionals i laborals.
- b) Que les mateixes interessades superessin el sentiment d'inferioritat, sentit i alguns cops inconscient, a través de llur participació activa en el programa i a través dels beneficis educacionals que se'n deriven

Es va cercar una activitat que satisfés les tres necessitats des de la formació d'adults. La mera alfabetització d'adults no abastava els objectius laborals i, per tant, es va pensar en un curs de P.P.O. que cobrís les dues primeres carències. La tercera era compensada pel plantejament de la realització dels cursos: amb la participació de les mateixes dones.

L'assistent social, com a tècnic, aportava a la comunitat:

- a) El coneixement del funcionament dels cursos de P.P.O. en tant que recurs existent.
- b) La devolució, en forma de proposta d'activitat, de llurs necessitats inconscients i de les vies per satisfer-les.
- c) La facilitació de totes les actuacions necessàries per satisfer llurs necessitats a través de la coordinació i l'animació del grup.

Paners i nivells d'actuació dels implicats en aquest programa comunitari:

- I - El grup de dones sensibilitzades proposà els cursos i cercà locals i tècnics. S'organitzaren cursets d'auxiliars de clínica en planta, auxiliars de puericultura.
- II- Moltes dones (400 durant quatre anys) passaren per aquests cursos. Moltes canviaren el seu rol social a nivell familiar o de barri, és a dir, participaren en activitats comunitàries o trobaren altres tasques a part de les de mestressa de casa o de "fer feines": 17 cursaren estudis posteriors d'ATS i 50 trobaren treball fix com a auxiliars de clínica.

III - L'assistent social va fer-se un espai i un temps dins el grup en tant que facilitador de l'avaluació del grup i dels cursos en concret, a més d'informador de les activitats del barri per donar als grups una dimensió comunitària real.

De tota l'actuació de l'assistent social com a tècnic es pot concloure que:

- Quant a la utilització de la tècnica de recursos:

a) S'ha de conèixer a fons els recursos, la qual cosa possibilita d'adaptar-los a les circumstàncies concretes.

b) L'activitat projectada ha d'ésser coherent amb les possibilitats i amb l'actuació (tant anterior, la que mena l'assistent social, com posterior, la que mena el grup).

- La funció de l'assistent social és la d'estructurar el grup i, a través d'ell, les persones dins la societat en què es troben, tant d'una manera preventiva com d'una manera post-carencial.

Hem d'insistir un altre cop que aquest exemple ha d'emprar-se més a partir d'aquestes conclusions que no per la realització concreta de cursos de formació o reconversió professional.

RESUM DEL CAPÍTOL 9è.

1.- On es dirigeix aquest sistema d'intervenció?

A una educació i estructures de la "personalitat social" de la població perent, tant en aquest cas com al del barri del Besòs, amb la participació de tots els membres s'assolixin unes determinades formes culturals pròpies.

2.- Quins són els seus fonaments teòrics, filosòfics i científics?

L'enfocament filosòfic és fruit, d'una banda, de l'enfocament de l'UNESCO per l'educació permanent d'adults i, de l'altra, de l'elaboració del programa de treball comunitari fet pels professionals del barri, basada en l'estratègia del conflicte com a mitjà d'integració i en la motivació per l'interès de grups.

Aquesta comprensió del treball de comunitat es fonamenta en el model de "treball social ecològic", el principal exponent del qual és el treball d'Alinski (Segons l'esquema de Balman i Simonin (vegeu la bibliografia comentada)).

3.- Què s'espera del professional que l'empra?

Hom espera un rol de clarificador de les necessitats que encara no són explícites.

4.- Qui és l'usuari i què se li demana?

El client/actor és el mateix grup. Se li demana una participació activa.

5.- Què s'esdevé durant la intervenció?

Hom dona un aprenentatge de les relacions socials, a nivell d'organització (coneixement, anàlisi i avaluació dels recursos educatius de la societat, per a adults), a nivell de grup (conflictes, tensions, dificultats de l'interior del grup gestor i de classe) i a nivell personal, atès que es tracta d'un ensenyament professional que permetrà a qui el rebí d'obtenir una nova activitat laboral.

NOTES AL CAPÍTOL 9è.

- (1) S. ALINSKI: Manuel de l'animateur social. Ed. Seuil. Paris 1976.
- (2) "Estudios y documentación de Educación" núm. 46. Segunda Conferencia Mundial de Educación de Adultos. Unesco 1963.
- (3) Citem, per exemple, com a títol recent i en castellà, Aprender: horizontes sin límites. Informe del Club de Roma. Santillana. Madrid 1979.

CAPÍTOL DESE
TÈCNICA: DOCUMENTACIÓ

L'assistent social ha de tenir unes nocions de tècniques documentals manuals i mecàniques per processar la informació que es desprèn del seu treball i per emmagatzemar-la, recuperar-la i disseminar-la de la manera millor.

En aquest terreny hem de distingir dos nivells d'actuació:

- . Assistents socials dedicats a l'organització, planificació i programació dels serveis en un marc general ampli, i
- . Assistents socials dedicats a l'assistència directa.

Els primers s'hauran de dedicar, durant la pràctica professional, a l'estudi i a l'avaluació de les tècniques documentals. Això suposa, simplement, aportar llurs interrogants, problemes, necessitats i objectius relatius al tema als tècnics de la informació per atènyer amb ells el fi proposat. No és tan senzill com sembla de comunicar les necessitats professionals. Per aconseguir una col.laboració efectiva s'ha de reflexionar a priori i precisar què es vol. Aquest treball hauria de fer-se des d'institucions, com ho són els organismes estatals, els ajuntaments, les diputacions, o com els organismes privats d'una certa envergadura, com Caritas, o des d'escoles de servei social.

En síntesi, es tractaria d'un servei de documentació que inclogués informació de recursos i bibliogràfica (llibres, revistes, lleis, ordres) i investigació documental professional. Tot això referit a dos aspectes essencials:

- . Documentació bàsica per a tots els assistents socials.
- . Documentació especialitzada per camps de treball.

Ambdós resoldrien els següents punts, que podrien presentar diverses alternatives:

- . Sistema de classificació de fitxer de recursos.
- . Sistema de classificació bibliogràfica.
- . Models de fitxes en funció de llur utilització i de la compilació de dades per a còmputos estadístics.
- . Models d'informes.

- . Models d'històries socials
 - independents.
 - interdisciplinàries.
- . Sistema de classificació i arxiu d'altre material (cintes magnetofòniques, etc.).
- . Models d'actes.
- . Models de plans, programes i memòries amb ítems avaluatius (patrons ideals de treball i indicadors).

En un futur pròxim, hom podria organitzar la informació de recursos d'aquest servei de documentació amb ordinadors, que inclourien un banc de dades que estigués al dia i amb un seguit de terminals als diferents centres socials d'una àrea estipulada. No s'ha d'oblidar que l'instrument de l'assistent social és una bona informació de recursos.

Els assistents socials dedicats a l'assistència directa, els del segon nivell a què ens hem referit, han de tenir unes nocions mínimes de tècniques documentals que els permetin de confeccionar una documentació bàsica segons llurs objectius i recursos i d'arxivar-la de manera que pugui ésser trobada ràpidament.

Considerem documentació bàsica:

- Fitxer quotidià de recursos sobre el tema en què intervé l'assistent social, que sigui un apèndix del fitxer general a què ens hem referit abans.

En acabar la carrera, cada assistent social hauria de tenir el seu fitxer de recursos, elaborat en la seva estructura bàsica. Per confeccionar aquest fitxer cal servir-se de les tècniques d'indicació i de classificació per categories i de classificació decimal universal (1).

- Fitxer bibliogràfic. Tècniques de classificació per autors o matèries.
- Història social d'individus, grups i comunitats. És molt important que hom defineixi amb claredat els termes emprats en aquestes històries. Per tant, sempre s'ha de tenir una codificació a part.
- Informes (idem anterior).

- Actes de reunions.
- Plans, programes i memòria, anuals o d'acord amb el temps estimulat, amb ítems avaluatius.

Els últims quatre punts requereixen tècniques de resum, de codificació i per passar del llenguatge normal al llenguatge documental (2).

Adjuntem en dos annexos (amb una carta adjunta) un exemple de dues memòries d'informe, que incloem dins la documentació bàsica de l'assistent social a què ja ens hem referit. Són dos models emprats per assistents socials de l'AECC de Barcelona per coordinar llur tasca de casos individual amb la d'altres professionals.

L'Annex 1 resumeix les dades bàsiques de la història social. Aquest resum pot ésser utilitzat en dues direccions:

- . Les mateixes assistents socials de l'AECC omplen l'informe per enviar-lo a d'altres professionals amb els quals portaran el cas. En aquest, s'anul·len els dos darrers punts.
- . Hom envia el model sense omplir a un altre professional per tal que el complimenti i el retorni, amb la finalitat, també, de coordinar un tractament.

(Els dos darrers punts de l'informe es deuen al fet que l'AECC és un recurs que proporciona ajudes econòmiques i, per tant, té moltes peticions d'aquesta mena.)

Considerem que aquest informe compleix els requisits per ésser un bon document.

Té en compte la comunicació necessària per contactar amb altres coneixements i experiències, per saber què més es fa pel cas en qüestió, per reduir el risc d'un treball repetit i per proporcionar informació específica i dades concretes en funció de la solució del problema que l'usuari presenta.

L'informe escrit deixa la memòria en el seu lloc. Aquesta podrà abocar-se de ple sobre una tasca creadora i una investigació més profunda del cas. L'informe és un resum de la història social el qual ha assolit de reduir les dades d'una manera

- . Clara - Metòdica, ordenada, amb la utilització exacta dels termes, superant l'estil narratiu. Diu allò essencial.
- . Precisa - Termes justos en oposició a vaguetats ambigües.
- . Concisa - Rebutja la repetició de significats equivalents. Dóna plenitud de sentit a la frase amb el mínim de mots (3).

L'annex 2 és un model de l'informe que omplen els metges que envien un pacient a l'AECC amb la finalitat que se li pagui la medicació. La carta adjunta explica clarament el seu objectiu.

En general, es tracta de fàrmacs molt costosos que cal administrar en processos llargs. Per això, tenint en compte la necessitat del treball interdisciplinari, Assistència Social demana la col.laboració del comitè tècnic de la institució, integrat per metges.

Va plantejar el problema que se'ls presentava: hi havia moltes sol·licituds de subvenció de la medicació i es concedien sense la intervenció de la reflexió mèdica. Aleshores, hom va decidir d'elaborar conjuntament un informe que haurien d'omplir els sol·licitants per tal de demostrar i de sensibilitzar els mateixos professionals dels costos que suposen llurs indicacions i de la necessitat de precisar si els tractaments segueixen un protocol estandarditzat. Així, a partir d'aquestes dades, els assistents socials poden prendre una decisió amb coneixement de causa i seleccionar els casos que han de menester la consulta del comitè tècnic de l'AECC.

Aquests informes, tant l'annex 1 com l'annex 2, compleixen els objectius que hem assenyalat al primer paràgraf: han estat elaborats amb les tècniques adequades que faciliten el procés de la informació, els seus emmagatzemament, recuperació i disseminació òptims.

S'han emprat tècniques de resum (4) i tècniques de pas del llenguatge normal al llenguatge documental (5).

Acoplament, per a llur emmagatzemament i recuperació al format de la història social. Quant al darrer punt, la disseminació, compleixen el requisit de coordinar el treball més enllà de la mateixa institució. Amb això s'aconsegueix que el malalt no hagi de duplicar les seves entrevistes, de relatar les seves dades diverses vegades. A més, la coordinació dóna a l'usuari seguretat i confiança en el tractament, amb què s'estimula indirectament la seva col.laboració.

La millor manera d'avaluar l'efectivitat d'aquests documents és emprar-los. Si hom els envia a d'altres professionals i aquests no els completen, no s'assoleix l'objectiu i cal descobrir-ne el perquè. Els exemples presentats són útils en tant que s'han emprat freqüentment; han estat casos excepcionals no aplicar-los en llur totalitat.

L'avaluació de la documentació es pot fer anualment o en el termini estipulat per a la memòria. Llavors s'analitza si ha acomplert l'objectiu i, si no ha estat així, es remodela en funció de l'anàlisi de les causes de la seva no utilització.

Per exemple, si a la fitxa de l'annex 1 no s'omplís gairebé mai l'apartat "situació econòmica", hauríem de reflexionar per trobar-ne el motiu. Potser la mentalitat dels assistents socials els fa considerar impropedent de preguntar exhaustivament l'usuari sobre la seva economia. Això es deu a una ideologia o a una posició respectuosa, ¿o és que no se sap ésser prou respectuosos? ¿No hi ha un excés de paternalisme? ¿Potser la situació de sol·licitar ajuda benèfica no és acceptada perquè sembla un símptoma de manca de professionalitat? ¿Quin és el significat d'una posició que demana ajuda però que no vol analitzar la situació econòmica? ¿Es que no clarifica el pressupost familiar, la seva anàlisi, per preveure, assistir i resoldre el conflicte?

Totes aquestes preguntes podrien conduir a una hipòtesi que serviria de base per reflexionar en una reunió convocada pels assistents socials de l'AECC. Convocarien assistents socials de diversos barris o institucions o el mateix grup sanitari de l'associació d'assistents socials. El seu objectiu fóra d'efectuar les modificacions precises per assolir la coordinació adequada.

ANNEX 1

AECC
Dept. Assistència Social

Data

NCM:

Direcció:

Població:

Estat:

Estat civil:

Natural de:

DIAGNÒSTIC MÈDIC:

Atès a (hospital, secció i telèfon d'adreça):

. Anteriorment:

. Actualment:

Protecció sanitària:

DIAGNÒSTIC SOCIAL

Situació laboral:

. Professi6:

. Situació actual: treballa baixa pensionista atur altres

Situació familiar (pares, germans, marit o muller, fills i altres
parents que tinguin contacte amb el pacient):

Viu amb:

Vivenda:

Situació econ6mica:

. Ingressos pacient
c6njugue
fills
pares

=====

. Despeses alimentaci6 ...
gas, aigua,
electricitat ..
vivenda
roba i cura
personal
educaci6
transports
diversos

. Despeses malaltia
metge
tractament
farm6cia
ingrés
alimentaci6 ...
transports:

Diagnòstic que coneix:

Actitud davant la malaltia (senyaleu amb una creu o afegiu el concepte que us sembli adient):

- . Ansietat.
- . Negació.
- . Depressió.
- . Agressivitat.
- . Dependència.
-

Desitja més informació?

Problemes que es presenten (senyaleu-los amb una creu):

- . Necessitat institució.
- . Assistència domiciliària.
- . Problema emocional del malalt.
- . Problema emocional de la família.
- . Familiar.
- . Econòmic (especifiqueu-lo).
- . Vivenda.
- . Queixes pel malalt de la institució.
- . Laboral.
- . Transports.
- . Gestions.
- . Atenció mèdica.
- . Medicació.
- . Confirmació del diagnòstic.
- . Informació.
- . Altres.

TRACTAMENT SOCIAL

Recursos socials emprats:

- | | <u>Quantitat</u> | <u>Temps</u> |
|----------------|------------------|--------------|
| . Govern civil | | |
| . SOVI | | |
| . Caritas | | |
| . Parròquia | | |
| . Altres | | |

Treball social realitzat:

què sol·licita a l'ABCC? (Si és ajut econòmic, concreteu la quantitat sol·licitada, la forma de pagament, etc.)

Adjunteu l'informe mèdic.

ANNEX 2I - CARTA

ASSOCIACIÓ ESPANYOLA CONTRA EL CANCER
Junta Provincial de Barcelona

Barcelona,

Dr.

Ha acudit en aquesta AECC el pacient En/Na
que vostè tracta, per sol·licitar un ajut econòmic per al pagament
de la medicació que precisa.

Amb l'objectiu d'assolir una distribució equitativa dels nostres
limitats recursos econòmics, li preguem de fer arribar, a la seu
de la nostra Associació (carrer de Marc Aureli, 14), una previsió
de les despeses que es deriven del seu tractament, d'acord amb el
formulari que li adjuntem.

En qualsevol cas, els serveis d'assistència social de l'AECC l'asses-
soraran i l'informaran per tal que es pugui fer càrrec de tots
aquells aspectes que es refereixen a la problemàtica psicossocial
del malalt cancerós.

Atentament, el saluda

II - FORMULARI A OMPLIR PEL METGE

NOM
DIRECCIÓ
POBLACIÓ

TELÈFON

METGE Dr.
HOSPITAL O CENTRE EN QUE ES TRACTAT
DIRECCIÓ

TEL.

POBLACIÓ

DIAGNÒSTIC

MEDICACIÓ PREVISTA

Drogues	Quantitat estimada per mes	Durada del tractament	Cost mensual
---------	-------------------------------	--------------------------	--------------

Tractament antineoplàsic

Altres tractaments

El tractament anterior fou:

a) PROTOCOL ESTANDARDIZAT

b) ASSAIG TERAPEÛTIC

RESUMI DEL CAPÍTOL 108.

1.- On es dirigeix aquesta activitat?

A recordar els problemes de comunicació interprofessional i de coordinació del treball. A afavorir la percepció de la realitat sense oblidar-ne cap aspecte que pugui influir en el tractament correcte del cas.

2.- Quins són els seus fonaments teòrics, filosòfics i científics?

Empra unes tècniques que es deriven de les anomenades ciències de la informació. La seva base científica és polèmica, si bé molts autors la consideren com una ciència interdisciplinària, derivada i dependent de disciplines com les matemàtiques, la lògica, la lingüística, la psicologia, la informació, la investigació operativa, la bibliologia, etc.

3.- Què s'espera del professional que l'emptra?

Que sàpiga confeccionar una documentació adient per assolir els objectius proposats.

4.- Qui és l'usuari?

El client, en darrer terme, és el pacient que hom tracta, ja que la bona utilització de la documentació incideix en el seu benefici. També és un instrument adreçat al mateix assistent social i a la institució.

5.- Què s'esdevé durant la intervenció?

La documentació serveix per informar, coordinar i formar, durant la intervenció.

6.- Hi ha indicacions o contraindicacions per seguir aquest procediment?

Hom pot abusar de la documentació, amb què es burocratitzaria la intervenció. Però, com hem dit abans, en explicar l'informe que ens ha servit d'exemple, s'avaluarà anualment o en el temps que s'estipuli per tal de reflexionar sobre la seva utilitat.

7.- En quin context institucional és aplicat?

En un context sanitari en què hi ha freqüents relacions amb altres institucions sanitàries o amb el servei social.

NOTES AL CAPÍTOL 108.

- (1) Per ampliar aquesta informació, pot ésser útil el llibre de N. ALAT: Técnicas documentales y fuentes de información. Bibliograf. Barcelona 1976. p. 128.
- (2) Com a exemples, recomanem la documentació de dues institucions que citem perquè les coneixem a fons: l'Hospital de Sant Joan de Déu i l'Associació Espanyola contra el Càncer.
- (3) R. COLL-VINENT: Teoría y práctica de la documentación. A.T.E. Barcelona 1978. p. 50.
- (4) Id. p. 57.
- (5) N. ALAT, op. cit., p. 155.

CAPÍTOL 11è.
INTRODUCCIÓ TEÒRICA, COMENTARIS I
EXEMPLES DE PAUTES D'AVAUACIÓ EMPRADES
A LA CINQUENA ETAPA (Avaluació)

INTRODUCCIÓ TEÒRICA

Aquesta etapa és una de les més difícils d'elaborar atès que fins ara s'ha treballat amb plans i programes molt generals i, per tant, sense indicadors que després permetran d'avaluar aspectes concrets.

En el treball social, l'avaluació és molt complexa puix que hi ha una gran quantitat de variables que condicionen les situacions en què s'actua. Això, però, no ha d'ésser una trava perquè hom no treballi cada dia més en l'esforç d'elaborar medicions i valoracions que puguin ésser repetides i que demostrin a tothom l'efectivitat dels objectius assolits.

Per avaluar hem de poder controlar els resultats mitjançant:

- . Indicadors de mitjans al servei dels objectius (que ens permetin de veure com hem aplicat les tècniques o com hem treballat per assolir els objectius previstos).
- . Indicadors objectius (que ens permetin de medir els resultats).

Ens serviríem, com a indicadors objectius, de l'avaluació dels procediments realitzats tenint en compte llur eficàcia. Ho fariem per mitjà de les supervisions, interprofessionals o d'una sola professió (en el nostre cas l'assistència social). Els sistemes adequats varien segons el tipus d'institució o d'agència en què hom treballi.

L'avaluació ha d'ésser periòdica i permanent, amb la finalitat de detectar precoçment desviacions sobre els patrons ideals establerts i de permetre, per tant, de corregir-les oportunament.

Aquests patrons ideals s'haurien de confeccionar a partir de la pràctica professional. Podria elaborar-los un consens d'experts, els promigs observats i analitzats o les investigacions realitzades especialment per definir aquests estàndards.

L'avaluació del resultat, pròpiament, s'hauria de determinar a partir del coneixement del grau de satisfacció i d'insatisfacció dels assistits, obtingut dels controls de seguiment (reguladors) i de rehabilitació. Per fixar estàndards de resultats s'ha de tenir en compte tantes variables que incideixen en el resultat com sigui possible.

L'avaluació de la satisfacció pot realitzar-se per mitjà d'enquestes sistemàtiques d'opinió i/o per mitjà d'organismes o grups dedicats, precisament, al seguiment d'aquesta medicació.

Ens serviríem, per indicador de mitjans, de l'avaluació de l'estructura del sistema expressat pels recursos disponibles i per llur organització. És a dir: personal disponible; equips, planta física i instal·lacions existents; recursos financers disponibles, fixos i variables.

Fins que no es treballi en aquest sentit, la professió d'assistent social restarà reduïda a una acció que, tot i que ha superat els seus principis merament benèfics i altruistes, no ha pogut demostrar aquesta superació en l'àmbit interprofessional. Per això el convenciment de l'efectivitat de l'acció del treball social es redueix massa sovint al de l'assistent social amb el seu entorn minoritari, no es socialitza.

Considerem que el següent esquema, que inclou principis i criteris per formular objectius, pot ésser una primera pauta per confeccionar un sistema més complet i més ajustat de reguladors i pautes d'avaluació (1).

- 1r.- Possibilitat d'observació: les persones han de poder veure un resultat. Per exemple: Objectiu no observable: aconseguir més confiança en un mateix. Objectiu observable: disminuir la freqüència amb què plantejo les afirmacions amb la frase "crec que".
- 2n.- Especificació de les circumstàncies en què es vol assolir l'objectiu, atès que impliquen els passos següents o el comportament que cal canviar. Respondria les preguntes: quan? com? on? amb què?

Per exemple: Objectiu no específic: assistir a reunions per millorar professionalment. Objectiu específic: assistir un cop al mes a la reunió del grup de treball de l'Associació; fer el curs de dinàmica de grups del gener; assistir a les jornades sobre delinqüència i enviar una comunicació sobre el meu treball el mes de juny.

3r.- Operativitat: l'objectiu s'estableix en termes de conducta.

Per exemple: Objectiu no operatiu: guanyar-me el respecte dels companys. Objectiu operatiu: intervenir una vegada, si més no, a cada sessió del seminari.

4t.- Participació: la persona s'ha de comprometre i ha de participar en l'objectiu. Per exemple: Objectiu no participatiu: influir en la política de l'AECC. Objectiu participatiu: participar de la política de l'AECC en subministrar cada mes les dades obtingudes com a feed-back a les entrevistes.

5è.- Realisme: indica la possibilitat d'assolir l'objectiu. Per exemple: Objectiu irreal: canviar les actituds d'altres professionals respecte a un tipus de client determinat. Objectiu real: fer conèixer a la resta de professionals de l'equip les orientacions dels valors de l'esmentat grup de clients.

A més, sempre s'ha de fixar un temps límit d'actuació transcorregut el qual avaluarem els objectius per deixar-los de banda o no defallir-hi, d'acord amb el resultat negatiu o positiu de l'avaluació. Hom ho farà mitjançant els reguladors, que també han de constar expressament a la programació.

Així doncs, resumint els criteris expressats, els objectius han de tenir, pel que fa a llur formulació gramatical:

- Un subjecte, el tècnic o tècnics que els menen. S'ha d'expressar qui serà o seran els responsables.
- Un verb observable i mesurable.
- Un complement directe, el contingut de l'acció si aquesta es refereix a elements materials (fitxers, estudis, etc.).
- Un complement indirecte que especifiqui a qui es dirigeix l'acció.

- Complements circumstancials que ens indiquen el tipus d'activitat i/o material (recursos, estratègies, etc.) que hom emprà per assolir l'objectiu programat. Respon el com? quan? on? amb què? (2)

El programa d'actuació de la institució, amb els projectes que inclou, ha estat realitzat durant l'any 1980, una vegada hem considerat clos aquest document, la qual cosa ens priva de transcriure ací l'avaluació.

D'altra banda, la formulació d'alguns projectes no era prou explícita i calia reelaborar-la. El seminari permanent va treballar en aquest sentit, però no acabà la reelaboració de tots els projectes perquè GITS va interrompre les seves activitats el desembre de 1979. Durant l'any 1980, només s'ha estat compilant i reestructurant els elements treballats anteriorment.

EXEMPLE: REDACCIÓ D'OBJECTIUS

Com a exemple, copiem a continuació part de les noves redaccions d'alguns projectes de l'esmentat programa.

1. ASSISTÈNCIA DIRIGIDA AL MALALT I A LA SEVA FAMÍLIA

Projecte 1.1

Les assistentes socials, sres. A., B. i C., duen a terme el tractament de casos per ajudar el malalt i la seva família a resoldre els problemes psicosocials que plantegen.

Metodologia: entrevistes d'un màxim de tres quarts d'hora. Tractament de suport i clarificació amb l'aplicació dels recursos de la comunitat.

Temps: quinze hores setmanals per assistenta social repartides així:

- a) 2 permanències de 4 hores cadascuna (total de 24 hores. Entre 25 i 30 visites setmanals possibles).
- b) 1 hora de documentació cadascuna (total de 3 hores). La documentació inclou:

- Fitxes.
- Informes.
- Recollida de dades.
- Anotació de si s'ha seguit l'esquema d'educació sanitària (Subprojecte 1.1.1).

c) 5 hores cadascuna per a coordinació i gestions relacionades amb la resolució dels casos i la recerca de recursos (total de quinze hores).

Avaluació: les entrevistes s'avaluaran per mitjà de dues menes de supervisió: supervisió professional en grup i supervisió, per un psiquiatre, de les actituds psicològiques. Periodicitat: 2 hores quinzenals.

Subprojecte 1.1.1 - Educació sanitària i social i rehabilitació en general

A les entrevistes s'haurà de tocar el següent esquema amb les idees més importants de l'educació sanitària que hom vol transmetre. A nivell general, cada any s'hauria de fixar una idea-mestra que predominés sobre el tractament de les altres:

- Prevenció (tipus i possibilitats).
- Idea de sanitat pública i utilització pel ciutadà.

Temps: part de l'adregat al projecte 1.1.

Avaluació: s'anotará a la fitxa.

Avaluació de l'objectiu: veure si a les entrevistes es parla realment d'aquests aspectes. Comptar el nombre de vegades que s'ha parlat del tema i anotar reaccions i respostes del client.

Subprojecte 1.1.2 - Aplegament de dades per:

- a) Informar trimestralment la direcció (enllaça amb l'objectiu de participació de la política de la institució, projecte 2.1).
- b) Posterior recuperació de la informació per confeccionar xerrades d'educació sanitària adreçades a metges de capçalera, als barris (objectiu 2.2). Col·laborar amb el comitè tècnic.

Temps: 1 hora setmanal per assistenta social (total de 3 hores).

Avaluació: anualment, veure quantes vegades han estat emprades les dades recollides d'entrevistes. Si s'escau, revisar pautes (grilles) d'aplegament de dades.

3. ACCIÓ SOBRE LA COMUNITAT

Projecte 3.1

Aquest projecte resta amb la mateixa redacció. Quant a l'avaluació de "Sensibilitzar-los", serien reguladors objectius:

- Quants assistents socials han assistit, durant l'any següent, a les sessions?
- Quants n'han seguit les conclusions?
- Quants menen casos satisfactòriament?
- Sondeig al cap de l'any de la satisfacció de les reunions.

4. INVESTIGACIÓ

Projecte 4.2

Participar en el seminari de metodologia del treball social i aplicar-ne les conclusions al propi treball institucional.

Metodologia: sistematitzar la documentació per tal d'elaborar un document que reflecteixi les conclusions teòriques a què s'ha arribat.

Temps: 2 hores setmanals. Sra. C.

Avaluació: S'ha complert l'horari establert? ¿S'ha realitzat el document? Publicitat que s'ha donat al document. S'han complert i aplicat les conclusions del treball? ¿Quines?

5. FORMACIÓ PERMANENT

Projecte 5.2

Assistència als cursos que aporten coneixements necessaris per millorar el treball. (Variaran cada any segons les necessitats

de la programació, la idea mestra en educació sanitària, etc.)

Metodologia: La Sra. C. recollirà informació de les fonts corresponents sobre cursos i activitats d'interès per al treball social: escoles d'assistents socials, Associació d'Assistents Socials, Universitat; departaments de psicologia, caixes d'estalvis; càtedra de gerontologia, etc.

Realitzarà els informes de sol·licitud per a la direcció explicant els motius de la petició. Coordinarà amb els altres assistents socials de l'equip l'assistència als cursos.

Avaluació: S'ha tingut bona informació? ¿Ha arribat informació d'algun curs una vegada ja ha acabat? ¿Els cursos han aportat els coneixements previstos? ¿Quines millores s'han assolit en el treball?

Després d'haver exposat alguna mostra de redacció d'objectius-projectes, s'hi ha de fer una observació general:

Ha d'ésser cada assistent social responsable de l'execució d'un projecte qui en faci aquesta redacció detallada; qui n'explicui, doncs, com el realitzarà, els objectius que vol aconseguir, etc. i també com es farà l'avaluació i quins seran els seus reguladors.

Després, aquests projectes seran coordinats per redactar definitivament el programa.

NOTES AL CAPÍTOL 118.

- (1) Adaptació de les normes per a la formulació d'objectius de FERNÁNDEZ, BARCELONA i TAMI: Tecnología Didáctica. CEMC. Barcelona 1978. p. 71.
- (2) C. BACHMAN i J. SIMONIN: Changer au quotidien. Une introduction au Travail Social. Etudes vivantes. Paris 1982. Vol. II, p. 99-100.

CAPÍTOL DOTZE
INVESTIGACIÓ DE PARÀMETRES
AVALUATIUS

FORMULACIÓ DEL PROBLEMA (1)

Delimitació del problema

D'una manera global, es tracta de descobrir si hi ha unes constants en la intervenció de l'assistent social segons la mena de problema que se li planteja.

Per centrar l'estudi, ens limitarem a un únic tipus de problema: petició a l'AECC per ingressar en una institució adequada un malalt sense recurs terapèutic actiu.

Formularem una hipòtesi: a tots els casos que analitzarem hom trobarà unes constants d'intervenció que són desenvolupades en el patró ideal del procés (vegeu "Annex 2", en aquest mateix capítol).

En resum, es tracta d'esbrinar si la intervenció de l'assistent social per resoldre aquestes peticions segueix unes constants segons un patró ideal de procés.

Tipus de problema: Descriptiu.

Conceptes

- Sense recurs terapèutic actiu: l'assistència que hom pot donar al malalt només s'ocupa de pal·liar problemes col·laterals a la mateixa malaltia.
- Institució adequada: que s'adui a les circumstàncies del malalt.
- Patró ideal de procés: estàndards considerats regles constants i invariables per resoldre una qüestió.

FORMULACIÓ DE LA HIPÒTESI

A tots els casos que analitzarem, hom trobarà unes constants d'intervenció que són desenvolupades en el patró ideal del procés.

Unitat d'observació

Total de peticions a l'ASCC d'ingressar en una institució adequada un malalt sense recurs terapèutic actiu durant l'any 1981 = 40 casos.

Termes lògics de relació: es donarà en tots els casos.

Variabls: una intervenció segons el patró ideal.

DISSENY DE LA METODOLOGIA

Analitzar totes les històries socials que corresponguin al tipus de cas en qüestió.

De primer, hom ha realitzat un possible patró ideal del procés (vegeu "Annex 1", en aquest mateix capítol) el qual, després d'un estudi pilot de sis casos, s'ha vist que s'havia de remodelar. Mancaven alguns items, d'altres s'havien d'anular per llur ociositat i en general havia d'ésser ordenat altrament. El resultat és el segon annex.

En ésser menats els casos per tres assistents socials, hom ha pogut comprovar si emprava uns conceptes similars. Respecte a les dades de la història social, adjuntem el seu codi. L'annex 2 és seguit d'una terminologia referent a alguns termes del patró ideal.

ANNEX 1: PARCÓ IDEAL DEL PROCÉS

1. Recollir totes les dades de la història social.
2. Observar si hi ha rebuig familiar o no. Si n'hi ha, veure si s'adiu a unes dificultats reals.
3. Observar si la petició d'ingrés en una altra institució és un desig del pacient, del metge, de la família o d'altres.
4. Definir clarament els tràmits administratius.
5. Prevenir:
 - Testament.
 - Enterrament.
 - Situació general familiar.
 - Definició clara del trauma psíquic que pot presentar-se amb l'alta i un nou ingrés.
6. Recursos que cal emprar:
 - Clíniques.
 - Hospitals.
 - Residències.

Seleccionats segons:

 - Les cures que necessita.
 - El pronòstic.
 - Els recursos econòmics.

ANNEX 2: PATRÓ IDEAL DEL PROCÉS

1. Realitzar una entrevista amb la persona que sol·licita l'ajuda, amb què s'enceta la història social.
2. Si el problema és a les mans d'un altre assistent social, coordinar-s'hi per col·laborar a tenir en compte els passos que seguidament especificuem.
3. Realitzar una entrevista amb el malalt.
4. Realitzar una entrevista amb la família (tots junts si hom considera que poden ésser recursos a tenir en compte sota els aspectes: ajuda econòmica, temps, espai, cures, afecte).
5. Aclarir si l'ingrés en una institució és un desig:
 - . del pacient.
 - . del metge.
 - . familiar
 - . d'altres persones.
6. Si el pacient està hospitalitzat, definir:
 - . Si vol anar en una altra institució.
 - . Si vol anar a casa.
 - . Si vol romandre a l'hospital.
7. Si el pacient és a casa, definir:
 - . Si vol anar en una altra institució.
 - . Si vol romandre-hi.
8. Definir si hi ha rebuig familiar.
9. Si n'hi ha, cal:
 - . Conèixer el tipus de relació anterior a la malaltia.
 - . Diagnosticar si hi ha recursos positius en la relació i, si hi foren, si són recuperables.
10. Preveure:
 - . La possibilitat d'un trauma psíquic a causa del canvi.
 - . Testament.
 - . Enterrament.
 - . Situació general familiar si mor el malalt.
 - . Ingréss per urgència en un hospital actiu (si roman a casa).
11. Tenir en compte tots els recursos possibles:
 - . Clínicues, residències, hospitals.
 - . Assistència domiciliària.
 - . Parròquies.
 - . Altres institucions.
 - . Familiars i amics.

12. Seleccionar els recursos segons:

- . Les cures que necessita.
- . El pronòstic.
- . Els recursos econòmics.

13. Informar adequadament sobre els tràmits administratius.

14. Avaluar el grau de satisfacció

- . del malalt.
- . de l'usuari que demana l'ajut.

15. Avaluar si hom ha intervingut a temps.

16. Realitzar un diagnòstic social.

TERMINOLOGIA

Rebuig familiar

Manifestació de la família o convivents segons la qual no volen tenir el malalt a casa per motius que no semblen realistes, d'acord amb l'informe de l'assistent social, atès que no els manquen recursos per atendre'l (econòmics, d'espai, de temps, personals).

Desig del pacient, metge, família o altres persones

Hom distingeix desig manifest i desig latent. El primer és expressat oralment o per actituds molt clares. El segon és constatat per l'assistent social, com consta a l'informe.

Informació adequada

Les persones que han hagut d'ocupar-se dels aspectes burocràtics no han tingut conflictes per manca d'informació.

Avaluar

Composar i emetre judicis de valor.

Diagnòstic social

Definició del conjunt de fentmens que permeten de fixar la naturalesa de la problemàtica social que presenta el cas (conflicte entre necessitats i recursos).

CODI DE LA HISTÒRIA SOCIAL

La investigació consta d'una explicació de tots els conceptes que formen part de les històries socials. (No és inclosa en aquest treball perquè l'AECC té pendent una publicació exclusiva sobre aquest tema.)

RESULTATS: PASSOS A REALITZAR SEGONS EL PATRÓ IDEAL DEL PROCÉS

1r.- Realitzar una entrevista amb la persona que sol·licita l'ajuda, amb què s'enceta la història social.

S'ha realitzat en tots els casos 40

2n.- Si el problema és a les mans d'un altre assistent social, coordinar-s'hi per col·laborar a tenir en compte els passos que seguidament especifiquen.

Hi ha hagut coordinació en tots aquells casos en què ha intervingut un altre assistent social 31
Casos en què no ha intervingut un altre assistent social 9

3r.- Realitzar una entrevista amb el malalt.

S'ha realitzat 16
No s'ha realitzat 20
No s'ha realitzat perquè de la història social es dedueix que no calia. Per exemple, malalt que mor abans de poder ésser visitat 4

4t.- Realitzar una entrevista amb la família (tots junts si hom considera que poden ésser recursos a tenir en compte sota els aspectes: ajut econòmic, temps, espai, cures, afecte).

S'ha realitzat 32
D'aquests 32 es dedueix de la història social que en 8 casos l'entrevista es podia haver fet en equip, si bé no s'hi va fer.
No s'ha realitzat perquè no era necessari segons es dedueix de la història social. Per exemple: persones soles 8

5è.- Aclarir si l'ingrés en una institució és un desig:

. del pacient:

No és el cas	4
No es dedueix de l'informe	12
No s'ha aclarit	12
S'ha aclarit	12

. del metge:

No és el cas	16
No es dedueix de l'informe	4
S'ha aclarit	20

. familiar:

No és el cas	12
No es dedueix de l'informe	4
S'ha aclarit	24

. d'altres persones:

No és el cas	28
No es dedueix de l'informe	4
S'ha aclarit	8

6è.- Si el pacient està hospitalitzat, definir:

. Si vol anar en una altra institució:

No és el cas	28
No es dedueix de l'informe	12

. Si vol anar a casa:

No és el cas	36
S'ha definit que vol anar-hi	4

. Si vol romandre a l'hospital:

No és el cas	36
S'ha definit que vol anar-hi	4

7è.- Si el pacient és a casa, definir:

. Si vol anar en una altra institució:

No és el cas	20
S'ha definit que vol anar-hi	16
No es dedueix de l'informe	4

. Si vol romandre-hi:

No és el cas	20
S'ha definit que vol romandre-hi	4
No es dedueix de l'informe	10

8è.- Definir si hi ha rebuig familiar:

S'ha definit	24
No es dedueix de l'informe	8
No és el cas	8

9è.- Si n'hi ha, cal:

- . Conèixer el tipus de relació anterior a la malaltia
- . Diagnosticar si hi ha recursos positius en la relació i, si hi foren, si són recuperables

No és el cas	30
S'ha aclarit	6
No es dedueix de l'informe	4

10è.- Preveure:

- . La possibilitat d'un trauma psíquic a causa del canvi:

No és el cas	8
No es dedueix de l'informe	8
S'ha previst	24

- . Testament:

No és el cas	4
No es dedueix de l'informe	4
S'ha previst	32

- . Enterrament:

No es dedueix de l'informe	4
S'ha previst	36

- . Situació general familiar si mor el malalt:

No és el cas	4
S'ha previst	36

- . Urgències:

No és el cas	8
S'ha previst	28
No s'ha previst	4

11è.- Tenir en compte tots els recursos possibles:

No és el cas	8
S'han tingut en compte	32

12è.- Seleccionar els recursos segons:.. (vàlids per a tots els ítems)

No és el cas	8
S'han tingut en compte	32

13è.- Informar adequadament sobre els tràmits administratius:

No és el cas	6
S'ha informat	34

14è.- Avaluar el grau de satisfacció:

. del malalt:

Érit	12
No	20

. de l'usuari:

No	32
Sí	8

15è.- Avaluar si hom ha intervingut a temps:

No	40
----	----

16è.- Realitzar un diagnòstic social:

No	40
----	----

17è.- Totes les dades han estat recollides de la història social?

Sí	10
Fanca l'avaluació	30
Tractament social	8
Situació laboral	3
Personalitat	2

(Les tres darreres dades constaven en el full d'evolució.)

COMENTARIS

Els resultats han estat comentats amb els assistents socials que menaren els casos. Cal tenir en compte:

2n. pas

Hom ha coordinat amb tots els assistents socials que han participat en el tractament d'un cas. Malgrat això, no s'ha tingut una informació gaire clara sobre si seguien tots els passos que especifica el patró ideal. Això pot ésser degut a dos motius: que els assistents

socials de l'AECC no tenien els passos precisats amb prou claredat i, d'altra banda, que és possible que no totes les intervencions hagin estat escrites a la història social.

3r. pas

El patró ideal ha estat elaborat en realitzar la investigació, el gener de 1982, mentre que els casos compilats són de 1980. Durant aquest temps, ha evolucionat el criteri d'intervenció d'assistència Social de l'AECC. Per experiència, hom s'adonà que es tractava de les famílies o els usuaris en general que demanaven ajut, però que no es visitava el malalt, el qual era el veritable subjecte necessitat o, si més no, el centre de la necessitat. Això es devia al fet que l'AECC treballava amb malalts de diferents institucions i barris de la ciutat. Els desplaçaments volen temps i les visites al malalt comporten una intervenció més complexa perquè abasta tot el problema, en tota la seva amplitud. De l'altra manera, l'ajut podia restar en un pla administratiu allunyat de tensions i ansietats, puix que, si es tractava el problema emocional de la família, això es feia parcialment.

En molts casos no restava clar qui era el vertader "client" de l'assistent social: la família? l'usuari que sol·licitava ajut? el malalt?

La supervisió que realitzaven els assistents socials facilità l'anàlisi d'aquest problema i ajudà a precisar la intervenció que hom desitjava. Va decidir-se que, atès que l'AECC donava l'oportunitat de treballar els casos més profundament que d'altres institucions sanitàries, s'havia d'aprofitar l'ocasió i visitar el malalt. El cas seria centrat en ell, tenint en compte tot l'entorn.

Per això l'entrevista amb el malalt és un pas necessari dins el patró ideal i, en canvi, els casos analitzats encara es donen en un moment que aquest criteri no havia estat precisat.

4t. pas

És un cas similar a l'anterior en allò que es refereix al parèntesi: (tots junts si hom considera que poden ésser recursos a tenir en compte sota els aspectes: ajut econòmic, temps, espai, cures, afecte).

Després de 1980 els assistents socials han seguit, durant diversos mesos, uns cursos pràctics de tractaments familiars, la qual cosa els ha proporcionat uns coneixements que els permeten de treballar amb la família com a grup i d'agilitzar, coordinar i, al cap i a la fi, tractar el cas al més àmpliament possible sense trencar el context global.

La formació també els ha permès de discernir quan és possible i val la pena de veure la família en grup i quan no.

Aquest punt, per tant, es podria tenir en compte si hom analitzés els casos actuals i no els de 1980. Si fos així, també s'hauria d'explicar quin criteri es segueix quan hom decideix de treballar en grup o no.

5è., 6è. i 7è. passos

Aquests resultats són molt influenciats pel que hem dit del 3r. pas.

8è. pas

En els vuit casos en què no es dedueix de la història social si l'assistent social ha tingut en compte si hi ha rebuig familiar o no, en parlar amb els assistents socials s'ha vist que ho tenien molt clar, però que no ho formularen a la història.

9è. pas

Atès que, com hem dit abans, el 1980 hom no visitava tan sovint el malalt, el treball social restava parcialitzat i reduït a un tractament de clarificació i de suport per a qui demanava l'ajut, sense aprofundir-hi més.

Sorpren que no calgui intervenir en trenta casos, perquè l'assistent social viu amb molta freqüència aquest problema. Hom dedueix que això és degut que en els casos en què hi ha rebuig familiar es fa un seguiment més extens que no és normal i generalment més laboriós i profund. Per tant, el professional els té molt més presents que la resta.

10è. pas

L'afecta molt la diferència entre el que fa realment l'assistent social i allò que escriu a la història.

Respecte a la previsió de la situació familiar si mor el malalt, durant el temps transcorregut entre 1980 i 1982 també s'ha canviat de criteri. Alguns casos presenten aquesta contradicció: es tractava el familiar i no es visitava el malalt, però si aquest moria la relació amb el primer era suspesa. Avui hom continua el tractament familiar mentre sembla necessari.

11è., 12è. i 13è. passos

Els resultats demostren que es té una cura especial d'aquest aspecte, la qual cosa demostra l'especificitat de l'assistent social.

14è. pas

L'avaluació és poc prevista, tot i que un apartat de la història social li és dedicat. Però no és precisada la definició operacional del terme, amb què es fa difícil de formular-la.

De totes maneres, els fulls d'evolució de les històries socials contenen dades que podrien ésser indicadors de satisfacció o no. En no ésser precisats, però, no se'ls pot recollir com a tals.

L'assistent social concix o té un criteri sobre l'èxit o el fracàs de la seva intervenció, però els seus documents no ho detallen. Això fa que la comunicació amb altres disciplines sigui molt difícil, puix que hom no conceptualitza.

15è. pas

El temps transcorregut entre 1980 i 1982 ha afectat els resultats. El patró ideal ha estat confeccionat amb una visió que inclou la previsió, la tasca assistencial i la rehabilitació. Tenint en compte el primer punt, s'ha vist que calia enviar el cas a l'assistent social al més aviat possible. En general, si el malalt està hospitalitzat no s'envia abans que hi hagi problemes d'alta. Si és a casa seva hom demana ajut en el moment que les relacions i la situació general esdevenen insuperables.

L'assistent social es planteja com pot sensibilitzar la població perquè enviï els malalts a temps.

L'any 1980 no es tenia en compte aquest aspecte preventiu.

16è. pas

S'hauria de modificar i ampliar la definició del terme "diagnòstic social".

En el tractament de casos considerem que hi ha una intervenció a dos nivells (1), un diagnòstic i un tractament individual psicossocial i un diagnòstic i un tractament social comunitari. En aquest pas ens referirem en aquest darrer.

Modificariem així la definició:

Definició del conjunt de fenòmens que serveixen per precisar la naturalesa de la problemàtica que presenta la societat respecte al conflicte entre necessitats i recursos, els quals fenòmens s'han manifestat durant la tasca assistencial individual.

Respecte al quinze pas, per exemple, un diagnòstic social definiria per què no s'envien els malalts a temps i el tractament procuraria de precisar una intervenció que sensibilitzés la població.

17è. pas

Ham afegit aquest pas perquè, una vegada confeccionat el patró ideal, van adonar-nos que l'annex 2 no contenia un pas que era important a l'annex 1: registrar totes les dades de la història social. Això permet d'avaluar si els documents estan vius o no, atès que sovint s'empren fitxes i impresos que no són plens, la qual cosa és un símptoma que alguna cosa falla, és a dir, que allò estipulat no és útil o que hom no té prou motivació per completar-la.

Segons els resultats, sembla que en general la documentació és útil car ha estat completada quasi totalment. No obstant, si hom considera vàlids tots els passos del patró, la documentació hauria de registrar intervencions que actualment resten a la ment de l'assistent social sense reflectir-se a les històries socials (en són exemples els passos vuitè i desè).

CONCLUSIO

Es demostra la hipòtesi que l'assistent social segueix unes constants en la seva intervenció, atès que ha satisfet la majoria de pas-

sos o no ho ha fet per raons alienes: el patró ideal ha estat elaborat l'any 1982 i els casos recopilats són de 1980. D'altra banda, a més, alguns ítems del patró eren poc clars o l'assistent social no hi havia reflexionat prou.

Per tant, sembla que seria útil per avaluar el treball social de tenir uns patrons ideals d'intervenció en funció del tipus de problema presentat. Aquest patró pot ésser confeccionat molt fàcilment per una persona amb un mínim d'experiència. Per comprovar-se la veracitat n'hi ha prou amb analitzar casos en què s'ha intervingut durant dos mesos.

Per a aquells casos en què l'assistent social treballa per primer cop o quan ho fa en un camp que li és desconegut, pot ésser-li útil d'elaborar els seus propis patrons en els seus primers mesos de treball.

A l'exemple que hem presentat, si això s'hagués fet des del principi, els assistents socials haurien hagut de precisar:

- En qui centrava l'objecte: malalt, usuari en general, família.
- Respecte al malalt i a les persones del seu entorn, fins on arribaria la seva intervenció.
- El sistema d'avaluació que els permetia de conèixer el grau de satisfacció de les persones tractades.
- Quins passos implicava la intervenció si hom tenia en compte la previsió, l'assistència i la rehabilitació.
- La manera de treballar a nivell individual i a nivell social o comunitari.
- L'avaluació de la documentació

D'altra banda, aquests patrons d'intervenció serien una base ideal per a la formació d'assistents socials i, també, per avaluar el treball professional.

RESUM DEL CAPÍTOL 128.

1.- On es dirigeix aquest sistema d'intervenció?

Apunta a la confecció d'uns paràmetres que serveixin per valorar el treball social de casos.

2.- Quins són els seus fonaments tècnics, filosòfics i científics?

Hom ha emprat un sondeig a partir de l'anàlisi documental de diverses històries clíniques.

3.- Què s'espera del professional que l'empra?

Que efectui la investigació amb la màxima validesa i precisió.

4.- Qui és l'usuari?

La institució i el mateix professional.

5.- Què s'esdevé durant el tractament?

Es realitza una investigació.

6.- Hi ha indicacions o contraindicacions per seguir aquest procediment?

No.

7.- En quin context institucional és aplicat?

És indistint.

NOTES AL CAPÍTULO 128.(1) Bibliografía:

P.J. SAMAZANO and B. SIOSBERG: Evaluación de la atención del paciente. Hospitals, J.A.H.A.V., V. 45 núm. 7, p. 131-136. 1971.

S. GOEDSMITH: Valor de los indicadores del estado de salud. Health Service Reports, V. 87 núm. 3. p. 212-220. 1972.

Comisión psicosocial de planificación del Hospital Oncológico: Consideraciones sobre parámetros de control de calidad. Patronato del H.O. Barcelona 1979.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA COMENTADA
 =====

OBRES GENERALS

GRANITZ, Madeleine: Métodos y técnicas de las ciencias sociales (2 vol.). Ed. Hispano Europea. Barcelona 1975. Pròleg de José Balcells Junyent, professor de Metodologia i tècniques d'investigació sociològica de la Universitat de Barcelona.

L'autora, professora de la Universitat de París I Panteó-Sorbona, presenta una panoràmica completa de les ciències socials des dels problemes del coneixement; com l'evolució de la reflexió científica i les ciències socials; les noves teories, com la utilització de les matemàtiques a les ciències socials; finalment, un seguit de tècniques al servei d'aquestes ciències. Mostra el fonament teòric de diverses tècniques, el qual recolza en exemples pràctics.

MAGDE, John: Las herramientas de la ciencia social. Paidós (col. "Psicología social y sociología"). Buenos Aires 1969.

Es limita a explicar quatre tècniques emprades a les ciències socials: els documents, l'observació, les entrevistes i l'experimentació. Les relaciona amb el mètode i tracta llurs dificultats quant a validesa, autenticitat i objectivitat.

OBRES ESPECÍFIQUES

ALINSKI, Saul: Manuel de l'animateur social. Seuil. París 1976.

Aquest llibre, aparegut als Estats Units cap a 1920, desenvolupa un model d'intervenció a nivell de comunitat que es centra en el conflicte com a tècnica d'integració. Vol ésser un treball de comunitat centrat en la motivació a partir d'interessos individuals o de petits grups.

AMAT NOGUERA, N.: Técnicas documentales y fuentes de información Bibliograf. Barcelona 1978.

Té interès per a l'assistent social en tant que és un llibre de consulta que permet de conèixer sistemes i infraestructures documentals que faciliten la comunicació.

ANGUERA, M.T.: Metodología de la Observación en las Ciencias Humanas. Cátedra. Madrid 1978.

Intent recerxar de fonamentar les bases metodològiques de l'observació, tècnica que ha estat redescoberta i que cada cop és

més emprada a les ciències socials. L'autora presenta nombroses pautes per a l'observació a diferents contextos, vàlides per a la investigació de les conductes individuals o de grups. És interessant, també, la remarca sobre els diferents contextos i àrees en què hom pot servir-se de la observació. L'autora els analitza i apunta algunes recomanacions sobre la seva utilització i aplicació pràctica.

BACHEMAN, C. i SIMONIN, J.: Changer au quotidien. Une introduction au Travail social (2 vol.). Études vivantes. París 1981-1982.

Al primer volum, els autors reflexionen sobre el marc de referència en què es troba el treball social avui en dia a Europa, concretament. Defensen una posició interdisciplinària amb què l'assistent social pot assumir una tasca artesanal i quotidiana, al més propera possible a les necessitats del client.

El segon volum parteix del camp d'acció professional i dona instruments d'actuació: estudis sobre la població; maneres d'intervenir; tècniques d'avaluació i d'anàlisi de la funció. Hom hi planteja i proposa vies de solució a alguns dels problemes que avui es planteja el treball social: el seu incessant creixement quantitatiu; l'explosió de les ciències socials que el saber professional ha atomitzat; l'aparició massiva d'usuaris a l'escena social: els grups, les comunitats volen tenir un paper actiu (els presos, els minusvàlids, els homosexuals, els "pobres" han pres la paraula a través dels mitjans); les noves relacions dels professionals amb l'Estat, amb l'administració.

BEAL, G.M.; BOHEEN, J.M. i RAUDABAUGH, J.N.: Conducción y acción dinámica del grupo. Ed. Kapelusz. Buenos Aires 1964.

Els autors, professors de sociologia a la Universitat de Iowa (EE.UU.) els dos primers, són experts en els processos de grup, en l'organització i comunicació de grups, rurals o urbans. Intenten d'aplicar els coneixements de psicologia i sociologia als problemes quotidians d'organització dels grups i proven de relacionar-los amb el desenvolupament de la comunitat.

El llibre és dividit en tres parts: la primera explica la interacció en el grup, en què consisteix l'estudi de l'acció del grup i els conceptes principals que cal tenir en compte; la segona part descriu tècniques de grup; finalment, la tercera dona indicacions per avaluar els processos grupals, els temes i objectius, la participació individual.

CHEVREUSE, C.: Pratiques inventives du travail social. Ed. Économie et humanisme/Les éditions ouvrières (col. Politique sociale). París 1979.

A partir del relat d'experiències concretes, aporta reflexions sobre la necessitat d'una autonomia professional, personalitat pròpia que basteixi noves formes d'intervenció allunyades de posicions tecnicistes.

COLL-VINENT, R.: Teoría y práctica de la documentación. A.T.E. 1978. Barcelona 1978.

Compendi de les tècniques documentals més modernes. És útil per conèixer el maneig de tècniques de classificació i, en general, per consultar-hi sobre els mètodes ordenats, un podrós auxiliar de la documentació, en treball social.

MAISONNEUVE, J.: La dinámica de los grupos. Nueva Visión. Buenos Aires 1978.

Suggereix reflexions indispensables a la dinàmica de grups sobre temes d'investigació i d'intervenció.

MAN HEUNG HO: Social Work Methode, Techniques and Skills. University Press of America. Washington 1980.

Llibre eminentment pràctic, descriu les tècniques més emprades pel treballador social americà i les agrupa segons si el treball és individual (hi dedica dos capítols, un d'especial per als problemes de la parella i la teràpia familiar), grupal (un capítol) o de comunitat (un capítol) i les comunes als tres casos anteriors (un capítol). Les explicacions són sintètiques i els exemples curts; seria interessant de traduir-lo i d'emprar-lo com a llibre de text a les escoles atès que serviria de partença al desenvolupament del tema sobre les experiències del país.

RICHEOND, M.E.: Caso social individual. Humanitas (col. "Desarrollo social"). Buenos Aires 1962.

Heus ací un clàssic del servei social, publicat per primer cop a Nova York el 1922. La seva lectura ens permet de reflexionar sobre l'actualitat que té més enllà, per tant, de la seva època.

Recórrer a les fonts centra el professional i l'allibera de posicions massa tecnicistes o ideològiques. L'autora, amb un concepte sempre present de la realitat, explica i exemplifica el treball social, n'estructura la teoria.

RODRIGUES, A.: Psicología social. Trillas. México 1979.

Aporta una visió general de les contribucions principals de la psicologia social contemporània. Hom pot emprar-lo com a llibre de text o com a recurs de professionals per a la seva formació permanent. Permet de posar-se al dia de l'estructura bàsica de la psicologia social i suggereix noves formes de treball o nous sistemes d'avaluació i de registre per a la tasca quotidiana amb individus, grups o comunitats.

ROGERS, C. i KINGET, G.M.: Psicoterapia y relaciones humanas. Teoría y práctica de la terapia no directiva (2 vol.). Alfaguara (col. "Hombre, hechos e ideas"). Madrid-Barcelona 1971.

El primer volum, escrit per la doctora Kinget, de la Michigan State University mes d'origen europeu, exposa el mètode no directiu tenint en compte l'ambient europeu. A la segona part d'aquest volum, Rogers fa una reelaboració teòrica del seu sistema i un esbós del moment d'investigacions positives que caracteritza el seu "enfocament clínic".

El segon volum és una exposició pràctica del mètode no directiu; presenta l'anàlisi detallada d'un cas tractat per Rogers. Tot professional del treball social que se serveixi de la relació assistencial centrada en el client trobarà en aquest llibre els elements necessaris per practicar aquest enfocament (aperoche).

SIERRA BRAVO, R.: Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios. Paraninfo. Madrid 1978.

L'autor, professor de tècniques d'investigació social de la Facultat de Ciències Polítiques i Sociologia de la Universitat Complutense de Madrid, escriu un llibre didàctic i pràctic per a aquells qui han d'emprar la investigació social com a tècnica. Els exercicis, proposats en acabar l'explicació de cada concepte, ajuden a comprendre-la i a practicar la tècnica en tots els seus passos i aspectes.

VERDES-LEROUX, J.: Le travail social. Ed. du Linnit (col. "Le sens commun"). Paris 1978.

Presenta una anàlisi molt completa de la situació del treball social a França. El capítol segon analitza l'hàbit i la tècnica professional com a ideologia objectivada.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTÀRIA

ARONSON, E.: Introducción a la psicología social. Alianza Ed ("El libro de bolsillo", 571). Madrid 1972.

BOUDON, R. i LAZARSTELD, P.: Metodología de las ciencias sociales. Laia. Barcelona 1973.

BOULANGER, G. i BALLEYGUIER: La investigación en ciencias humanas. Marova. Madrid 1971.

BUGEDA, J.: Manual de técnicas de investigación social. I.E.P. Madrid 1974.

CAMPO, S. del: Diccionario de Ciencias Sociales. I.E.P. Madrid 1976.

CARMONA GUILLEN, J.A.: Los indicadores sociales hoy. Grupo de Investigaciones Sociológicas. Madrid 1977.

COLOMER, M.: "Método básico de trabajo social". R.T.S. núm. 75.

DOMENECH I MASSONS, J.M.: Bioestadística. Métodos estadísticos para investigadores. Herder. Barcelona 1977.

DONNISON, D.: "Social policy since Titus". Rev. Social Policy núm. 8. April 1979 (ps. 145-146).

DORSCH, F.: Diccionario de Psicología. Herder. Barcelona 1976.

Dossier sobre funcions de l'assistent social. Associació d'Assistents Socials. Barcelona 1980.

DU RAUCOURT, M.: Les techniques d'action ou techniques de traitement. ADESS (document fotocopiado). Lyon.

- ESCOFFET, M.A.: Discorío multivariado en Psicología y Educación. CEAC. Barcelona 1980.
- FEISS: Método Básico de trabajo social. Euroamérica. Madrid 1973.
- HERAS, P. de las i CORRAJAREÑA, E.: Introducción al Bienestar social. FIDASS. Madrid 1979.
- JULIEN, C.: Modèles en service social, thérapies et formation personnelles". Rev. Travail Social núm. 6. Suisse juin 1978.
- L'ABATE, A.: La política dei Servizi tra razionalizzazione e rinnovamento. Marsilio Ed. Venezia 1978.
- LONGRESS, J.: Marco "Campo de fuerzas". GITS. Barcelona 1976.
- LÓPEZ MEDINA, A.: Hacia una elaboración técnica y metodológica de un trabajo social latinoamericano. E.C.R. Buenos Aires 1971.
- Material de estudio de las III Jornadas Nacionales de Asistentes Sociales. Pamplona, 26-30 setiembre 1977.
- MICHAUD, G.M.: Análisis institucional y pedagogía. Laia. Barcelona 1975.
- MOSCOVICI, S.: Introducción a la psicología social. Planeta. Barcelona 1975.
- ORRERA Y GASSET, J.: Meditación de la técnica. Espasa-Calpe. Buenos Aires 1939.
- RUBIOL, G.: Els serveis socials: organització i funcionament. A Gran Bretanya, Iugoslàvia, Israel, Països Baixos. Blume (col. "Temps de futur"). Barcelona 1980.
- SELANDI, P.: Psicología de grupos. Herder. Barcelona 1976.
- SCHÜTZENBERGER, A.A.: Introduction au jeu du rôle. Edouard Privat Ed. Toulouse 1975.
- SEDMAY-LIDIS: Enciclopedia de la Psicología y la Pedagogía. Dir. F. Alonso-Fernández. Madrid 1980.
- SELMETZ, S.B. i altres: Métodos de investigación en las relaciones humanas. Rialp. Madrid 1965.
- SELMETZ, C.: Métodos de investigación en las relaciones sociales. Rialp. Madrid 1973.
- SELOSSE, J.: "Sciences humaines et travail social". Informations sociales núm. 7. Juillet 1973; núm. 8. Aout 1973.
- SIEGEL, L.: Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. Trillas. México 1980.
- SIMON, P. i ALBERT, L.: Las relaciones interpersonales. Herder. Barcelona 1979.
- SJOBERG, S. i NATT, R.: Metodología de la investigación social. Trillas. México 1980.
- WOIBERG, C.R.: Psicoterapia breve. Gredos. Madrid 1968.

FONTS DE CONSULTA I D'INFORMACIÓ

PROFESIONARIS CONSULTATS

- BLANCH, J.M. - Professor de psicologia social a la Universitat Autònoma de Barcelona i a l'ICASS.
- BONET, M.J. - Assistenta social de l'AECC de Barcelona.
- CALZADO, M.C. - Directora de l'Escola d'Assistents Socials de Tarragona.
- CASTELLON, J.J. - Metge de l'Institut Mental Pi i Tolist de Barcelona.
- COLONER, H. - Assistenta social a l'Ajuntament de Barcelona i professora a l'Escola Superior d'Assistents Socials.
- DOMÈNECH, R. - Directora tècnica de l'Àrea de Serveis Socials de l'Ajuntament de Barcelona.
- FARRA i SALES, M.LL. - Professora de dinàmica de grups al Departament de Ciències de l'Educació de la Universitat Autònoma de Barcelona i a l'Escola Superior d'Assistents Socials.
- * FRANSITORRA, P.
- GARRIGA, C. - Assistenta social.
- GOMIS, B. - Assistenta social de l'AECC de Barcelona.
- IRIZÁBAL, A. - Assistenta social i professora de treball social a l'Escola Superior d'Assistents Socials.
- IZQUIERDO i LLOPIS, O. - Correcció i traducció.
- LLOPIS i SARAIÓ, B. - Assistenta social d'empresa.
- MASSONS, M.T. - Assistenta social al districte XIè. de Barcelona.
- MORENO, M.J. - Assistenta social de l'AECC de Barcelona.
- NOGUERAS, J. - Assistenta social al centre municipal de Planificació Familiar de Barcelona.
- QUESADA, J. - Assistenta social a l'Hospital de Sant Pau (Servei d'Urgències) de Barcelona.
- REQUENA, C. - Assistenta social i professora de mètodes de treball social a l'Escola Superior d'Assistents Socials i a l'ICESB.
- RIMBAU, C. - Assistenta social i directora de l'Escola Superior d'Assistents Socials.
- ROMEU, R. - Assistenta social de l'Ajuntament de Barcelona.
- ROSSELL, T. - Assistenta social i professora de tècniques a l'Escola Superior d'Assistents Socials.
- RUBIOL, G. - Tècnic de l'Àrea de Serveis Socials de l'Ajuntament.
- RUEDA, J.M. - Psicòleg de l'Àrea de Serveis Socials de l'Ajuntament de Barcelona.

SCRIBNO, P. - Assistenta social i professora a l'ADDESS de Lijon.

CENTRES CONSULTARS

CENTRE DE S. S. DE BASE (Coc del Bou, 23 - Tarragona)

Mètodi sociològic

Durant el curs 1977-78, es va començar a elaborar l'estudi sociològic del Barri Antic de Tarragona pels alumnes de l'escola d'assistents socials. Van participar-hi activament durant els següents cursos.

Un cop aplegades les dades, van considerar convenient d'intervenir directament en el barri. Van contactar amb l'Associació de Veïns; des d'allí planificarem el treball concret a fer i n'informàvem l'Ajuntament.

Associació de Veïns

La relació amb l'Associació va continuar voluntàriament fins al segon trimestre de 1980. Acordàrem definitivament de disposar dels mitjans econòmics per poder continuar la tasca.

Hi treballàvem diàriament diversos tècnics sense salari. Sentíem, també, la necessitat que existís una entitat que ens recolzés, atès que l'Associació no podia fer-ho per falta de possibilitats (manca d'acceptació, manca de representativitat, manca de mitjans econòmics).

Aquesta etapa es planificà envers els joves en treball de grup i individual.

Ajuntament i Diputació

En acabar-se les relacions amb l'Associació de Veïns, l'Ajuntament i la Diputació s'interessaren per elaborar, amb l'ajut de diversos tècnics, un pla de prevenció i tractament de la delinqüència juvenil. Ens demanaren de col·laborar-hi a nivell general i a nivell particular amb l'aportació de dades i de coneixements sobre aquesta problemàtica al barri vell.

Les relacions amb l'Administració varen suspendre's el mes de juliol, en ésser clos l'avantprojecte. El període estival fou buit de tota activitat.

Ajuntament. Centre de serveis socials

Hom insistia, des de l'Associació de Veïns i l'Escola d'Assistents Socials, en la necessitat d'ubicar definitivament al barri un centre municipal de serveis socials.

S'arribà a un acord segons el qual l'Ajuntament subvencionaria, per un període de tres mesos prorrogables a sis, el manteniment d'un centre amb aquestes característiques. Hi treballarien dues assistents socials durant dues hores diàries, sota la responsabilitat de l'Escola d'Assistents Socials de Tarragona.

L'octubre de 1980 es començà l'activitat. Les dues professionals foren elegides en una reunió convocada entre els assistents de les darreres promocions.

Hom va valorar i va tenir en compte el fet de l'atur i la feina feta anteriorment en el mateix barri.

L'Ajuntament indicà uns límits d'actuació. Els camps de treball serien:

- a) La infància i la joventut.
- b) La tercera edat.
- c) Casos individuals familiar.

Nota.- Tota la documentació sobre les planificacions, informes, avaluacions, etc. és a la disposició dels interessats a l'Ajuntament de Tarragona i al Centre de Serveis Socials.

SERVEI DE PLANIFICACIÓ FAMILIAR

(Vegeu "Breu notícia sobre el centre en què es va tractar aquest cas" a "EXEMPLE: CAS A.", dins el capítol setè.)

ÍNDEX

	Pàgina
Cap. 1r. CONSIDERACIONS GENERALS	2
Introducció	3
El marc filosòfic	6
El lloc del treball social entre les ciències socials	9
Terminologia	24
Notes al capítol 1r.	40
Cap. 2n. TIPUS DE TÈCNiques. CLASSIFICACIÓ SEGONS LA SEVA UTILITZACIÓ A LES DIFERENTS ETAPES DEL MÈTODE	42
Nota introductòria	43
Esquema	44
Mostra de tècniques emprades a la primera etapa	46
Mostra de tècniques emprades a la segona etapa	49
Mostra de tècniques emprades a la tercera etapa	50
Mostra de tècniques emprades a la quarta etapa	52
Mostra de tècniques emprades a la cinquena etapa	55
Notes al capítol 2n.	56
Cap. 3r. INTRODUCCIÓ TEÒRICA I COMENTARI D'UN EXEMPLE DE LA TÈCNICA D'INVESTIGACIÓ SOCIAL, EMPRADA A LA PRIMERA ETAPA (Coneixement global del camp professional)	57
I. <u>Introducció teòrica</u>	58
Relació entre els coneixements sociològics (teoria) i llur aplicació per resoldre problemes socials	60
II. <u>Instruments</u>	63
Consideracions prèvies: els diversos enfocaments	63
Taula elaborada per GIES	65
III. <u>Comentari i notes a l'exemple proposat</u>	68
Tècniques emprades a l'estudi del Barri Antic de Tarragona	68
IV. <u>Relació entre la teoria i els instruments</u>	76
Resum del capítol 3r.	80
Notes al capítol 3r.	81
Cap. 4t. INTRODUCCIÓ TEÒRICA I EXEMPLE DE LA TÈCNICA D'OBSERVACIÓ DOCUMENTAL	83
L'anàlisi de contingut	85
Exemple	90
Resum del capítol 4t.	97
Notes al capítol 4t.	98
Cap. 5è. PRESENTACIÓ D'UN ESQUEMA PER A LA SEGONA ETAPA (Interpretació de dades)	99
Introducció	100
Exemple	102
Resum del capítol 5è.	106
Notes al capítol 5è.	107

Cap. 6è. CONSIDERACIONS I EXEMPLE DE L'ANÀLISI DE PRIORITATS I LA PRESA DE DECISIONS EN GRUP, TÈCNICA EMPRADA A LA TERCERA ETAPA (Planificació)	108
Introducció	109
Presentació de la situació	110
Procediment d'intervenció	111
Annex 1 - "Llista d'activitats..."	115
Annex 2 - "Gràfic de valoració..."	122
Annex 3 - "Dades de diàleg..."	124
Annex 4 - "Reunió entre els representants..."	126
Annex 5 - "Programa de treball..."	128
Resum del capítol 6è.	135
Notes al capítol 6è.	136
Cap. 7è. INTRODUCCIÓ TEÒRICA, COMENTARIS I EXEMPLE DE LA TÈCNICA DE L'ENTREVISTA, EMPRADA A LA QUARTA ETAPA (Execució). Nivell individual. Relació assistencial ..	137
Introducció teòrica: l'entrevista	138
Elements i factors. Classificació	139
Relació de la intervenció professional a nivell individual amb aquesta tècnica	146
Exemple: Cas A.	151
Resum del cas A.	155
Exemple: Cas V.	157
Resum del cas V.	163
Exemple: Cas T.	165
Resum del cas T.	171
Notes al capítol 7è.	173
Cap. 8è. CONTINUACIÓ DE LA QUARTA ETAPA. A NIVELL DE GRUP. UTILITZACIÓ DE LA TÈCNICA DE GRUP PER MILLORAR LA COMUNICACIÓ I LA COOPERACIÓ DINS ELS GRUPS DE LA INSTITUCIÓ I PER PRESTAR SUPORT AL PERSONAL	174
A. <u>Tècnica d'animació i promoció de grup.</u>	175
Introducció	175
Comentaris a un exemple	176
Possibilitats d'actuació	178
L'opció escollida	179
Referència teòrica	180
Intervenció professional	180
Conclusió	187
B. Sessió del seminari sobre assistència psicosocial a malalts terminals	187
C. <u>Anàlisi de contingut</u>	202
Comentaris a l'esquema	204
Interpretació de dades de la sessió de grup	204
Resum del capítol 8è.	212
Notes al capítol 8è.	213

Cap. 9è. CONTINUACIÓ DE LA QUARTA ETAPA. PRESENTACIÓ DE LA TÈCNICA D'UTILITZACIÓ DELS RECURSOS A NIVELL DE COMUNITAT	214
Introducció teòrica	215
Exemple. Comentaris	219
Resum del capítol 9è.	222
Notes al capítol 9è.	223
Cap. 10è. TÈCNICA: DOCUMENTACIÓ	224
Annex 1	230
Annex 2	232
Resum del capítol 9è.	234
Notes al capítol 9è.	235
Cap. 11è. INTRODUCCIÓ TEÒRICA, COMENTARIS I EXEMPLES DE PAUTES D'AVALUACIÓ EMPREDES A LA CINQUENA ETAPA (Avaluació)	236
Introducció teòrica	237
Exemple: redacció d'objectius	240
Notes al capítol 11è.	244
Cap. 12è. INVESTIGACIÓ DE PARÀMETRES AVANÇATS	245
Formulació del problema	246
Formulació de la hipòtesi	246
Disseny de la metodologia	247
Annex 1	248
Annex 2	249
Terminologia	250
Codi de la història social	251
Resultats	251
Comentaris	254
Conclusió	258
Notes al capítol 12è.	261
BIBLIOGRAFIA	262
Bibliografia comentada	263
Bibliografia complementària	266
FONTS DE CONSULTA I D'INFORMACIÓ	268
Professionals consultats	269
Centres consultats	270

Barcelona 8 Novembre 1.982