

---

# L'entrevista clínica en el treball social sanitari: el procés d'ajuda

---

PID\_00272727

Dolors Colom Masfret  
Eva Giralt Padilla

---

Temps mínim de dedicació recomanat: 3 hores

---




**Dolors Colom Masfret**

Diplomada en Treball Social per la Universitat de Barcelona. Professora associada i directora científica del màster universitari de Treball social sanitari dels Estudis de Ciències de la Salut de la UOC. Professora associada de la Unitat de Formació i Recerca de Treball Social de la UB. Completa la formació en l'àmbit del treball social sanitari i en les unitats d'atenció al client amb estades, primer al Bellevue Hospital Center de la Universitat de Nova York, i després al Departament de Serveis Socials i al Departament de Medicina Comunitària, Divisió Internacional, del Mount Sinai Medical Center, també a Nova York. És investigadora, docent, consultora i assessora en l'àmbit social d'establiments sanitaris i sociosanitaris, i també d'establiments residencials i programes d'atenció a domicili. Escriptora. Sòcia fundadora el 1994 de l'Institut de Serveis Sanitaris i Socials, des del qual dirigeix i edita la revista *Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar*, i l'editorial Agathos Ediciones. Ha exercit la direcció acadèmica i com a professora col·laboradora del postgrau de Treball social sanitari de la UOC. Consultora del màster de Direcció executiva d'hospitals de la UOC (2009-2019).


**Eva Giralt Padilla**

Diplomada en Treball Social, postgrau en Tècniques d'entrevista, postgrau en Peritatge social forense, certificat en Coordinació parental i màster en Mediació i resolució de conflictes. Més de vint anys d'experiència laboral en serveis penitenciaris, justícia juvenil i protecció a la infància, a més d'exercir com a treballadora social forense i mediatadora familiar. Actualment treballa en Protecció a la Infància a la Direcció General d'Atenció a la Infància i Adolescència de la Generalitat de Catalunya. Docent a la UOC i altres universitats, així com en diferents entitats i organitzacions de l'àmbit de la salut i jurídic. Coordinadora de la Comissió de Treball Social Forense del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. Membre de l'Equip d'Intervenció Psicosocial en Emergències i Catàstrofes de Protecció Civil del Departament d'Interior de la Generalitat de Catalunya. Membre de la Comissió d'Infància i Família del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. Ha publicat articles a la *Revista de Trabajo Social*, *Revista La Ley* i *Agathos*, i ha participat en el llibre *Peritaje y prueba pericial* de Joan Picó i Junoy. Ha realitzat ponències en diverses jornades i congressos a Barcelona, Madrid i Panamà.

Segona edició: març 2020  
 © Dolors Colom Masfret, Eva Giralt Padilla  
 Tots els drets reservats  
 © d'aquesta edició, FUOC, 2020  
 Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona  
 Realització editorial: FUOC

*Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny general i la coberta, no pot ser copiada, reproduïda, emmagatzemada o transmesa de cap manera ni per cap mitjà, tant si és elèctric com químic, mecànic, òptic, de gravació, de fotocòpia o per altres mètodes, sense l'autorització prèvia per escrit dels titulars dels drets.*

# Índex

<b>Introducció</b> .....	5
<b>1. L'entrevista: de l'àmbit general al treball social sanitari</b> .....	7
<b>2. Definicions d'entrevista en l'entorn del treball social sanitari</b> .....	12
<b>3. Primera trobada: primera entrevista</b> .....	15
3.1. Els sentiments i expectatives de qui entrevista i de la persona entrevistada .....	18
<b>4. El registre de la informació recollida</b> .....	19
<b>5. Tècniques d'entrevista</b> .....	20
5.1. Característiques principals de l'entrevista en el treball social sanitari .....	20
5.1.1. La diversitat .....	20
5.1.2. La multiplicitat .....	20
5.1.3. La complexitat .....	20
5.2. Persones ateses pels equips professionals del treball social sanitari .....	21
5.2.1. Les expectatives .....	21
5.2.2. Les necessitats .....	21
5.2.3. La relació .....	22
5.3. Tècniques d'entrevista .....	23
5.3.1. La comunicació verbal .....	23
5.3.2. La comunicació no verbal .....	24
5.3.3. L'escolta activa .....	26
5.3.4. L'empatia .....	28
5.3.5. El reforç positiu .....	29
5.3.6. La relació d'ajuda .....	30
5.3.7. La reformulació .....	32
5.3.8. La confrontació .....	33
5.3.9. Tècniques de contenció emocional .....	33
<b>Bibliografia</b> .....	37



## Introducció

La inclusió d'un mòdul sobre entrevista clínica en el treball social sanitari obeeix a la importància que aquest instrument i tècnica de treball adquireix en la pràctica clínica diària. Qualsevol projecte que desenvolupem ens requerirà nombroses entrevistes amb finalitats diferents:

- obtenir i facilitar informació,
- explicar opcions d'ajudes,
- presentar resultats,
- sol·licitar permisos,
- proposar projectes,
- etcètera.

L'entrevista, per al treball social sanitari, és un dels instruments indiscutibles de l'exercici professional, i en el postgrau de Treball social sanitari (2009-2012) es va posar en relleu en nombrosos exercicis que, si bé cada estudiant sabia què necessita saber i conèixer respecte de les persones a les quals atenia o que anaven a la unitat de treball social sanitari demanant algun tipus d'ajuda, presentava dificultats per a preguntar-ho. Per això, en aquest màster s'inclou un mòdul dedicat a l'entrevista clínica.

Com que la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) disposava de materials de text de gran qualitat sobre l'entrevista clínica i l'avaluació en salut, aquests formaran part del material bàsic d'estudi del màster i d'aquest mòdul.

A continuació, es desenvolupa un breu text que contextualitza l'entrevista en el camp del treball social sanitari.



## 1. L'entrevista: de l'àmbit general al treball social sanitari

Són moltes les definicions d'entrevista que es troben en tota la col·lecció de diccionaris d'Oxford University Press. Una de les més completes és la que ofereix *A Dictionary of Sociology*, que explica l'entrevista com segueix:

«Una interacció social que resulta en una transferència d'informació de l'entrevistat a un entrevistador o investigador. Les entrevistes poden ser personals, realitzades cara a cara o per telèfon (té certs avantatges per a temes més delicats), o es poden realitzar en un sol contacte a través d'un qüestionari postal, per correu electrònic o en línia (dona a les persones més temps per a considerar les seves respostes).

Les preguntes formulades als entrevistats els poden tractar com un enquestat que proporciona informació sobre les seves pròpies circumstàncies, activitats i actituds, o com un informant que proporciona informació objectiva sobre fenòmens socials dins de la seva experiència i el seu coneixement, com el nombre d'habitacions de casa seva, una estimació de l'ingrés total de casa seva, característiques de la seva comunitat local, sindicat o ocupador.

Amb menys freqüència, es convida les persones a ser informants suplents per a enquestats que no estan disponibles, com és el cas d'una esposa que respon preguntes sobre la feina del seu espòs.

Les entrevistes varien en estil i format, des de l'entrevista estructurada basada en un qüestionari (que és típic a les enquestes de mostra), a l'entrevista no estructurada basada en una llista de temes que cobrir, a l'entrevista profunda o l'entrevista qualitativa, que pot durar hores i hores. Totes varien àmpliament al voltant dels temes en una guia d'entrevista. Un enfocament una mica diferent per a les entrevistes consisteix en la discussió grupal, en la qual de quatre a dotze persones discuteixen el tema d'interès per a l'investigador, sota la guia de l'investigador (veure grups focals).

L'entrevista d'investigació té algunes similituds amb altres situacions d'entrevista, com les entrevistes de selecció de feina, ja que és una interacció entre desiguals en comptes d'una conversa ordinària: els temes són escollits per l'investigador i els entrevistadors no han de revelar res de si mateixos en cas que això esbiaixi les respostes. El control dels investigadors sobre l'entrevista augmenta considerablement mitjançant l'ús de qüestionaris basats en computadora per a entrevistes personals i telefòniques, com els sistemes d'entrevistes telefòniques assistides per computadora (CATI)».

L'entrevista és un instrument i tècnica professional de caràcter universal que no pertany a cap professió en particular, si bé és freqüent que n'hi hagi algunes que s'arroguin un cert patrimoni, com, per exemple: professionals del periodisme, de la psicologia, de la psiquiatria, del treball social sanitari, etc.

Malgrat això, a mesura que es aprofundint en el concepte de l'entrevista es descobreix una infinitat de rails sobre els quals transita aquest instrument segons la disciplina de què es tracti. Així, el concepte bàsic, els traços que hi donen entitat, no canvien: l'entrevista és un instrument de comunicació i una tècnica d'obtenció d'informació específica.

En el treball social sanitari, l'entrevista la fem servir en diferents esferes de la professió i en tots els àmbits del sistema sanitari i dels serveis socials. La fem servir per a accedir com a professionals a determinada informació que ens facilitarà la persona entrevistada –i per a conèixer-la–, que està encarnada en

### Referència bibliogràfica

John Scott (2014). «Interview». A: *A Dictionary of Sociology*. Oxford University Press. <<http://bit.ly/2GKcOWU>>

qualsevol persona que tingui alguna cosa a veure amb el cas social sanitari. Un aspecte que hem de contemplar com a professionals del treball social sanitari és que la resta dels col·lectius professionals d'altres disciplines també necessiten realitzar les seves entrevistes. Així, professional a professional, la persona afectada es pot veure desconcertada per la quantitat de preguntes sobre nombrosos assumptes privats i pel fet gairebé segur que en molts casos les preguntes es repeteixen. La història clínica digital evita aquesta repetició de preguntes.

Les persones afectades i els equips professionals que entrevisten són molts, els més habituals:

- La persona malalta.
- Un familiar o un pròxim.
- El personal mèdic responsable.
- El personal d'infermeria responsable.
- El personal auxiliar responsable.
- Altres equips de professionals:
  - Rehabilitadors.
  - Fisioterapeutes.
  - Ergoterapeutes.
  - Etc.

A la pràctica, però, veurem que hi ha professionals (de la medicina, de la infermeria, de la direcció mèdica, de la gerència, dels serveis socials) que ens demanaran de mantenir entrevistes sobre determinats assumptes, en els quals els entrevistats serem nosaltres perquè en la nostra tasca professional disposarem d'informació valuosa perquè aquells professionals puguin fer la seva feina.

En qualsevol cas, quan té lloc l'entrevista, obeeix a una tècnica de comunicació. Una tècnica l'expliquem, metafòricament parlant, com un accelerador, un reactiu, un tercer element que ens permet d'aconseguir de manera més ràpida allò que és necessari, en aquest cas informació i dades, per a la nostra tasca. Situats dins el treball social sanitari, ens permet d'obtenir informació valuosa i imprescindible per al nostre exercici professional de manera més expedita que si haguéssim d'esperar obtenir-la amb la mera observació o esperar que el fet a estudiar sorgís espontàniament després de llargues converses amb les altres parts.

Així, doncs, per als equips de treball social sanitari, l'entrevista és el mitjà més comú pel qual accedim a informació bàsica i íntima de la persona malalta, de la seva família i dels afins, sempre amb la finalitat de conèixer-los tots tant com puguem per a obtenir la informació que permeti elaborar el diagnòstic social sanitari i, partint d'aquest diagnòstic, establir el pla de tractament que els ajudarà a conciliar un abans, l'abans d'arribar al sistema sanitari, amb un després, el després que coincideix amb el moment en què deixin de rebre l'assistència professional. L'entrevista com a instrument de comunicació implica un inter-



canvi entre les dues persones. Quan el que s'esdevé és que s'informa la persona malalta i la seva família sobre algun aspecte, no es pot considerar una entrevista, ni un exercici de comunicació, sinó solament un exercici d'informació.

L'entrevista com a concepte és un instrument de treball que es transforma en tècnica quan l'estem fent. La relació d'ajuda des del treball social sanitari sempre gira al voltant d'un malalt, la malaltia del qual el porta a experimentar noves vivències, a enfrontar-se a necessitats biopsicosocials potencials, a sotmetre's a noves circumstàncies que poden transformar, o no, totalment o parcialment el que ha estat la seva vida fins llavors. Això també s'esdevé amb la seva família i els pròxims. Així, l'entrevista és el nexa pel qual es fila la comunicació i la col·laboració entre cada professional i cada client, i des del primer moment resulta terapèutica. Sobre el conjunt d'entrevistes que tenen lloc al llarg del procediment o protocol de treball social sanitari es teixeix l'acció terapèutica. Teresa Rosell diu el següent:

«A través de lo que llamamos atención social puede potenciarse la dependencia o la independencia, la sumisión o la asertividad, puede tolerarse el engaño, la ocultación o potenciar la toma de conciencia, la asunción de responsabilidades, etc., todo ello en un movimiento interactivo, de influencias mutuas entre entrevistador y entrevistado que no resulta fácil conducir».

T. Rosell (2004), *op. cit.*

*A priori*, quan la persona arriba a la nostra unitat per iniciativa pròpia, o derivat per un altre professional, fins i tot quan un cribratge (*screening*) ens indica un risc latent, no podem establir cap tipus de determinisme, no podem assenyalar causes ni efectes i, encara que per resultats de recerques prèvies puguem qualificar de risc els condicionants en què es troba la persona, sempre haurem de necessitar informació complementària d'aquesta per a verificar o descartar les hipòtesis de treball. Aquesta informació l'obtenim amb entrevistes.

La paraula nodreix l'entrevista, però la paraula no arriba sola sinó que ho fa envoltada de mirades, gestos, actituds, expressions, interrupcions, fins i tot silencis; en definitiva, una infinitat de gestos i d'actituds corporals i psíquiques que ajuden a cada professional a fer la feina d'anàlisi i interpretació. Cada professional del treball social sanitari té en la paraula, entesa en el sentit més noble, l'instrument bàsic d'intervenció, i en la tècnica de l'entrevista, el vehicle per a arribar a la persona i a les seves dificultats percebudes i reals. Per mitjà de les tècniques que hi ha, cada professional se serveix de l'entrevista, d'una banda, per a disposar d'informació valuosa de la pròpia persona i de la seva família i, de l'altra, per a provocar a certes reaccions en la persona malalta i en la seva família, i també en el seu entorn.

#### Lectura recomanada

T. Rosell (2004). «La entrevista en el trabajo social como instrumento al servicio de la ciudadanía» [en línia]. A: *I Jornades de Treball Social i Ciutadania: Panoràmica des dels Serveis Socials de l'Ajuntament de Madrid*. [Data de consulta: 15 de maig de 2013].  
<http://bit.ly/36MkfaG>

Gordon Hamilton reconeixia en aquest treball de desenvolupament de la personalitat dels individus en relacionar-los amb ells mateixos i amb el seu entorn el patrimoni comú del conjunt de professionals del treball social sanitari. Per mitjà de les entrevistes, cadascuna en el context i amb l'objectiu corresponents, els equips de treball social sanitari transformen percepcions de les persones ateses i de les seves famílies, els pot tornar *de facto* la capacitat de ser independents al màxim en la seva autodeterminació o de gestionar la seva independència dins les seves pròpies percepcions i limitacions. La paraula tornada a partir d'una escolta atenta és curativa, terapèutica, provoca el canvi, potencia els punts forts. Hamilton escrivia el següent:

«Des del moment en què el client fa la demanda, és convidat i estimulat per mitjà de l'entrevista a expressar els seus propis sentiments sobre la seva situació. [...] La seva experiència vital és una configuració per a ell (el client) i també per al treballador social, i és segons la seva pròpia visió de la situació com reacciona habitualment el client. [...] El treballador social ha de començar, indiscutiblement, per on es troba el client i explorar el seu problema amb ell, com ell el veu; cal tenir en compte, però, la possibilitat de desavinences amb el punt de vista del client, conscient de la seva natural defensa, i el treballador social no hauria de començar gaire de pressa la correcció de la interpretació».

G. Hamilton (1951), *op. cit.*

Amb aquestes paraules Hamilton ens ensenya a deixar que la persona ens expliqui el que la preocupa, el que la inquieta, el que li sembla que li passa. I tot seguit ens indica que, quan ens hagi explicat el que ha motivat la petició d'ajuda, l'hem de convidar a explicar-nos les seves expectatives «en què li sembla que la podem ajudar». Fixem-nos en les expressions que fem servir: «en què li sembla que la podem ajudar» i no pas «què vol». Quan una persona ens diu «en què li sembla que la podem ajudar» li parlem del que s'imagina de nosaltres, de la nostra possible ajuda, i també de la seva dificultat, la seva en particular, això que li impedeix, en aquest moment, funcionar normalment. El nostre primer pas és identificar les dificultats que la persona pensa que haurà d'afrontar. L'entrevista com a accelerador ens ha de permetre obtenir la informació clau.

Com ja va fer Mary E. Richmond a *Social Diagnosis*, Hamilton assenyala la tendència dels equips de treballadors socials a concentrar-se en el problema principal, però alhora obviant la totalitat de la situació que enclou el cas social sanitari. Avui dia això s'esdevé sobretot quan des de la unitat de treball social sanitari atén i satisfà una demanda, cenyint-se a emplenar formularis per a tramitar l'accés a determinats recursos o prestacions. Anirem veient que en el treball social sanitari prenem tota l'amplitud del cas; hem de prendre i considerar totes les parts, i com els afecta la malaltia del familiar i fins a quin punt. Elisa Pérez de Ayala, pionera a Espanya del treball amb famílies, escriu el següent:

#### Referència bibliogràfica

G. Hamilton (1951). *Theory and Practice of Social Case Work*. Nova York / Londres: The New York School of Social Work / Columbia University Press.

«Utilicemos las teorías que utilicemos; basémonos en las ideologías que queramos, el trabajo social siempre tiene su finalidad propia. [...] Desarrollo de los seres humanos. Progreso de la familia. Bienestar individual y social. Ajuste o reajuste social. Promoción de oportunidades. Capacitación de la persona. Desaparición de impedimentos para el desarrollo. Mejora de las relaciones sociales y de las relaciones interpersonales. Todos estos fines cumplen la praxis del trabajo social».

E. Pérez (pàg. 79-82)

L'entrevista no és una conversa intranscendent ni per als professionals del treball sanitari que planifiquen els punts que cal tractar, aquells que no poden passar per alt, ni per a l'entrevistat que demana ajuda i que sap que, si bé es podrà explicar lliurement, hi haurà preguntes que no podrà esquivar de respondre.

#### Lectura recomanada

E. Pérez (1999). *Trabajando con familias. Teoría y práctica*. (pàg. 79-82). Saragossa: Consejo General de Diplomados en Trabajo Social / Certeza.

## 2. Definicions d'entrevista en l'entorn del treball social sanitari

Hi ha moltes definicions sobre l'entrevista. També hi ha moltes referències a l'entrevista sense que se'n defineixi l'estructura. Fixem-nos en aquests exemples per a permetre una visió àmplia de l'entrevista professional en treball social sanitari:

A *The Social Work Dictionary*, l'entrevista es defineix de la manera següent:

«Una trobada entre persones en la qual la comunicació s'esdevé per un propòsit específic i en general predeterminat. Quan l'entrevista es dona entre un treballador social i un client, el propòsit més típic és una forma de resolució de problemes. Per a aconseguir aquest propòsit, hi ha diversos tipus d'entrevistes de treball social, incloent-hi la teràpia directiva, la teràpia no directiva, l'entrevista per a recaptar informació i consum. Les entrevistes poden ser d'individus, grups, famílies i comunitats. Hi ha molts entrevistadors que sovint combinen els diferents tipus en la mateixa seqüència de contactes».

R. L. Barker

Joan de Pablo Rabasso, en el seu llibre *Tècniques d'entrevista per a professionals de la salut*, explica l'entrevista clínica dins el context sanitari amb les paraules següents:

«L'entrevista és una pràctica fonamental per als professionals de la salut, ja que una bona part del treball clínic es basa en l'intercanvi d'informació amb el pacient o amb persones del seu entorn. L'entrevista, en l'àmbit clínic, constitueix una forma molt particular d'interacció entre dos individus: dues persones que prèviament no es coneixen de res disposen d'un temps limitat per a intercanviar informació. El resultat d'aquest intercanvi pot ser molt important per a una d'elles, perquè pot tenir grans conseqüències per al seu futur. El pacient ha de proporcionar una gran quantitat d'informació personal, sovint relacionada amb la seva intimitat, i el professional ha de concretar i analitzar aquesta informació per arribar a una sèrie de conclusions que permetin ajudar a millorar l'estat del pacient de la manera més eficaç possible».

J. de Pablo

Fem un parèntesi per a assenyalar que, en el mateix llibre, Encarna Martín i Carmen Canaspa van elaborar el capítol «L'entrevista en treball social» i, afegim-hi, sanitari. Malgrat això, apreciament la utilitat del text en el moment en què es va escriure, avui dia hem d'assenyalar que l'aparició de les lleis esmentades, promulgades el 2003, la de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut i la de professions sanitàries, com hem vist, assenyala les funcions, els serveis i els procediments emprats. Això implica que la tipologia d'entrevista queda subjecta al diagnòstic social sanitari o, a tot estirar, a un prediagnòstic. Què vol dir això? Vegem-ho. Les autores assenyalen diversos tipus d'entrevista:

Entrevista informativa i d'orientació. Entrevista d'assessorament. Entrevista de suport. Entrevista de motivació. Entrevista d'estudi sociofamiliar.

E. Martín i C. Canaspa (1997), *op. cit.* (pàg. 110-111)

### Lectura recomanada

R. L. Barker (2003). *The Social Work Dictionary* (pàg. 227). Washington: NASW Press.

### Lectura recomanada

J. de Pablo (1997). *Tècniques d'entrevista per a professionals de la salut* (pàg. 15). Vic: Editorial Eumo.

### Lectura recomanada

E. Martín; C. Canaspa (1997). «L'entrevista en treball social». A: J. de Pablo. *Tècniques d'entrevista per a professionals de la salut* (pàg. 110 i 111). Vic: Editorial Eumo.

Filant amb el paràgraf anterior, reflexionem un moment sobre quina base fem una entrevista de suport. I encara més, el terme *suport* és molt ampli: suport per a què?, amb quin objectiu?, què cerca?, quina intenció té? Per a respondre a aquestes preguntes, necessitem, hi insistim, el diagnòstic social sanitari o un prediagnòstic. Pensem en una entrevista d'informació. Si assumim que estudiem la demanda en comptes de satisfer-la, de què volem informar?

Si la persona ens demana informació sobre residències i la hi donem, sense més ni més, li estem satisfent la demanda, però no l'estem estudiant. La persona, en aquest cas, deixa de ser client per a passar a ser un potencial consumidor. A més, però, aquesta informació no és competència de la unitat de treball social sanitari, sinó d'una unitat d'informació perquè tota la informació que oferim des de la unitat de treball social sanitari, la donem partint d'un estudi previ del cas.

És molt diferent informar dins un procediment o protocol de treball social sanitari i partint del que avala el diagnòstic social sanitari, que informar genèricament com a resposta a consultes dels ciutadans. La unitat de treball social sanitari no és una unitat d'informació, si bé informa. Tampoc no és una unitat d'assessorament, si bé assessora. Per a projectar el futur de la professió dins un espai clarament professional d'acord amb els seus principis teòrics, hem de desaprendre alguns mals hàbits que han posat en dubte la mateixa professió al llarg de les últimes dècades, concretament des que es van aprovar les lleis esmentades. La Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut i el Reial decret 1030/2006, de 15 de setembre, pel que s'estableix la Cartera de Serveis Comuns del Sistema Nacional de Salut i el Procediment per a la seva actualització. La Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'Ordenació de les Professions Sanitàries.

També en aquest cas implica que hem elaborat un diagnòstic social sanitari, o som en la fase prediagnòstica, perquè és informació que brindarem sobre la necessitat concreta dins el cas social sanitari i no pas de manera genèrica. Per tant, és important d'assenyalar que l'àmbit genèric no forma part de la base filosòfica del treball social sanitari. Ho veurem més a fons en el mòdul següent, sobre el diagnòstic social sanitari, en què comprovarem que cadascun dels tipus d'entrevista, els assenyalats per les autores i molts més, responen a un fi d'acord amb les necessitats diagnòstiques. La demanda de la persona és la porta d'entrada al cas social sanitari, i la primera entrevista ens ha d'indicar el procediment o protocol de treball social sanitari més indicat per a començar la primera fase de recerca.

Ho explica Raúl E. López en la citació següent, que, si bé se centra en l'entrevista destinada a la recerca qualitativa, no podem perdre de vista que tota intervenció des del treball social sanitari, amb independència del procediment en què es doni, recolza en una primera fase de recerca i recollida d'informació relativa al malalt, a la seva família i a l'entorn on té lloc la seva quotidianitat.

«La entrevista se define como la conversación de dos o más personas en un lugar determinado para tratar un asunto. Técnicamente, es un método de investigación científica que utiliza la comunicación verbal para recoger informaciones en relación con una determinada finalidad».

M. Grawitz (1984), O. Aktouf (1992), R. Mayer i F. Ouellet (1991)

L'autor també assenyala aquesta «determinada finalitat» necessària que té tota entrevista. Finalitats que s'aniran modificant a mesura que es duguin a terme intervencions i canvis dins el cas social sanitari.

### Referència bibliogràfica

M. Grawitz (1984); O. Aktouf (1992); R. Mayer i F. Ouellet (1991). «La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en trabajo social». A: R. E. López; J.-P. Deslauriers (2011). *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales* (núm. 61). [Biblioteca de la Universitat Oberta de Catalunya].

### 3. Primera trobada: primera entrevista

En mòduls anteriors i en la primera part d'aquest mateix estem assenyalant la necessitat d'evitar la confusió entre treball social sanitari i la mera atenció i tramitació de recursos, que, si bé poden resoldre alguns problemes temporalment, com que deixen la persona fora, responen més a una demanda que a l'estudi de la demanda, són sempre insuficients per a abordar tots els elements que conformen la situació. Així, aquesta primera trobada en què es programa la primera entrevista (després d'haver fet un primer cribratge) està associada a una realitat interna que obstaculitza el *modus vivendi* de la persona i de la seva família. Helen H. Perlman va assenyalar en diverses ocasions que «per al treballador social [i hi afegim el sanitari] el més important és la persona que té el problema i no el problema en si mateix». En realitat, el problema en particular no importa gaire si dotem la persona de recursos i fortaleces pròpies per a afrontar-lo. La mateixa Perlman, al cap de catorze anys, en el seu llibre *Perspectives on Social Casework*, insistia en la reflexió següent:

«La persona que va a l'agència com a client és algú que per un seguit de raons s'ha sentit incapaç de resoldre el seu problema. Hem de mirar els factors subjacents a aquesta incapacitat i, finalment, ens hem de demanar i respondre quin procés de treball social de casos ofereix ajuda a la persona per a passar d'un conflicte o estancament en la seva situació vital a una gestió més eficaç o resolució del problema a què s'enfronta».

Helen Harris Perlman (pàg. 52)

L'entrevista en treball social sanitari ens serveix per a focalitzar-nos més en la persona que en el problema, si bé, com és palès, no hem de girar l'esquena ni a aquest problema ni a les manifestacions que té, que hem de contextualitzar en la persona. Sabem que és la vivència i l'experiència del problema el que condiciona la seva actitud i l'esquema d'afrontament. L'entrevista pot incitar situacions i circumstàncies ocultes, però hem d'estar preparats per a reaccions imprevisibles de la persona afectada i, si correspon, de la seva família. Hem de bandejar la pressa. Els problemes hi són, però cada persona els percep de manera diferent i els viu de manera diferent; per tant, la primera entrevista ens ha de permetre d'endinsar-nos en aquest món de la persona, en la seva personalitat i els seus patrons de comportament. I hem de poder veure quan el tractament o serveis de treball social sanitari que requereix la persona l'ha de facilitar un altre professional d'un altre àmbit.

Francisco Ortega, en el llibre *Psicoterapia. Teoría y práctica*, parla d'aquesta primera entrevista posant èmfasi en el valor terapèutic que té, i a més assenyala que una entrevista professional per a conèixer a la persona malalta, els seus familiars, que ens ve a explicar les seves dificultats, no es pot fer com si fos un qüestionari. Ho explica en els termes següents:

#### Referència bibliogràfica

Helen Harris Perlman (1957). *Social Casework. A Problem-solving Process*. Chicago/Londres: The University of Chicago Press.

#### Lectura recomanada

H. H. Perlman (1971). *Perspectives on Social Casework* (pàg. 52). Filadèlfia: Temple University Press.

«La primera entrevista debe establecerse, como antes señalábamos, como una relación terapéutica soportada por el libre intercambio entre el paciente y el terapeuta. De esta manera, es difícil realizarla con el empleo de cuestionarios o encuestas que estructuren la entrevista, sin riesgo de que se pierda el sentido antropológico y cohumano que queremos darle a la relación. Es más, siguiendo pautas rígidas, es difícil que el paciente se comporte y se exprese libremente, si les estamos obligando a atenerse a nuestras intervenciones. Ello no significa que el terapeuta deje el curso de la entrevista en una deriva anárquica. Como más adelante señalaremos, el mantenimiento del flujo expresivo debe ser guiado».

F. Ortega (pàg. 53)

Sens dubte, els qüestionaris i escales de valoració envaeixen l'espai professional que hauríem de dedicar a l'entrevista i poder conèixer una mica millor la persona. Els qüestionaris i les escales són instruments d'ajuda per a elaborar el diagnòstic, per a verificar determinats valors; són l'equivalent a la imatge en medicina, però en cap cas no substitueixen l'entrevista ni la intervenció. Els equips de treball social sanitari no podem reduir la nostra intervenció a passar un qüestionari i a aplicar un barem per a assignar uns recursos; això no és treball social sanitari. Ortega, en el paràgraf anterior, ho ha explicat de manera excel·lent.

**La primera trobada amb la persona afectada:** en treball social sanitari no hi ha cap pauta comuna establerta sobre la manera com s'ha de donar aquesta primera trobada. Les vies més comunes, però, són les següents:

a) Amb cita prèvia:

- A l'habitació de la persona ingressada.
- Al despatx de la unitat de treball social sanitari.
- Al despatx mèdic de la planta.
- En un altre espai d'ús compartit.
- Per mitjans digitals i en línia.

b) Sense cita prèvia:

- Al despatx de la unitat de treball social sanitari.
- A qualsevol altre espai, que és d'esperar que reuneixi les condicions de privadesa necessàries.
- En un altre espai d'ús compartit.

En qualsevol cas, en la primera trobada es fonen dos mons: el de la persona que necessita ajuda i el del professional, ell o ella, que la presta i prestarà. Projeccions, pors, expectatives, tota una amalgama de sensacions que l'equip de treball social sanitari, ell o ella, ha de reconduir per a aconseguir la màxima empatia amb la persona afectada i la seva família, per a aproximar-se tant com pugui a les seves circumstàncies. Hi ha molta bibliografia respecte a la relació professional-client i sobre la importància dels enquadraments. Tant la de tall psicoanalista, com la conductista, com la més cartesiana, assenyalen la importància de cuidar aquesta primera trobada.

#### Lectura recomanada

F. Ortega (2008). *Psicoterapia. Teoría y práctica* (pàg. 53). Sevilla: Universidad de Sevilla, Secretariado de Publicaciones.



La importància del lloc on es produeix la primera entrevista està argumentada en nombrosa bibliografia professional i científica. Malgrat això, des del treball social sanitari de vegades aquesta primera entrevista es fa en espais improvisats, sense condicions perquè es doni el que s'ha de donar: empatia, confiança i credibilitat en els equips professionals. Tot procediment o protocol de treball social sanitari que comença amb una entrevista ha de garantir la intimitat, la confidencialitat i el confort físic i psíquic, i ha de saber molt bé el tipus d'informació que cal recaptar. Tots els membres de la unitat de treball social sanitari haurien d'establir els mateixos criteris d'acolliment, en els mateixos termes, i per tant haurien de tenir el mateix enfocament. Així es garanteix l'aplicació del procediment.

De moment, però, en treball social en general i en el treball social sanitari en particular no hi ha una pauta comuna acceptada sobre el lloc, la semàntica, l'actitud i l'estona recomanable de la primera entrevista, si bé aquest màster proposa la informació que cal recaptar:

A tall d'exemple, us presentem alguns dels esquemes possibles de trobar en els diferents serveis:

- Entrevista oberta: pregunta-resposta-pregunta. Mentre la persona fa l'exposició, cada professional del treball social sanitari pregunta sobre allò que li sembla més convenient per a establir el diagnòstic social sanitari i orientar la resolució del cas. Ha d'elaborar un registre.
- Entrevista semioberta: a part de la informació presentada per la persona, el treballador social sanitari, ell o ella, ha d'establir una sèrie de preguntes que cal conèixer obligadament per a delimitar el diagnòstic social sanitari.
- Entrevista oberta sense registre: s'han de cobrir les dades d'identificació, però es dona un gran marge a la improvisació de cada professional del social sanitari. No s'ha d'elaborar cap registre.
- Es deixa que la persona s'expliqui, cada professional del treball social sanitari aprofundeix en el que diu aquesta persona i després enregistra el contingut més important.
  - No s'ha d'establir un límit de temps.
  - S'ha de fixar un màxim de temps i, havent passat aquest temps, s'ha de citar la persona a una segona entrevista.
- S'ha d'aplicar un formulari estàndard a manera de guia; les dades que no apareixen en el formulari no s'han d'enregistrar.
- En el cas de programes específics, la primera entrevista sol ser en format cribratge.
- Etc.

#### Lectura recomanada

B. E. Hayes (1963). *Measuring Customer Satisfaction. Survey Design, Use, and Statistical Analysis Methods* (pàg. 71). Milwaukee: American Society for Quality.

### 3.1. Els sentiments i expectatives de qui entrevista i de la persona entrevistada

En el llibre *La relación asistencial*, Isca Salzberger-Wittenberg, un clàssic que no s'ha de deixar de llegir, elabora un tractat sobre els sentiments que experimenten els protagonistes.

Els sentiments de l'assistent en la seva relació amb l'entrevistat:

a) Esperances de l'assistent:

- Fer servei en el seu rol de figura parental.
- Ser tolerant.
- Comprendre l'entrevistat.

b) Pors de l'assistent:

- Que li explorin el passat i hi furguin.
- Que li facin mal.
- Que l'escodrinin amb rajos X.

Els sentiments de l'entrevistat en la seva relació amb l'assistent:

a) Esperances de l'entrevistat:

- Estalviar-se el dolor.
- Trobar algú que l'ajudi a suportar la càrrega.
- Ser estimat.

b) Pors de l'entrevistat:

- Ser inculpat.
- Ser castigat.
- Ser abandonat.

I. Salzberger-Wittenberg

Cada professional del treball social sanitari ha de ser capaç d'explorar-se per a identificar aquests sentiments i altres de referits a la fase prèvia a trobar-se per primera vegada amb la persona que necessita de la seva ajuda. Alhora, de la persona que va a demanar ajuda o que entra en algun programa n'hauria de saber identificar quins d'aquests o d'altres sentiments es manifesten.

#### Lectura recomanada

I. Salzberger-Wittenberg (1970). *La relación asistencial* (pàg. 15-26). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

#### Bibliografia

I. Salzberger-Wittenberg (1970). *La relación asistencial* (pàg. 15-26). Buenos Aires: Amorrortu Editores.

## **4. El registre de la informació recollida**

El registre de les diferents entrevistes ha de combinar la qualitat amb la quantitat i, de la mateixa manera, la informació rellevant s'ha de poder classificar a fi de dur a terme les anàlisis i explotacions necessàries que ens permetin de disposar en temps real del màxim d'escenaris individuals i col·lectius per a proposar els canvis necessaris per a guanyar eficiència.

## 5. Tècniques d'entrevista

### 5.1. Característiques principals de l'entrevista en el treball social sanitari

Davant l'àmplia diversitat de situacions en les quals un professional del treball social sanitari es pot trobar (urgències, tractament, catàstrofes, etc.), és necessari, al principi, que posem molta atenció en les tres característiques comunes en la intervenció mitjançant l'entrevista:

#### 5.1.1. La diversitat

A pesar que la intervenció del treball social sanitari gira sempre al voltant de la malaltia i, per tant, del vessant clínic, la diversitat quant al cicle vital i les circumstàncies personals, familiars i socials són infinites. També pel que fa a les característiques personals de la persona o família atesa caldrà individualitzar la intervenció i, per tant, la tècnica de l'entrevista.

#### 5.1.2. La multiplicitat

La multifactorialitat dels casos tractats en l'àmbit del treball social sanitari, determinats per un conjunt d'elements personals i socials, porta als professionals a desenvolupar una multiplicitat d'eines de comunicació i anàlisi de les dinàmiques socials i dels contextos. A pesar que el nucli central és clínic, al voltant giren tots els satèl·lits que componen l'ecomapa d'una persona o família.

#### 5.1.3. La complexitat

Sovint, les situacions tractades són difícils de comprendre, atès que es caracteritzen per un conjunt de factors entroncats entre els quals hi acostuma a haver confusió, desordre, ambigüitat i incertesa (Morin, 2004), arran de conseqüències negatives en cadena en una situació concreta i de l'aparició de situacions complexes multifactorials. Aquesta complexitat porta, de vegades, al fet que les directrius tendeixin a categoritzar amb l'objectiu d'orientar, ordenar i classificar la població atesa per a organitzar la intervenció.

«Cal assenyalar que un excés en l'acte d'establir categories entre les persones ateses i les actuacions generaria una intervenció i un tractament en un marc institucional sectoritzat que podria fer perdre el tractament a la individualitat de les persones».

E. Morin (2004).

#### Referència bibliogràfica

E. Morin (2004). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Barcelona / Buenos Aires / Mèxic: Paidós Estudio.

## 5.2. Persones ateses pels equips professionals del treball social sanitari

Quant a les persones ateses pels equips professionals del treball social sanitari, també serà necessari que estiguem atents a tres aspectes generals característics d'aquestes en el moment de l'entrevista:

### 5.2.1. Les expectatives

Les expectatives de les persones que són ateses per una unitat de treball social sanitari estan basades en el coneixement que aquestes tenen de la unitat de treball social sanitari i les experiències prèvies que n'han tingut, les seves característiques personals i la urgència/importància de la situació segons la seva vivència. És molt important que el professional, ell o ella, no perdi de vista aquest aspecte en iniciar una entrevista, ja que l'entrevista de qualitat serà aquella que aconsegueixi definir la necessitat, el que pensa l'entrevistat i el que sent, i per tant poder diferenciar el que espera del que desitja.

«Les expectatives de l'usuari sempre contenen components inherents a la seva manera de ser. La persona segura, que s'expressa amb claredat i que té la confiança que els altres l'entendran i atendran, tindrà unes expectatives basades en les experiències anteriors en les quals l'intercanvi ha estat positiu. Les persones temoroses, insegures i que mostren impotència tindran expectatives molt diferents.

Les expectatives a tall d'esperances i pors de l'entrevistat són sempre respecte al treballador social. Com més important o urgent sigui per al consultant el que espera aconseguir, més altes seran les seves expectatives i pors, així com el seu grau d'ansietat».

Slazberger-Wittenberg (1970).

Sovint, l'entrevistat es troba amb un nivell d'ansietat elevat que pot reduir les seves capacitats de contenció i reflexió, fent aflorar defenses i actituds poc madures. Davant una situació de crisi i d'angoixa, l'entrevistat no pot percebre la realitat amb tots els seus components, la distorsiona, emfatitza i sobrevalora una part, normalment aquella que comprèn el problema i les actituds conflictives. Predomina l'actitud de defensa davant la incapacitat de trobar recursos en si mateix o en l'entorn. L'entrevista de qualitat aconseguirà que aquesta labilitat emocional que fa que tot sembli catastròfic es redueixi i la persona es tranquil·litzi, la qual cosa potenciarà les aptituds i capacitats de col·laboració per a comprendre i millorar el problema que presenta. La contenció emocional i l'aportació d'eines d'ajuda seran l'enfocament de l'entrevista i la intervenció.

### 5.2.2. Les necessitats

Quant a aquest aspecte, cal destacar que sovint les necessitats i la demanda no coincideixen, per la qual cosa no les podem utilitzar indistintament. Les necessitats de les persones ateses són tan objectives com subjectives i personals, i el treballador social sanitari, ell o ella, si vol oferir una atenció real i efectiva, no les pot obviar. Per tot això, de vegades l'entrevistat no identifica clarament la seva necessitat o el seu problema i planteja o demana alguna cosa relacionada i fa que la demanda explícita no es correspongui directament amb la ne-

#### Lectura recomanada

I. Slazberger-Wittenberg (1970). *La relación asistencial*. Buenos Aires.

cessitat o preocupació principal de la persona que la representa. Quan en una unitat de treball social sanitari es detecta aquesta possibilitat, s'ha d'orientar l'entrevista cap a la investigació i aclarir la situació que la persona afectada presenta. Ha d'utilitzar la tècnica de l'entrevista per a la identificació dels aspectes conflictius bàsics o mancances, i que d'aquesta manera la persona afectada pugui oferir més informació i comprensió del que està passant i així, mitjançant la demanda formal, arribar al coneixement de quina és la necessitat.

«Les necessitats es classifiquen en normatives, experimentades, expressades i comparades. De vegades no és possible precisar en quina mesura la demanda correspon a la necessitat real».

Jonathan Bradshaw (1972).

### 5.2.3. La relació

La relació entre professional i persona afectada és el pilar bàsic de la intervenció, i l'entrevista és la tècnica que ho permet. Aquesta permet instrumentalitzar el sistema relacional perquè la relació asimètrica permeti no distorsionar i evitar vincles de dependència, així com gratificacions inadequades. És a dir, la relació no es pot considerar com un marc metodològic ni com una directriu simplista, sinó que en si mateixa és el tractament, que, juntament amb altres activitats i aplicacions de recursos, conformaran el pla d'intervenció social. Cada professional de treball social sanitari farà ús de la pròpia relació perquè la seva intervenció sigui el més efectiva possible.

L'establiment de la relació professional durant l'entrevista ajudarà cadascú a comprendre, aclarir i diferenciar els continguts de la informació que rep per a establir un bon nivell de comunicació amb la persona afectada, perquè aquesta pugui rebre i comprendre les aportacions del professional. La relació professional funciona com una gestalt que engloba tots els elements externs i interns del que entrevista i del que és entrevistat, i es configurant mitjançant el *feed-back*.

Per tant, la unitat de treball social sanitari ha de tractar la persona afectada i la seva família comprenent les seves motivacions internes per a ajudar-la i entendre la seva situació. Els principals aspectes que s'han de tenir en compte en la relació assistencial en el moment de realitzar l'entrevista seran els següents:

«S'ha de tenir en compte que el primer contacte amb l'entrevistat estarà ple de tensions i expectatives per ambdues parts, per tant el professional haurà de generar un clima que ajudi l'entrevistat a alliberar-se en tant que sigui possible de l'excés de tensió, aconseguir que aquest senti alleujament».

Salzberger-Wittenberg (1980, pàg. 138).

«El treballador social ha de rebre i contenir els diferents estats emocionals de l'usuari: agressivitat, estrès, passivitat... Això fa que l'usuari se senti comprès i no rebutjat per la seva situació».

Rossell (2017, pàg. 158).

#### Lectura recomanada

I. Salzberger-Wittenberg (1980). *La relación asistencial: Aportes del psicoanálisis Kleiniano*. Buenos Aires: Amorrortu.

#### Lectura recomanada

T. Rossell; P. Rodríguez (2017). *La entrevista en trabajo social*. Barcelona: Herder.

«Com més important i urgent sigui per a l'usuari el que vol aconseguir, les seves esperances i l'ansietat amb les quals acudeix al servei seran més elevades».

Rossell (2017).

«L'entrevistat es farà la seva pròpia idea arran de l'entrevistador abans d'arribar al servei en forma d'expectatives i pors».

Salzberger-Wittenberg (1980, pàg. 23).

Perquè una relació s'estableixi, cada professional ha de tenir una capacitat mental que li permeti introduir-se en els sentiments més profunds de la persona afectada per a arribar a entendre quina és la realitat externa i aconseguir el clima ideal. Per tant, la manera d'entrevistar estarà condicionada pels objectius que es pretenen aconseguir, i la comprensió de l'entrevistat permetrà la contenció dels seus sentiments i orientarà la futura intervenció. Per aquesta raó el professional s'ha de mostrar digne de confiança, i evitar produir malestar en l'entrevistat en el moment d'exposar la seva situació i que així aquest se senti respectat.

### 5.3. Tècniques d'entrevista

#### 5.3.1. La comunicació verbal

Hi ha moltes definicions de *comunicació verbal*, però concretament, respecte a la intervenció des del treball social sanitari, podem definir la comunicació verbal com l'ús de les paraules per a la interacció de manera invariable a com utilitzem les paraules en funció del context.

Hi ha una sèrie d'aspectes importants que cal tenir en compte quan els treballadors socials sanitaris, ells o elles, realitzen entrevistes, ja que poden influir en el que intentem transmetre i en el que interpreten els interlocutors:

- Un vocabulari assequible. Cal controlar els termes que utilitzem. Han de ser comprensibles per a l'entrevistat i clarificadors. Si el nostre llenguatge és massa tècnic, provocarem sentiments de desconfiança, angoixa o empipament en les persones ateses, donada la complicació de la situació en la qual es troben.
- Un to de veu adequat.
- La velocitat de la parla. Si parlem massa ràpid, pot succeir que l'interlocutor no ens entengui.
- La durada i direccionalitat de la comunicació. Sovint la incapacitat per part dels professionals, ells i elles, de sostenir els silencis provoca que aquests parlin massa i ocupin un espai dialèctic que, si no l'utilitzessin, segur que la persona atesa l'aprofitaria. També cau en l'error de parlar de nosaltres (com a professionals) o de la unitat en la qual treballem durant massa temps, la

qual cosa pot arribar a ser monòtona. És recomanable estimular la participació dels nostres interlocutors perquè expressin els seus coneixements i intercanviïn idees.

### 5.3.2. La comunicació no verbal

El paralinguatge, la cinèsica, la proxèmia i la cronèmica són els quatre sistemes de comunicació no verbal reconeguts fins ara. Els dos primers són considerats sistemes bàsics i els altres dos, la proxèmia i la cronèmica, són concebuts com a sistemes secundaris, atès que generalment modifiquen o reforcen el significat dels elements dels sistemes bàsics.

En síntesi, el comportament no verbal permet principalment l'expressió d'emocions i sentiments, que en definitiva són, d'una banda, els que defineixen la relació que establim amb els altres i, d'una altra banda, els que defineixen la vivència del fet concret. Per tant, és important ser conscients d'aquest tipus de comportament, la qual cosa permetrà determinar la relació que es desitja establir i l'observació del comportament no verbal de l'altre; així podrem conèixer millor els nostres interlocutors, què és el que desitgen, esperen, senten i comprenen, i d'aquesta manera arribar a millorar la nostra intervenció des del punt de vista relacional.

Els membres de la unitat de treball social sanitari, com a receptors, han de dominar estratègies per a poder captar tots els missatges no verbals que ens envien les persones tractades i els seus matisos; i com a emissors, controlar l'enviament de missatges. Conjugar adequadament els missatges verbals i no verbals és important per a una adequada comunicació.

#### Els components paralingüístics

La paralingüística fa referència a com es donen els missatges i comprèn totes aquelles variacions que acompanyen el llenguatge verbal. El sistema paralingüístic està format per les qualitats i els modificadors fònics, els indicadors sonors de reaccions fisiològiques i emocionals, els elements quasi-lèxics i les pauses i silencis, que a partir del seu significat, o d'algun dels seus elements, comuniquen el sentit dels enunciatos verbals.

Els principals components paralingüístics són aquests:

- Las qualitats físiques del so, és a dir, el to, el timbre, la quantitat i la intensitat, els modificadors fònics o el tipus de veu.
- Els signes sonors, emesos conscientment o inconscientment, que posseeixen un gran rendiment funcional. Altres signes sonors poden donar caràcter irònic a un enunciat.

#### Referència bibliogràfica

G. Sánchez Benítez (2009). «Estrategias de enseñanza y aprendizaje del español en China». *Marco ELE* (suplement, núm. 8).



- Els elements quasi-lèxics. Es consideren signes d'aquest tipus gran part de les interjeccions, les onomatopeies i les emissions sonores amb nom. En aquest grup cal tenir en compte l'absència de so, ja que també comunica.
- El volum de la veu.
- L'entonació. Serveix per a comunicar sentiments i emocions.
- La fluïdesa.
- La claredat.
- La velocitat.
- El temps en la parla. Referit al temps que es manté l'individu parlant.

### La cinèsica

El sistema cinèsic està format pels moviments i les postures corporals, que comuniquen o matisen el significat dels enunciat verbal, incloent també aspectes molt importants, com la mirada o el contacte corporal.

De manera general, es poden distingir tres categories bàsiques de signes cinèsics: els gestos o moviments facials i corporals, les maneres o formes convencionals de realitzar accions o els moviments, i les posicions o posicions estàtiques comunicatives resultants o no de la realització de certs moviments.

### La proxèmia

El sistema proxèmic està format pels hàbits relatius al comportament, a l'ambient i a les creences d'una comunitat que tenen a veure amb la concepció, l'ús i la distribució de l'espai.

Aquest últim fa referència a les distàncies culturals que mantenen les persones durant la interacció segons la seva cultura, l'anomenada proxèmica interaccional. Mitjançant aquesta s'estableixen les distàncies que es consideren adequades, depenent de les diferents activitats: per exemple, no és el mateix tenir una conversa amb un amic que tenir una entrevista de treball o tenir una entrevista de treball social sanitari, i tampoc és el mateix en cadascuna de les diferents cultures que completen el nostre món.

Dins de la proxèmica interaccional trobem una sèrie de signes no verbals, que poden modificar o reforçar el significat d'altres signes comunicatius verbals o no verbals, o substituir-los.

«A mesura que la motivació creix, les persones desitgen sentir-se més prop de les altres o utilitzar més la mirada. La manera que tenim d'entendre aquest espai sol ser subjectiva i única per a cadascun de nosaltres. El nostre comportament territorial pot ser útil a l'hora de regular la interacció social i el control de la seva intensitat. Si sents el teu territori envaït o disputat pot ser font de conflicte».

M. Cook (1971). *Interpersonal perception*. Harmondsworth: Penguin.

«Els canvis espacials entre les persones aporten to a la comunicació establerta, la accentuen, i de vegades fins i tot pot no fer-se cap cas a la paraula dialogada. L'ambient social també té molt a veure amb la distància que mantenim amb els altres durant una conversa. Si es percep un ambient formal o no familiar, se sol establir una distància més gran amb els desconeguts i una proximitat més gran amb els que ja coneixes. En la cultura occidental, per exemple, l'espai més gran o la distància s'associa a l'estatus. En general, els que tenen un estatus alt disposen de més i millor llibertat de moviment. Hi ha molts estudis que expliquen que el rebuig a altres persones fa que les persones es mantinguin a una distància més gran dels altres. En canvi, en les distàncies curtes, podem observar que les persones solen tenir un alt concepte de si mateixes, intenses necessitats d'associació. Sovint, els líders s'asseuen al capdavant de la taula, lloc visible per a tots, la qual cosa implica noció d'estatus o de domini».

E. T. Hall (1966). *The hidden dimension*. Nova York: Doubleday.

## La cronèmica

El temps també comunica, o bé de manera passiva, oferint informació cultural, o bé de manera activa, modificant o reforçant el significat dels elements de la resta dels sistemes de comunicació humana. El seu estudi es diu cronèmica i es defineix com la concepció, l'estructuració i l'ús del temps que fa l'ésser humà. En general, es pot parlar de tres tipus de categories dins de l'estudi del temps: el temps conceptual, el temps social i el temps interactiu:

«- Formen part del temps conceptual els hàbits de comportament i les creences relacionades amb el concepte que tenen del temps les diferents cultures.

- El temps social, que depèn de manera directa del temps conceptual, està constituït pels signes culturals que mostren el maneig del temps en les relacions socials, per exemple, la durada de determinades reunions socials, com entrevistes de treball o visites, activitats diàries, com esmorzar, dinar i sopar.

- I, finalment, s'inclou dins del temps interactiu la durada més o menys gran de signes d'altres sistemes de comunicació que tenen valor informatiu, perquè reforça el significat dels seus elements, o bé perquè s'especifica o canvia el seu sentit».

G. Sánchez Benítez (*op. cit.*, 2009)

### 5.3.3. L'escolta activa

L'escolta activa es refereix a la capacitat que tenen les persones de parar esment en el missatge emès per l'altre, utilitzant diferents vies o canals, per a comprendre el que es vol dir i poder reaccionar adequadament al missatge.

Per a que cada professional del treball social sanitari domini aquesta tècnica, és necessari que sigui conscient de l'altre, que conservi una posició corporal oberta al diàleg, expressi interès pel que es diu, mantingui contacte visual de forma no dominant ni intimidadora, observi el llenguatge corporal de l'altre, escolti sense interrompre, empatitzi, accepti les seves opinions encara que no les comparteixi, detecti paraules i idees claus, elimini obstacles que frenin la comunicació i retroalimentin la comunicació. Si tot això succeeix, el diagnòstic social sanitari serà de qualitat i, per tant, la intervenció també.

És pertinent emfatitzar, a més, la importància de respectar el ritme de cada persona en parlar de les seves experiències. Així mateix, és necessari que els equips professionals del treball social sanitari responsables de l'atenció directa siguin conscients del grau d'impacte que té en cada persona el que està explicant.

No menys important serà no forçar les persones a parlar de les seves vivències: no tothom està preparat per a explicar el que realment li passa, per la qual cosa la intervenció correcta d'escolta és aquella que acompanya el fet que cadascú ho aconsegueixi, però quan se senti preparat per a fer-ho. Quan una persona té dificultat per parlar és convenient que el professional mantingui el silenci, sense exercir pressió i deixant que les persones es prenguin el temps que necessitin. Per contra, quan una persona atesa parla amb excés i sense ordre, l'escolta activa anirà acompanyada de petites intervencions que ordenin el relat per a entendre i fer-li saber que l'estem entenent.

Per tant, l'escolta activa implicarà que el professional tingui:

- Gran capacitat d'observació, per a adaptar-se al ritme i a les necessitats de l'escoltat.
- Habilitats per a la comprensió (entesa com la capacitat d'endinsar-se en el significat de les coses). Entendre, i interessar-se per l'altre, estar disponible per a l'altre, acceptant-lo tal com és, diferent.
- Habilitats per a centrar-se en l'altre pacientment. És ell qui comunica. A més d'atendre i posar-se a disposició d'això, és necessari acompanyar, és a dir, seguir amb familiaritat, mirant de conèixer i comprendre cada vegada millor, ajudant a parlar, comunicant confiança, deixant «pas lliure» mentre s'expressa sense sentir-se fiscalitzat.
- Capacitat per «buidar-se d'un mateix». Buidar-se de les coses pròpies i dels prejudicis. Escoltar és «allotjar» sense condicions i sense cobrar el preu d'estar d'acord o sotmetre's al propi criteri o a les pròpies pautes entorn de la situació que s'exposa.

En resum, el treballador social sanitari, ell o ella, requereix, perquè el seu diagnòstic social sanitari i la seva intervenció sigui de la màxima precisió, actituds d'escolta activa. Aquestes estaran basades en la disponibilitat de temps, en l'obertura emocional i cognitiva, en les habilitats de protecció, en l'evitació de judicis i a garantir la continuïtat de l'ajuda. Això farà que escoltar la persona afectada, correctament, generi a més sentiments d'acompanyament i reconeixement que augmentaran els recursos d'afrontament de les persones ateses, i afloraran factors de protecció, com la sensació de suport, sensació que promourà la seva recuperació individual i comunitària.

És necessari en aquest apartat fer esmena dels **obstacles** que podeu trobar com a entrevistadors quant a l'escolta activa. Aquests impediments són o propis de l'entorn, com el soroll o les distraccions, o propis de l'estat físic de cada professional, com per exemple el cansament; o els propis de l'àrea emocional, cognitiva i mental, que requereixen una mica més d'atenció:

- L'obstacle de l'ansietat, que té lloc sempre que l'oïdor, ell o ella, està preocupat per si mateix, per com és rebut i per com ha de respondre.
- L'obstacle de la superficialitat, manifestat sobretot en la dificultat per a atendre els sentiments de les persones afectades. Es tendeix a generalitzar o a fugir dels temes més compromesos en l'aspecte emotiu. No es personalitza la conversa.
- La tendència a jutjar, a imposar immediatament les pròpies idees i dir el que és just i el que no ho és. És propi de qui dirigeix la seva mirada immediatament a normes o esquemes personals, a les seves idees religioses, polítiques, ètiques, etc.
- La impaciència i la impulsivitat que porten a algunes persones a no permetre que l'altre s'expressi o acabi al seu ritme les seves frases.
- L'obstacle de la passivitat, experimentat pels qui tendeixen a donar sempre la raó a la persona afectada pel fet de ser-ho i no tenen, per tant, una capacitat d'intervenció activa i confrontadora en el moment oportú.
- Un altre obstacle és la tendència a predicar, a oferir de seguida petits «sermons» amb els quals explicar el que l'altre està experimentant, segons el propi criteri.

Com a professionals del treball social sanitari hem d'elaborar estratègies per a treballar i poder superar aquests obstacles si volem realitzar entrevistes de qualitat que permetin elaborar diagnòstics socials sanitaris efectius i de gran qualitat tècnica.

#### **5.3.4. L'empatia**

Empatitzar és l'acte que permet la comprensió i identificació amb la situació de l'altre, sense censurar, jutjar o condemnar el que sent, i des de la seva experiència, no des de la pròpia.

És un procés relacional fonamentat en la comunicació entre les persones i amb uns components essencials com l'escolta activa i la comprensió del món vivencial de l'altre, de manera que es pugui donar un significat al missatge que s'escolta, alliberant-nos de prejudicis i estant disposat a canviar de parer. És a

dir, comprendre els sentiments d'una persona en una situació concreta i amb les seves circumstàncies i característiques personals (atès que, en la mateixa situació, nosaltres no sentiríem la mateixa persona).

Hi ha una sèrie de tàctiques que conformen i faciliten l'acte d'empatitzar per a aïllar la nostra escala d'importància i comprendre el sofriment de l'altre des de la seva pròpia escala d'importància:

- Fer preguntes obertes, que demostrin l'interès de l'interlocutor per la persona a la qual es pregunta, i animen l'altra a la conversa.
- Ser positiu, esperant el millor dels altres. Si deixem a l'altre que prengui iniciatives i es marqui els seus objectius fomentarem expectatives positives.
- Evitar l'emissió de judicis utilitzant expressions del tipus «ja t'ho deia jo...» o «no n'hi ha per tant...», que ens allunyen dels sentiments dels altres.
- Utilitzar els missatges per a demanar aclariments sense reaccionar davant discrepàncies produïdes per la comparació del que sent l'altre amb el que sentim o coneixem.

L'empatia permet la connexió necessària perquè cada professional del treball social sanitari realitzi una intervenció adequada, ja que una mirada positiva cap a les víctimes del sofriment ens permet enfrontar a situacions emocionalment delicades.

### **5.3.5. El reforç positiu**

El reforç positiu és una de les tècniques que permet, des del treball social sanitari, modificar les conductes, potenciant conductes ja existents en el repertori de la persona o generant-ne altres de noves. Alguns dels conceptes bàsics per a comprendre el reforç positiu són:

- Estímul. És la novetat que es dona en l'ambient abans o després d'una conducta. Pot ser agradable o desagradable.
- Reforçador. És l'estímul que augmenta la probabilitat d'una resposta, ja sigui amb una que sumi o una altra que resti en la situació ambiental vinculada a la conducta en la qual estem intervenint.
- Reforçament. És l'acció d'atorgar un reforçador (sumant o restant) en contingència (immediatament vinculat) a una determinada conducta.
- Reforç. És l'augment en la probabilitat d'emissió d'una conducta com a conseqüència d'un reforçament.

Per tant, s'entendrà com a reforç positiu aquella acció que facilita estímuls positius i agradables que segueixen a una resposta conductual de manera immediata, augmentant la probabilitat d'emissió d'aquesta resposta. Les persones ens reforcem amb activitats com entreteniments, amics, família, treball o petits assoliments en la vida quotidiana que ens proporcionen benestar. Però durant la vida anem perdent reforços positius, que van des de petites pèrdues fins a pèrdues importants, com la feina, la mort d'una persona propera o deixar de fer una activitat important. Amb aquestes pèrdues solem reaccionar mitjançant emocions negatives i, per tant, tenir sentiments de tristesa, frustració, empipament, desesperança, malenconia o depressió. Moltes de les persones ateses en l'àmbit del treball social sanitari es troben davant aquestes reaccions emocionals arran de la pèrdua de reforçadors que, amb l'acompanyament i el reforç positiu en la intervenció, afavoreixen la cerca d'ajuda en els altres, la resolució de problemes, l'augment de les possibilitats de crear noves fonts de reforços i, en definitiva, l'increment de la resiliència.

### **5.3.6. La relació d'ajuda**

La relació d'ajuda és una intervenció de tipus professional que té com a finalitat aportar elements perquè la persona afectada pugui, per si mateixa, adaptar-se a les situacions que sofreix o a les dificultats amb les quals es troba.

La persona que precisa ser ajudada ha de ser contemplada globalment, és a dir, tenint en compte les seves característiques biològiques, cognitives, emotives, socials, generacionals i espirituals, que així i tot estan en constant interacció amb l'entorn. Cal contemplar la persona en la seva capacitat de percebre, de sentir i emocionar-se, de pensar, d'optar i, finalment, i com a conseqüència dels processos anteriors, d'actuar, de dir o de fer. En la relació d'ajuda resulta de vital importància reconèixer la capacitat de l'individu en cadascun dels seus components. La persona ha de ser reconeguda en el conjunt de tots els aspectes esmentats.

La relació d'ajuda no és el fet de conduir una conversa per a conèixer a una altra persona. Tampoc és una discussió, debat o litigi amb argumentacions. No és una entrevista centrada en una persona i els problemes que aquesta presenta. No es tracta d'un interrogatori que implica verificació. I tampoc ha de ser un espai per a confessions que suposin una implicació moral.

Per aquesta raó, la manera d'actuar de cada professional del treball social sanitari, la seva actitud, pot trencar els processos de relació d'ajuda si aquesta no és adequada. Perquè una entrevista d'intervenció tingui la qualitat esperada i evoqui la relació d'ajuda serà necessari:

- No induir les respostes en plantejar la intervenció. Cal controlar les actituds implícites que poden generar conductes de dependència, agressivitat,

angoixa, frustració o mimetisme per part de la persona atesa. Les actituds implícites poden ser utilitzades com a recurs, però mai com a finalitat.

- No donar consells ni solucions als conflictes que planteja la persona afectada. El fet d'aconsellar pot limitar les opcions personals, a més de no permetre que la persona desenvolupi processos d'autoajuda.
- No interrogar. L'actitud investigadora no és acollidora i genera en la persona afectada un sentiment de poca comprensió de la seva situació.
- No avaluar ni jutjar moralment, atès que es poden produir situacions d'inhibició, bloqueig, sentiment de culpabilitat i sensació d'angoixa.
- No interpretar allò que expressa la persona ajudada; s'ha de potenciar que sigui la persona afectada qui interpreti els seus propis fets des de l'objectivitat.
- Evitar qualsevol actitud paternalista a pesar que aquesta faciliti l'efecte tranquil·litzador i sedant. L'actitud compassiva és contraproductiva, ja que eternitza i genera més demanda de compassió, la qual cosa es transforma en sobreprotecció i dependència i no permet arribar a la confrontació i resolució de conflictes.

Per tant, l'actitud de cada professional del treball social sanitari durant l'entrevista estarà basada en la comprensió empàtica, que implica una manera d'actuar i una forma de ser, la qual cosa sumat a algunes tècniques com la reformulació i la confrontació dels problemes farà que la intervenció sigui adequada i efectiva. Aquesta manera d'actuar es caracteritza pels punts següents:

- El que ajuda ha d'acollir, no ha de prendre la iniciativa.
- Ha de centrar-se en allò que viu la persona i no en els fets que aquesta evoca.
- L'interès de cada professional ha d'estar en relació amb la persona afectada, no amb el problema.
- La seva intervenció s'ha de basar en el respecte cap a la persona afectada, escoltar-la per a arribar a comprendre-la.
- Cada professional ha de facilitar els canals de comunicació adequats i evitar fer revelacions inconscients.
- Cada professional no ha de fer cas de les etiquetes i dels prejudicis que acompanyen la persona afectada.

Amb tot això, és clar que la relació d'ajuda es basa principalment en l'escolta activa, tractada anteriorment.

### 5.3.7. La reformulació

La reformulació és una tècnica l'objectiu de la qual és presentar de nou la realitat a la persona afectada, però des de la més pura objectivitat. Cada professional del treball social sanitari ha de potenciar que la persona ajudada transmeti les seves opinions, però també que sigui capaç d'acceptar els continguts subjectius que li generen dificultat. Amb la reformulació potencia que la persona es distanciï del seu problema i el valori amb més objectivitat, augmentant la reflexió a partir de l'experiència del dolor.

Reformular és com posar un mirall en el qual la persona veu reflectida la seva situació per a dirigir-la a nivells més alts d'autoconeixement. Com més autoconeixement posseeixi la persona ajudada, més condicions tindrà per a reconèixer les situacions que afavoreixen el seu creixement i la seva realització personal.

Mitjançant les paràfrasis (tècnica per a separar els fets de les emocions i poder-les tractar més adequadament) i la reiteració en la comunicació interactiva reformularem situacions i afrontaments emocionals.

Alguns exemples de reformulacions serien:

Exemple 1:

- «El meu marit és un despreocupat. El nostre fill està malalt i la seva preocupació pel nen és nul·la».
- Reformular: «Quan dius això, vols dir que en ocasions et sents poc acompanyada en la cura del teu fill?».

Exemple 2:

- «El meu fill, com a adolescent, serà incapaç de seguir el tractament. Els adolescents són així, uns irresponsables».
- Reformular: «Abans, quan t'has referit al teu fill, has fet referència a comportaments d'ell que no arribes a comprendre, que potser et molesten, és així?».

Alguns exemples de paràfrasis serien:

Exemple 1:

- «No et pots fiar de la meua exdona. És una mentidera i té molta cara. Em va dir que aniríem ampliant les visites amb els meus fills i encara ho estic esperant. Fa poc em va tornar a dir que sí, que ja ho farem».
- Paràfrasi: «Sembla que et sents enganyat (sentiment) perquè no es fa efectiu el que la teva dona i tu heu pactat... (fet)».
- Incorrecte: «Així que penses que la teva exdona és una mentidera perquè no compleix les promeses, no?».

Exemple 2:

- «Ningú ens ajuda, amb tot el que ens està passant i ara només faltava la malaltia de la meua mare. Amb això no podré i tot s'enfonsarà».
- Paràfrasi: «M'ha semblat que et sents sola per a afrontar la situació (sentiment) i que la malaltia de la teva mare (fet) encara ho agreuja més, és així?».
- Incorrecte: «Així que estàs sola per a encarregar-te de la teva mare, no?».



### 5.3.8. La confrontació

Aquesta tècnica consisteix a comparar dues coses entre si per a reconèixer les diferències que existeixen entre elles. És una actitud professional que explícitament i directament denuncia les contradiccions que la persona afectada utilitza i que, en la majoria dels casos, són la font dels propis problemes. És una invitació a examinar un comportament que sembla ineficaç o un obstacle, o un desafiament plantejat a la persona afectada perquè aquesta mobilitzi els seus recursos i faci un pas més en la direcció de reconèixer-se millor i iniciï una acció constructiva.

Aquesta tècnica és molt utilitzada en l'entrevista motivacional per a tractar l'ambivalència cap al canvi, molt característica de les persones amb comportaments addictius o que es troben en situacions cronificades. Si l'entrevistador té suficients habilitats i domina aquesta tècnica, aconseguirà, mitjançant l'entrevista, promoure l'autoeficàcia, dominar la resistència, empatitzar i crear discrepàncies en el discurs de l'entrevistat que permetin augmentar la resiliència de la persona afectada i reforçar la seva autoconfiança.

«La disposició per al canvi no és un tret de personalitat de l'usuari, sinó que és fluctuant arran de la interacció interpersonal. La resistència i la negació no són trets de l'entrevistat, sinó que responen a una retroalimentació respecte al comportament del professional que l'està entrevistant. La resistència és sovint un senyal que l'entrevistador està aconseguint l'aparició d'una disposició més gran al canvi per part de l'usuari de la que realment té».

W. Miller; S. Rollnick (*op. cit.*, 1991).

### 5.3.9. Tècniques de contenció emocional

#### Les emocions

Els sentits són la porta de la comunicació amb tot allò que ens envolta. En ser estimulats ens produeixen a les persones sensacions que denominem emocions. Les emocions estan immerses en totes les àrees de la nostra vida i la seva funció principal és donar-nos informació de nosaltres mateixos, la qual cosa ens permet reaccionar davant situacions agradables o amenaçadores. Quan aquesta informació és correctament entesa, podem modificar pensaments i millorar el nostre rendiment i la nostra estabilitat, i així modelar les situacions de l'entorn.

«Les reaccions a les informacions que rebem en les nostres relacions amb l'entorn tindran una intensitat que vindrà donada en funció de les avaluacions subjectives, és a dir, en funció de la manera com cada persona qualifica la informació rebuda i com aquesta repercuteix en el seu ésser. En les avaluacions subjectives intervenen els coneixements previs, les creences, els objectius personals, la percepció i l'ambient entre altres factors».

M. Vivas i altres (2006).

«Les emocions tenen dues funcions principals, afrontar i socialitzar».

Barriga Jiménez (1996).

#### Lectura recomanada

W. Miller; S. Rollnick (1991). *La entrevista motivacional ayudará las personas a cambiar*. Edicions Paidós.

Afrontar situacions que ens impacten i que ens protegeixen amb la por, el rebuig o la tristesa, entre altres sensacions, i ajudant-nos a equilibrar l'impacte físic i psíquic del que succeeix amb fenòmens com l'afecte, la passió o l'humor.

Els elements constitutius de les emocions són:

- «L'**estímul** o situació a la qual la persona s'enfronta.
- La **percepció**, processament i reacció voluntària davant l'estímul o situació.
- Les **reaccions** corporals o fisiològiques que poden ser involuntàries (respiració agitada, sudoració o canvi de ritme cardíac, per exemple).
- El **significat** que la persona dona a la situació concreta, és a dir, el nom que tria per a descriure-la (por, alegria, tristesa, etc.).
- L'**experiència emocional** que la persona desenvolupa davant una situació.
- L'**expressió corporal**, és a dir, el to i volum de la veu, l'expressió facial d'acord amb l'emoció (plors, somriures, moviments corporals de defensa o agressió, afectius, etc.).

Les emocions són multidimensionals, per tant, afecten diverses esferes de l'ésser humà:

- **Dimensió subjectiva.** Correspon als sentiments, a vivenciar les emocions d'una manera particular, como és l'empipament o l'alegria.
- **Dimensió biològica.** Es refereix a les respostes mobilitzadores de l'energia que preparen el cos per a adaptar-se a qualsevol situació que afrontem.
- **Dimensió intencional.** Comprèn aquelles emocions que porten implícita una finalitat determinada. Per exemple, l'ansietat que produeix la gana porta a menjar.
- **Dimensió social.** Indica la manera com interactuem amb les persones. Quan ens trobem sota un determinat estat emocional enviem senyals facials, posturals i vocals reconeixibles que comuniquen als altres la qualitat i intensitat de la nostra emoció».

J. Marshall Reev (2002).

Una de les classificacions de les emocions més utilitzades és la següent:

- «**Emocions primàries o bàsiques.** S'inicien amb rapidesa i duren alguns segons. Entre aquestes es troben l'alegria, l'afflicció o la tristesa, l'empipament, la por, la sorpresa i el fàstic. No existeix cap cultura en la qual no estiguin presents. No són apreses sinó que formen part de la configuració de l'ésser humà.
- **Emocions secundàries.** Emanen de les primàries i es deuen en gran manera al desenvolupament individual, i les seves respostes difereixen àmpliament d'unes persones a unes altres, com per exemple l'enuig.
- **Emocions negatives.** Impliquen sentiments desagradables, valoració de la situació com a nociva i la mobilització de molts recursos per a afrontar-la. Com per exemple la ira i el fàstic.
- **Emocions positives.** Són aquelles que impliquen sentiments agradables i es valora la situació com a benèfica. Tenen una durada temporal curta i no resulta amenaçador afrontar-les (per exemple, la felicitat).
- **Emocions neutres.** Són les que intrínsecament produeixen reaccions ni agradables ni desagradables. Tenen com a finalitat facilitar l'aparició de posteriors estats emocionals, com per exemple la sorpresa».

Fernández-Abascal i altres, citat per M. Vivas i altres (2006).

## La contenció emocional

La contenció emocional és un procediment terapèutic que es refereix a la implantació de mesures amb l'objectiu de tranquil·litzar i estimular la confiança d'una persona que es troba afectada per una forta crisi emocional. Consisteix en la creació de les condicions i els espais que facilitin l'elaboració i el desenvolupament de les capacitats mentals perquè els impulsos, instints o passions siguin contrastats amb la realitat i posats en acció d'una manera saludable.

La contenció emocional no significa negar o reprimir les emocions, sinó optar conscientment per posar les emocions intrusives, doloroses o disruptives a un costat per un període provisional de temps. Està relacionada principalment amb dos mecanismes: l'actitud empàtica i l'escolta activa, instruments que ja hem desenvolupat.

Aquests instruments proporcionen a la persona eines per a gestionar les emocions doloroses i els sentiments aclaparadors de manera que ajudin a actuar i tenir control sobre el propi procés de millora.

«La contenció emocional suposa percebre i empatitzar amb el sofriment, conflicte i ansietats de la persona atesa i contenir-les per a, en el moment apropiat, poder tornar-li un missatge suficientment elaborat o mentalitzat que li permeti, alhora, la contenció de la seva ansietat dins del seu propi espai mental, ajustar-lo a la realitat i, d'aquesta manera, facilitar el progrés i desenvolupament de la seva salut psíquica».

J. Tizón (1988).

L'eix principal per a la contenció emocional és el respecte per la persona, mostrant-li voluntat d'escolta i centrant-se en ella i no tant en el problema, atès que l'acompanyament pot generar canvis de punts de vista sobre la problemàtica que alhora desencadenin una possible solució. La comprensió mútua de les necessitats de la persona tractada portarà a acords respecte al plantejament de la problemàtica i el camí que s'ha de seguir. Per tant, els objectius estan centrats a explorar la seva pròpia personalitat, comprendre's a si mateix i prendre decisions per a actuar amb coherència.

Com a professionals del treball social sanitari requerim, en l'acció de la contenció emocional, certes habilitats, com per exemple:

- Ajudar la persona al fet que torni a veure que té el control sobre la seva pròpia vida i sobre la presa de decisions.
- Aconseguir que les persones se sentin amb total llibertat per a poder-se expressar sense inhibicions.
- Saber comprendre que els sentiments són involuntaris, que una persona no pot triar com sentir-se i, en conseqüència, no és responsable del que sent.

- Comprendre que, d'altra banda, les conductes sí que són voluntàries i que les persones estan capacitades per a triar com es condueixen.
- Dominar microhabilitats com el llenguatge corporal, el contacte visual, els senyals de reflex, els senyals d'ànim, la formulació adequada de preguntes, el resum relat i el seguiment verbal.

Concretant en el procediment, la contenció emocional implica una visió de les persones amb capacitat per a desenvolupar recursos propis i amb un potencial creatiu inherent:

- En una primera etapa l'objectiu serà avaluar la situació o el problema de contenció mitjançant una entrevista inicial amb l'enfocament centrat en la persona. Mitjançant l'empatia i l'escolta activa, s'acompanyarà sense jutjar i afavorint l'expressió dels sentiments en un ambient de respecte que faciliti seguretat i confiança per a la seva contenció. Les actituds i eines més importants seran:
  - Empatia. Escoltar des del marc de la persona atesa.
  - Escolta activa. Escoltar amb atenció i no jutjar.
  - Consideració positiva. Tenir en compte que la persona està actuant el millor que pot segons les seves circumstàncies i el seu nivell de consciència.
  - Congruència. Adonar-se de l'experiència que està tenint en el moment de l'entrevista.
  - Atenció física. Observar el llenguatge corporal i com s'expliquen les coses.
  - Reflex de sentiments. Observar, reflectir i afavorir l'expressió de sentiments i emocions explícites, i sobretot els implícits que estiguin presents en la comunicació.
  - Concretització. Aconseguir que la comunicació vagi de la posició general a la més concreta i específica.
- En una segona etapa es farà un diagnòstic de la situació en la qual es troba la persona, tenint en compte el grau d'ansietat, la falta de congruència, la fatiga per compassió i altres elements que indiquen que la contenció és necessària.
  - Si el grau d'ansietat és significatiu, i la situació ho permet, es realitzaran exercicis de relaxació/respiració.
  - Es treballarà amb la fantasia catastròfica. Es demanarà a la persona que descrigui quin és el pitjor escenari possible que està anticipant.
  - Se la confrontarà amb la realitat per a diferenciar-la de la fantasia.
  - Es realitzaran exercicis, com per exemple de visualitzacions.

## Bibliografia

- Ander-Egg, I.** (1984). *Diccionario del Trabajo Social*. Mèxic: El Ateneo.
- Angera, M. T.** (1990). «La metodología observacional». A: J. Arnau; M. T. Anguera; J. Gómez (eds.). *Metodología de la investigación en Ciencias del Comportamiento*. Múrcia: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Aquin, N.** (1999). «Hacia la construcción de enfoques alternativos para el trabajo social para el nuevo milenio», *Revista de Servicio Social* (vol. 1, núm. 3, juny-desembre).
- Banks, S.** (1997). *Ética y valores en el Trabajo social*. Barcelona: Paidós.
- Barker, R. L.** (2003). *The Social Work Dictionary* (pàg. 227). Washington: NASW Press.
- Bateman, A.; Fonagy, P.** (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization based Treatment*. Oxford: University Press Editorial Universitaria / Universidad de Guadalajara / Asociación Psicoanalítica Americana.
- Barriga Jiménez, S.** (1996). *Las emociones cotidianas. De la biología a la psicología social*. Espanya: Universitat de Sevilla.
- Blocher, D. i** (1996). *La psicología del consuellling en medios comunitarios*. Granada: Junta de Andalucía.
- Bosqued, M.** (2008). *Quemados. El síndrome de burnout. Qué es y cómo superarlo*. Barcelona: Paidós.
- Bradshaw, J.** (1972). «A taxonomy of social need». A: G. McLachlan (ed.). *New Society*. Oxford.
- Bronfenbrenner, O.** (1987). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós.
- Caballo, V.** (1983). «Asertividad: definiciones y dimensiones». *Estudios de Psicología* (núm. 13). Universitat Autònoma de Madrid.
- Campanini, A.; Luppi, F.** (1991). *Servicio social y modelo sistémico*. Buenos Aires: Paidós.
- Canestri, J.** (1994). «Transformations». *International Journal Psychoanalysis* (núm. 75, p. ág. 1079-1092).
- Canestri, J.** (2006). *Psychoanalysis from Practice to Theory*. Londres: Wile.
- Cannell, Ch. F.; Kahn, R. L.** (1993). *La reunión de datos mediante entrevistas*. A: L. Festinger; D. Katz. *Los métodos de investigación en ciencias sociales*. Mèxic: Paidós
- Castanyer, O.** (1996). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Codi d'ètica i deontològic dels Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. Col·legi Oficial de Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. Barcelona (maig de 2000).
- Código deontológico de la profesión de Diplomado en Trabajo Social. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. Espanya.
- Cook, M.** (1971). *Interpersonal perception*. Harmondsworth: Penguin.
- Corrace, J.** (1980). *Les communications non-verbales*. París: PUF.
- Davis, F.** (1976). *La comunicación no verbal*. Madrid: Alianza.
- Davis, M. i altres** (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- De Pablo, J.** (1997). *Tècniques d'entrevista per a professionals de la salut* (pàg. 15). Vic: Editorial Eumo.
- Díaz Barreiro, G.** (2010). «Emociones, sentimientos y calidad de vida». *Prometeo, revista mejicana trimestral de psicología y desarrollo humano* (núm. 58). Mèxic: Adehum.

- Duncan, J. R.** (1969). «Non verbal Communication». *Psychological Bulletin* (vol. 72, núm. 2, pàg. 118-137).
- Davinson, I. H.** (1973). *Trabajo social de casos*. Mèxic: CECSA.
- Day, P.** (1981). *Social Work and Social Control*. Londres: Tavistock Publications.
- Doyal, L.; Gough, I.** (1994). *Teoría de las necesidades humanas*. Madrid: Icaria-FUHEM.
- Fonagy, P.; Target, M.** (1996b). «Jugando con la realidad – II El desarrollo de la Realidad Psíquica desde una perspectiva teórica». *International Journal Psychoanalysis*. XII. Londres.
- Gaeta, L.; Galvanovskis, A.** (2009). *Asertividad: Un análisis teórico-empírico*. Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología.
- Gauquelin** (1989). *¿Qué es la comunicación?* Bilbao: Ed. Mensajero.
- Goldstein, A. P. i altres** (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Grawitz, M.** (1984); **Aktouf, O.** (1992); **Mayer, R.; Ouellet, F.** (1991); **R. E. López; J.-P. Deslauriers** (2011). «La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en trabajo social». *Margen: Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales* (núm. 61). [Biblioteca de la Universitat Oberta de Catalunya].
- Hall, E. T.** (1966). *The hidden dimension*. Nova York: Doubleday.
- Hamilton, G.** (1951). *Theory and Practice of Social Case Work*. Nova York / Londres: The New York School of Social Work / Columbia University Press.
- Hayes, B. E.** (1963). *Measuring Customer Satisfaction. Survey Design, Use, and Statistical Analysis Methods* (pàg. 71). Milwaukee: American Society for Quality.
- Jimenez Burillo, F.** (1981). *Psicología social* (vol. 1). Madrid: UNED.
- Kerlinger, F. N.; Lee, H. B.** (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales* (4a ed.). Mèxic: McGraw-Hill.
- Marianetti, J. I.** (1999). *Emoción violenta*. Argentina: Ediciones Jurídicas Cuyo.
- Marshal Reeve, J.** (2002). *Motivación y emoción* (5a ed.). Universitat de Iowa / Mc Graw Hill.
- Martín, E.; Canaspa, C.** (1997). «L'entrevista en treball social». A: J. de Pablo. *Tècniques d'entrevista per a professionals de la salut* (pàg. 110 i 111). Vic: Editorial Eumo.
- Maslow, A. H.** (1985). *Motivación y personalidad*. Barcelona: Sagitario.
- Michelson, L. i altres** (1987). *Las habilidades sociales en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Miller, W.; Rollnick, S.** (1991). *La entrevista motivacional, ayudar a las personas a cambiar*. Ediciones Paidós.
- Millon, T.** (1994). *El inventario Millon de estilos de personalidad*. Buenos Aires: Paidós
- Monjas, M. I.** (1993). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social para niños y niñas en edad escolar*. Valladolid: Autoedición.
- Moraga, M.** (1992). «Cuidar: promover la calidad de vida». *Rev. Gerokomos* (núm. 4, març). Logronyo.
- Moya, L.** (2013). *Empatía, entenderla para entender a los demás*. La Corunya: Plataforma Actual.
- M. Viñuela, A.** (2016). *Liderar desde el corazón*. Bebookness.
- Morin, E.** (2004). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Buenos Aires / Mèxic / Barcelona: Paidós Estudio.
- Olza, M.** (1996). «Habilidades sociales». A: J. F. Morales; M. Olza (coords.). *Psicología Social y Trabajo Social*. Madrid: McGraw Hill.

- Ortega, F.** (2008). *Psicoterapia. Teoría y práctica* (pàg. 53). Sevilla: Universidad de Sevilla, Secretariado de Publicaciones.
- Peavi** (1985). «Le consueling des adultes en vue de la prise decision». *Revista de la Universitat d'Otawa*. Ottawa.
- Pérez, E.** (1999). *Trabajando con familias. Teoría y práctica* (pàg. 79-82). Saragossa: Consejo General de Diplomados en Trabajo Social / Certeza.
- Perlman, H. H.** (1957). *Social Casework. A Problem-solving Process*. Chicago/Londres: The University of Chicago Press.
- Perlman, H. H.** (1971). *Perspectives on Social Casework* (pàg. 52). Filadèlfia: Temple University Press.
- Pizarro, F.** (1986). *Aprender a razonar*. Madrid: Editorial Alhambra.
- Riba, C.** (2009). *Métodos de investigación cualitativa*. Barcelona: UOC / Eureca Media.
- Ricci, P. E., S. Cortesi** (1980). *Comportamiento no verbal y comunicación*. Barcelona: Gustavo Gil, S. A.
- Rosell, T.** (2004). «La entrevista en el trabajo social como instrumento al servicio de la ciudadanía» [en línia]. A: *I Jornades de Treball Social i Ciutadania: Panoràmica des dels Serveis Socials de l'Ajuntament de Madrid*. [Data de consulta: 15 de maig de 2013]. <http://www.madrid.es/unidadweb/contenidos/publicaciones/temaserviciosociales/jornadastabajosocialyciudadania/ficheros/teresa.pdf>
- Rosell, T.; Rodríguez, P.** (2017). *La entrevista en el trabajo social*. Barcelona: Herder.
- Salzberger-Wittenberg, I.** (1970). *La relación asistencial* (pàg. 15-26). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Sánchez Benítez, G.** (2009). «Estrategias de enseñanza y aprendizaje del español en China». *Marco ELE* (núm. 8, suplement). Espanya.
- Steil, L. K.** (1992). *Cómo escuchar bien y entender mejor*. Bilbao: Deusto.
- Schön, D.** (1996). «La crisis del conocimiento profesional y la búsqueda de una epistemología de la práctica». A: M. Pakman (comp.). *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Spradley, J.** (1979). *The Ethnographic Interview*. Nova York: Holt, Rinehart and Winston.
- Tizón, J.** (1988). *Componentes psicológicos de la práctica médica: Una perspectiva desde la Atención Primaria*. Barcelona: Doyma.
- Tizón, J.** (1996). *Componentes psicológicos de la práctica médica*. Barcelona: Biblária SCLL.
- Towle, C.** (1973). *El treball social i les necessitats humanes bàsiques*. Mèxic: La Premsa Mexicana.
- Trunzo, A.** (2006). *Engagement, Parenting Skills and parent-child relations as mediators of the relationship between parental self-efficacy and treatment outcomes for children with conduct problems*. Graduate Faculty of Social Work. Universitat de Pittsburgh.
- Valles, M.** (1997). *Técnicas cualitativas de Intervención Social: Reflexión, metodología y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis S. A.
- Vivas, M. i altres** (2006). *Educación de las emociones*. Madrid: Dykinson.
- Waal, F.** (2009). *The age of empathy: Nature's Lessons for a kinder society*. Nova York: Tree Rivers Press.
- Winnicott, D.** (1956). *La tendencia antisocial. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.

