
This is the **published version** of the article:

Vallbona Saurí, Raimon; Urrea Monclús, Aida , dir. Gestió del consum de tòxics en joves amb trastorn de conducta i comorbiditats per part de les seves famílies. Com la família pot fer front a l'addicció. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, 2021. 44 pag. (827 Grau en Educació Social)

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/249799>

under the terms of the  license

Treball de Final de Grau



Facultat de Ciències de l'Educació

Grau en Educació Social

Gestió del consum de tòxics en joves amb trastorn de conducta i comorbiditats per part de les seves famílies. Com la família pot fer front a l'addicció.

Autor

Raimon Vallbona Saurí

Tutora

Aida Urrea Monclús

Departament de Teoria de l'Educació i Pedagogia Social

Convocatòria de juny, 4 de juny de 2021

Universitat Autònoma de Barcelona

Resum

Els trastorns de conducta no només incideixen en la persona que els presenta, sinó també en el seu entorn. La situació encara és més complexa si el subjecte consumeix tòxics. El present estudi té com a objectiu analitzar les situacions familiars que se'n deriven del consum de substàncies dels fills i filles amb trastorn de conducta i comorbiditats, així com la identificació de les habilitats socials i comunicatives per fer front a aquestes situacions. Per dur a terme la investigació, s'ha realitzat trobades amb famílies que es troben en aquesta situació, així com amb professionals que es dediquen en aquest àmbit d'intervenció. Es posa l'èmfasi en el paper de la família com a agent de transformació de les situacions que viuen tant els fills i filles, com la resta de la unitat familiar. Culmina el procés de recerca la planificació, desenvolupament i avaluació d'una intervenció pensada per a les famílies basada en la Comunicació No Violenta com a resposta a les necessitats detectades.

Paraules clau: trastorn de conducta, consum de substàncies, habilitats socials, família, Comunicació No Violenta.

Resumen

Los trastornos de conducta no solo inciden en la persona que los presenta, sino también en su entorno. La situación es aún más compleja si el sujeto consume tóxicos. El presente estudio tiene como objetivo analizar las situaciones familiares que se derivan del consumo de sustancias de los hijos e hijas con trastorno de conducta y comorbilidades, así como la identificación de las habilidades sociales y comunicativas para hacer frente a estas situaciones. Para llevar a cabo la investigación, se han realizado encuentros con familias que se encuentran en esta situación, así como con profesionales que se dedican en este ámbito de intervención. Se pone el énfasis en el papel de la familia como agente de transformación de las situaciones que viven tanto los hijos e hijas, como el resto de la unidad familiar. Culmina el proceso de investigación la planificación, desarrollo y evaluación de una intervención pensada para las familias basada en la Comunicación No Violenta como respuesta a las necesidades detectadas.

Palabras clave: trastorno de conducta, consumo de sustancias, habilidades sociales, familia, Comunicación No Violenta.

Abstract

Behavioural disorders affect not only the person presenting them, but also their environment. The situation is even more complex if the subject consumes toxic. This study aims to analyze the family situations that arise from the consumption of substances of sons and daughters with behaviour disorder and comorbidities, as well as the identification of social and communicative skills to cope with these situations. In order to carry out the research, meetings have been held with families in this situation, as well as with professionals working in this field of intervention. Emphasis is placed on the role of the family as an agent of transformation of the situations experienced by both sons and daughters, as well as the rest of the family unit. The research process culminates in the planning, development and evaluation of an intervention designed for families based on Nonviolent Communication in response to identified needs.

Key words: behavioural disorder, consumption of substances, social skills, family, Nonviolent Communication.

Agraïments

A l'Aida, per orientar-me i animar-me en tot moment del procés d'investigació.

A l'associació AFATRAC i a totes les famílies, per la seva col·laboració amb la recerca i per la tasca que desenvolupen i, en especial, a la Susana i a la Roser per implicar-se tant i apostar pels diferents projectes interdisciplinaris.

Als professionals de l'àmbit que han participat en aquesta recerca, per aportar la seva perspectiva i enriquir el procés d'aprenentatge.

A la Marina, pel suport incondicional i confiar sempre en mi.

A la meva família, per fer possible tot el camí que m'ha portat fins aquí.

Sumari

1.	Introducció i justificació	1
2.	Marc teòric	3
2.1	La drogodependència i els seus enfocaments	3
2.1.1	Reducció de danys i disminució de riscos	3
2.1.2	A l'adolescència	4
2.2	Trastorns de conducta.....	4
2.3	Patologia dual.....	5
2.4	El paper de la família	6
2.5	Habilitats socials i comunicatives.....	7
3.	Objectius.....	9
4.	Metodologia	10
4.1	Mètode d'investigació.....	10
4.2	Instruments	10
4.3	Participants.....	11
4.4	Procediment	12
4.5	Anàlisi de dades.....	15
5.	Resultats.....	18
5.1	Anàlisi dels resultats.....	18
5.2	Discussió	20
5.3	Conclusions.....	23
6.	Bibliografia	26
7.	Annexes	29
7.1	Taula comparativa de l'anàlisi de contingut	29
7.2	Sessió de retorn amb les famílies participants a través d'AFATRAC	36

1. Introducció i justificació

El present Treball Final de Grau és un ApS integrat amb l'Associació de Familiars d'Afectats per Trastorns de Conducta (AFATRAC). Aquesta associació fa anys que lluita per fer front a la problemàtica de moltes famílies en relació amb les dificultats que se'ls presenta en la responsabilitat de tenir cura de les seves filles i fills amb trastorns de conducta i comorbiditats. L'oportunitat de desenvolupar un TFG en coordinació amb aquesta associació és un pas més per capgirar la situació de vulnerabilitat del col·lectiu d'adolescents i joves i de les seves famílies. Aquestes sovint es troben desamparades i incompreses pel conjunt de la societat i de l'administració.

Partint d'aquesta complexitat, és vital engegar processos d'empoderament de les famílies basant-se en l'oportunitat i el repte que tenen amb les seves vides. Canviar la perspectiva de la problemàtica, visibilitzar la part positiva i d'aprenentatge que pot aportar la seva situació. Per fer-ho, s'aposta per treballar amb les famílies les diferents competències i habilitats socials concretes en els seus casos. Moltes vegades es tendeix a treballar amb les joves i adolescents i les seves famílies queden en un segon pla, és per això que és molt interessant i necessari dotar-les de protagonisme perquè tenen un paper crucial en la vida de les seves filles i fills. No es pretén aportar una mirada des de les mancances de les competències marentals i parentals, ja que ja ho deuen treballar cada dia aquests aspectes. El que es busca no és sinó afavorir competències personals i socials que puguin ajudar a les mares i pares en la relació amb les seves filles i fills, concretament a gestionar la situació d'addicció, vista com una situació col·lectiva de tota la família, del qual totes poden contribuir al canvi.

Actualment no hi ha serveis per part de l'administració que puguin donar resposta a les seves necessitats, ja que, tal com reflecteix el Síndic de Greuges (2019) quan parla del sistema de salut mental infantil i juvenil de Catalunya:

Hi ha una manca de serveis dins el sistema de benestar social que facilitin un suport extern a les famílies amb un enfocament psicosocial i d'educació emocional, més que mèdic o patològic, que permeti ajudar a afrontar les dificultats que es presenten en l'esdevenir de la vida i que permetin proveir-los d'eines per atendre adequadament les necessitats que els infants plantegen en cada moment (p. 18).

Per tot l'anterior, el grup de mares i pares es van constituir com a associació, per generar un espai de trobada, donar-se suport mutu, construir coneixement, fer ressò d'aquesta problemàtica... D'acord amb aquesta iniciativa, pot ser molt enriquidor aportar un granet de sorra des de la perspectiva de l'educació social.

Després de diverses reunions amb les persones que tiren endavant l'associació, i de veure quines activitats realitzen, es destaca que, el consum de tòxics està a l'ordre del dia de les famílies, i és quelcom que cal treballar-ho també amb elles. Sense anar més lluny, Torrens (2008) exposa que el consum de substàncies en persones que presenten algun trastorn psiquiàtric és encara més greu, des del punt de vista clínic i social, que el consum en persones que no presenten cap trastorn. Així doncs, és una molt bona oportunitat per donar resposta a aquesta necessitat. Al cap i a la fi, les competències marentals i parentals, és a dir, familiars, no només són necessàries per a mares i pares, sinó també són requisits per la vida i, per tant, és important també treballar-ho amb tot el ventall familiar.

Partint de les primeres preses de contacte amb AFATRAC, doncs, es considera com a pregunta d'investigació la següent:

- Com afecta el consum de substàncies de les filles i fills amb trastorns de conducta i comorbiditats en les relacions amb les seves famílies?

Es fa palès la necessitat de transferir l'estudi més enllà de l'associació, és a dir, els resultats estan enfocats a poder-se extrapolar a situacions semblants que visquin altres persones i famílies arreu del territori, de tal manera que la recerca pugui donar resposta a les mateixes situacions i necessitats que es puguin compartir amb casos amb unes característiques semblants.

Si es desgrana aquesta pregunta d'investigació, es plantegen dues variables: per una banda la situació d'addicció de les filles i fills amb trastorns de conducta i comorbiditats i, d'altra banda, les relacions socials de les famílies. Aquesta última es tradueix en les habilitats i competències socials tant de les adolescents com de les seves familiars. Per tant, ja s'han identificat les dues variables. És, doncs, una recerca relacional en la qual es busca la relació entre aquests dos factors.

2. Marc teòric

A continuació es desenvolupa una revisió teòrica mitjançant cinc aspectes diferents que, progressivament, aprofundeixen conceptes i terminologies molt implicades en la temàtica d'aquesta recerca. Els cinc blocs que fonamenten la revisió de la literatura es basen en: les addiccions i els seus enfocaments, les addiccions en l'àmbit de l'adolescència, els trastorns de conducta, que permeten tractar el quart aspecte; la patologia dual. Finalment, l'últim bloc es destina a revisar els antecedents en la intervenció d'habilitats socials, així com en la intervenció familiar.

2.1 La drogodependència i els seus enfocaments

Quan es parla de drogodependència cal diferenciar bé l'enfocament del concepte per entendre la mirada que es vol fomentar amb aquest treball. Per fer-ho, Apud i Romaní (2016) estructuren tres models d'enfocament de l'addicció: el model biomèdic, el model biopsicosocial i el model sociocultural.

Pel que fa al primer, tracta a l'addicció com una malaltia del cervell en la qual hi ha una predisposició biològica a esdevenir addicte de qualsevol substància, posant l'èmfasi en explicar el motiu pel qual el cervell d'una persona s'enclava en comportaments que deteriorenen les seves mateixes capacitats. Aquest model és l'hegemònic històricament a través del qual s'ha estudiat el tema. D'altra banda, el model biopsicosocial situa l'addicció més enllà de la persona i el seu cervell per explicar-la des de la complexitat de diferents factors de risc vinculats a l'àmbit biològic, psicològic i social. És a dir, no renuncia a la mirada mèdica, però hi afegeix altres variables per explicar el fenomen. Finalment, el model sociocultural posa l'accent en les lògiques i pràctiques culturals i el context social per explicar les addiccions. En aquest sentit, el model qüestiona la perspectiva mèdica reivindicant la necessitat de comprendre els diferents usos del consum, les subcultures que hi ha darrere i la construcció de la identitat de les persones.

Més enllà de les addiccions a substàncies, també hi ha molts altres tipus, tal com explicita Salas (2014): addiccions als jocs d'atzar, al sexe, a les tecnologies... Hi ha una àmplia variabilitat en aquest sentit, encara que aquest treball es focalitzi en la toxicomania. Això no vol dir que aquestes últimes siguin més perjudicials per la salut de les persones, sinó que és des de la visió del model sociocultural de les drogodependències comentat, que cal entendre el perquè del consum més enllà de les característiques biològiques de la persona.

2.1.1 Reducció de danys i disminució de riscos

Sota un paradigma més holístic i integrador de les addiccions, neixen iniciatives en forma de polítiques, plans i programes que treballen d'acord amb conceptes com el de la reducció de danys. És sota aquest paraigua contextual que es vol enfocar el treball, per tant, abans de continuar, cal definir el que s'entén per reducció de danys. Així doncs, la reducció de danys es conceptualitza com "el conjunt de polítiques, programes i intervencions destinats a minimitzar les conseqüències adverses que el consum de substàncies psicoactives legals o il·legals ocasiona sobre la salut de l'individu o a la societat" (Bosque-Prous i Brugal, 2016, 100). Neix com a resposta davant les polítiques prohibicionistes de les drogues, ja que aquestes han fracassat en el seu objectiu d'eliminar del tot el consum (Méndez, 2012). De fet, altres autors destaquen que

el model prohibicionista resulta ser contraproduent per a la gestió social i les problemàtiques de salut que es relacionen amb el consum (Romaní, 2013). Seguint la mateixa línia, l'autor destaca que la reducció de danys busca objectius més realistes i respectuosos amb els drets bàsics de la persona, considerant, per exemple, la disminució de la mortalitat i l'exclusió social.

Gràcies a la nova mirada que aporta la reducció de danys en les addiccions, s'ha permès implantar polítiques que s'adeqüen al col·lectiu de persones en situació d'addicció. En són exemples els programes d'intercanvi de xeringues, les sales de consum supervisat o el tractament de manteniment amb agonistes opiacis (Bosque-Prous i Brugal, 2016). Certament, la reducció de danys s'enfoca sobretot al consum de drogues per via parenteral, és a dir, per qualsevol via que no sigui la digestiva: intravenosa, subcutània, intramuscular, etc., tanmateix, s'evidencia que aquest enfocament realista s'adequa a les societats contemporànies i dignifica a les persones. És per això que es considera de vital importància tenir-lo en compte a l'hora d'afrontar aquesta recerca.

Entre la reducció de danys i la disminució de riscos hi ha diferències que cal subratllar, ja que, tot i que se situen sota el mateix paradigma, són conceptes diferents. Tal com distingeix el Pla d'Acció Sobre Addiccions (2018) del Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social, la disminució de riscos està relacionada amb la tasca preventiva, mentre que la reducció de danys s'enfoca a les accions assistencials, és a dir, un cop la persona ja presenta una addicció. Per tant, com ja s'ha dit, la reducció de danys serveix per nodrir-se d'aquest enfocament sobre les addiccions, mentre que la disminució de riscos, a més, ens aporta pistes sobre com podem tractar el tema des de la prevenció. Això, per exemple, implica canviar l'existència d'una baixa percepció sobre els riscos de les drogues en la població adolescent (Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social, 2018), establint canals òptims i eficaços amb aquest col·lectiu.

2.1.2 A l'adolescència

Si s'aterren les addiccions a l'adolescència, es pot observar com és una problemàtica latent en el context geogràfic més proper. Hi ha molts estudis que afirmen la tendència creixent del consum de substàncies en l'etapa de l'adolescència. Per exemple, Ribas-Siñol et al. (2015) ressalten que gairebé el 25% dels joves enquestats en el seu estudi van consumir alguna substància en els darrers 30 dies abans de ser enquestats. Per la seva banda, l'informe biennal Estudis (2018) conclou que l'inici de consum diari de tabac té una mitjana dels 14,7 anys i el consum setmanal de l'alcohol té una mitjana dels 15,3 anys. Amb tot, s'evidencia l'existència d'un context creixent i primerenc del consum de tòxics.

2.2 Trastorns de conducta

Des de la psiquiatria més reconeguda a escala mundial, es pot veure com és un camp de difícil definició, ja que va modificant i afegint noves aportacions respecte als trastorns de conducta.

La recerca s'acull a la Guia de Consulta dels Criteris Diagnòstics del DSM-5 (2013) de l'APA (*American Psychiatric Association*) per entendre quina mirada clínica i quins trastorns recull dins d'aquesta categoria. Així doncs, el DSM-5 recull una categoria que anomena "trastorns disruptius del control dels impulsos i de la conducta" i, dins d'aquesta hi especifica fins a vuit trastorns, un dels quals és el trastorn de conducta. Es recullen tres criteris de diagnòstics d'aquest últim, els quals es resumeixen a continuació.

El criteri “A” fa referència a mantenir un comportament que no respecta els drets bàsics de les altres i les normes acceptades socialment per l’edat de la persona. A més, la persona ha de presentar com a mínim tres criteris concrets en els últims dotze mesos, un dels quals amb una temporalitat inferior a sis mesos. Sense entrar en detall, agrupa els criteris concrets en quatre blocs: agressió a persones i animals, destrucció de la propietat, engany o robatori i incompliment greu de les normes.

El criteri “B” és compartit amb molts d’altres trastorns, ja que parla del “malestar clínicament significatiu en les àrees social, acadèmica o laboral” (*American Psychiatric Association*, 2013, 247) que provoca el trastorn.

El darrer criteri, el “C”, tracta l’edat de la persona per dir que si aquesta és major de 18 anys, no es compleixen els criteris de trastorn de la personalitat antisocial.

Certament hi ha altres classificacions diagnòstiques com l’ICD-10 de l’Organització Mundial de la Salut (OMS) però s’ha decidit centrar-se en el DSM-5 perquè la seva categorització és molt operativa i, alhora, perquè els criteris diagnòstics que utilitzen les principals revistes de l’àmbit es basen en aquesta classificació (Echeburúa, Salaberría i Cruz-Sáez, 2014). Tanmateix, aquestes mateixes autores reivindiquen que les categories es poden transformar en etiquetes en comptes de relacionar símptomes en classificacions àmplies i, precisament és el que aconsegueix el DSM-5, fet que pot tenir conseqüències negatives com la categorització de malaltia a problemes de la vida quotidiana, diagnosticar falsos positius, estigmatitzar a les persones, sobreexplotar el tractament farmacològic...

En definitiva, es tracta d’una primera aproximació als trastorns de conducta per al treball, però amb un enfocament reduccionista que cal complementar amb altres aportacions de la literatura per entendre l’estat de la qüestió. Per fer-ho, s’han d’integrar les dues variables que ja esmentades: el trastorn de conducta i el consum de substàncies.

2.3 Patologia dual

Abans d’entrar en matèria, és clau definir el que es considera per patologia dual. Segons la literatura, aquest terme es pot conceptualitzar com la “concurrència en un mateix individu de, almenys, un trastorn per consum de substàncies i un altre trastorn psiquiàtric” (Torrens, 2008, 315). Encara que les joves no presentin un diagnòstic dual, és crucial entendre la perspectiva que aporta aquest concepte, ja que cal considerar la confluència de les dues variables en la persona: el trastorn de conducta derivat de qualsevol malaltia mental i el consum de substàncies. A més, la comorbiditat en el consum de substàncies és més comuna amb persones que presenten algun tipus de trastorn que no amb la població general (Torrens et al., 2017). Per tant, des d’un punt de vista quantitatiu, la població que presenta un trastorn psicològic és més probable que contregui un trastorn relacionat amb substàncies.

D’altra banda, les persones que presenten una patologia dual, presenten un índex alt de deteriorament biopsicosocial, fet que augmenta el risc d’exclusió social (Martín-Navarrete i Szman, 2015). Per tant, s’exposa una problemàtica complexa que, de manera transversal, afecta negativament a la vida de les persones, tant des del punt de vista mèdic i psicològic, com des del punt de vista social i educatiu.

En definitiva, doncs, per treballar amb la variable “trastorn de conducta derivat de qualsevol malaltia mental” i la variable “consum de substàncies”, a part d’un tractament psicològic i mèdic, cal reivindicar la necessitat de la intervenció socioeducativa, per donar una resposta transversal a un problema multidimensional.

2.4 El paper de la família

Davant d’aquesta situació tan complexa, són moltes les fonts que identifiquen la família com un actor clau en la gestió de les addiccions. Fernández i Secades (2002) constaten que és a través de la família que socialitzem i adoptem unes normes i unes jerarquies. Aquesta és la institució bàsica de socialització d’un infant o adolescent, tot i que no l’única. És a partir de la família que aprenem com és el món, de la mateixa manera que és aquesta la que cobreix les nostres necessitats. Per tant, la tasca educativa de la família vers els seus fills o filles és crucial, i ningú ensenya a ser mare o pare. És, doncs, un doble repte quan l’adolescent presenta un trastorn i un consum de substàncies.

Per la seva banda, la Cartera de serveis d’atenció a les famílies de persones amb trastorn mental greu i/o dependència de substàncies del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2011), parla de la família com a “part indestruïble de l’atenció integral” (p. 7). En aquesta línia, la família és la cuidadora principal de la persona i, per tant, se l’ha d’atendre en totes les seves necessitats; d’informació, d’aprenentatge, de suport, etc.

Per la seva banda, Zapata (2009) destaca la necessitat d’incorporar la família com a agent per revertir situacions afectades per l’addicció en un familiar, i més si aquesta persona es tracta d’una adolescent. El mateix autor explicita que el fet de clarificar les relacions d’autoritat, afecte i comunicació entre la família i l’adolescent que consumeix, ajuda a disminuir els riscos d’aquest consum de substàncies, i descriu sis principis i accions en aquest sentit:

1. La família s’ha d’integrar en el tractament de la persona que consum i participar activament. És per aquest motiu, que primer és necessari restablir les relacions familiars, mitjançant el treball de diferents aspectes com: la gestió de les emocions i els sentiments de culpa, restablir la jerarquia familiar amb un model contractual de marentalitat i parentalitat, trobar formes de comunicació positiva que retorni la confiança entre el conjunt de les membres i, finalment, treballar les habilitats afectives i el seu manifest.
2. La família ha d’adquirir comportaments i actituds que facilitin la gestió de l’addicció o el consum, en referència a expressar afecte adequant-se a les necessitats de la persona que consum, coherència entre les responsables de la família (mares i pares) en l’autoritat, consens en la necessitat de canvi per part de totes les membres de la família i els rols de cada persona han de ser clars i la comunicació ha de ser eficaç.
3. La família ha d’acompanyar a la persona en tot moment, i això sovint requereix que es busquin xarxes de suport i participin conjuntament amb les professionals que tractin el consum. D’aquesta manera, per una banda ajuda a canalitzar les emocions de les familiars i, d’altra banda, la intervenció no només es desenvolupa amb les professionals, sinó també en coherència amb la llar.
4. La família ha de deixar enrere estigmes i prejudicis socials respecte al consum de tal manera que la persona que consumeix sigui vista, per la família, com una persona

competent i rehabilitada. Per això, és necessari promoure la seva autonomia mitjançant l'adquisició de responsabilitats, respectar la seva identitat i fomentar la formació i la inserció sociolaboral.

5. La família ha de ser educada i formada per entendre el procés holístic de la rehabilitació de la familiar que consumeix. És per aquest motiu, que la família ha de tenir les eines per detectar símptomes de recaiguda o altres obstacles que es poden trobar pel camí, amb la finalitat principal de prevenir situacions de major risc i poder actuar el més abans possible. Algunes d'aquestes situacions poden ser: canvis en la rutina habitual, actituds compulsives o el deteriorament de la seva xarxa social i relacional.
6. Només en cas que la persona atesa no compti amb una xarxa familiar, cal pensar en una xarxa que faci les mateixes funcions. És bàsic tenir aquest suport per assolir l'èxit en el procés, és per això que cal comptar amb amistats o familiars més llunyans i, en última instància, amb l'administració i les institucions que donen resposta al col·lectiu, per tal que la persona tingui garantides unes condicions mínimes d'afecte, acompanyament, recursos materials, etc.

Amb tot, es fa palesa la necessitat de donar resposta a la problemàtica també des de la intervenció socioeducativa de la família i, per fer-ho, la revisió teòrica se centra en les habilitats socials i comunicatives principals.

2.5 Habilitats socials i comunicatives

Les habilitats socials, per definició, són un conjunt de comportaments, pensament i emocions ajuden a comunicar-se de manera eficaç amb la resta de persones i a mantenir relacions interpersonals satisfactòries (Roca, 2003).

Fernández Ballesteros (citada per Betina i Contini, 2011), atribueix tres característiques de les habilitats socials. La primera fa referència a l'heterogeneïtat, ja que s'inclou una diversitat de comportaments en tots els diferents contextos que fan complexes i àmplies les habilitats socials. En segon lloc, la naturalesa interactiva del comportament social, és a dir, l'adaptació del comportament en funció de les persones i el context determinat on es troben. En aquest sentit, la conducta és interdependent. Finalment, l'última característica té a veure amb la concreció de la situació sociocultural, és a dir el marc contextual on s'interacciona.

La complexitat del concepte doncs, porta a acollir-se a la classificació de Caballo (2007) per tal d'ordenar la diversitat que es comenta. Alhora, aquest model permet fer-ne l'avaluació, imprescindible per a la intervenció socioeducativa:

- Habilitats de descodificació. Aquestes fan referència a la recepció (*input*) d'un estímul, la identificació dels trets d'aquest estímul i, finalment, la interpretació que se'n fa al respecte.
- Habilitats de decisió. A partir de la interpretació esmentada, aquestes habilitats estan relacionades amb la resposta a l'estímul. Aquesta resposta ha de ser el més eficaç possible i tenir els menors costos. Així doncs, recorrem al repertori de possibles respostes que podem donar per tal que s'adeqüi al màxim al qual ens demana el context.
- Habilitats de codificació. Un cop hem decidit, aquesta decisió es tradueix en una conducta observable.

Basant-se en aquest model, hi apareixen diferents components relacionats amb la comunicació no verbal, components paralingüístics com el to, el volum o la velocitat del diàleg... Per tant, per dominar les habilitats socials, és evident que cal tenir en compte la comunicació. És per això que s'entra en detall en aquest camp.

Així doncs, Crespo (2011) estableix que la comunicació es pot entendre com un intercanvi vertical d'informació, en què l'emissor té el poder sobre el receptor o, per contra, com un diàleg en què l'horitzontalitat dels actors permet que hi hagi una bidireccionalitat entre emissor i receptor.

Per la seva banda, Senra (2010) utilitza l'instrument d'avaluació d'habilitats socials EHS de Gismero, que agrupa fins a sis categories: l'autoexpressió en situacions socials, la defensa dels propis drets, l'expressió de disconformitat, dir "no" i tallar interaccions, fer peticions i iniciar interaccions positives amb el sexe oposat. A més, afegeix que és a la família on s'integren les pautes de comportament interpersonal, per tant, aquesta és crucial dotar-la d'eines amb relació a les habilitats socials.

Amb tot, es fa essencial la intervenció socioeducativa a través de la família per donar resposta des de la comunicació a les diferents problemàtiques que es poden trobar amb els seus fills i filles.

3. Objectius

Així doncs, els objectius que es marca la investigació i que orientaran al llarg del desenvolupament d'aquesta seran:

- Analitzar les situacions familiars que se'n deriven del consum de substàncies dels fills i filles amb trastorn de conducta i comorbiditats.
- Identificar les competències socials i comunicatives necessàries per fer front a les situacions esmentades.
- Planificar i desenvolupar un material o recurs didàctic per treballar les competències socials i comunicatives en relació amb el consum de substàncies.

4. Metodologia

Per tal de dur a terme tot el treball, es proposa la següent metodologia estructurada en els apartats esmentats a continuació. En primer lloc, una fonamentació de la metodologia general i l'enfocament de tot el treball d'investigació. Seguidament, es tracten els diferents instruments que s'han utilitzat per a la recollida de la informació. En tercer lloc, s'expliciten les diferents persones participants de la investigació i les seves implicacions en la temàtica que tracta tota la recerca. Posteriorment, s'efectua un breu procediment de les fases que ha seguit tot el treball i, per tant, el cronograma d'aquest. Finalment, s'exposa l'anàlisi de dades fruit de tota la informació captada.

4.1 Mètode d'investigació

Així doncs, tal de dur a terme el treball, es considerarà vital focalitzar la recerca de manera inductiva per partir de les necessitats més específiques de les famílies que viuen amb joves que presenten algun trastorn de conducta i que consumeixen substàncies psicoactives, per poder recollir-les, analitzar-les i, en última instància, arribar a una generalització que permetés transferir els resultats i tota la informació a totes aquelles persones que conviuen en una situació semblant. Així doncs, la investigació és de base qualitativa, puix que es pretén interpretar la realitat des de dins d'aquesta, a partir d'estratègies interactives amb mostres més aviat reduïdes. De fet, el mètode inductiu es recull com a una característica de la investigació qualitativa, tal com plasma Balderas (2013). Seguint la mateixa línia, l'autora puntualitza la necessitat de centrar la recerca en les persones i donar veu a tots els subjectes a investigar, fet que quedarà palès en els següents paràgrafs, però es pot avançar que la recollida d'informació ha estat permanentment enfocada a escoltar a les participants de la investigació i treballar a partir de tot el que plantejaven. A continuació, doncs, s'especifiquen els diferents instruments utilitzats.

4.2 Instruments

Tenint en compte l'enfocament qualitatiu i inductiu, s'han desenvolupat dos instruments per a la recollida de la informació, a part de la revisió teòrica ja plasmada en l'apartat de marc teòric. Per una banda, un grup focal amb famílies que es troben en una situació complexa respecte als trastorns de conducta i el consum disposades a compartir les seves vivències i, d'altra banda, entrevistes semiestructurades a professionals i experts en l'àmbit de les addiccions, trastorns de conducta o patologia dual. Es revisen els dos instruments a continuació.

- **Grup focal amb les famílies**

El grup focal és una tècnica de la metodologia qualitativa que es basa en la discussió i interacció de diferents participants que generen coneixement a través de la intersubjectivitat que s'esdevé en els espais de diàleg (Buss et al., 2013). Hi ha moltes característiques d'aquesta estratègia, però les que han permès planificar-la en la seva essència són les que es plasmen tot seguit a través de les aportacions de les mateixes autores. En relació amb el nombre de persones, delimiten diferents agrupacions, però conclouen que el nombre ideal gira entorn d'entre cinc i set persones. Altrament, respecte al nombre de sessions, depèn de la investigació i dels objectius que es marqui, per la qual cosa, no es concreta un nombre mínim ni màxim. Una de les coses

que més es va tenir en compte de la literatura és el paper de la persona moderadora, ja que les autores transmeten que aquest rol ha de limitar les seves intervencions i facilitar que el diàleg flueixi, conduït la conversa per tal que no es desvii i aclarint intervencions de les participants. Pel que fa a l'estructuració, es va seguir acuradament les indicacions de les autores, ja que aquestes recomanen una benvinguda en la qual s'exposi el projecte d'investigació i els seus objectius, s'aclareixi la dinàmica de la trobada i el funcionament general, la conducció de la sessió es desenvolupi segons àrees temàtiques i, per últim, s'agraeixi la participació i s'anticipi les següents fases de la recerca i la implicació de les participants en aquesta.

- **Entrevistes a professionals de diferents àmbits**

Per tal de comptar amb una visió externa i experta de la qüestió, es va considerar oportú entrevistar a professionals de l'àmbit dels trastorns de conducta i de les addiccions, com una altra perspectiva imprescindible a tenir en compte per a l'elaboració d'aquest treball. A través de la seva mirada, es pot triangular la informació recollida i, per tant, representar amb major exactitud la complexitat de la realitat que s'investiga.

Per a la realització de les entrevistes, cal tenir en compte la varietat en la seva tipologia, per tal d'adequar l'instrument al cas. És per això que es va apostar per l'entrevista semiestructurada, perquè és aquella que compta amb un guió pautat, tanmateix, la persona entrevistadora decideix la seqüència i la formulació de les preguntes en funció de la persona entrevistada (Blasco i Otero, 2008). Per tant, hi ha llibertat per tractar temes que no s'hagin previst en la planificació, així com llibertat per aprofundir en aspectes que la persona entrevistada consideri rellevant d'informar i transmetre.

4.3 Participants

Aquesta investigació busca que les participants siguin quelcom més que meres informants del procés, és a dir, que siguin partícips del procés de recerca i que aquest mateix les impliqui en el seu procés de transformació. Aquest grau de compromís remet a la finalitat de tota metodologia qualitativa, que no és sinó comprendre el fenomen objecte d'estudi arribant a captar els vincles interns que existeixen des de dins del mateix fenomen (Albert, 2007). És a dir, la investigació ha de ser un reflex de la situació que s'analitza, i per aconseguir-ho, és imprescindible que s'endinsi a l'arrel del tema, al quid de la qüestió.

Les informants principals han estat les famílies, que s'han implicat amb el grup focal dissenyat per tractar les qüestions ja esmentades, així com amb el grup de discussió dels resultats, ja que són les persones per les quals es planteja aquest estudi i anàlisi. En total, el grup focal es va desenvolupar amb la participació de set familiars, totes sòcies d'AFATRAC. La majoria es tractava directament de mares o pares dels fills i filles que presenten trastorn de conducta i que consumeixen algun tipus de substància, però també es va comptar amb la participació d'una persona que dins del seu nucli familiar era la germana del jove en qüestió.

Com a informants de segon grau, es consideren les professionals que treballen amb casos de trastorn de conducta i consum de substàncies que han estat entrevistades, és a dir, per una banda les dues educadores d'Educadors Familiars i, d'altra banda, el treballador social expert en el consum de substàncies.

4.4 Procediment

Tenint en compte l'enfocament del treball des de la vessant de la intervenció més enllà de la investigació, es va considerar oportú plantejar les fases d'una recerca qualitativa per orientar tot el procés. Així doncs, per tal d'estructurar el cronograma basat en el Diagrama de Gantt, Albert (2007) proposa quatre fases dins la investigació qualitativa: la fase preparatòria, la fase de treball de camp, la fase analítica i la fase informativa. Val a dir, tanmateix, que aquest cronograma ha estat en tot moment susceptible canvis al llarg del procés, ja que, com ja s'ha esmentat, el fet de ser una investigació qualitativa implica flexibilitat i adaptabilitat respecte al context que s'estudia. Per tant, el cronograma s'estructura de la següent manera:

		11/20	12/20	01/21	02/21	03/21	04/21	05/21
FASE PREPARATÒRIA	Plantejament del projecte: Formulació d'objectius, fonamentació teòrica, planificació de la recerca							
FASE DE TREBALL DE CAMP + FASE ANALÍTICA	Implementació 1: Recollida d'informació, Anàlisi de necessitats							
	Implementació 2: Planificació de la intervenció							
FASE INFORMATIVA	Avaluació: Implementació de la intervenció, Avaluació del taller, Autoavaluació de tot el procés							

I. Fase preparatòria

La fase preparatòria correspon al plantejament del projecte. Aquesta primera fase va comportar dues tutories i dues reunions amb les impulsores d'AFATRAC i la resta d'estudiants d'altres graus que desenvolupen el seu TFG mitjançant l'ApS amb l'entitat. En aquestes es van posar sobre la taula els diferents enfocaments i temàtiques que cadascú li volia donar al seu treball mirant d'encaixar amb les necessitats i demandes del grup diana. En un principi, aquesta recerca es

volia enfocar en les competències marentals i parentals, però per part d'AFATRAC es va manifestar de manera explícita la rellevància de tractar el consum de substàncies i, mirant d'unir les dues, es va acotar la investigació fins a arribar a la pregunta d'investigació plantejada a l'inici d'aquest treball.

D'altra banda, es va desenvolupar una revisió de la literatura per definir el marc teòric. Aquesta fonamentació ajuda a conceptualitzar i establir unes bases sòlides que es reafirmen amb altres estudis i aportacions científiques dels diferents aspectes que tracta la investigació. Tal com es pot observar al marc teòric, la seva estructura sintetitza els conceptes i estudis dels diferents àmbits que es tracten, alhora que es filtra la literatura per tal que sigui actualitzada. Respecte a això, cal destacar que totes les cites se ceneixen al segle actual i que la majoria d'elles, es van publicar a la segona dècada d'aquest.

Fruit de tot l'anterior, en aquesta fase van formular els objectius de la recerca per establir les posteriors línies d'acció. Per tant, els objectius van permetre començar a treballar de ple en la investigació. Aquests també han estat revisats i modificats parcialment al llarg de la recerca, amb la finalitat d'expressar amb major claredat les metes que es proposaven, per la qual cosa, queda palès la necessitat de plantejar una investigació permeable constantment al context. De la mateixa manera, es va programar l'estudi mitjançant un pla de treball o cronograma, que va permetre organitzar les tasques a desenvolupar i els seus tempos corresponents.

II. Fase de treball de camp

En aquesta fase ja s'entra en el terreny de la implementació de la recerca. Principalment es basa en l'accés al camp, és a dir, identificar les informants clau. Tal com s'ha dit, les informants són les famílies que conviuen amb filles o fills que presenten trastorn de conducta i que consumeixen substàncies psicoactives. Així mateix, les altres informants representen les professionals que treballen amb aquest col·lectiu de joves. Per tant, aquesta fase va consistir en identificar aquestes persones i recollir tota la informació que poguessin aportar al respecte.

Per dur a terme la recollida d'informació, es va contactar amb la persona vocal de les famílies d'AFATRAC i, en una reunió el mes de gener, es va organitzar una sessió de grup focal per al mes de febrer. D'altra banda, pel que fa a les professionals, es va contactar amb una empresa d'educadores familiars que, de manera puntual, treballa amb AFATRAC, però que tenen molta experiència amb la intervenció familiar en contextos en els quals els trastorns de conducta són presents. Seguint la mateixa línia, també es va contactar amb un altre professional, aquest cop especialitzat amb el consum de tòxics de la Fundació Salut i Comunitat.

En relació amb el grup focal, cal subratllar que la sessió es va desenvolupar telemàticament, seguint les pautes generals d'aquesta tècnica. Primerament, es va explicar l'objectiu de la trobada i l'estructura que seguiria, de la mateixa manera que es va demanar el consentiment explícit per tal d'enregistrar el so per poder transcriure-ho tot i analitzar tota la informació. L'objectiu que es va marcar i que es va transmetre a les participants va ser el següent: "conèixer les diferents realitats que viuen les famílies en relació amb el consum de substàncies dels seus fills i filles que presenten trastorn de conducta". El desenvolupament de la trobada es basava en quatre preguntes d'aprofundiment progressiu en la qüestió que les convocava. Cada pregunta tenia un objectiu que l'orientava per tal de no desviar-se de la informació rellevant per a la investigació. Finalment, es va agrair la participació i es va explicar el punt de la recerca en el qual es trobava per ser transparent amb les participants i fer-les plenes coneixedores de tot el procés,

no només d'una sessió espontània. Queda plasmat als annexes d'aquest treball el disseny de la sessió.

Pel que fa a les dues entrevistes amb professionals, es va parlar amb diferents experts de l'àmbit de la patologia dual per tractar la temàtica incorporant la família com a actor clau de transformació. Es va realitzar una entrevista amb les educadores d'Educadors Familiars, una empresa d'intervenció familiar especialitzada en trastorns de conducta i altres comorbiditats com el SAF (Síndrome de l'Alcoholisme Fetal). D'altra banda, per tal d'aconseguir informació més contrastada es va desenvolupar una altra entrevista, en aquest cas amb el director del Centre d'Emergències de Gràcia, de l'Àrea d'Inserció Social, Reducció de Danys i VIH/SIDA de la Fundació Salut i Comunitat. D'aquesta manera, la perspectiva professional es pot veure reflectida des d'un angle diferent, a més del de l'educació social, per tractar les situacions de consum de substàncies de joves que presenten trastorns de conducta, és a dir, aprofundir en la intervenció de la patologia dual. El fet de rebre aportacions des de diferents professions, permet tenir una perspectiva holística de la situació i del fenomen que estudia aquesta recerca. Així mateix, s'aconsegueix investigar des de la interdisciplinarietat del procés d'investigació i d'intervenció.

III. Fase analítica

Aquesta tercera fase es va iniciar amb la transcripció de les diferents tècniques de recollida d'informació de les trobades; tant el grup focal com les entrevistes. Un cop totes es van transcriure, es va iniciar un procés d'anàlisi de contingut per estructurar tota la informació i detectar les necessitats de les famílies en l'esfera relacional i comunicativa respecte als seus fills i filles. Aquesta tècnica d'anàlisi queda detallada a l'apartat d'anàlisi de dades en el qual es fa èmfasi en l'anàlisi de contingut i les diferents fases que ha seguit en aquesta recerca.

Aquesta mateixa fase també incorpora la planificació i disseny del material o recurs didàctic que, en funció de l'anàlisi, s'ha pogut concretar. Després de desenvolupar tot el procés analític, es va arribar una de les conclusions més contrastades tant per part de les informants clau com de la literatura, que és la falta de comunicació al nucli familiar. És per aquest motiu que, partint d'aquesta necessitat, es va engegar un procés de recerca d'estratègies comunicatives alternatives que facilitessin el procés relacional i comunicatiu intrafamiliar, fins a trobar la Comunicació No Violenta (CNV), un recurs introduït per Marshall Rosenberg que encaixava amb les necessitats detectades. Així doncs, es va elaborar una càpsula formativa basada en aquesta metodologia amb les bases teòriques de De la Torre (2018) i Sánchez (2019) que introdueixen el concepte i ajuden a entendre els procediments i eines per transformar la manera d'expressar-se amb l'entorn i, en aquest cas, principalment la família. La fitxa de la planificació de la sessió virtual es pot trobar annexada en aquest treball.

IV. Fase informativa

Tanca el procés de recerca, el retorn de la investigació a través d'una altra trobada virtual amb les famílies mitjançant AFATRAC, en la qual es van compartir els resultats directament amb aquestes, alhora que es va proposar l'estratègia de la CNV. En aquesta trobada, hi van assistir sis familiars de joves que presenten trastorn de conducta i algun tipus de consum de tòxics. De la mateixa manera que en el grup focal, la totalitat de participants eren les mares menys una persona que era la germana del seu nucli familiar. La sessió es va dividir en dos blocs;

primerament es van tractar els resultats de la investigació i, posteriorment, es va introduir la proposta de la CNV. En relació amb els resultats, es va establir un objectiu de la sessió: “compartir els resultats i les conclusions de la recerca a les famílies de primera mà”, a través del qual es van transmetre les línies generals de les conclusions a les quals havia arribat la recerca i les famílies van donar la seva perspectiva respecte als resultats, amb un contundent reconeixement i ratificació d'aquests. D'altra banda, pel que fa a la càpsula formativa, l'objectiu de la sessió era: “proposar estratègies de la Comunicació No Violenta”, a través del qual es van oferir consells pràctics a través d'exercicis que complementaven l'explicació de les bases de la CNV. D'aquesta manera, es va poder transmetre les estratègies de manera dinàmica i significativa. Finalment, es va agrair la participació i implicació de nou a les famílies.

Aquesta última fase de la recerca també inclou l'avaluació d'aquest retorn, de la càpsula formativa, així com tot el procés de recerca i intervenció. Per una banda, el retorn mitjançant la trobada virtual amb les famílies es va avaluar amb un qüestionari destinat a les famílies, formulat a partir dels objectius ja esmentats de la sessió. El qüestionari es basava en afirmacions sobre la trobada i una escala entre 1 i 4 en el grau d'acord o desacord de la següent manera: Molt d'acord (4), D'acord (3), En desacord (2), Molt en desacord (1). Dels resultats de la valoració, cal destacar que algunes de les respostes de les famílies, com per exemple de l'afirmació: “l'exposició dels resultats ha estat clara”, el 80% de les respostes hi estan d'acord o molt d'acord, i succeeix el mateix amb “l'exposició dels resultats ha estat dinàmica i visual”. D'altra banda, també és rellevant que de l'afirmació: “les idees que s'han compartit em semblen útils pels nostres contextos” totes les persones han respost que estaven d'acord o molt d'acord, és a dir, els valors 3 i 4.

En última instància, en aquesta fase hi tenen lloc les conclusions finals de tot el procés de recerca ja culminat. En aquestes, s'hi evidencien les línies de futur de la investigació, les limitacions que aquesta ha tingut i les consideracions finals com a reflex dels aprenentatges i competències adquirides. Queden plasmades, doncs, en l'últim apartat del treball.

4.5 Anàlisi de dades

El tractament de totes les dades que s'han recollit s'ha desenvolupat a través de l'anàlisi de contingut o anàlisi de dades qualitatiu, comparant les entrevistes i el grup focal.

En referència a aquesta tècnica, Rodríguez, Lorenzo i Herrera (2005) situen el desenvolupament de l'anàlisi de contingut a l'etapa analítica, és a dir, la tercera fase esmentada, i reflecteixen el següent procés per a l'elaboració d'aquesta anàlisi.

L'anàlisi de contingut es basa en tres etapes diferents: la reducció de dades, la disposició i transformació de dades i, per últim, l'obtenció de resultats i verificació de conclusions. En la primera, l'objectiu és categoritzar i codificar tota la informació, i per fer-ho, cal seguir una seqüència de tres passos. El primer, separar les unitats de contingut en funció de l'interès de la investigació; en aquest cas, ha estat a través de les diferents dimensions que es van tractar en el grup focal i les entrevistes, diferenciades per colors en les transcripcions de les entrevistes i grup focal. El segon pas implica una classificació dels elements a través de la categorització i codificació que ja s'ha esmentat. En aquesta anàlisi, això es tradueix en les categories que s'han establert i definit a la taula que es pot veure a continuació d'aquest paràgraf i que desglossen cada dimensió, de tal manera que especifiquen i aporten més informació de cadascuna

d'aquestes mitjançant una taula que concreta les dimensions, les categories i les definicions d'aquestes últimes. Finalment, l'últim pas consisteix en sintetitzar aquestes categories per obtenir agrupaments de dades estructurats. És a dir, s'ha relacionat cada categoria resultant amb les diferents aportacions de les participants de la recerca. A continuació, s'estipula la taula de dimensions i categories relacionades entre si i amb la definició corresponent per a cada categoria:

	Dimensions	Categories	Definició
	Mares i pares de la família	Concepció de família	La perspectiva de les mares i pares respecte a la família.
		Expectatives i futur	Visions de futur i expectatives que es formulen mares i pares.
		Acceptació de la situació	Grau de reconeixement i implicació de la situació familiar per part de pares i mares.
		Desgast psicològic i emocional	Situació d'esgotament mental que viuen mares i pares.
		Desconeixença i manca de resposta	Falta d'informació i manca d'orientació de serveis i recursos que donin resposta a les necessitats de les joves i les seves famílies.
	Consum de tòxics	Tractament de la persona addicta	Dificultats i metodologies respecte a la intervenció amb la persona addicta.
		Situacions i conseqüències	Fets complexos que es deriven del consum de substàncies per part de les joves.
	Rol de germans/es	Responsabilitat	Tipus d'implicació dels germans i germanes respecte a les situacions familiars complexes.
		Patiment en segon pla	Falta d'atenció cap als germans i germanes respecte a les seves necessitats dins de la situació familiar.
	Intervenció socioeducativa	Motor de canvi	Raó de transformació que possibilita o no un canvi integral de les situacions complexes familiars.
		Metodologia	Diferents recursos per fer front a les necessitats a les quals es pretén donar resposta des del camp professional.
		Empatia	Dificultats d'exercitar l'empatia per part dels joves que presenten trastorn de conducta.
	Desadaptació i estigmatització social	Rebuig social	Resposta discriminatòria de la societat envers aquestes joves i la aïllament social conseqüent.
		Els seus drets	Reconeixement dels drets de les joves i de les oportunitats independentment de les seves situacions.
		Normalització de situacions	Acceptació i conformitat respecte a situacions relacionades amb el consum de substàncies.

Habilitats socials	Comunicació	Dificultats de interacció i relació mitjançant de la comunicació intrafamiliar.
	Relacions interpersonals	Component relacional del consum de tòxics, en relació amb el seu grup d'iguals.
Neurodiversitat	Salut mental	Perspectiva mèdica i biològica de l'afectació a nivell psicològic i psiquiàtric de les joves.
	Diagnòstics	El paper dels diagnòstics i les conseqüències que tenen en la vida de les persones.

La segona etapa es pot resumir en el procediment pel qual les dades que ja es tenen categoritzades, es transformin en informació visual, és a dir, clarifiquin l'anàlisi i exposin de manera inequívoca, la informació extreta. Això es pot aconseguir a través de gràfiques i altres mecanismes de disposició de la informació. És per això, que s'ha optat per estructurar una taula comparativa que agrupa totes les dimensions i categories amb els seus respectius colors, així com les tres informants: les famílies, les dues educadores i, per últim, el treballador social. D'aquesta manera, s'aconsegueix resumir i classificar la informació recollida per poder interpretar-la i arribar a conclusions sòlides. La taula queda plasmada als annexes d'aquest treball.

Finalment, la tercera fase de l'anàlisi de contingut o anàlisi de dades qualitatiu, fa referència a l'obtenció de resultats i conclusions, per les quals s'interpreten totes les dades extretes mitjançant el context d'actuació, la literatura i les aportacions de la persona investigadora, tenint en compte els criteris de validesa necessaris per a una tècnica tan complexa i adaptable a qualsevol mena d'informació recollida. Aquesta fase queda reflectida a l'apartat d'anàlisi de resultats i discussió, en els quals s'interpreten les dades i se n'extreuen conclusions fonamentades amb la literatura.

Per tot l'anterior, es considera que és una tècnica que s'adequa molt a les transcripcions, tant del grup focal, com de les entrevistes i que permet posar l'accent allà on les circumstàncies del context d'investigació ho requereixin.

5. Resultats

L'organització dels resultats de la recerca s'estableix inicialment amb l'anàlisi de la informació recollida a través de les participants, posteriorment la discussió amb aportacions de la literatura i, en última instància, les conclusions d'aquest treball.

5.1 Anàlisi dels resultats

Per tal d'analitzar la informació recollida a través de totes les persones participants de la investigació, es classifica l'anàlisi de contingut en dimensions i, aquestes, es concreten en categories que permeten identificar semblances i diferències dels discursos de les diferents participants, tal com s'especifica en l'apartat de metodologia d'aquest treball. La taula que recull tota la informació específica de l'anàlisi es pot trobar annexada a aquest treball.

- **Mares i pares de la família**

Si s'entra més en detall, pel que fa a la primera dimensió, mares i pares de la família, s'hi troben fins a cinc categories diferents. La concepció de la família és la primera i, en aquest sentit, cada informant aporta una idea clau diferent: les famílies exposen: "tots intentem que això funcioni, però és un sobre esforç per part de tots". Per la seva banda, els professionals de l'educació reivindiquen la família com un tot: "quan un dels membres de la família té un problema, el problema és de tot el conjunt que forma la família" i l'altre professional destaca que el consum provoca moltes vegades la difuminació de la identitat de la persona i una desvinculació amb la família. En relació amb la segona categoria, les expectatives i el futur, famílies i educadores coincideixen en el fet que les familiars tenen expectatives en transformar les seves situacions i això pot generar un conflicte intern si no es fa realitat. El professional de les addiccions hi afegeix que les famílies van carregades de preguntes de les quals no obtenen respostes. En referència a la següent categoria, tots tres informants tornen a coincidir en el fet que les famílies, en referència a mares i pares, passen per un sentiment de culpabilitat i responsabilitat de la situació. Tot i això, les educadores constaten la dificultat amb la qual es troben que les famílies comprenguin l'afectació cerebral de les seves filles i fills, és a dir, la condició biològica que no es pot ni decidir ni canviar. La quarta categoria d'aquesta dimensió tracta el desgast psicològic i emocional de mares i pares i, en aquesta categoria, els tres agents tornen a estar d'acord en l'esgotament i patiment de les famílies. Cites de les famílies que ho justifiquen són: "pateixes, però al final no pots més" o "joestic preparada, pensant en què pot venir en qualsevol moment el pitjor". Finalment, l'última categoria reflecteix la desconexió de mares i pares i la manca de resposta del sistema d'atenció social i de la salut. Per la seva banda, les famílies destaquen que: "passes una època que et mobilitzes molt, però també vas molt perdut" i, en consonància, les educadores reconeixen que aquestes: "van fent un camí que dona la sensació que no té resultats". Ambdues informants conclouen que les famílies es troben desorientades i sense recursos per afrontar la seva situació.

- **Consum de tòxics**

Pel que fa a la dimensió "consum de tòxics", la primera categoria recull el tractament de la persona addicta i, respecte a això, el treballador social exposa que si la família s'implica en el tractament, l'èxit d'aquest és més probable. Per contra, les famílies evidencien la dificultat

d'adhesió de les joves en un tractament, ja que “no tenen consciència de la seva malaltia”. D'altra banda, l'altra categoria d'aquesta dimensió fa referència a les situacions i conseqüències del consum, i famílies i educadores coincideixen en les difícils situacions que han de gestionar, però el professional de les addiccions afegeix que sovint el consum té la finalitat de pal·liar el dolor provocat pel trastorn.

- **Rol de germans/es**

En tercer lloc, en relació amb la dimensió del rol dels germans i germanes, educadores i famílies estan d'acord en el fet que els germans i germanes també pateixen molt i que, a més, és un patiment en segon pla, tal com s'anomena una de les dues categories de la dimensió. De fet, les educadores recalquen que s'han trobat amb casos de “germans amb traumes importants d'haver suportat una infància a remolc del seu germà o germana amb trastorn de conducta”. L'altra de les categories, la responsabilitat de germans i germanes en la situació, reflecteix que mentre les famílies asseguren que els germans i germanes tenen major capacitat de posar distància emocional a la situació, les educadores parlen de la importància en la comprensió dels germans i germanes i el suport per no dificultar encara més la situació.

- **Intervenció socioeducativa**

Quant a la següent dimensió, s'estructura la intervenció socioeducativa en diferents categories. Si es detalla la categoria anomenada “motor de canvi”, es pot veure com el treballador social ressalta l'autodeterminació de la persona: “és un tema d'elecció del subjecte” en referència a la decisió de la persona a acceptar ajuda d'experts. Per contra, les famílies diuen que: “és més forta l'addicció que la força de voluntat que poden tenir” i, per tant, aquest és un dels obstacles a treballar per transformar les seves realitats. És per aquest motiu, que les educadores, a la categoria de “metodologia” aposten per la reducció de danys i la modificació de l'entorn com a metodologies de treball amb aquestes persones. Per la seva banda, el professional expert en el consum parla també de la importància de generar un vincle amb la persona que s'atén. Finalment, a l'última categoria evidencia la falta d'empatia de les joves, tal com expliciten les famílies i les educadores i la necessitat, tal com diuen aquestes últimes, d'exercitar-la des d'edats primerenques.

- **Desadaptació i estigmatització social**

Respecte a la dimensió de “desadaptació i estigmatització social”, el primer que es destaca és el rebuig social, i així s'anomena la primera categoria, que pateixen les joves i les famílies. Aquestes últimes assenyalen que “a la gent li costa moltíssim d'entendre-ho”, mentre que les educadores expliquen que les joves pateixen “una soledat, rebuig per part de la societat” i el treballador social esmenta que quan parles de drogues i de salut mental, normalment hi ha un rebuig per part de la societat. En relació amb la categoria que tracta els drets de les joves, les educadores i les famílies argumenten que tenen dret a ser felices i es mereixen tenir una vida digna. De fet, les educadores afegeixen que, a més, “tenen dret a ser enteses com a disfuncional, no com a pejoratiu que no serveixen, sinó disfuncional en el sentit de funcionar diferent”. Per tancar la dimensió, les participants també parlen de la normalització de situacions i, concretament, la normalització de l'alcohol a la nostra societat i els costos que té aquest fet. Tant les educadores com les famílies arriben a aquesta conclusió i, el treballador social, comenta que el col·lectiu s'associa a “delinqüència, a vici, a joves que no volen estudiar...”.

- **Habilitats socials**

Les habilitats socials són la següent dimensió i, una categoria clau, és la comunicació. Tots tres agents conclouen que és molt difícil la comunicació i és una necessitat buscar alternatives. Per una banda, el professional de les addiccions assegura que “no hi ha un punt d’ancoratge amb la família i això dificulta la comunicació” i el mateix a la inversa “la falta de comunicació, al final, altera tot el que és la xarxa familiar”. És un peix que es mossega la cua. D’altra banda, i en consonància amb aquesta última idea, les famílies se senten frustrades amb la dificultat de comunicació que tenen amb les seves filles i fills i detecten que les joves “tenen la sensació errònia que tothom està contra ells, en lloc d’ajudar-los, tothom els jutja”. Per tot l’anterior, les educadores proposen treballar-la principalment amb la família en comptes de treballar-la amb les joves: “és més important que ho treballis a les membres que no estan afectades, perquè el membre que està afectat potser millorarà una mica, potser podrà entendre que hi ha coses que no pot fer”, però posa l’accent en incloure a la família per generar un entorn adaptat al màxim a les necessitats de la persona jove. Quant a l’altra categoria, les relacions interpersonals, les informants coincideixen en el component social del consum de tòxics, ja que, per una banda, les famílies exposen que han arribat a pensar que “el fet d’estar begut o drogat, els fa com desinhibir i recuperen per aquí les habilitats socials” i, d’altra banda, les educadores reconeixen que el consum és un tema complicat perquè és relacional.

- **Neurodiversitat**

Finalment, l’última de les dimensions fa referència a la neurodiversitat i, en aquest sentit, respecte a la primera categoria, les educadores destaquen que la informació que arriba a les joves “és esbiaixada i no completa, perquè no ho entenen”. I, la neurodiversitat, referida a la patologia dual, requereix una “intervenció molt més especialitzada” introduint diferents professionals, tal com diu el treballador social. En última instància, la categoria de “diagnòstics”, tant les educadores com el treballador social reconeixen la rellevància de detectar la neurodiversitat; “moltes vegades, la substància ha estat tapant durant molt de temps un possible diagnòstic”, comenta el treballador social i, les educadores socials, comparteixen que s’han trobat casos de joves “que han passat per psicòlegs, psiquiatres... I no s’ha detectat la neurodiversitat”.

5.2 Discussió

- **Falta de comunicació**

La primera línia a destacar i la més significativa, ja que tots els informants han coincidit en el missatge, és la falta de comunicació que existeix i les situacions que se’n deriven. Per part dels i les familiars es constata la impossibilitat d’establir canals òptims de comunicació amb les joves a causa del rebuig, precisament, de la voluntat de comunicar-se per part d’aquestes. Aquest distanciament, doncs, genera frustració i falta de confiança en el diàleg per part de la família, factor que obstaculitza encara més la relació. És per això, que Soriano (2020) exposa que als programes d’intervenció per a les famílies es treballen principalment quatre eixos, un dels quals és el desenvolupament d’habilitats comunicatives i emocionals, a més de la resolució de conflictes familiars, la modificació de conducta i l’establiment de límits. Per tant, la comunicació és un aspecte a l’ordre del dia en aquest sentit.

D'altra banda, cal destacar una de les aportacions de les educadores socials en aquesta investigació, ja que es ressalta la importància i l'eficàcia de treballar la comunicació principalment amb la família. La persona jove que presenta trastorn de conducta és el centre de l'acció, però aquesta idea fonamenta i justifica la intervenció amb les famílies per contrarestar les situacions complexes que viuen. Per la seva banda, l'altre professional del camp de les addiccions subscriu el missatge de les famílies que la comunicació és un pilar clau que, en molts casos, es veu afectat i va desgastant la unitat de convivència. Des de la literatura, Navarro-Martínez et al. (2013) també explicita la necessitat que les famílies coneguin mètodes alternatius de comunicació que permetin comprendre a l'infant o jove, alhora que fomenti canals eficaços de comunicació.

- **Modificació de l'entorn**

La modificació de l'entorn és una altra qüestió que també apareix a l'anàlisi i des de la qual es pot fer èmfasi amb la comunicació. En aquest sentit, Erro (2016) subratlla la coordinació de l'entorn com a resposta directa de les situacions complexes, és a dir, és vital que cada persona de l'entorn sigui conscient de la seva relació amb la persona afectada i que cadascú aporti, sempre des de la seva posició. Per la seva banda, les educadores argumenten que la modificació de l'entorn és un eix de la intervenció socioeducativa a través del qual es busca adaptar l'entorn a les joves. Si s'aconsegueix fer un treball amb la família, tal com explicita el professional en les addiccions, és molt més probable que el procés sigui exitós, ja que el conflicte no és del o la jove, sinó que rau en el conjunt de la família. Per tant, s'exposen més arguments favorables a la intervenció familiar que aporten i avalen aquest enfocament.

Una altra idea que fonamenta la intervenció amb la família, és la falta de consciència de la malaltia per part de les joves. Aquest fet dificulta molt l'adhesió a un tractament o l'acceptació d'ajuda exterior, i així ho expressen les famílies. Per tant, aquest factor també fomenta la recerca de vies alternatives d'intervenció que no siguin directament amb les joves, sinó que busquin donar eines i recursos a l'entorn per poder gestionar el dia a dia. Així doncs, com ja s'apunta en el marc teòric d'aquesta recerca, tant Zapata (2009) com la Cartera de serveis d'atenció a les famílies de persones amb trastorn mental greu i/o dependència de substàncies del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (2011), ressalten que la família, al formar part de l'entorn més proper de la persona jove, cal donar-li resposta a les seves necessitats i integrar-la en la intervenció o tractament com a part indispensable per al canvi. Clarament, doncs, enfocar la intervenció socioeducativa a les famílies i, fer-ho a través de les estratègies de comunicació, són eixos que s'extreuen de tota la informació aportada per les informants clau.

Per tant, queda reflectida una necessitat de millorar la comunicació intrafamiliar com a base que reforci les habilitats socials de la família i fomenti un apropament entre les membres d'aquesta.

- **Esgotament psicològic**

D'altra banda, també és molt rellevant l'esgotament psicològic de les famílies que manifesten i coincideixen les persones entrevistades, tant les professionals com les mateixes famílies. Aquest desgast genera una frustració i impotència que cal gestionar i canalitzar. És per aquest motiu, que s'evidencia la importància de dotar a les famílies de recursos. De la mateixa manera que s'explicita al marc teòric, la seva tasca educativa és complexa i, com a institució bàsica de socialització, ningú les prepara per ser-ho (Fernández i Secades, 2002).

- **Desconeixença i manca de resposta dels recursos i serveis**

Un altre punt determinant que s'ha detectat és la desconeixença per part de les famílies de recursos i serveis per donar resposta a les seves necessitats. Precisament, el naixement d'iniciatives com AFATRAC hi tenen a veure, ja que les famílies es troben desamparades davant les seves situacions i la manca de resposta de l'àmbit social. A l'inici de la investigació ja es fa referència a través del Síndic de Greuges (2019) que al context català hi ha una manca de serveis i recursos a les famílies en l'àmbit de la salut mental infantil i juvenil, fet que encaixa amb el testimoni de les famílies. Per tant, no és d'estranyar que, tal com plasmen les educadores i les famílies, aquestes últimes se senten perdudes a la recerca de professionals que les puguin ajudar, sense saber a on adreçar-se i no progressar en les seves situacions familiars.

- **Visibilització dels germans/es**

La perspectiva holística d'aquesta recerca en relació amb la família, reivindica la necessitat de veure la família com un conjunt, és a dir, contemplant les persones adultes responsables de la persona jove, però també els i les germanes que puguin haver-hi a cada unitat familiar. En aquest sentit, a través de la taula comparativa es pot apreciar com els i les germanes passen a un segon pla; les famílies parlen dels "grans oblidats" mentre que les educadores parlen d'haver "anat a remolc" en referència a aquestes persones. Per la seva banda, el professional de les addiccions argumenta que l'acció s'enfoca des del model sistèmic i, tal com exposa Ortiz (2008), aquest model permet plantejar una imatge integral de la família, és a dir, tenint en compte els diferents factors i agents que interaccionen en la unitat familiar. Per tant, és un altre aspecte a tenir en compte, incloure als i les germanes també en el procés de canvi i no només a les persones adultes de la família.

- **Estigmatització social**

Pel que fa a estigmes i prejudicis socials, les dues educadores coincideixen en el fet que la família no ha de tenir prejudicis ni estigmes en relació amb el consum, ja que aquests són contraproductius per a la transformació de les situacions. Ho diuen les educadores i, al marc teòric, també Zapata (2009) quan es destaca que la mirada de les famílies ha de denotar i reflectir confiança en la rehabilitació, competència i autonomia envers la persona jove. Àdhuc, famílies i les educadores estan d'acord amb la normalització d'algunes de les drogues a la societat; parlen bàsicament de l'alcohol i de l'acceptació social que té i els perills que això comporta de cara a les joves. Factors clau del consum de substàncies en edats primerenques, a més de tot l'exposat al marc teòric, són: la integració de l'alcohol en la nostra cultura i l'entorn social del consum (Aguilera, 2019). Així mateix, el professional de les addiccions reconeix el rebuig social que pateixen les persones en situació d'addicció. Aquest fet dificulta encara més el procés terapèutic o d'intervenció, arribant a produir resultats adversos i negatius (Pascual i Pascual, 2017). Les mateixes autores apunten que, fins i tot, l'estigmatització social de les famílies amb una persona en situació d'addicció és quelcom habitual i afecta l'ajuda de la unitat familiar vers la persona i el mateix benestar conjunt.

Finalment, es considera essencial destacar el dret de les joves a ser enteses com a disfuncional en el sentit de funcionar diferent i, per tant, comprendre-les en la seva diferència, tal com ho transmeten i reivindiquen les educadores. L'acceptació de la situació no és fàcil per part de les

famílies, però, com aquestes últimes asseguren: totes les parts pateixen molt i és responsabilitat de totes sortir-se'n.

5.3 Conclusions

Arribat aquest punt, es reflecteixen les conclusions de tot el procés d'investigació on es tracten les línies de futur respecte a la recerca, les limitacions d'aquesta i les consideracions finals com a evidències dels aprenentatges i competències assolides amb aquest treball.

- **Línies de futur**

Quant a les línies de futur, cal subratllar la necessitat de seguir explorant la relació entre els trastorns de conducta i la comunicació familiar. La comunicació, independentment del context del qual es parli, és fonamental per a les relacions humanes. En moltes ocasions, aquestes relacions estan condicionades per la comunicació que s'estableix. Després d'evidenciar les mancances en aquest àmbit amb les famílies com a subjectes de la investigació, es fa palès la relació que existeix entre aquestes dues variables, per tant, el present treball obra una via de recerca per aprofundir en aquesta qüestió i donar resposta a una necessitat tan bàsica com és la d'interrelació i interacció entre les membres d'una família. En aquest sentit, la càpsula formativa de la Comunicació No Violenta realitzada és un primer pas cap a la intervenció familiar de caire comunicatiu per reestructurar les relacions entre les persones d'una mateixa família. La intervenció, fruit de la recerca feta, ha permès oferir eines comunicatives a les famílies per gestionar la quotidianitat de les situacions que viuen. Tal com evidencia de la Torre (2018), no es pot exigir a una altra persona que posi en pràctica una comunicació sense violència, sinó que cal brindar oportunitats a la resta d'expressió i llibertat comunicativa. En aquest sentit, la càpsula formativa ha tingut la mateixa finalitat; oferir estratègies comunicatives per a què, cada família, n'extragués allò que més s'adequava a la seva situació, sense pretendre ser una solució absoluta ni universal.

Tot i això, encara queda molt camí per satisfer aquesta necessitat. Si es parteix des de la premissa de treballar directament amb les famílies per transformar les seves situacions, es pot arribar a determinar els estils comunicatius de cadascuna d'aquestes i els aspectes a millorar que cadascuna, en la seva particularitat, pot desenvolupar. La Comunicació No Violenta també opera des d'aquesta lògica, ja que no responsabilitza a una sola persona d'un conflicte, sinó que convida a repensar la situació des de la responsabilitat pròpia de cadascú, posant l'èmfasi en la conscienciació de cada persona en l'acte comunicatiu (Sánchez, 2019). Si es trasllada a l'objecte d'aquest estudi, la responsabilitat de les situacions no recau sobre la persona jove que presenta trastorn de conducta i comorbiditats i que consumeix, sinó sobre totes les persones que interactuen en un context determinat, ja que totes formen part de la situació i, per tant, també de la millora d'aquesta. L'atenció individualitzada, focalitzada en cada família, és una altra via d'investigació a través, per exemple, d'estudis de cas que se centrin en aquesta temàtica.

D'altra banda, cal destacar que la Comunicació No Violenta no és l'únic recurs òptim per les famílies que es troben en aquestes situacions, sinó que la comunicació es pot desenvolupar a partir d'altres mecanismes i estratègies amb la mateixa validesa. En aquesta recerca s'ha optat per aquesta metodologia perquè s'adequa a les necessitats de les participants a nivell general. Com s'ha comentat anteriorment, si la recerca se centrés en un cas familiar en particular, per

exemple, les estratègies podrien enfocar-se diferent en funció de les necessitats específiques de la família en qüestió.

- **Limitacions de l'estudi**

En referència a les limitacions del present estudi, cal mencionar la pandèmia de la Covid-19 i les restriccions i mesures que ha generat. A qualsevol context, la situació sociosanitària ha sigut protagonista com a condicionant clau a l'hora d'obrar i, en aquest sentit, ha implicat una dificultat en la recerca a tots els nivells. En aquesta línia, la virtualitat imposada ha condicionat les trobades amb les famílies, així com les entrevistes amb les professionals, fent que la comunicació, pilar d'aquesta investigació, es veiés afectada. Certament, aquest fet és una moneda de dues cares, ja que les noves tecnologies permeten relacionar-nos sense sortir de casa amb les facilitats que això comporta, tanmateix, determina l'espai de trobada sense marge de maniobra i, tenint en compte la importància que té l'espai en la comunicació, és un obstacle molt rellevant. A més, cal esmentar la distància que impera a l'hora d'interaccionar des d'una pantalla en comptes de fer-ho directament amb les persones participants.

Una altra limitació, respecte a la Comunicació No Violenta, és l'aplicabilitat d'aquesta, ja que no és practicable en tots els contextos ni moments de la mateixa manera. Aquest aspecte és difícil d'entendre i complex de treballar, però davant de situacions límit, certament es poden dur a terme diferents estratègies comunicatives basades en aquesta metodologia pacífica, tanmateix, cal ser conscients dels límits que té i, alhora, requereix molta pràctica i desenvolupament. Per tant, és important tenir en compte que no és la resposta a totes les situacions, ni tampoc és un manual de la comunicació, sinó una eina determinada per les situacions i els contextos.

En última instància, cal considerar la dificultat d'analitzar la complexitat de les dades qualitatives recollides. Tot i ser un procés estructurat i pautat, en el cas de l'anàlisi de contingut, requereix una interpretació raonada i fonamentada que justifiqui uns resultats propers a la realitat i contrastats. En aquest sentit, classificar i categoritzar la informació és una tasca curosa i complicada que, després de realitzar-la, representa un eix vertebrador que permet planificar i programar la intervenció.

- **Consideracions finals**

Finalment, com a colofó del procés, es plasmen les consideracions finals de la recerca. En aquest sentit, la primera consideració gira entorn a l'autonomia que s'ha desenvolupat al llarg de tota la investigació, un dels aprenentatges més rellevants del treball, ja que l'autogestió i la presa de decisions permeten anar construint una recerca i una intervenció a través de la interacció amb el context que s'estudia i establir una relació bidireccional en què el context nodreix la investigació i aquesta última també aporta al context.

D'altra banda, també s'ha aprofundit en les competències relacionades amb la recollida i anàlisi de la informació, ja que la fase analítica de la recerca demostra la posada en pràctica de la planificació dels instruments, la selecció de les persones participants, el desenvolupament d'estratègies d'investigació, etc. Per tant, ha significat una oportunitat per integrar i transferir aquests coneixements, de la mateixa manera que l'anàlisi de dades, mitjançant l'anàlisi de contingut, facilita la integració del procés transversal d'una recerca socioeducativa. Seguint la mateixa línia, pel que fa a la recerca de la literatura, ha permès delimitar l'estudi i aproximar-lo

a la realitat, tot i això, al tractar-se d'una recerca qualitativa en què el context varia i influencia a la investigació, no es va poder planificar tot des d'un principi. Aquest és un dels grans aprenentatges del treball, el fet de trobar-se amb imprevistos o haver d'adaptar-se a les situacions i canvis que sorgeixen.

El fet de compartir les diferents investigacions amb altres alumnes d'altres graus i intercanviar experiències des de la interdisciplinarietat investigadora, també és un aprenentatge del projecte dut a terme. Els coneixements i el suport que aporta posar en comú els diferents enfocaments, objectius, metodologies, etc., de cada investigació, són elements que enriqueixen encara més el procés, dotant-lo d'una perspectiva més transversal.

Els aprenentatges no només fan referència a la investigació, sinó que el fet de programar, desenvolupar i avaluar la intervenció, també pot considerar-se una via professionalitzadora que valida i consolida el projecte, al mateix temps que dona continuïtat i permet transferir la recerca a la intervenció socioeducativa. Així doncs, tradueix tota la fonamentació teòrica i les necessitats detectades, en un recurs planificat precisament per donar-hi resposta. D'aquesta manera i, tenint en compte l'àmbit comunicatiu que s'ha tractat en aquest estudi, es brinda una proposta d'innovació per desenvolupar amb les famílies de joves que presenten trastorn de conducta i comorbiditats i que consumeixen algun tipus de substàncies. L'enfocament holístic de les situacions que viuen, ha propiciat centrar el procés en el conjunt de la família visibilitzant-la i fent-la partícip del desenvolupament d'eines i recursos per al canvi.

En definitiva, aquest treball consolida les estructures fonamentals de recerca i intervenció socioeducatives que integren i desenvolupen les competències professionals de l'educació social. Com diu la Comunicació No Violenta, cal "transformar la femta en adob", com a base de transformació de les situacions complexes en oportunitats de creixement i aprenentatge.

6. Bibliografia

Agència de Salut Pública de Catalunya (2020). *Informe dels resultats per a Catalunya, ESTUDES 2018*. Recuperat de

<https://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/epidemiologia/2018/INFORME-ESTUDES-2018.pdf>

Aguilera, D. (2019). Normalización del consumo de alcohol como factor de riesgo. [Treball Final de Grau, Universidad de la Laguna]. Recuperat de <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/15512>

Albert, M. J. (2007). *La investigación educativa. Claves teóricas*. Mc Graw Hill.

Aliaga, F.M., Gutiérrez-Braojos, C. i Fernández-Cano, A. (2018). Las revistas de investigación en educación: Análisis DAFO. *Revista de Investigación Educativa*, 36(2), pp. 563-579. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/rie.36.2.312461>

Apud, I. i Romani, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, vol. 16, núm. 2, 2016, pp. 115-125. Recuperat de <https://www.redalyc.org/pdf/839/83946520005.pdf>

American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Editorial Médica Panamericana.

Balderas, I. (2013). *Investigación cualitativa. Características y recursos*. Programa de Doctorado en Educación. Universidad Autónoma de Tlaxcala, México. Recuperat de <https://www.eumed.net/rev/caribe/2013/08/investigacion-cualitativa.pdf>

Betina A. i Contini, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, vol. 12, núm. 23, pp. 159-182. Recuperat de <https://www.redalyc.org/pdf/184/18424417009.pdf>

Blasco, T. i Otero, L. (2008). Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista. *Nure Investigación*, núm. 33. Recuperat de <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/408>

Bosque-Prous, M. i Brugal, M. T. (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 30, pp. 99-105. Recuperat de <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.020>

Buss, M., López, M. J., Rutz, A., Coelho, S., de Oliveira, I. C. i Milka, M. (2013). Grupo focal: Una técnica de recogida de datos en investigación cualitativa. *Índex de Enfermeria*, vol. 22, núm. 1-2. Recuperat de <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100016>

Caballo, V. E. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI de España Editores.

Crespo, J. M. (2011). Bases para construir una comunicación positiva en la familia. *Revista de Investigación en Educación*, nº 9 (2), 2011, pp. 91-98. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4731297>

De la Torre, P. (2018). *Fundamentos y prácticas de Comunicación No Violenta*. Arpa Editores, Barcelona.

Departament de Salut (2011). *Cartera de serveis d'atenció a les famílies de persones amb trastorn mental greu i/o dependència de substàncies*. Generalitat de Catalunya. Recuperat de <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5407>

Echeburúa, E., Salaberría K. i Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 32, (1), pp. 65-74. Recuperat de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v32n1/art07.pdf>

Erro, J. (2016). Saldremos de esta: guía de salud mental para el entorno de la persona en crisis. Editorial: Primera Vocal. Recuperat de <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/5147>

Fernández, J. R. i Secades, R. (2002). Intervención familiar en la prevención de drogodependencias. *Ministerio del Interior, Plan Nacional sobre Drogas*. Recuperat de www.prevencionfamiliar.net/uploads/PDF/FHermida_Secades_2002_Intervencion_familiar.pdf

Martín-Navarrete, R. i Szerman, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud Mental*, 38, 4, pp. 395-396. Recuperat de www.scielo.org.mx/pdf/sm/v38n6/0185-3325-sm-38-06-00395.pdf

Méndez, L. (2012). Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud Colectiva*, 8, (1), pp. 9-24. Recuperat de <https://www.redalyc.org/pdf/731/73123964002.pdf>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). Plan de Acción sobre Adicciones. Centro de Publicaciones
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperat de https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD_2018-2020_FINAL.pdf

Navarro-Martínez, E., Valadez-Sierra, M., Soltero-Rodríguez, N., Zambrano-Guzmán, R., Nava-Bustos, G. i Sandoval-Martínez, J. (2013). Programa de entrenamiento cognitivo conductual para padres de niños con trastorno del espectro autista. *Revista de Educación y Desarrollo*, 25, pp. 71-76. Recuperat de https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/25/025_Navarro.pdf

Ortiz, D. (2008). La terapia familiar sistémica. Editorial: Abya-Yala/UPS. Recuperat de <https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/6096>

Pascual, M. i Pascual, F. (2017). El estigma de la persona adicta. *Revista Adicciones*, vol. 29, núm. 4, pp. 223-226. Recuperat de <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289153037001.pdf>

Pérez, J. (2011). Óbito y resurrección del análisis DAFO. *Revista Avanzada Científica*, vol. 14, núm. 2, pp. 1-11. Recuperat de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3701384>

Ribas-Siñol, M., Del Prado-Sánchez, N., Claramunt-Mendoza, J., Civit-Ramírez, M., Canalias-Pérez, O. i Ochoa, S. (2015). Adolescentes multiproblemáticos: consumo de tóxicos y trastorno mental en jóvenes que delinquen. *Actas Esp Psiquiatr*, 43, (6), pp. 197-204. Recuperat de https://www.researchgate.net/profile/Maria_Ribas/publication/286862179_Troubled_adolesc

[ents Substance abuse and mental disorder in young offenders/links/583e6de308ae8e63e61514e6/Troubled-adolescents-Substance-abuse-and-mental-disorder-in-young-offenders.pdf](https://www.researchgate.net/publication/272681780_Adicciones_psicologicas_y_los_nuevos_problemas_de_salud)

Roca, E. (2003). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. ACDE Ediciones.

Rodríguez, C., Lorenzo, O. i Herrera, L. (2005). Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. Proceso general y criterios de calidad. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, vol. 15, núm. 2, pp. 133-154. Recuperat de <http://148.202.167.116:8080/xmlui/handle/123456789/1038>

Romaní, O. (2013), Reducción de daños y control social, ¿de qué estamos hablando? En Martínez Oró, D. i Pallarés, J. (2013) *Riesgos y placeres. Manual para entender las drogas*. Editorial Milenio.

Salas, E. (2014). Adicciones psicológicas y nuevos problemas de salud. *Revista Cultura*, 28, pp. 111-146. Recuperat de https://www.researchgate.net/publication/272681780_Adicciones_psicologicas_y_los_nuevos_problemas_de_salud

Sánchez, J. (2019). *Introducción a la Comunicación No Violenta*. Editorial Acanto, Barcelona.

Senra, M. (2010). Educar en habilidades sociales para prevenir el abuso de alcohol en la adolescencia. *REOP*. Vol. 21, Nº 2, pp. 423-433. Recuperat de <http://revistas.uned.es/index.php/reop/article/view/11556>

Síndic de Greuges de Catalunya. (2019). El dret a la salut mental infantil i juvenil: garanties en l'accés i l'atenció als centres residencials. Recuperat de www.sindic.cat/site/unitFiles/6677/Informe_drets_salut_mental_nov19_cat_def.pdf

Soriano, A. (2020). Programa de entrenamiento para padres de niños con trastorno disocial. [Treball Final de Grau, Universidad Miguel Hernández]. Recuperat de <http://193.147.134.18/bitstream/11000/6324/1/Trabajo%20de%20Fin%20de%20Grado-Almudena%20Soriano%20Parras.pdf>

Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, vol. 20, núm. 4, pp. 315-319. Recuperat de <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289122048001.pdf>

Torrens, M., Mestre-Pintó, J. I., Montanari, L., Vicente, J. i Domingo-Salvany, A. (2017). *Adicciones*, vol. 29, núm. 1, pp. 3-5. Recuperat de <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/933>

Zapata, M. A. (2009). La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *CES Psicología*, vol. 2, núm. 2, pp. 86-94. Recuperat de <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423539413007.pdf>

7. Annexes

7.1 Taula comparativa de l'anàlisi de contingut

A continuació s'exposa l'anàlisi clàssic de contingut que integra les dues entrevistes a professionals i el grup focal, eixos de la recollida de la informació qualitativa de la recerca. Per fer-ho, es classifiquen en dimensions i categories totes les dades, així com l'especificació de les parts que han facilitat la informació de la següent manera:

	Dimensions	Categories	Les famílies (mares, pares, germans i germanes)	Professionals de la intervenció familiar	Professional de la intervenció amb el consum
	Mares i pares de la família	Concepció de família	Tots intentem que això funcioni, però és un sobreesforç per part de tots.	Quan un dels membres de la família té un problema, el problema és de tot el conjunt que forma la família.	En la familia, el sujeto al final la identidad queda borrada, suplantada. Es decir, no tiene personalidad, en muchos casos no hay un punto de anclaje con la familia.
		Expectatives i futur	Sempre tenim l' esperança . Si alguna cosa hem après tots els que estem aquí és intentar no tenir gaire expectatives, però sí esperança . El dia a dia i para de comptar.	"L'efecte pastilla": portes al fill un psicòleg, on el deixes sol amb el psicòleg i tu te'n vas. Aprofites per fer una volta, després el vas a recollir i te l'endús.	Si tú haces un trabajo previo con la familia, eso puede ayudar a crear una base que en el futuro consiga acercarse más al joven.
				La família té l' esperança en una solució. Quan això no avança més, el professional li dona l'alta i et deriva a un altre.	Al final la familia lleva una mochila de muchas preguntas. ¿Por qué consumen? Si hay un problema de salud mental, ¿qué ha sido antes, el consumo o la enfermedad o patología?
		Acceptació de la situació	Passes una època de sentiment de culpabilitat.	No hi ha un culpable , sinó el que passa és circumstancial i tots els membres de la família han o poden aportar.	La familia también se siente responsable de la situación.

		Quan es tracta de fills, que vols que siguin el més feliços possibles i que puguin tenir una vida digna, a pesar de tot.	Costa molt fer entendre que és un tema cerebral, és un tema biològic , que aquest cervell és disfuncional.	
	Desgast psicològic i emocional	Pateixes, però al final no pots fer més. El que no vull estar és tota la nit patint. Estàs patint, intentes posar una mica de distància, la que pots perquè estàs molt implicat emocionalment.	Són persones que estan molt deteriorades perquè porten molts dols que no estan treballats ni acceptats. Situació d'esgotament psicològic i emocional .	Las familias con hijos o hijas o familiares consumidores hay un desgaste muy importante.
		Jo estic preparada, pensant en què pot venir en qualsevol moment el pitjor.	Són persones que tenen ja una càrrega emocional no treballada.	Transmitirles cómo cuidarse, porque si no acabarán muy hechos polvo en el proceso.
		No nos podemos exigir más. Hacer todo lo que podemos intentando sufrir lo menos posible, sabiendo que lo estamos haciendo. Todos sufrimos.		
		Com a familiar, vius una situació que t'atrinxeres . Hi ha familiars que tanquen amb clau les habitacions.		
	Desconeixença i manca de resposta	Totes, en un moment o altre, han passat un moment d'anar com un cec, sense tenir ni idea d'on anar, on dirigir-te...	Des que els nens són petits, les famílies van de professional en professional . Tota la vida, el nen va de despatx en despatx, de metge en metge, de consulta a consulta... Van fent un camí que dona la sensació que no té resultats.	

			Passes una època que et mobilitzes molt, però també vas molt perdut .	És molt bèstia quan no tens els mitjans i confies amb els professionals i, després, aquests pel que sigui: per error, per baixa incidència... És tot molt ambivalent.	
	Consum de tòxics	Tractament de la persona addicta	Normalment, són malalts que no tenen consciència de la seva malaltia , ni del trastorn mental ni de l'addicció.		Si la familia se implica porque el sujeto le deja, normalmente el éxito es más alto, porque trabajamos desde el modelo sistémico .
		Situacions i conseqüències	Un dels moments tensos és quan et demanen els diners, i no els demanen sinó que els exigeixen, perquè volen fer aquest consum. Quan estan en situació d'intoxicació, és impossible parlar amb ells. Impossible. Esperes que estiguin més tranquils i llavors és quan no els tens mai a casa.	Violència intrafamiliar , violència ascendent. Tendència a la desadaptació social : a viure al carrer, conductes de risc, conductes de robar, sexe amb desconeguts... Conductes delictives contra els altres: robar, actes vandàlics... Conductes autolítiques , conductes suïcides .	Muchas personas que consumen drogas y que tienen un diagnóstico en salud mental que la consumen para paliar, precisamente, y para reducir el dolor que le provoca la salud mental.
	Rol de germans/es	Responsabilitat	Els germans tenen més capacitat de posar distància entre ells.	S'haurà de veure si la situació que els toca se'n voldran fer càrrec o no, perquè la situació que el toca és molt complexa.	
			Ens recriminava que nosaltres no féssim res.	Sobretot que entenguin la situació, que ajudin en el sentit de no posar més pals a les rodes.	
		Patiment en segon pla	Tots dos germans han patit molt.	És molt important no posar-li una responsabilitat respecte als nois i noies, perquè molts d'ells estan molt fets pols.	

		Crec que els grans oblidats són els germans, perquè els pares ens aboquem al fill que té la problemàtica, els terapeutes ens veuen al fill que té la problemàtica i als pares, però als germans ningú els veu.	No és just carregar a un altre fill. Ens hem trobat germans amb traumes importants d’haver suportat una infància a remolc del seu germà o germana amb trastorn de conducta.	
Intervenció socioeducativa	Motor de canvi	És més forta l’addicció que la força de voluntat que poden tenir.	Aquestes persones necessiten reconnectar-se. Trobar espais de participació social que també li esdevinguin a aquesta família un retorn.	Es un tema de elección del sujeto. Eso solo pasa porque la persona quiera. Si no hay una decisión propia de ponerse en manos de expertos, es complicado.
			Nosaltres hem rebutjat intervencions pel que nosaltres diem “ sobreintervenció ”.	Pasa por un trabajo de mucha paciencia, sobre todo si son jóvenes, de poder hacer un trabajo de vinculación .
	Metodologia	Quan la persona no reconeix que té un problema, ja pots anar-li dient que tu vols ajudar-la a resoldre el problema, però et nega la premissa major i, llavors, les estratègies de comunicació han d’anar cap a un altre cantó i tampoc som experts.	Nosaltres treballem amb la metodologia de la reducció de danys i la modificació de l’entorn. Modificar l’entorn vol dir la família. És molt adaptar l’entorn a ells .	La palabra o acción clave es el vínculo. Si se consigue vincular con la persona, vas a poder efectuar acciones de prevención, de sensibilización, de información...
				Con la familia se tiene que hacer un trabajo muy de contención. De asesoramiento también, pero sobre todo de contención. De aprender a manejar situaciones relacionadas con la agresividad, de poner límites .
	Empatia	Els addictes són nois molt egoistes, no empatitzen gaire amb els altres.	Pensem que no es treballa prou en edats primerenques tot el tema d’exercitar l’empatia . És una de les coses més danyades que ells tenen.	

	Desadaptació i estigmatització social	Rebuig social	Són situacions molt dures, que si no ho vius, a la gent li costa moltíssim d'entendre-ho.	Una soledat, rebuig per part de la societat i amb qui s'acaben relacionant? Doncs amb gent que tendeix a la desadaptació social; outsiders . Quan tot l'entorn és desadaptat, el nano que creix desadaptat, té "èxit social" amb la seva família	Quando hablas de drogas y de salud mental a la sociedad, normalmente hay como un rechazo , siento como un rechazo.
		Els seus drets	Quan es tracta de fills, que vols que siguin el més feliços possibles i que puguin tenir una vida digna, a pesar de tot.	Això és una cosa que costa molt, de treballar amb les famílies que el teu fill, primera, és diferent, i en la seva diferència té dret a ser feliç, té dret a tenir amics, té dret a estar acceptat.	
			Crec que es mereix tenir una altra oportunitat, perquè és un noi que s'ho mereix.	Tenen dret a ser enteses com a disfuncional, no com a pejoratiu que no serveixen, sinó disfuncional en el sentit de funcionar diferent .	
		Normalització de situacions	Normalitzem coses que no són normals. Les situacions que viuen les famílies, perquè ells també pateixen, no hem d'oblidar que són personas malaltes .	Hi ha bastant desconeixement i hipocresia respecte al tema de l'alcohol . Com que és un tema socialment acceptat, no es veu amb tanta importància.	No es un colectivo bien visto. ¿A qué se asocia normalmente? A delincuencia, a vicio, a jóvenes que no quieren estudiar... Cuando, detrás de eso, lo que hay es otra cuestión.
			Tot està molt normalitzat. Mires qualsevol pel·lícula i tothom beu com si fos aigua. El més normal del món. Jo crec que ells ho tenen molt integrat, perquè és molt normal.		
	Habilitats socials	Comunicació	La capacitat manipulativa que tenen és enorme. Jo em quedo	Tu pots treballar la comunicació si vols, però és més important que ho	No hay un punto de anclaje con la familia y eso dificulta la comunicación,

			parat de la capacitat de tergiversar i de jugar.	treballis a les membres que no estan afectades, perquè el membre que està afectat potser millorarà una mica, potser podrà entendre que hi ha coses que no pot fer.	eso conlleva un desgaste de la unidad familiar.
			La comunicació funciona si els dos comunicants volen comunicar. Si hi ha un que es tanca, és molt complicada. És de les parcel·les on em sento més frustrat.	Pots arribar a treballar-ho una mica, però no a la profunditat que la millora generi un ambient familiar fantàstic, sinó que és millor que els altres ho acullin amb normalitat, perquè passarà.	La falta de comunicació , que eso, al final, altera todo lo que es la red familiar.
			És cert que la comunicació no verbal moltes vegades ens delata , perquè tenim pors i ells ho detecten.		
			És complicat comunicar-se perquè tenen la sensació errònia que tothom està contra ells. En lloc d'ajudar-los, tothom els jutja .		
		Relacions interpersonals	He arribat a pensar que era un tema relacionat amb les mancances d'habilitats socials. El fet d'estar begut o drogat, els fa com desinhibir i recuperen per aquí les habilitats socials.	El tema de les drogues també és un tema complicat i complex, més que res perquè és relacional .	No tienen un lugar donde poder estar. Eso hace que, junto con la falta de comunicación con la familia, haya un tema a nivel de ítems o de estructura que haya que poder poner énfasis.
Neurodiversitat	Salut mental		Normalment, són malalts que no tenen consciència de la seva malaltia , ni del trastorn mental ni de l'addicció.	Són cervells disfuncionals , no hi ha una lògica darrere els seus actes molts cops.	Cuando hay un tema de salud mental y consumo, hay que introducir otros profesionales, hay que introducir una intervención mucho más especializada.
				La informació que els hi arriba és esbiaixada i no completa, perquè no ho entenen .	

		Diagnòstics		Ens estem trobant amb nois i noies que han passat per psicòlegs, psiquiatres... I no s'ha detectat la neurodiversitat. Quan nosaltres ho detectem i els portem a que els diagnostiquin correctament.	La importancia del diagnóstico inicial . Muchas veces, la sustancia ha estado tapando durante mucho tiempo un posible diagnóstico.
				Trastorn de conducta està molt relacionat amb lòbul prefrontal .	

7.2 Sessió de retorn amb les famílies participants a través d'AFATRAC

Per tal de fer arribar l'anàlisi i les conclusions de la recerca, es realitza una trobada amb les famílies mitjançant AFATRAC, per exposar els resultats de la investigació, així com una càpsula formativa relacionada amb la Comunicació No Violenta (CNV), estratègia que es proposa com a resposta a les necessitats detectades per l'estudi.

FITXA DE LA SESSIÓ		
NOM DE LA SESSIÓ Retorn i introducció a la CNV		DATA DE REALITZACIÓ 21/05/2021
TIPUS DE SESSIÓ Retorn de la recerca i càpsula formativa		
GRUP PARTICIPANT Famílies d'AFATRAC	DURADA 2h MOMENT DEL DIA 18.00h – 20.00h	Nº PARTICIPANTS 6 Nº EDUCADORS/ES 1
ESPAI Trobada virtual (Google Meet).	MATERIAL NECESSARI - Llibre: Fundamentos y prácticas de la Comunicación No Violenta (Pilar de la Torre). Llibre: Introducción a la Comunicación No Violenta (José Gerardo Sánchez).	
OBJECTIUS - Compartir els resultats i les conclusions de la recerca a les famílies de primera mà. - Proposar estratègies de la Comunicació No Violenta.		
DESCRIPCIÓ DE LA SESSIÓ La trobada està estructurada en dos grans blocs: el primer de retorn de la investigació a les famílies que han col·laborat amb aquesta i, en segon lloc, una introducció a les estratègies pràctiques de la Comunicació No Violenta. <u>Bloc I</u> Pel que fa a la recerca, comentar molt breument el recorregut que ha tingut aquesta des del seu inici fins al final, per explicar com s'ha dut a terme. S'exposa amb l'ajuda visual del cronograma de la investigació, detallant en cada fase, les principals accions que s'han desenvolupat. Seguidament, per tal que l'exposició sigui dinàmica i visual, es mostra el núvol de paraules del grup focal que va tenir lloc a finals de febrer, com a curiositat de les paraules que més van aparèixer. Finalment, tanca el primer bloc del retorn de la recerca unes línies generals de l'anàlisi i conclusions d'aquesta. En primer lloc, es constata les dificultats en la comunicació. Aquesta és la necessitat principal que s'ha detectat, la falta de comunicació i els perjudicis que comporta. Per contrarestar-ho, les educadores socials d'Educadors Familiars proposen centrar el desenvolupament d'habilitats comunicatives amb la família, és a dir, posar el focus comunicatiu en el conjunt, no només a la persona jove. És interessant perquè deixa de posar tota la responsabilitat del canvi a la persona per implicar-hi activament a la família. Molt relacionat amb aquest punt, la modificació de l'entorn evidencia la importància d'adaptar precisament aquest entorn de la persona a les seves necessitats i condicions. L'especialista en addiccions, comenta que fer un treball d'adaptació amb la família fa molt més probable l'èxit. Ja veieu, que el paper de la família és crucial i no crec que us vingui de nou, però així s'evidencia la importància que reivindico amb aquesta investigació de treballar amb		

les famílies per donar eines de tot el que acabo de comentar. Visualitzar que les situacions les viu tota la família, no només la persona, no només pateix la família o només la persona, sinó que tothom hi està implicat.

D'altra banda també es constata precisament això, l'esgotament psicològic i emocional de les famílies, comprenent totes les persones membres de la família. Aquí vull posar l'èmfasi en els germans i la importància de cuidar-se igual que mares i pares. Finalment, es reflecteix la desconexió de serveis i recursos del sistema de salut i social per donar resposta a les necessitats de les famílies i les joves. D'això, prenem nota les professionals, ja que forma part de la nostra tasca donar a conèixer els diferents serveis i recursos i, quan no s'adaptin a les necessitats de la població, adaptar-los.

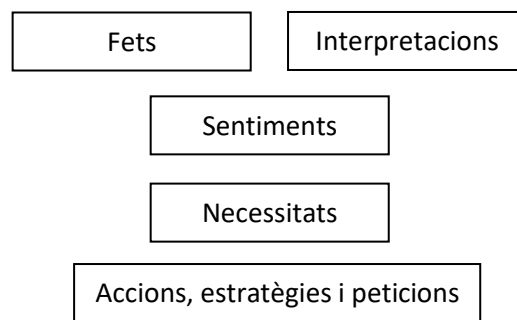
Si algú té alguna cosa a dir, la pot comentar, sinó, passem al segon bloc de la trobada.

Bloc II

En referència al segon gran bloc, es proposa una càpsula formativa en relació amb la Comunicació No Violenta, una metodologia que encaixa com a resposta a les necessitats detectades amb les famílies amb filles i fills que presenten trastorn de conducta i/o comorbiditats. Per què és important el que es tractarà a continuació? Perquè permet fixar-nos en com ens comuniquem i adonar-nos si som violentes o no, perquè moltes vegades no en som conscients i transmetem un missatge molt diferent del que realment volem transmetre.

Les emocions són com les llumetes del quadre de comandament del cotxe, ens alerten que passa alguna cosa dins nostre, però no ens diuen exactament què és. Aquí entra en joc la Comunicació No Violenta, per donar-nos eines per reconèixer el que ens passa i afrontar-ho de manera respectuosa i conciliadora amb nosaltres mateixes i amb la resta. Un aclariment bàsic d'aquesta metodologia és que planteja la comunicació interna amb un o una mateixa des de la qual, poder comunicar a la resta. Sense una bona comunicació interna no podem comunicar-nos eficaçment amb el nostre entorn.

La base de la càpsula formativa girarà entorn al que es coneix com a mapa per llegir la vida interior, que compta amb 5 elements bàsics (Sánchez, 2019):



Identificar cadascun d'aquests elements ens permetrà establir canals de comunicació òptims per fomentar el diàleg i la interrelació. Per tant, tractarem cadascun d'aquests elements per diferenciar-los de la resta i per comprendre que, un cop apliquem el mapa a la nostra vida, deixem la violència comunicativa a un costat per entendre'ns millor a un o una mateixa i a la resta de persones.

1. Fets

Són els esdeveniments que succeeixen de manera objectiva. No hi ha un judici de valor, sinó que són els relats fidels a la realitat, sense cap mena de manipulació ni difuminació del succés. Els fets els hem de veure com si gravéssim l'escena amb una càmera. Què enregistrarien les imatges i què no? Per exemple, tenir la casa feta un desastre és una interpretació, el que realment és un fet, pot ser que la casa està més o menys desendregada o, simplement, està organitzada d'una manera diferent de la que una persona pot estar acostumada. O també: que una filla o fill parli sense

educació a la seva mare o pare. Això últim és una interpretació del fet, el fet podria ser que la persona jove parli amb un to autoritari o amb insults o alçant la veu, etc., a la seva mare o pare. És important distingir els fets de les interpretacions perquè aquestes últimes poden jugar una mala passada.

2. Interpretacions

Com diu Nietzsche, “no hi ha fets, hi ha interpretacions”. Com ja hem pogut veure, les interpretacions són els judicis de valor, les avaluacions, els diagnòstics, etc., que fem d’un succés. És a dir, són tots els pensaments que tenim respecte a un fet, però no el fet en si. És per això que les interpretacions també es coneixen com a pseudo-sentiments, ja que poden semblar sentiments, però realment ho són? La resposta de la Comunicació No Violenta és no. Alguns exemples d’aquests pseudo-sentiments són: quan una persona se sent intimidada, utilitzada, manipulada, humiliada, oblidada, incompresa, jutjada, criticada, ignorada, atacada, maltractada, forçada, rebutjada, traïda, abandonada, atrapada, envaïda o obligada. Això no són sentiments, sinó pensaments, interpretacions que fem. Els sentiments es troben més endins. Si caiem en aquest parany, entreguem el 100% del nostre poder a la persona que ha actuat, perquè la responsabilitzem dels nostres sentiments.

Exercici: pensar en un fet d’avui o recent per veure el fet real o si pensem en clau d’interpretació del fet. Poso un exemple: el meu pare s’ha enfadat amb mi perquè no he anat a tirar les deixalles. Això és una interpretació, ja que el fet d’enfadar-se no neix perquè jo no hagi tirat les deixalles, sinó que, probablement, el seu sentiment de frustració, d’enuig neixi de la seva necessitat de tenir la casa neta, per exemple. Podem compartir exemples i analitzar-los conjuntament.

3. Sentiments

Són les alertes que hem comentat anteriorment amb el paral·lelisme del quadre de comandament del cotxe. Ens avisen d’alguna cosa. Ningú ens ensenya a estar en contacte amb els nostres sentiments i a llegir-los. No és una tasca gens fàcil identificar-los i comprendre’ls. És més, normalment ens han educat a evitar i girar l’esquena als sentiments més dolorosos o complicats de gestionar. Si fem això, no estem donant resposta al que ens passa, mantenim el conflicte intern. El que volem és, excusant la informalitat, **transformar la merda en adob**. Per tant, és important aturar-se quan notem que ens passa alguna cosa.

És molt important distingir que els fets no són causa dels nostres sentiments, sinó un estímul. Què vol dir això? Doncs que els fets no comporten uns sentiments, sinó que obren la porta a descobrir les nostres necessitats. Seguint l’exemple d’abans, el fet de no tirar les escombraries que, en realitat, no és ni un fet perquè no ha passat res, ho veieu? Doncs aquest fet, ha propiciat que el meu pare se sentís enfadat o frustrat per no tenir la casa tan neta com voldria.

Exercici: pensar en situacions agradables i desagradables i pensar en el que ens provoquen. Formular frases de la següent manera: “Respecte a (situació) em sento (sentiment)”. Cal tenir cura de no responsabilitzar a una persona o a la situació dels nostres sentiments, sinó, caiem altra vegada en els pseudo-sentiments. Per exemple, ahir vaig anar a comprar i, fent cua a la caixa, una persona va passar per davant meu saltant-se l’ordre de la cua. Puc dir que em vaig sentir impotent i frustrat, però no oblidat, ja que si ho faig, responsabilitzo a la persona dels meus sentiments. E va fer sentir impotent i frustrat, però no oblidat. Així, el que aconseguim és desfer-nos de la idea que una acció d’una altra persona ens causa els sentiments, sinó que són els fets els que acaben desencadenant en uns sentiments propis.

4. Necessitats

Les necessitats, ara sí, són les causants dels nostres sentiments. Cada sentiment té origen en una necessitat nostra. És més, la Comunicació No Violenta diu que no fem altra cosa que expressar

necessitats, és a dir, tot el que fem, ho fem per satisfer alguna necessitat nostra. A continuació, un llistat de necessitats que podem experimentar:

Físiques: descans, aliment, exercici, protecció

D'entreteniment: joc, diversió

De connexió: afecte, estima, companyia, consideració, confiança, respecte, contribució, empatia, suport, pertinença, reconeixement...

D'autonomia: independència, llibertat, decisió, espai...

De sentit o significat: seguretat, aprenentatge, coneixement,

Exercici: tot el que fem és per satisfer les nostres necessitats. Doncs per identificar les necessitats, ens pot ajudar pensar en l'efecte que esperàvem amb una acció nostra. D'aquesta manera, pot resultar més fàcil arribar a identificar les necessitats que intentàvem satisfer amb l'acció. Podem fer-ho amb una acció amb la qual estem orgulloses i una amb la que no ho estem tant:

Acció	Efectes esperats	Necessitats
Cridar des de la meua habitació que el meu germà abaixés la música per poder estudiar.	Que el meu germà baixés el volum de la música i, així, tenir un ambient més favorable per l'estudi.	Tranquil·litat, concentració, ...

Va ser eficaç la meua acció? Segurament no. Per molt que utilitzés bones paraules, el fet de cridar per no moure's de la cadira, no va permetre una bona comunicació i, certament, no va tenir l'efecte esperat que volia.

5. Accions o estratègies i peticions

L'últim element del mapa interior són les accions o estratègies i peticions, que venen a ser els intents pràctics de satisfacció de les nostres necessitats, és a dir, totes les accions que donen resposta a aquestes.

Per una banda, les accions i estratègies són tots els actes quotidians, per exemple, anar a comprar, ja que aquesta acció o estratègia pot respondre a les nostres necessitats d'alimentació, però també d'entreteniment o tranquil·litat. Les accions o estratègies poden ser eficaces o ineficaces en funció de si satisfan les necessitats per les quals les duem a terme o no. Com ja he dit, en el meu exemple anterior, per descomptat que l'acció no va ser eficaç.

D'altra banda, la petició és la prèvia de l'acció. Podríem dir que és la sol·licitud que ens fem a nosaltres mateixes o a altres persones. No parlem de demandes, perquè aquest concepte pot tenir una connotació negativa. Quan fem una petició, però, hem de tenir en compte:

- És realment una petició o una exigència? Per saber-ho, ens hem d'imaginar un "no" per resposta i veure com ho encaixem. Les persones ens resistim més si ens ho exigeixen.
- Demanar el que sí que volem en comptes del que no volem, és a dir, "no deixis els plats bruts a la pica", sinó "et faria res rentar els plats". Si formulem la petició en negatiu allunyem inconscientment posicions respecte a l'altra persona. Exercici: ara us dic "no penseu en un elefant" i què és el primer que us ve al cap?... Per aquest motiu és convenient fer la petició d'acord amb el que volem, no en el que no volem.
- És més eficaç demanar coses realitzables, en el sentit de tangibles. Per exemple, "has de ser menys impacient" o pitjor, "no tens paciència" són peticions abstractes; on acaba la paciència i comença la impaciència? Tenint en compte que les persones que presenten trastorns de conducta tenen dificultats per desenvolupar-se en el pensament abstracte, encara amb més rellevància, pot tenir millors resultats: "sé que fa estona que esperes, et sembla si deixes una mica més de marge? Si esperes és perquè et deu importar".

Moltes vegades, tot això no cal dir-ho amb paraules, sinó amb el nostre llenguatge corporal, amb la comunicació no verbal. Si la comunicació verbal no va de la mà de la comunicació no verbal, perdem credibilitat i, el que és més complicat, sense adonar-nos que no estem comunicant el que realment volem.

6. Tancament

Al cap i a la fi, ja veieu que la Comunicació No Violenta busca comunicar-se amb consciència, per entendre's un o una mateixa i, a partir d'aquí, poder entendre a les altres persones en un exercici d'honestedat i conciliació.

Posada en comú i síntesi de tot el que hem parlat, feedback de les famílies i petit qüestionari d'avaluació i satisfacció.

Qüestionari en línia: <https://forms.gle/DPagULLLQH7FVrLZ6>

PRESSUPOST

0€