

Sara Gombau Jordan

**RELACIÓ ENTRE LES ESTRATÈGIES D'AFRONTAMENT
I LA QUALITAT DE VIDA DE PERSONES USUÀRIES DE
SERVEIS SOCIALS DE TARRAGONA**

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigir per la Dra. Diana Ribes Fortanet



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2023

ÍNDEX

1.	Introducció teòrica.....	1
1.1.	Justificació del treball.....	1
1.2.	Marc teòric.....	2
1.2.1.	Serveis socials.....	2
1.2.2.	La problemàtica social.....	6
1.2.3.	Estratègies d'afrontament.....	9
1.2.4.	El problema social i la qualitat de vida.....	13
2.	Objectius.....	22
3.	Metodologia.....	23
3.1.	Participants.....	23
3.2.	Instruments.....	25
3.3.	Procediment.....	27
3.4.	Anàlisi de dades.....	28
4.	Resultats.....	28
5.	Discussió.....	33
6.	Limitacions i possibles línies d'investigació	36
7.	Conclusions.....	37
8.	Bibliografia.....	39
9.	Annexos.....	46

RESUM

Les persones en el nostre dia a dia hem de fer front a diverses situacions que suposen una demanda, moltes vegades ens trobem en la cerca de l'eina per poder donar resposta a aquestes problemàtiques. Aquestes demandes poden afectar la capacitat de satisfer les necessitats humanes i per conseqüència perjudiquen la nostra qualitat de vida. La manera d'afrontar aquestes situacions requereix diferents tipus d'estratègies que depenen d'una sèrie de factors objectius i subjectius.

El present estudi té com a objectiu dur a terme una investigació per tal de conèixer com es desenvolupa el concepte de qualitat de vida en persones adultes usuàries de Serveis Socials, així com constar la relació d'aquest concepte amb les estratègies d'afrontament davant les situacions percebudes com a font d'estrès. Es pretén aprofundir tenint en compte les necessitats bàsiques de les persones i el concepte de problemàtica social que gira al voltant d'aquest col·lectiu.

Paraules claus: qualitat de vida, afrontament, problemàtica social, serveis socials.

ABSTRACT

People in our everyday lives have to deal with various situations that make a demand, and we often find ourselves in the search for the tool to respond to these problems. These demands can affect the ability to meet human needs and therefore damage our quality of life. The way to deal with these situations requires different types of strategies that depend on a number of objective and subjective factors.

The aim of this study is to carry out research in order to understand how the concept of quality of life develops in adult users of Social Services, as well as to record the relationship of this concept with strategies for coping with situations perceived as a source of stress. It is intended to go further by taking into account the basic needs of people and the concept of social problems that revolves around this collective

Keywords: quality of life, coping, social problems, social services

1. Introducció del treball

1.1. Justificació

En el moment de decidir quin havia de ser el tema del Treball de Fi de Grau, posteriorment a la reunió de presentació amb la tutora de pràctiques de la universitat, es va decidir vincular-ho amb el centre assignat, que se sabia que seria a l'Institut Municipal de Serveis Socials de Tarragona (IMSST).

Després de les explicacions de la psicòloga i tutora de l'IMSST sobre el que comprenia l'àmbit de Serveis Socials i les tasques que es duen a terme com a professional, es va poder filar que la funció cabdal del psicòleg és proporcionar un recurs tan vital com és la salut mental als col·lectius de persones més vulnerables. No obstant, però, cal recordar que és un recurs obert a tota la població.

A poc a poc, es va definir la magnitud del tractament des de les necessitats més bàsiques de les persones, com ara bé tenir un sostre, el suport de la família o d'una xarxa social, poder pagar els diversos rebuts del lloguer, l'alimentació, vetllar per la cura dels fills, entre d'altres, són un conjunt de circumstàncies que, d'entre altres, ajuden a tenir una vida digna i consegüentment, la inclusió a la societat.

Totes aquestes casuístiques fan que aparegui una simptomatologia emocional, un malestar i patiment psicològic en aquestes persones que agreuja la seva situació, i que fa que les dificultats per fer-hi front augmentin i que, en general, manquen de possibilitats personals. En aquest punt, juga un paper significatiu les estratègies disponibles a escala personal per combatre totes aquestes circumstàncies.

Des de serveis socials, s'ofereix un espai per donar suport, que de manera multidisciplinària amb altres tècnics/es, es comprèn tot el conjunt de mancances, proporcionant així una atenció integral a la persona usuària, intervenir no sol en la situació que ha esdevingut problemàtica, sinó en la repercussió d'aquesta.

Així doncs, el present estudi abordarà les estratègies que destinen els individus davant la qualitat de vida percebuda de les persones que acudeixen a serveis socials i així, valorar el tipus d'estratègies emprades depenen de la situació personal.

1.2. Marc teòric

1.2.1. Serveis Socials

Com descriu el Departament de Drets Socials de la Generalitat de Catalunya (2022) el Sistema català de serveis socials constitueix el conjunt de recursos, prestacions, activitats, programes, objectes i equipaments destinats a l'atenció social de la població. Està integrat pels serveis socials de titularitat pública i privada de l'Administració de la Generalitat, de les entitats locals i d'altres administracions. Tots aquests serveis configuren la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública.

El principal marc regulador és la llei 12/2007, de 14 d'octubre, en referència al BOE-A-2007-19189, aprovada pel Parlament de Catalunya, aquesta llei es promulga en desenvolupament de la competència exclusiva de la Generalitat en matèria de serveis socials, d'acord amb l'Estatut de 2006 i l'anterior.

Tal com defineix el preàmbul III de la Llei de Serveis Socials 12/2007 "els Serveis Socials són un dels sistemes de l'estat del benestar, conjuntament amb la seguretat social, el sistema de salut, el sistema d'educació, les polítiques per a l'ocupació, les polítiques d'habitatge i altres actuacions públiques. Els Serveis Socials són el conjunt d'intervencions que tenen com a objectiu garantir les necessitats bàsiques dels ciutadans, posant atenció al manteniment de llur autonomia personal, i promovent el desenvolupament de les capacitats personals, en un marc de respecte per la dignitat de les persones." (p.8)

Concretament, l'Institut Municipal de Serveis Socials de Tarragona (IMSST) està emmarcat dins de l'Àrea de Serveis a la Persona de l'Ajuntament de Tarragona d'acord amb l'article 31 i següents de la Llei 12/2007. Es distribueixen per les diverses zones i barris de la ciutat, concretament: CSS Zona Centre, CSS Ponent (Torreforta, Campclar i Bonavista), CSS Zona Nord (Sant Salvador i Sant Pere i Sant Pau).

Aquesta tasca es complementa amb serveis més específics, que acaben d'articular una xarxa de serveis socials molt àmplia, que va des de l'atenció a les famílies, infància i adolescència, a les persones sense sostre, fins a l'acollida de persones immigrades i el desenvolupament de projectes

comunitaris al servei de la població de la ciutat. (Institut Municipal de Serveis Socials de Tarragona, 2021)

Els serveis socials de Tarragona es defineixen com una estructura organitzativa d'atenció social a la ciutadania i al territori, es desenvolupen un conjunt d'intervencions dirigides a l'atenció a les persones, les famílies i les comunitats en relació amb els factors que generen exclusió a partir de les seves potencialitats. Els objectius són empoderar a les persones i comunitats, millorar els vincles personals, familiars i socials, protegir a les persones amb dificultats per actuar autònomament i prevenir situacions de risc social. Amb la missió de ser el referent de proximitat a la ciutadania i territori. (Pla estratègic de Serveis Socials, 2021-2024)

Segons Montagut (1996), "la història dels serveis socials és la història del reconeixement de necessitats i de l'organització de la societat per satisfer-les." (p.84) "També es defineixen els serveis socials com aquelles polítiques adreçades a reduir els problemes socials." (p.85)

El psicòleg a Serveis socials

El rol del psicòleg a serveis socials s'emmarca dins de l'Àrea de la Psicologia de la Intervenció Social, la qual sorgeix per donar resposta a la necessitat d'analitzar i actuar sobre problemes en les interaccions personals i al seu entorn en els diversos contextos socials (Mayordomo, 2016). Aquesta s'entén en el marc de referència de la Psicologia Social que contempla la conducta de les persones en un entorn social abordant així la relació entre les persones i els grups (Strubell i Trueta, 2011). Des de la intervenció social, s'inclou la reducció o prevenció de situacions de risc social i personal, això s'aconsegueix mitjançant la intervenció en la resolució de problemes específics que afecten individus, grups o comunitats, proporcionant recursos materials o professionals. També es busca promoure una millor qualitat de vida per a les persones involucrades (Col·legi oficial de Psicòlegs de Madrid, 1998). Des de serveis socials, el que té l'orientació veritable per sostenir el canvi i els problemes socials que afecten els usuaris/es és l'enfocament comunitari (Mayordomo, 2016). La Psicologia Comunitària com a branca de la psicologia té com a objecte d'estudi els factors psicosocials que permeten desenvolupar, fomentar i mantenir el control i poder que els individus poden

exercir sobre el seu ambient individual i social, per a solucionar problemes que els afligeixen i aconseguir canvis en aquests ambients i en l'estructura social. Aquesta es recolza en tres principis fonamentals: l'autogestió dels subjectes que formen part d'aquesta àrea d'estudi, qualsevol transformació afectarà a totes les persones compromeses en la relació, incloent-hi al psicòleg que actua com agent de canvi. En segon lloc, sosté que la comunitat és el centre de poder i el psicòleg/a ha d'ajudar a prendre consciència de la situació i necessitats, per tal que aquestes s'involucrin en la seva pròpia transformació. En últim lloc, el tercer principi, subratlla la necessitat d'unir la teoria i la pràctica per a assolir una comprensió vertadera i clara de la situació. (Montero, 1984)

El Col·legi oficial de Psicòlegs (1998) apunta que dins de les intervencions del psicòleg/a des d'aquesta perspectiva hi trobem; la conscienciació comunitària i l'activació dels recursos que existeixen. L'atenció directa, on el professional actua directament en la població diana i ho fa de forma diferent en funció de si són persones individuals, grups o comunitats. Assessorament i consultoria a tots aquells professionals que estan en contacte amb la població objectiu, per tal d'aconseguir un "efecte multiplicador" (p.94). També investigació per a contribuir a l'avenç del coneixement de l'activitat professional, planificació de programes i la seva posterior avaluació, així com la direcció i gestió d'aquests i finalment, la formació dels psicòlegs en aquest camp.

La posició del psicòleg/a és un punt clau en l'atenció psicosocial, segons la Direcció Tècnica d'Acció Social de l'Ajuntament de Barcelona (2010) el rol del psicòleg es pot dividir en dues funcions fonamentals, les quals s'ajusten a les esmentades anteriorment des de la Psicologia de la intervenció social: brindar suport i assessorament tècnic als equips d'intervenció, així com intervenir directament a les persones i a la comunitat. El psicòleg és un professional versàtil amb un perfil sensible que ofereix suport a tres nivells: a casos individuals (persones o famílies), a grups i a la comunitat. És per això que el psicòleg no actua de manera individual, sinó que es potencia la coordinació i comunicació entre els diversos professionals per abastar la totalitat de l'individu.

- Respecte al suport i assessorament tècnic, s'ofereix un suport psicològic i metodològic als diferents tècnics, així com un punt

de vista diferent, complementant el diagnòstic i pla d'intervenció, aquest pot ser estès a altres professionals que treballen en coordinació. A més a més, participa en projectes comunitaris, dissenyant-los i implementant-los, així com en programes de prevenció i promoció de la salut.

- Pel que fa a l'atenció directa, i tal com diu l'Ajuntament de Barcelona (2010), aquesta es pot dividir en atenció individual, on atenen a persones amb dificultats de caràcter psicològic que obstaculitzen el desenvolupament psicosocial, amb l'objectiu de millorar la seva qualitat de vida. També es realitza altres funcions com, avaluació diagnòstica, orientació i tractament de les problemàtiques i derivacions, a més d'intervenció en situacions de crisi. L'atenció grupal on s'implementen grups de tractament psicoeducatius i atenció comunitària, on el psicòleg és partícip en les accions comunitàries que es porten a cap en el territori, així com el coneixement de l'entorn on s'han de realitzar els procediments. Finalment, s'afegeix l'atenció familiar.

Cal tenir en compte que, les tasques del psicòleg dins d'aquest servei s'adapten en funció de la fase del procés d'intervenció i es van construint diversos contextos que marquen la relació de suport (Mayordomo, 2016):

- Context de valoració: Es refereix a valoració psicològica inicial, de seguiment, d'avaluació i de tancament.
- Context de tractament: La necessitat del tractament psicològic és el que determina que un cas sigui atès per serveis socials generals o per un servei especialitzat.
- Context de supervisió i assessorament: Crear espais de reunions amb altres professionals.
- Context d'intervenció en crisi: En el moment d'adoptar una sèrie de decisions a manera de prevenció, és important la figura del psicòleg per fer una valoració, una acció de tractament preventiva i una labor d'assessorament a altres tècnics.

1.2.2. La problemàtica social

Entenem per problema social "les dificultats o obstacles que s'interposen en la satisfacció natural de les necessitats personals o socials. Quan aquestes dificultats no es poden superar, s'entra en una situació de vulnerabilitat o risc que pot portar a l'exclusió social". (Pelegri, 2011, p.55) Constitueix una porta d'entrada al que denominem com intervenció en l'àmbit social, és a dir, es fa al·lusió a aquelles problemàtiques que tenen causes socials i alhora manifestacions a escala psicològica (Carbadella, 2018, com s'ha citat en Mayordomo, 2016).

Tanmateix, és un conjunt de relacions que tenim les persones en una societat, en un "moment històric particular" (Montagut, 1996, p.85) i el sistema d'expectatives que posseïm en relació amb la resolució dels nostres problemes quotidians (Vallone, 2010). Aquest autor exposa que en la construcció dels problemes socials hi ha dos nuclis centrals; el sistema d'expectatives i aspiracions que tenim de les preocupacions diàries, en contrarietat a les condicions reals de la nostra vida. Una definició inicial planteja els problemes socials com la relació entre les demandes i necessitats expressades per les persones i l'esperança per trobar solucions. A la vegada, aquesta relació es veu influenciada pels nivells de desigualtat en moments històrics específics de la societat. (Albornoz i García, 2021).

Cal destacar que, segons Vallone (2010) els problemes de caràcter social sorgeixen com a resultat de situacions conflictives i desiguals generades per un tipus d'ordre social, aquest és explicat segons Durkheim (2008) com, un ordre moral establert, és a dir, l'ésser humà és un ésser moral perquè viu en societat i tota societat és una societat moral. Hi ha una relació entre els problemes socials i el concepte de qüestió social, amb aquest terme Vallone es refereix al fet que, com a membres d'una societat, estem connectats a un ordre social particular que organitza les nostres relacions socials. No obstant, però, aquestes relacions són inherentment desiguals en termes econòmics, ètnics o de gènere. És a dir, els problemes socials són una conseqüència directa de la forma en què està organitzada i estructurada la societat, la qual causa impacte a les persones i comunitats que la conformen. Per tal que un problema es transformi en una qüestió social cal que hi hagi un canvi en la comprensió de la situació, de manera que les dificultats

individuals són interpretades com a problemes que causen impacte en grups socials. La insatisfacció es concentra en certs aspectes del fet i en solucions i, tot seguit, es reclama l'atenció de la població sobre la importància i gravetat del problema. Finalment, es formen grups de pressió que s'organitzen per a superar la indiferència (Suarez, s.f). Malgrat això, no tot problema social es converteix en una qüestió social.

Horton, Paul i Leslie, Gerarld, 1995 apunten que esdevé una condició que afecta un gran nombre de persones i es considera perjudicial, i que s'ha de corregir mitjançant l'acció social col·lectiva de la societat en conjunt.

Per tant, aquests autors parlen de quatre dimensions:

- Una condició que afecta un nombre significatiu de persones, a partir d'aquí diferenciem el problema individual del social.
- És considerada indesitjable, un problema social suposa un judici de valor que pot variar en funció de la perspectiva de la persona i les comunitats afectades. Aquest implica una valoració subjectiva i valorativa, que determina que una condició sigui no desitjable i es mereix ser canviada, o si, per contra, és acceptable i no requereix cap modificació. (Gongora i Irarte, 2008)
- La creença que és possible la solució mitjançant l'acció col·lectiva
- Una qüestió socialment problematitzada.

Amb tot i, però, enfoquem el concepte dins de la Psicologia social, Tirado (2001) la defineix com: "Matèria que estudia com els processos psicològics i les accions, relacions, interaccions, etc. de la nostra vida quotidiana s'han de concebre i analitzar dins dels marcs socials i culturals en els quals sempre es donen. És a dir, la psicologia social es constitueix com un corpus de saber científic, que proporciona una dimensió sociocultural a tots aquells fenòmens que considerem habitualment psicològics, individuals o intrapsíquics." (Tirado 2001, pàg. 3). És a dir, des d'aquesta perspectiva es fa un abordatge sobre les diverses problemàtiques que s'enfoquen en la relació de l'individu amb la societat, per tal de donar respostes a fenòmens que impacten en sectors específics de la població, i que, per tant, representen una responsabilitat col·lectiva. Montagut (1996) apunta que l'evidència de l'existència d'un problema prové de les "mancances objectives" d'una societat

i de la "decisió subjectiva que qualifiquen aquesta mancança com un problema social". (p.86).

Però, per adonar-nos de l'existència d'un problema social, Albornoz i García (2021) diuen que primerament aquests han de provenir d'un dèficit que mereix una intervenció, i també és necessari que hi hagi una preocupació social. En qualsevol cas, "ha d'afectar a un nombre important de persones del conjunt social" (p.4), "s'ha de conèixer la situació a resoldre, el lloc i el moment, les persones o grups socials afectats i quines són les situacions socials que la generen" (Clemente, 2017; com s'ha citat en Albornoz i García, 2021, p.4).

Les problemàtiques socials més comunes, ateses en aquest cas, a serveis socials de Tarragona, són provinents de persones amb risc d'exclusió social i en situació de vulnerabilitat, hi incloem: problemàtiques relacionades amb habitatge i falta de recursos econòmics, conforme la memòria de l'IMSST (2021) amb un percentatge del 48,99% dels casos atesos, persones amb dificultats relacionades al treball, problemes de salut, nens amb dificultats d'aprenentatge, absentisme o altres, famílies amb problemes de rols, envelliment, persones amb diversitat funcional o dependència, minories ètniques i nens o dones víctimes d'abusos.

D'acord amb els estudis duts a terme en aquesta mateixa memòria pel Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (2021), el risc de pobresa ha augmentat esdevenint un problema crític, un dels col·lectius que s'ha vist especialment afectat ha sigut les dones, reforçant la idea de "la feminització de la pobresa" (p.60), comprometen a col·lectius vulnerables com la gent major de seixanta-cinc anys, les famílies monoparentals, persones que es dediquen a tasques de la llar. Les dades de la diagnosi sobre la feminització de la pobresa a Catalunya assenyalen una desigualtat de gènere visible, ja que les dones encapçalen el percentatge de població més elevat en tots els grups de població esmentats, en comparació amb els homes. (Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (2020)

Així i tot, la situació de persones que es troben en un nivell socioeconòmic més baix registren indicadors més negatius de salut:

- "Augment de la taxa de mortalitat en homes amb un nivell socioeconòmic més baix, quatre vegades superior als que tenen una

renta superior als 100.000 euros. En les dones és dues vegades superior.

- La taxa de mortalitat per suïcidi dels homes menors de seixanta-cinc anys que no treballen es duplica a la dels homes que treballen.
- La taxa d'hospitalització psiquiàtrica i el consum d'antipsicòtics és superior a persones amb un nivell socioeconòmic baix.
- També veiem un augment de la població amb un cert grau de discapacitat reconegut sobretot des del 2015 fins al 2019." (Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, 2021, p.63)

1.2.3 Estratègies d'afrontament

Les persones dia a dia fan front a nombroses situacions que exigeixen diversos tipus de respostes que poden coercir el nostre benestar. Aquestes demandes, internes o externes, produeixen un estat fisiològic que anomenem estrès, fruit d'aquesta exigència que percebem com amenaçant i on entren en joc diverses estratègies. Com a éssers humans tenim la capacitat d'estar dotats d'una sèrie de recursos i eines que poden ajudar-nos a combatre la situació, tot i que no sempre garanteixen l'èxit. De vegades, apareix una percepció negativa i les demandes imposades per la situació són valorades com a excedents a les habilitats per afrontar-la.

Les estratègies d'afrontament, doncs, es defineixen com "pensaments i accions que capaciten a les persones per a manejar situacions difícils" (Stone i cols.,1988, p.183). Lazarus i Flokman (1986) constitueixen el model teòric més utilitzat per entendre el funcionament de l'afrontament, aquests ho defineixen com "processos cognitius i conductuals constantment canviants que es desenvolupen per a dominar les demandes específiques, externes o internes, avaluades com excedents o desbordants dels recursos de l'individu". (p.164). És a dir que el podem entendre com un procés, on el subjecte realitza accions, que fan referència a estratègies cognitives (Lazarus i Folkman, 1984), per a controlar l'esdeveniment estressor, independentment del resultat final.

Es poden identificar tres dimensions on es focalitzen els diversos tipus d'afrontament (Lazarus i Folkman, 1986; com s'ha citat en Diaz, Viveros, Davila, Salgado, 2009):

- El mètode utilitzat on trobem l'estil d'afrontament actiu i passiu- evitatiu: Entenem per actiu quan s'actua de manera concisa vers el problema, i per passiu-evitatiu les que tendeixen a la minimització o evitació directa de la situació.
- La focalització de l'afrontament, on hi ha l'estil d'afrontament dirigit al problema i l'estil dirigit a modificar l'avaluació inicial de la situació.
- L'activitat mobilitzada d'afrontament, on es distingeix l'estil d'afrontament cognitiu, emocional i conductual.
 - Afrontament cognitiu: es tracta de l'avaluació o interpretació d'una situació difícil, amb l'objectiu de trobar un sentit o significat que resulti menys negatiu o desagradable. És a dir, es busca una manera de donar-li un sentit més positiu o constructiu a la situació.
 - L'afrontament afectiu, se centra a mantenir l'equilibri afectiu, per tal de reduir l'impacte emocional de la situació problema.
 - L'afrontament conductual dirigit a fer front al problema de forma directa.

S'ha trobat evidència que l'ús de diferents tècniques per a controlar situacions difícils varia depenent de com les persones perceben la situació - problema i quina capacitat discerneix per combatre-la. En altres paraules, la forma en què les persones avaluen el grau d'amenaça i control sobre la situació afecta l'estratègia d'afrontament que s'utilitza. Quan la persona percep que té control sobre la situació, és més probable que faci servir estratègies actives i directes per a fer front el problema. D'altra banda, si la persona percep que la situació està fora del seu control, és més probable que empri estratègies passives centrades en l'emoció. (Lazarus i Folkman, 1984; Fields i Irion, 1988; com s'ha citat en Krzemien, 2005). Frydenberg i Lewis (1996) parlen de factors interns, com ara bé la percepció la qual podem fragmentar en la percepció d'anticipació per preparar-se per al succés i la percepció de control de la situació, és a dir, en quina mesura identifica que la situació està sota control de l'individu. També podem destacar els factors de personalitat. D'altra banda, els factors externs com els recursos materials, recursos socials entre d'altres. (Diaz, Viveros, Davila i Salgado, 2009).

Consegüentment, l'afrontament és un fenomen multifacètic que està influenciat tant per factors personals com situacionals que interactuen entre

si de manera recíproca. (Dechman, 1984 i Folkamn, 1986; citat per Amarís, Madriaga, Valle i Zambrano, 2013). Les recerques han revelat la importància de l'afrontament per a comprendre els ajustos que realitza un individu en el seu mitjà, i poder percebre nivells positius o negatius de la qualitat de vida (Folkman, Lazarus, Schetter, DeLongis i Gruen, 1986; Font, 1990; Hernández, 1991; Waters i Moore, 2002; Gol i Cook, 2008; com s'ha citat en Amarís, Madriaga, Valle i Zambrano, 2013

És important diferenciar les estratègies d'afrontament dels estils d'afrontament, malgrat que són conceptes complementaris. Pelechano (2007), aquests últims es descriuen com a "predisposicions personals per a fer front a situacions i són els responsables de les preferències individuals en l'ús d'unes o unes altres d'estratègies d'afrontament, així com de la seva estabilitat temporal i situacional" (Fernández-Abascal. 1997, p.190). Lazarus (1966) posa èmfasi a dues categories del procés: les accions directes i les maneres pal·liatives. Les accions directes es refereixen a comportaments que tenen com a objectiu alterar una relació problemàtica en un entorn social o físic. D'altra banda, les maneres pal·liatives no busquen la confrontació directa amb situacions estressants, sinó que s'enfoquen a generar una disminució en la resposta emocional que es produeix davant elles. Posteriorment, Lazarus i Folkman (1986) modifiquen el plantejament inicial distingint dos tipus d'estils d'afrontament:

- Estratègies de resolució de problemes: són les dirigides al maneig del problema que causa malestar. Aquest es dona quan les condicions resulten avaluades com a susceptibles de canvi.
- Estratègies de regulació emocional: mètodes dirigits a regular la resposta emocional, per fer-la més adequada davant la situació. El present es realitza a partir de l'avaluació que fa l'individu quan percep que no pot fer res per modificar les condicions amenaçant, hi trobem l'evitació, minimització, distanciament, atenció selectiva, comparacions positives i extracció de valors positius dels successos negatius. Aquest terme va ser formulat originalment per Magda Arnold (1960) i posteriorment Lazarus i Folkman (1988) ho va incloure en el seu model, "plantejant un continuu entre antecedents, valoració, emoció, afrontament que

reinicia novament el procés, on es considera que l'afrontament actua com a mediador de l'emoció".

Dintre d'aquestes dues, hi ha subestratègies, segons l'escala de *Modos de Afrontamiento* (Ways of Coping, WOC) de Lazarus i Folkman (1985). Això no obstant, cal destacar que n'hi ha moltes més, en funció de l'estudi que s'hagi dut a terme i no totes coincideixen.

1. Confrontació: solucionar la situació a través d'accions directes, agressives i arriscades
2. Planificació: pensar i desenvolupar estratègies per fer front al problema.
3. Distanciament: evitar el problema i els pensaments, entorn la problemàtica.
4. Autocontrol: esforços per controlar els mateixos sentiments i respostes emocionals
5. Acceptació de responsabilitats: reconèixer el paper que un ha tingut en l'origen i manteniment de la problemàtica.
6. Escapada-evitació: utilitzar el consum de drogues, quantitat de menjar abusives o, per contra, deixar de menjar, com a estratègia per fugir de la situació.
7. Reavaluació positiva: tenir en compte els aspectes positius d'aquesta situació.
8. Cerca de suport social: rebre suport de familiars, amics o altres, com a forma d'afrontament. (Diaz, Viveros, Davila i Salgado, 2009)

Altres autors com, Frydenberg i Lewis (1996) han distingit tres tipus d'estils d'afrontament:

- El productiu: Es considera un estil funcional, que inclou accions dirigides a resoldre el problema de manera directa.
- Orientat a altres: Juntament amb l'anterior engloben els dos estils funcionals, aquest agrega estratègies dirigides a rebre el suport dels altres, a compartir preocupacions amb la resta.
- No productiu: inclou aspectes com el sentiment de culpa, aïllament, i accions enfocades a evitar el problema. Seria l'estil disfuncional, ja que no permet trobar una solució, més aviat es basa en l'evitació. (Canessa, 2002)

A més a més, aquestes estratègies poden ser adaptatives o desadaptatives, les primeres redueixen l'estrès i millorar la resposta, les segones redueixen l'estrès, però a curt termini, fent que es cronifiqui la situació d'estrès a llarg termini (Girdano i Everly, 1996). Cal destacar, que segons Lazarus (1999) i la seva perspectiva, s'estableix que no hi ha una estratègia millor que una altra, puix que depèn de la incidència del moment.

Respecte a l'afrontament, "hi ha dos sistemes diferents del processament de la informació, d'una banda, tenim el sistema automàtic o experiencial, que opera a nivell preconscient de forma ràpida, sense esforç i és més emocional. Per l'altra banda, el sistema no automàtic o racional, el qual és conscient, més lent, fent esforç, analític, lògic i deliberat. La majoria de les conductes quotidianes d'afrontament, siguin adaptatives o desadaptatives, estan controlades pel sistema experiencial" (D'Zurilla i Maydeu-Olivares, 1995; com s'ha citat en Bados i García, 2014).

Per tal de valorar les estratègies d'afrontament a Espanya es disposen d'alguns instruments com; Sandin i Chorot (2003) publiquen el *Qüestionari d'Afrontament de l'estrès* (CAE), També disposem de l'*Inventari Multidimensional d'Estimació de l'Afrontament COPE* (Carver, Scheier, i Weintraub, 1989). Tanmateix, el més utilitzat és l'*Inventari d'Estratègies d'Afrontament* (CSI) que recull informació qualitativa i quantitativa (Cano, Rodríguez i García, 2007).

1.2.4. El problema social i la qualitat de vida

Qualitat de vida

Ens trobem a dir que hi ha múltiples definicions de la qualitat de vida; "És una mesura composta de benestar físic, mental i social, tal com percep cada individu i cada grup, de felicitat, satisfacció i recompensa (Levy i Anderson, 1980, p.7). També es pot entendre com "l'avaluació subjectiva del caràcter bo o satisfactori de la vida com un tot" (Szalai, 1980; com s'ha citat per Ardila, 2003, p.163) o com "l'apreciació que el pacient fa de la seva vida i la satisfacció amb el seu nivell actual de funcionament comparat amb el que percep com a possible o ideal" (Celia i Tulskey, 1990; com s'ha citat per Ardila,

2003, p.163). Malgrat això Quintero (1992; com s'ha citat per Ardila, 2003, p.163) apunta que "és l'indicador multidimensional del benestar material i espiritual de l'home en un marc social i cultural determinat".

Des de la psicologia es pot definir com un procés de judici en el qual els individus qualifiquen la seva vida d'acord amb un conjunt de criteris únics (Pavot i Diener, 1993). És a dir, és un concepte subjectiu elaborat pels mateixos individus, on té un paper molt important la percepció personal i l'avaluació de les condicions de vida, per la qual cosa també es coneix com a benestar subjectiu, amb un fort component emocional i afectiu (Cuadra i Florenzano, 2003). Levi i Anderson (1980) afirmen que, un nivell alt de vida objectiva (recursos econòmics, hàbitat, nivell assistencial, entre altres) pot anar acompanyat d'un alt nivell de satisfacció personal i de qualitat de vida. Per aquests autors el determinant individual és l'ajust entre les característiques de la situació i les expectatives, capacitat, i necessitat del subjecte, tal com són percebudes de manera personal. Cummins (1997) se centra més en el concepte de qualitat de vida subjectiva (Fierro i Rando, 2007), com un concepte que implica dos vessants: l'objectiu i el subjectiu conjuntament.

Definitivament, la qualitat de vida es pot relacionar amb tres conceptes claus, d'una banda, les condicions de vida, aquestes engloben els aspectes més objectius com la salut física, relacions socials, activitats funcionals o feina. D'altra la satisfacció personal, és a dir, el benestar subjectiu deixant de banda com a factor principal les condicions externes. Per acabar, les condicions i la satisfacció conjuntament, concretament "les condicions de vida poden ser establides objectivament mitjançant indicadors biològics, socials, materials, conductuals i psicològics, els quals sumats als sentiments subjectius sobre cada àrea poden reflectir en el benestar personal "(Urzúa i Caqueo-Urizar, 2012, p.64). Més tard, Felce i Perry (1995) proposen un quart model teòric, s'afegeix considerar els valors personals, aspiracions i expectatives a les condicions individuals i a la satisfacció personal. Dins d'aquesta teoria i segons Urzúa i Caqueo-Urizar (2012) s'inclou la definició donada per l'OMS en la qual posteriorment van crear el WHOQOL. L'Organització Mundial de la Salut (1995) defineix qualitat de vida com un estat complet de benestar mental, social i físic, i no solament definit com a manca de malaltia.

Segons un estudi que es va dur a terme a l'Institut Nacional d'Estadística (INE, 2022) els indicadors de qualitat de vida són:

- Condicions materials de vida: dins d'aquest apartat tenim les condicions econòmiques (*mitjana d'ingressos, població en risc de pobresa relativa, desigualtat d'ingressos, satisfacció en la situació econòmica de la llar*), condicions materials (*privació o carències materials, com d'habitatge*) i seguretat econòmica (*incapacitat per fer front a despeses econòmics imprevists*).
- Treball: fa referència a dues dimensions, en primer lloc, la quantitat (*participació en el mercat de treball com ara bé atur, treball, atur a temps parcial, entre d'altres*), en segon lloc, la qualitat (*indicadors relacionats en la inseguretat econòmica i psíquica, com ara salaris baixos i treball temporal i també la conciliació i la vida personal, com jornades molt llargues*).
- Salut: Segons INE és un dels aspectes més valorats en la vida de les persones. Tenim tres subdimensions, els resultats (*mesuren objectivament la salut de les persones*), l'accés a cures sanitàries i determinants de la salut (*pes, tabac i activitat física*).
- Educació: Ho subdividim en competències i habilitats (*es divideix el nivell educatiu assolit per poblacions*) i la formació contínua.
- Oci i relacions socials: Amb relació a l'oci (*assistència a esdeveniments culturals i esportius, i llocs d'interès cultural i també la satisfacció amb el temps disponible*). Quant a les relacions socials (*frequència de reunions amb amics, satisfacció amb les relacions, tenir suport en cas de necessitat, tenir a persones de confiança*).
- Seguretat física i personal: S'inclouen dos indicadors objectius, d'acord amb el *nombre d'homicidis i al número d'infraccions penals*. I dos indicadors subjectius, *la percepció de la delinqüència, vandalisme, crims de la zona i percepció de seguretat*.
- Governament i drets bàsics. Institucions i serveis públics (*confiança amb el sistema polític, judicial i amb els cossos policials*) i participació ciutadana en activitats polítiques.
- Entorn i medi ambient: Tenim la contaminació i els sorolls, accés a zones verdes i d'oci i la satisfacció amb l'entorn global.

- Experiència general de la vida: satisfacció global amb la vida (*valoració subjectiva de la vida en general, amb experiències passades i presents*), sentiments i emocions (*sentiments i emocions positives*) i sentit i propòsit de la vida.

Aquests indicadors s'han obtingut a través de qüestionaris dirigits a la població com l'Enquesta de Condicions de Vida (ECV) i l'Enquesta de Població Activa (EPA), basades en mesures objectives i subjectives. (INE, 2022) Cal destacar que segons l'indicador multidimensional de la qualitat de vida (IMCV) el 2020 la qualitat de vida ha disminuït després d'haver ascendit ininterrompudament des del 2014, per aquesta anàlisi s'han tingut en compte els indicadors esmentats anteriorment.

Les necessitats humanes

No obstant podem argumentar que és un camp molt obert que es tenen en compte diversos factors. La qualitat de vida, doncs, està força relacionada amb les necessitats humanes i la seva gratificació. Aquestes, les definim des de la carència i la superació d'aquesta, que suposa per al subjecte una gran prioritat per a la supervivència (Kehl, 1993). Karl Marx (1962) diferencia entre apetits constants i fixes, com ara bé la gana i l'instint sexual, i apetits relatius, origen de certes estructures socials i certes condicions de producció i comunicació, un exemple en seria la necessitat de posseir diners.

Tanmateix, Llobet, Sabater i Rodriguez (2012) destaquen dos debats teòrics respecte a les necessitats humanes, d'una banda, les teories universalistes, que afirmen que les necessitats bàsiques de tots els éssers humans són les mateixes, i les teories relativistes, que neguen la noció de necessitats humanes universals.

Tot i això, cal diferenciar la definició de necessitat amb el fet de satisfer-la. Les necessitats humanes són universals, limitades, dependents les unes de les altres i poden ser identificades objectivament sense estar condicionades per les preferències individuals influenciades per la societat de consum (Max-Neef et al., 1986; s'ha citat per Aguacil, 1998). En la teoria de les necessitats, la satisfacció d'aquestes és el que defineix la seva condició subjectiva. El que canvia són els mitjans per a satisfer-les, és a dir, els

satisfactors, que poden variar en termes perceptius i al llarg del temps. (Max-Neef et al., 1986). Els satisfactors es refereixen a tot allò que presenta formes de "ser, tenir, fer i estar" contribuint a la satisfacció de les necessitats bàsiques, aquests es poden dividir en, objectes obtinguts directament del medi natural o transformats per la tecnologia i estructures socials. Les formes fan referència a la categoria existencial, que es distingeix de la categoria axiològica, la qual correspon a les necessitats humanes (Alguacil, 1998). El mateix autor el 1996 fa una última distinció entre dos tipus de necessitats, les carències i les aspiracions, en aquest sentit les primeres evidencien el que fa falta per arribar als nivells mínims socialment establerts i s'enfoquen en aspectes quantitativs, distributius i econòmics. En canvi, les necessitats com aspiracions es referencien a l'obertura de noves expectatives motivades per la satisfacció de necessitats bàsiques i fisiològiques.

Segons Escobar i Fitch (2013), es realitza una revisió teòrica sobre el concepte de qualitat de vida, on expliquen que segons Manfred Max-Neef s'ha de començar per la necessitat de posseir béns materials que inclou la categoria existencial de *Tenir*, mentre que la categoria d'*Estar* és la necessitat d'ubicar-se un espai concret físic i social. D'altra banda, la categoria *Ser*, es refereix a les necessitats que tenen les persones de tenir uns atributs i característiques concretes. Finalment, la categoria *Fer*, que representa la necessitat de fer accions. Aquesta classificació es relaciona amb la piràmide de Maslow, on cada eslavó de la piràmide concorda amb una categoria existencial.

Així mateix, John Burton exposa que les causes últimes de tot conflicte profund es localitzen en necessitats humanes no satisfetes. L'autor analitza les necessitats de manera que "el comportament i les accions estan determinades per les motivacions, fa una distinció de tres tipus de motivacions; les universals, culturals i transitòries, aquestes corresponen a les necessitats, valors i interessos. [...] Les necessitats són inherents a l'ésser humà i, per tant, individuals, tot i que la seva satisfacció depèn d'altres éssers humans, factors estructurals, intencionals i mediambientals". (Kehl, 1993, p. 208). Cal diferenciar les necessitats humanes de les necessitats socials, aquestes últimes sorgeixen quan les individuals no estan satisfetes, és quan es genera un problema social. Així doncs, la necessitat social és una dimensió bàsica dels serveis socials (Vilà, 2003).

Piràmide de Maslow

La Piràmide de Maslow és una teoria motivacional, i una de les més recurrents, que explica les necessitats humanes a través d'una jerarquia en forma de piràmide, tal com assenyala Naranjo (2009), primer es van satisfent les necessitats més bàsiques, és a dir, les inferiors de la piràmide, i després les necessitats superiors que es van desenvolupant.

Així doncs, aquesta jerarquia està formada per cinc nivells:

- Primer nivell. Necessitats bàsiques: Fa referència a les necessitats que sorgeixen dels impulsos i funcions corporals, i són imprescindibles per a la nostra supervivència i homeòstasis, així doncs, hi englobem la gana, el sexe, el descans, la set, entre d'altres. Per tant, si l'ésser humà tingués carències en tot, la tendència seria de satisfer primer les fisiològiques abans que altres Maslow (1954).
- Segon nivell. Necessitats de seguretat: En la mateixa línia, Maslow (1954) explica que si les anteriors estan gratificades, sorgirà el segon nivell de necessitats. Dins d'aquest apartat podem identificar la seguretat, l'estabilitat, dependència, protecció, absència de por i ansietat, i altres. "Els adults sans i afortunats estan àmpliament satisfets amb les necessitats de seguretat. [...] Podem percebre l'expressió de les necessitats de seguretat en fenòmens com, la preferència per un treball fix i estable, el desig d'un compte d'estalvis i d'una assegurança com el metge, de desocupació, d'incapacitat" (Maslow, 1954, p.26).
- Tercer nivell. Necessitats de pertinença i afecte: Són les relacionades amb la nostra naturalesa social i amb el desenvolupament afectiu de l'individu. Maslow (1954) fa referència a la necessitat de donar i rebre afecte, quan les necessitats bàsiques i de seguretat estan parcialment cobertes, apareix la preocupació per ser acceptat i de sentiment de pertinença a un grup. "En la nostra societat, la frustració d'aquestes necessitats és el focus més comú en casos

d'inadaptació i patologies serioses" (Maslow, 1965, p.30).

- Quart nivell. Necessitats d'estima: Maslow les divideix en dos conjunts, primer adjunta el desig de força, l'assoliment, adequació, competència, confiança en el món, independència i llibertat. En segon lloc, tenim el desig de reputació o prestigi, l'estatus, fama, dominació, reconeixement, atenció, importància i afecte. "La satisfacció de la necessitat d'autoestima condueix a sentiments d'autoconfiança, vàlua, força, capacitat i suficiència, de ser útil i necessari en el món. Però la frustració d'aquestes necessitats produeix sentiments d'inferioritat, de feblesa i de desemparament [...] Per tant, l'autoestima més sana i més estable es basa en el respecte merescut dels altres" (Maslow, 1954, p.31).
- Cinquè nivell: Autoreализació: És la necessitat més elevada de l'esser humà, la que es troba a la cúspide de la piràmide. "El que els humans poden ser, és el que han de ser." (Maslow, 1954, p.32). És a través d'aquesta que es troba un sentit vàlid a la vida, l'única manera d'arribar-hi és satisfent els nivells anteriors.

No obstant, Maslow (1954) va valorar que, en la realitat, l'ordre d'aquesta jerarquia no és tan objectiu, de fet, afirma ser bastant individualitzat, ja que sembla que, hi ha persones que tenen tendència a satisfer unes variables abans que unes altres. També va tenir en compte la importància del context que envolta a l'individu, car una persona que ha viscut un nivell de vida baix, pot continuar satisfet solament amb tenir aliment suficient, ja no busca un objectiu superior. Igualment, apunta que una necessitat que ha estat satisfeta durant molt temps, es pot infravalorar, fent que perdi transcendència. Tanmateix, destaca que aquestes necessitats impliquen uns ideals, uns valors superiors.

Definitivament, Maslow (1954) recalca el paper de la gratificació en la seva teoria i afirma que una persona satisfeta ja no té la mateixa necessitat d'afecte, amor o seguretat. Amb tot i això, és probable que les necessitats superiors puguin aparèixer després d'una privació d'aquestes, sigui de

manera voluntària o obligada. Dit d'una altra manera, les persones prenem consciència de la importància de les necessitats per al nostre benestar, quan tenim una absència d'aquestes.

Així doncs, resumint, partim d'un problema per satisfer les necessitats personals, on hi ha un desequilibri entre els recursos disponibles i les demandes exigides. En aquest punt, apareixen les respostes d'afrontament, mitjançant les quals s'intenta reduir, minimitzar, controlar o prevenir les conseqüències, on sinó, conseqüentment, apareix l'estrès. Aquestes respostes tenen com a objectiu principal trobar una solució per tal d'obtenir una consonància entre les variables que conformen la qualitat de vida.

Disposem de diferents instruments per mesurar la qualitat de vida, tenim el *World Health Organization Quality of Life Questionnaire* (WHOQOL-100 i WHOQOL-BREF) de l'autor Carrasco (1998) la versió espanyola, que se centra en la qualitat de vida percebuda per la persona, donant un perfil i una puntuació global. El *Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weight* (SEIQoL-DW) (Joyce et al. 2003 en Rojo i Fernández, 201), és una entrevista semiestructurada. L'Escala FUMAT (Verdugo, Gómez, i Arias, 2008) avalua de forma objectiva la qualitat de vida d'usuaris de Serveis Socials (SS). Pel que fa a aquesta escala els autors van realitzar una validació de l'instrument a través de persones grans i persones amb discapacitat que acudeixen a SS. L'escala de qualitat de vida de Sharklock i Keith (1993), per a avaluar la qualitat de vida en l'activitat laboral i l'EuroQoL-5D: *European Quality of Life-5 Dimensions* (EuroQoL Group, 1990), s'utilitzen els resultats per a la investigació clínica i els serveis sanitaris.

S'han fet diversos estudis relacionant la qualitat de vida amb les estratègies d'afrontament, però molts destinats a persones amb algun tipus d'afectació. Com ara bé, l'estudi portat a cap per Mayorga-Lascano i Peñaherrera-Ron (2019), per a *pacients oncològics i cuidadors primaris*, es va extreure que els pacients presenten valors més elevats en les estratègies d'afrontament de solució de problemes, reacció agressiva, evitació cognitiva i reinterpretació positiva, que els seus cuidadors i tenen major predisposició a deixar-se assistir. Per la banda dels cuidadors, s'observa que quant a estratègies predominen les d'evitació. Els primers esmentats presenten una millor adaptació davant la malaltia que els cuidadors i tenen un nivell de funcionalitat superior. S'han fet altres estudis amb *pacients amb càncer* (Llull,

Znier i García, 2003) on es veu una correlació negativa de les estratègies d'evitació amb la percepció de la qualitat de vida. Tot i això, aquests pacients presenten més estratègies centrades en el problema i en l'avaluació de l'emoció, i el més destacable és la revalorització positiva. A més a més, *recerca sobre estratègies d'afrontament davant del dolor i qualitat de vida de pacients diagnosticats amb fibromiàlgia* (Soucase, Monsalve, Soriano i Andrés, 2004) on s'ha administrat el Qüestionari d'afrontament al dolor (CAD), en aquest s'ha exposat que les estratègies més utilitzades pels pacients són l'autoafirmació i la cerca d'informació, en aquest cas no troben cap relació significativa entre l'índex general de qualitat de vida i les estratègies d'afrontament al dolor. Trobem altres sobre *l'estrès parental, estratègies d'afrontament i avaluació del risc en mares de famílies en risc usuàries de Serveis Socials* (Padilla, Àlvarez-Dardet i Hidalgo, 2014), on es refereix un índex elevat d'estrès per la situació de risc i vulnerabilitat, malgrat això, les estratègies emprades per aquestes usuàries són centrades en el problema, aquest resultat s'ha obtingut gràcies a l'administració de l'Inventari Multidimensional d'Estimació d'Afrontament (COPE). Altres destinats a *estratègies d'afrontament individual i familiar davant de situacions d'estrès psicològic* (Amarís, Madriaga, Valle i Zambrano, 2013) on s'extrau una relació estreta entre les respostes d'afrontament individual amb les respostes d'afrontament familiar, de manera que, el subjecte quan es veu fora del grup assumeix les seves pròpies decisions, en canvi, es veu molt influenciat per l'entorn familiar com a aprenentatge. Pel que fa a *l'ansietat i les estratègies d'afrontament*, Andreo, Hilario i Orteso, 2020, realitzen un estudi valorant el nivell d'ansietat i depressió amb l'Escala d'Ansietat i Depressió de Goldberg (EADG, Goldberg, Bridges, Duncan-Jones, i Grayson, 1988) i el CSI a població clínica i població no clínica, el resultat va ser que el grup clínic orientava les estratègies a fer front al problema, buscar adhesió social i expressar les emocions. A més a més, el grup clínic que presenta simptomatologia depressiva, s'ha relacionat amb estratègies passives o desadaptatives.

A Catalunya i Espanya, no consten articles relacionant els dos conceptes objecte d'estudi en el present treball.

2. Objectius

Ençà l'objectiu general és conèixer el nivell de qualitat de vida dels usuaris de serveis socials, així com identificar les estratègies d'afrontament més freqüents i valorar si hi ha una relació entre els dos conceptes.

Així doncs, els objectius específics són:

- Relacionar la qualitat de vida amb les 4 dimensions: física, psicològica, de relacions socials i ambientals.
- Analitzar si la qualitat de vida es veu influenciada pel fet de tenir una malaltia o no.
- Estudiar els diversos tipus de respostes d'afrontament
- Avaluar si les estratègies d'afrontament estan relacionades amb la qualitat de vida percebuda.

Les hipòtesis exposades, a partir dels objectius, per a la present investigació són els següents:

- Les persones amb millor qualitat de vida tenen respostes d'afrontament més adaptatives.
- La qualitat de vida i les estratègies d'afrontament tenen una correlació positiva.
- Les persones amb malaltia actual tenen una pitjor qualitat de vida que les persones sense malaltia.
- Les estratègies d'afrontament més utilitzades són les més adaptatives.

3. Metodologia

3.1. Participants

La mostra ha estat composta per 41 usuaris/es de serveis socials de Tarragona, concretament de la CSS Zona Nord, que inclou Sant Salvador i Sant Pere i Sant Pau. Les edats s'han comprés entre els 20 i 60 anys ($M=43,32$; $DT=12,78$), sent un criteri d'inclusió, dels quals la majoria han sigut dones (92,7%), havent participat només tres homes en l'estudi. El 31,7% dels participants pateixen alguna malaltia en l'actualitat. Respecte al seu estat civil, en la figura 1, s'ha observat que un 46,3% són solters, un 31,7% divorciats, un 17,1% casats i un 4,9% són vidus. Dels participants un 12,2% no ha cursat cap estudi, un 34,1% té estudis primaris, un 46,3% ha estudiat un cicle de grau mitjà o superior i el 7,3% té un títol universitari, tal com es veu en la figura 2.

Tanmateix, s'han tingut en compte criteris d'exclusió, els quals han estat tenir algun trastorn mental i no entendre la llengua espanyola. El present estudi ha estat aprovat pel Comitè ètic d'investigació de persones, societat i medi ambient (CEIPSA) de la Universitat Rovira i Virgili i ha estat autoritzada la recollida de dades en el centre de pràctiques pel responsable de la institució.

Figura 1.

Gràfic de barres que representa el percentatge de persones corresponents als diferents estats civils.

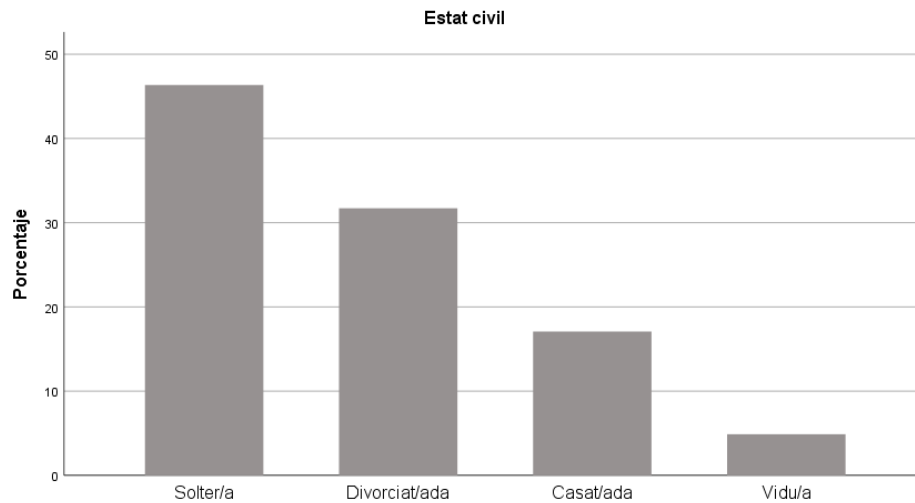
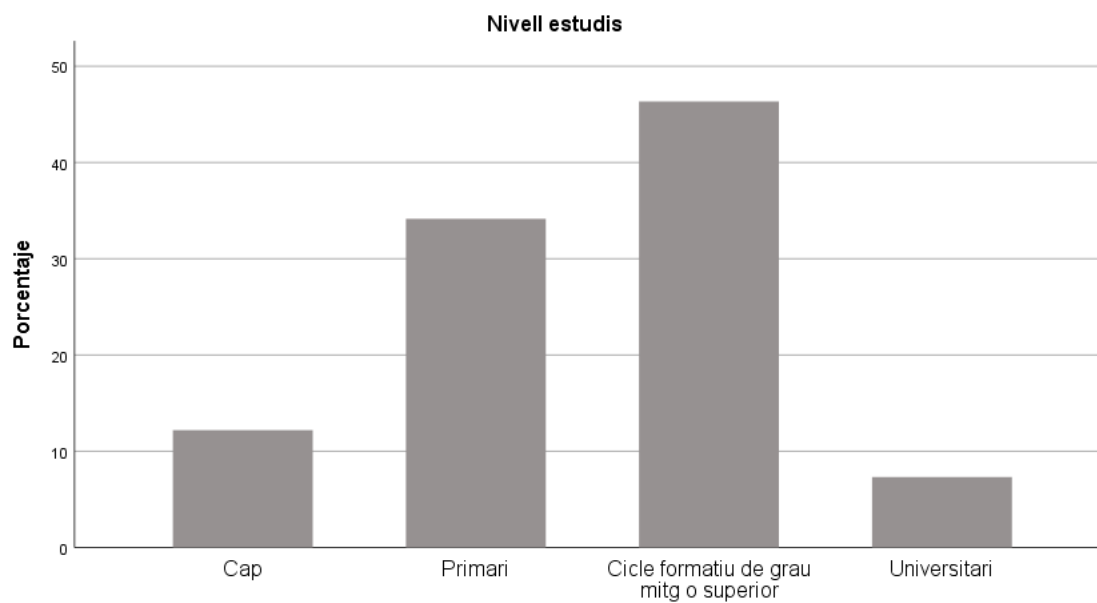


Figura 2.

Gràfic de barres que representa el percentatge de persones amb els diversos nivells d'estudis



3.2. Instruments

Els instruments emprats per a la realització de l'estudi han estat; S'ha realitzat un qüestionari agrupant dos qüestionaris, el primer ha sigut ***l'escala de qualitat de vida World Health Organization Quality of Life WHOQOL-BREF*** (Lucas, 1989) de l'Organització Mundial de la Salut (OMS). Aquesta proporciona un perfil de qualitat de vida percebuda per la persona, de manera ràpida, donant una puntuació de les àrees que explora, a través de 26 ítems amb escala tipus *Likert*, les quals són; *Salut física* (activitats de la vida diària, dependència de substàncies medicinals i ajudes mèdiques, energia i fatiga, mobilitat, dolor i malestar, dormir i descansar, capacitat de treballar), *salut psicològica* (imatge i aparença corporal, sentiments negatius, sentiments positius, autoestima, espiritualitat, religió i creences personals, pensament, aprenentatge, memòria i concentració) relacions socials (relacions personals, acord socials i activitat sexual), i ambient (recursos financers, llibertat i seguretat física i psicològica, atenció sanitària i social, qualitat entorn de l'habitatge, oportunitats d'adquisició de noves informacions i habilitats, participació i oportunitats de temps d'oci, entorn físic i transport. Cada dimensió s'avalua de manera independent, de forma que com més alta sigui la puntuació, millor perfil de qualitat de vida en aquell domini (Annex 1).

Per tal d'interpretar els resultats s'han hagut de recodificar les 26 puntuacions de manera que, a cada ítem se li ha assignat un número de l'1 al 5, en funció a la resposta de cada ítem (1= res, 2= una mica, 3= moderat, 4= bastant i 5= totalment), sent 1=1, 2=2, 3=3, 4=4, 5=5. A continuació, hi ha hagut 3 ítems que s'han recodificat de manera negativa, aquests han estat Q3, Q4, i Q26 les quals han referit a 1=5, 3=3, 4=2 i 5=1. Després s'han establert els 4 dominis associats a les 4 àrees que explora sumant els ítems que es relacionen amb cada apartat. (Annex 2)

Hi ha dues versions la *WHOQOL-100* i la *WHOQOL-BREF*, aquesta última utilitzada en l'estudi. El *WHOQOL-100* és la versió extensa composta per 6 dimensions, que avalua les facetes individuals de les diverses àrees i requereix més temps per a respondre, per aquest motiu es va desenvolupar la segona versió més curta, amb 4 dimensions. Les dues versions han sigut desenvolupades transculturalment, ja que han sigut creades per 15 centres

de tot el món de manera simultània, aleshores ha permès avaluar la qualitat de vida de múltiples situacions i grups de població.

La segona eina emprada que ha format la segona part del qüestionari ha estat ***L'Inventari d'Estratègies d'Afrontament CSI*** (Tobin, Holroyd, Reynolds i Kigal, 1989; adaptat per Cano, Rodríguez i García, 2007). És una eina usada per a examinar com les persones manegen l'estrès i els problemes en la seva vida quotidiana. Aquest qüestionari consta de dues parts: la primera part, qualitativa, consisteix en que els participants expliquin de manera breu un esdeveniment estressant recent que hagin experimentat per a identificar les situacions problemàtiques personals. La segona part, quantitativa, té com a objectiu determinar com les persones manegen aquests problemes a través de preguntes amb respostes segons una escala de Likert.

L'inventari planteja vuit formes d'afrontament: "*Resolució de problemes* (estratègies cognitives i conductuals encaminades a eliminar l'estrès modificant la situació que el produeix), *reestructuració cognitiva* (estratègies cognitives que modifiquen el significat de la situació problemàtica), *suport social* (estratègies referides a la cerca d'adhesió emocional), *expressió emocional* (estratègies dirigides a alliberar emocions que esdevenen en el procés), *evitació de problemes* (estratègies que inclouen la negació i evitació de pensaments o actes), *pensament desideratiu* (estratègies que reflecteixen el desig de canviar la realitat), *retirada social* (estratègies de retirada d'amics, familiars, companys i persones significatives associades en la reacció emocional durant el procés) i *autocrítica* (estratègies basades en l'autoinculpació i autocrítica per l'ocurrència de la situació problema)" (Cano, Rodríguez i García, 2007, p. 31-32). Nava, Ollua, Vega i Soria, (2010) consideren que les quatre primeres dimensions són considerades com afrontaments actius i adequats mentre que les quatre restants es consideren inadequades i passives.

En la interpretació dels resultats, s'ha agrupat els ítems segons les claus de correcció, per cadascuna de les vuit formes d'afrontament, s'ha sumat els ítems que corresponen a cada categoria, donant com a resultat una puntuació (Annex 3).

El CSI va ser desenvolupat a partir de l'*Escala de Modos d'Afrontament* (Lazarus i Folkman, 1985 citat per Cano, Rodríguez i Garcia, 2007). La versió espanyola d'aquest qüestionari és una versió reduïda que consta de 40 preguntes i utilitza una escala tipus *Likert* per a valorar les estratègies d'afrontament utilitzades, des de 0 per a indicar que la persona no ha utilitzat l'estratègia fins a 4 per a indicar que l'ha utilitzat plenament.

3.3. Procediment

L'administració dels qüestionaris s'ha realitzat a través del contacte directe amb els mateixos subjectes, aquest contacte ha estat possible per l'estada de pràctiques a l'Institut Municipal de Serveis Socials de Tarragona. Primerament, s'ha firmat una autorització per part de la psicòloga del centre (Annex 4), per tal de dur a terme l'activitat d'administrar qüestionaris als usuaris/es estan d'acord en tot moment en la viabilitat de la recerca i la participació dels voluntaris. A l'hora d'acomplir l'activitat s'ha tingut en compte els criteris d'inclusió i exclusió anomenats anteriorment. Prèviament a l'autoadministració, s'ha informat els participants que era una prova voluntària i anònima (Annex 5), fent una breu síntesi del que s'avaluava i perquè, informant el participant de la seva participació en el projecte d'investigació. El qüestionari s'ha fet en format paper, i en general, sense ajuda de l'administradora. Seguidament, i un cop obtinguts els resultats, s'han dipositat a un Excel fent els canvis corresponents per poder-ho treballar seguidament amb l'IBM SPSS, per tal d'elaborar una anàlisi a partir de les dades obtingudes i establir resultats i conclusions, donant resposta a les hipòtesis plantejades.

3.4. Anàlisi de dades

S'han desenvolupat anàlisis estadístiques utilitzant IBM SPSS versió 29. Primer s'han codificat i explorat les dades, calculant noves variables basades en les puntuacions dels ítems dels dos qüestionaris usats. A continuació, s'ha efectuat una anàlisi descriptiva de les variables per a conèixer la composició de la mostra. S'han constituït freqüències i percentatges per a les variables categòriques, i mitjana i desviació estàndard per a les variables quantitatives. Posteriorment, s'ha aplicat la prova de Shapiro-Wilk ($N < 50$), corresponent a la taula 1, per a verificar la normalitat de les variables quantitatives., tanmateix, s'han emprat proves no paramètriques amb la resta de variables i proves paramètriques per a les variables assenyalades. Per a examinar les relacions entre les variables quantitatives s'ha fet ús de la correlació de Spearman (Rho), i per a determinar diferències estadísticament significatives entre grups s'ha treballat amb la prova O de Mann-Whitney i t de Student. En tots els casos s'ha treballat amb un nivell de confiança del 95%.

4. Resultats

Fent referència a la taula 1, s'ha estudiat la normalitat de les variables quantitatives, comprovant que es complia el supòsit de normalitat ($p > 0,05$) per a Reestructuració cognitiva (0,664), evitació de problemes (0,287) i les quatre dimensions de qualitat de vida, corresponents a salut física (0,063), salut psicològica (0,495), relacions socials (0,091) i ambient (0,205), és a dir, s'han distribuït de forma normal seguint la corba de normalitat. En canvi, s'ha trobat que les variables corresponents a resolució de problemes (0,013), autocrítica (0,023), expressió emocional (0,023), pensament desideratiu (0,000), suport social (0,026) i retirada social (0,006) no compleixen el supòsit de normalitat, ja que són puntuacions menors de 0,05.

Taula. 1

Proves de normalitat dels dos qüestionaris

	Shapiro-Wilk		
Domini 1. Salut física	,949	41	,063
Domini 2. Salut psicològica	,975	41	,495
Domini 3. Relacions socials	,953	41	,091
Domini 4. Ambient	,963	41	,205
Resolució de problemes	,928	41	,013
Autocrítica	,936	41	,023
Expressió emocional	,936	41	,023
Pensament desideratiu	,810	41	,000
Suport social	,937	41	,026
Reestructuració cognitiva	,980	41	,664
Evitació de problemes	,968	41	,287
Retirada social	,919	41	,006

Pel que fa a l'escala de qualitat de vida, com s'ha vist reflectit en la taula 2, les persones han mostrat puntuar més elevat en salut física (M=13,00), mentre que la salut psicològica ha resultat ser la dimensió amb una puntuació mitjana més baixa (M=11,62). El domini de relacions socials ha estat el segon millor puntuat (M=12,26), per davall d'aquest, ha quedat el domini d'ambient (M=12,03).

Respecte a les estratègies d'afrontament, la puntuació mitjana més alta s'ha obtingut en pensament desideratiu (M=14,48), seguidament de resolució de problemes (M=13,97), expressió emocional (M=12,43) i suport social (M=12,19); en canvi, la puntuació mitjana més baixa s'ha obtingut en

retirada social (M=7,00), seguit d'autocrítica (M=8,51), evitació de problemes (M=8,73) i reestructuració cognitiva (M=9,68).

Taula 2.

Estadístics descriptius sobre els dominis de qualitat de vida i les estratègies d'afrontament

	Mitjana	DT	Mínim	Màxim
Domini 1. Salut física	13,00	3,84	6,29	20,00
Domini 2. Salut psicològica	11,62	3,37	6,00	20,00
Domini 3. Relacions socials	12,26	4,09	5,33	20,00
Domini 4. Ambient	12,03	2,60	7,50	19,50
Resolució de problemes	13,97	4,44	,00	20,00
Autocrítica	8,51	6,09	,00	20,00
Expressió emocional	12,43	4,97	,00	20,00
Pensament desideratiu	14,48	5,26	2,00	20,00
Suport social	12,19	5,98	,00	20,00
Reestructuració cognitiva	9,68	4,89	,00	20,00
Evitació de problemes	8,73	4,33	,00	16,00
Retirada social	7,00	5,15	,00	16,00

Després de realitzar una correlació de Spearman (taula 3) per a estudiar la relació entre les dimensions de la qualitat de vida i les estratègies d'afrontament s'ha observat una relació moderada, positiva i estadísticament significativa entre la salut física i la resolució de problemes ($r=0,427$; $p<0,01$), així com amb el suport social ($r=0,421$; $p<0,01$). També s'ha donat una relació moderada, positiva i estadísticament significativa entre la salut psicològica i la resolució de problemes ($r=0,437$; $p<0,01$), així com amb el suport social ($r=0,450$; $p<0,01$) i amb la reestructuració cognitiva

($r=0,308$; $p<0,05$). S'ha trobat una relació negativa, moderada i estadísticament significativa entre salut física i retirada social ($r=0,419$; $p<0,01$) i entre salut psicològica i retirada social ($r=-0,496$; $p<0,01$), aquesta relació també s'ha observat entre les relacions socials i la retirada social ($r=-0,580$; $p<0,01$) i entre l'ambient i la retirada social ($r=-0,407$; $p<0,01$). No s'han distingit relacions significatives entre les dimensions de la qualitat de vida i l'autocrítica, l'expressió emocional o el pensament desideratiu. Així mateix, no s'ha pogut comprovar que existeixi relació entre l'evitació de problemes i les dimensions de qualitat de vida, no obstant això, sí que s'han detectat relacions d'intensitat moderada, inverses i estadísticament significatives entre les quatre dimensions de la qualitat de vida i la retirada social, de manera que quan augmenta alguna de les dimensions de la qualitat de vida disminueix la retirada social.

Taula 3.

Relació entre les diferents àrees del qüestionari d'estratègies d'afrontament (CSI)

	R.P	A.	E.E	P.D.	S.S	R.C	E.P	R.S
Salut física	,427**	-,027	,202	,048	,421**	,243	,176	-,419**
Salut psicològica	,437**	-,279	,067	-,048	,450**	,308*	,291	-,496**
Relacions socials	,349*	-,202	,105	-,020	,460**	,189	,209	-,580**
Ambient	,285	-,140	,074	,053	,464**	,081	,111	-,407**

*Significativa a nivell 0,05; **Significativa a nivell 0,01

Nota: Resolució de problemes (R.P), Autocrítica (A), Expressió emocional (E.E), Pensament desideratiu (P.D), Suport social (S.S), Reestructuració cognitiva (R.C), Evitació de problemes (E.P) i Retirada social (R.S)

En la taula 4, s'han dut a terme proves de t de Student i O de Mann Whitney per a comprovar si existeixen diferències entre les persones que actualment patien una malaltia i les que no, aquesta variable s'ha determinat a través de l'administració del qüestionari WHOQOL-BREF, respecte a les seves dimensions de qualitat de vida i a les estratègies d'afrontament utilitzades. S'ha trobat que només existeixen diferències estadísticament significatives en l'àmbit de la salut física, sent les persones amb malaltia actual les que refereixen una menor puntuació en aquesta dimensió ($p=0,001$; $<0,05$). No obstant això, també s'ha observat mitjanes més baixes en les persones que pateixen malaltia actual en la resta de dimensions de la qualitat de vida i, respecte a les estratègies d'afrontament, les persones amb malaltia actual presenten mitjanes més baixes en tots els aspectes, excepte en retirada social ($p= 0,342$; $<0,005$) on refereixen una puntuació més alta que les persones que no tenen malaltia.

Taula 4.

Establiment de diferències entre la presència de malaltia actual

	Malaltia actual	M	DT	t/U	p
Domini 1. Salut física	Si	10,15	3,24	-3,717	0,001
	No	14,32	3,38		
Domini 2. Salut psicològica	Si	10,15	2,79	-1,972	0,056
	No	12,30	3,44		
Domini 3. Relacions socials	Si	10,87	3,72	-1,504	0,141
	No	12,90	4,15		
Domini 4. Ambient	Si	10,96	1,98	-1,857	0,071
	No	12,53	2,73		
Correcció CSI. Resolució de problemes	Si	14,07	3,17	173,500	0,814
	No	13,92	4,97		
Correcció CSI. Autocrítica	Si	7,30	4,64	156,000	0,480
	No	9,07	6,67		
Correcció CSI. Expressió emocional	Si	11,46	4,33	139,500	0,237
	No	12,89	5,25		
Correcció CSI. Pensament desideratiu	Si	13,30	6,00	149,000	0,367
	No	15,03	4,90		

Correcció social	CSI.	Suport	Si	11,38	5,04	154,500	0,446
			No	12,57	6,42		
Correcció Reestructuració	CSI.		Si	9,46	4,80	-0,195	0,846
		cognitiva	No	9,78	5,02		
Correcció problemes	CSI.	Evitació de	Si	8,61	4,07	-0,116	0,909
			No	8,78	4,52		
Correcció social	CSI.	Retirada	Si	8,15	4,87	150,000	0,342
			No	6,46	5,27		

5. Discussió

L'anàlisi dels resultats, en primer lloc, ha permès identificar que entre els individus participants en la investigació predomina el sexe femení (92,7%), tenint en compte que un 68,3% de població afirmen tenir una absència de malaltia, amb predomini de persones solteres (46,3%), seguit de divorciats (31,7%) i la majoria amb estudis primaris o secundaris finalitzats (80,4%). S'ha pogut definir un perfil de qualitat de vida alt en salut física, seguit de relacions socials, continuant per ambient i finalitzant per salut psicològica. És a dir, les persones presents en l'estudi perceben una adequada realització de les activitats de la vida diària, no tenen dependència de substàncies medicinals ni ajudes mèdiques, presenten energia i mobilitat, amb absència de dolor i dificultats per dormir, i una alta capacitat de treballar. Tanmateix, segons Levi i Anderson (1980), un alt nivell de vida objectiva i recursos pot anar relacionat amb una satisfacció personal, i per tant una millor qualitat de vida. Així i tot, cal remarcar que té un fort component subjectiu i que depèn del judici de cada persona (Celia i Tulskey, 1990; Szalai, 1980). Quan parlem de recursos ens referim a recursos econòmics, accés a un habitatge entre d'altres (Levi i Anderson, 1980). De manera directa veiem com la salut psicològica és el domini valorat més desfavorablement, aquest fet es pot associar a una percepció de caràcter més negatiu que tenen els participants en l'apreciació de la resta de dimensions.

En segon lloc, pel que fa a les estratègies d'afrontament, els usuaris/es objecte d'estudi, fan front a les diverses problemàtiques a través del pensament desideratiu, segons els autors del qüestionari (Tobin, Helroyd, Reynolds i Kigal, 1989) fa al·lusió al desig de canviar la realitat. Aquesta

estratègia es consideraria inadequada i passiva (Nava, Ollua, Vega i Soria, 2010) i, per tant, tal com afirmen Lazarus i Folkman (1986), tendeixen a la disminució del problema i evitació directa de la situació, minimitzant l'estrès a curt termini però persistent en la situació (Girdano i Everly, 1996). Tot seguit s'ha trobat la resolució de problemes, expressió emocional i reforçament social. D'altra banda, l'estratègia menys emprada ha estat la retirada social, el qual indica, que no es descarta l'opció de rebre ajuda i suport per part d'amics, familiars, companys i altres persones significatives, coincidint amb un estil funcional, que segons Frydernberg i Lewis (1996) faria referència a la realització d'accions per resoldre el problema i rebre el suport dels altres. Aquesta se segueix d'autocrítica i evitació de problemes, les tres anteriors també considerades desadaptatives i passives. En general, les estratègies més utilitzades en ordre ascendent corresponen a afrontaments actius, segons els autors anteriors, i adequades, actuant de manera activa vers la problemàtica. El fet d'emprar un tipus d'estratègia o una altra es relaciona amb l'avaluació del grau d'amenaça i control que perceben les persones vers la situació, en el moment que es percep que la situació està fora del seu control s'utilitzen les estratègies passives i d'evitació, però, en canvi, les estratègies són directes i actives quan es valora la situació sota control.

Pel que fa a les correlacions entre les diferents àrees dels dos instruments administrats, s'ha obtingut una relació significativa i positiva, entre la salut física i la resolució de problemes i el suport social, la mateixa significació s'ha donat amb salut psicològica. De manera que a més energia, millor descans i mobilitat, més autoestima, concentració, memòria, es propicia una avaluació i modificació de la situació per eliminar el malestar, buscant el suport emocional a través del suport social. En el cas de salut psicològica és suma una connexió amb la reestructuració cognitiva, la qual segueix la línia de la resolució de problemes, sent una estratègia que té com a objectiu modificar el significat de la situació problema, reorientant-lo cap a una visió més positiva. Aquesta casuística es podria relacionar amb la piràmide de Maslow i les necessitats humanes, així mateix, quan tenim cobertes les necessitats més bàsiques i fisiològiques del primer nivell, anem desenvolupant les superiors, desbloquejant les eines que ens permeten arribar a la satisfacció i a la minimització i prevenció d'un desequilibri (Maslow,

1954). Per consegüent, s'ha donat una relació negativa i significativa entre les quatre dimensions de qualitat de vida amb retirada social, això vol dir que quan hi ha una millora de la qualitat de vida en tots els aspectes, s'abandona l'actitud d'aïllar-se i evitar les interaccions socials. Finalment, no s'ha observat cap relació entre les dimensions de qualitat de vida i l'autocrítica, expressió emocional o pensament desideratiu.

Per acabar, cal destacar que la variable de població clínica, corresponent a si actualment pateixen una malaltia, ha esdevingut significativa en l'àrea de salut física. Això no obstant, quan hi ha una afectació en salut s'ha vist un deteriorament de la qualitat de vida i de les estratègies d'afrontament en comparació quan no hi ha malaltia. La població clínica amb malaltia actual presenta únicament mitjanes més baixes en la retirada social i en la resolució de problemes en comparació amb la resta d'estratègies, que les persones que no presenten cap malaltia. Així doncs, les persones que presenten afeccions mostren un aïllament social, però se centren activament en la cerca de la solució al problema. Aquest resultat es pot comparar amb diversos estudis que s'han realitzat amb pacients amb afectacions com ara bé amb càncer, el qual s'ha observat que aquests presenten més estratègies centrades al maneig del problema que causa malestar, el qual es dona quan les persones valoren que la situació és susceptible al canvi (Mayorga-Lascano i Peñaherrera-Ron 2019; Llull, Znier i García, 2003). Aquest mateix resultat coincideix amb l'estudi que es fa a mares amb situació de risc d'exclusió social, usuàries de Serveis Socials (Padilla, Àlvarez-Dardet i Hidalgo, 2014).

6. Limitacions i futures línies d'investigació

La realització d'aquest treball ha permès donar parcialment resposta als objectius plantejats des d'un inici. Tot i això, s'han trobat algunes limitacions que cal tenir en compte per a una possible investigació futura. En primer lloc, s'ha de destacar la dificultat de trobar participants del sexe masculí, pel fet que aquesta mancança ha comportat que la comparació entre sexes no hagi estat possible. També destacar la contrarietat de la població a participar en l'estudi, ja que el context que engloba el sector de serveis socials ha dificultat la col·laboració voluntària i directa dels participants. Tanmateix, emfasitzar en el tipus disseny implementat, fent referència als instruments utilitzats, la mostra emprada, és a dir, el plantejament inicial, el qual no ha permès establir relacions significatives en totes les variables plantejades en els instruments de mesura.

Sobre les futures línies d'investigació, d'una banda, remarcar la possibilitat d'aprofundir en les problemàtiques de caràcter social més comunes a serveis socials, per tal de valorar si influeixen en la percepció de la qualitat de vida i consegüentment, en les estratègies d'afrontament de problemàtiques esmentades. D'altra banda, pel que fa a les estratègies d'afrontament, realitzar estudis més precisos sobre aquells factors que no ha estat possible relacionar significativament, com ho són l'autocrítica, expressió emocional o pensament desideratiu. A més a més, una opció podria ser examinar els resultats ja obtinguts per establir altres possibles relacions més precises i així, poder obtenir una valoració. També seria més significatiu agafar una mostra de població més gran, abastant tots els sectors en els quals es divideix Serveis Socials de Tarragona, per tenir uns resultats més representatius i poder arribar també població masculina.

7. Conclusions

Després de dur a terme la investigació teòrica i l'anàlisi dels resultats s'ha pogut arribar a diferents conclusions que han permès donar resposta als objectius planejats.

En primer lloc, l'objectiu general del present estudi era conèixer el nivell de qualitat de vida de les persones usuàries de serveis socials i identificar les estratègies d'afrontament més freqüents, per així poder valorar la relació entre els dos conceptes. Així doncs, s'ha pogut observar una associació entre les variables a través de la identificació de la tendència de les diverses dimensions de qualitat de vida, ficant al capdavant la salut física, seguit de relacions socials, continuant per ambient i finalitzant per salut psicològica, sent aquesta última la pitjor puntuada. Per tant, veiem una mancança de salut psicològica en la població usuària de Serveis Socials. D'altra banda, l'estratègia més utilitzada per aquest grup de població és el pensament desideratiu, caracteritzat per l'anhel de presenciar un canvi en la situació problema. Però en el moment de relacionar els dos objectes d'estudi, els resultats no han estat tots significatius, de manera que no s'ha obtingut relació entre totes les dimensions, sinó que solament es destaca la congruència entre resolució de problemes, suport social i retirada social, sent aquestes les úniques determinants. Aquestes s'han pogut relacionar amb la salut física i salut psicològica, en primer lloc, i amb relacions socials i ambient solament podem trobar associacions en suport social i retirada social.

Pel que fa al primer objectiu específic, era relacionar la qualitat de vida amb les quatre dimensions que engloba el *WOHQOL-BREEF (1986)*, s'ha pogut veure que entre les quatre dimensions no hi ha un equilibri sinó que predomina la salut física en comparació amb la resta, s'ha vist que solament hi ha un 31,7% de persones amb afectació actual, per tant, un percentatge més elevat de persones afirmen tenir una bona salut. En relació, la hipòtesi plantejada la qual era que les persones amb malalties actuals tenen una pitjor qualitat de vida que les persones sense malaltia, malgrat que el resultat indica una cohesió exclusivament amb salut física, la resta de dimensions no es

veuen afectades, per tant s'accepta sol per a l'àrea de salut física i es rebutja per a la resta d'àrees.

Sobre l'estudi dels diversos tipus de respostes d'afrontament, els més utilitzats han estat el pensament desideratiu, seguit de resolució de problemes, expressió emocional i suport social, sent els últims tres adaptatius. En canvi, la retirada social, l'autocrítica, l'evitació de problemes i l'autocrítica han esdevingut les més baixes. La majoria d'aquests fan referència a les estratègies més inadequades o desadaptatives juntament amb el pensament desideratiu, per tant, no es confirma la hipòtesi que el grup d'estratègies adaptatives és el més emprat. Cal destacar que segons Lazarus (1999), no es pot establir una estratègia millor que una altra, perquè depèn de la incidència de cada moment i s'han de valorar diversos factors, ja que com afirma Dechman (1984) i Folkman (1986) l'afrontament és un fenomen multifacètic.

Finalment, l'últim objectiu plantejat era avaluar si les estratègies d'afrontament estan relacionades amb la qualitat de vida percebuda, valorant si les persones amb millor qualitat de vida tenen respostes d'afrontament més adaptatives. Això s'ha pogut comprovar solament en alguns casos, ja que no s'ha pogut contrastar que totes les dimensions de qualitat de vida presenten associacions amb les diverses estratègies d'afrontament, i si s'ha donat aquesta relació no ha sigut en tots els casos en estratègies adaptatives. Tot i això, pel que fa a si la qualitat de vida i les estratègies d'afrontament tenen una correlació positiva, s'ha confirmat la hipòtesi de manera parcial, concretament en salut física i salut psicològica amb la resolució de problemes i resolució social, i per la psicològica s'hi ha sumat la reestructuració cognitiva. També s'ha vist que el suport social està directament relacionat amb les quatre dimensions de la qualitat de vida. Pel que fa a la resta d'estratègies no s'ha donat cap relació significativa.

8. Bibliografía

- Albornoz, A., & Godoy, B. G. (2021). Reflexiones sobre la noción de problemas sociales: Perspectivas para la intervención del Trabajo Social. *Margen: revista de trabajo y ciencias sociales*, 100, 3. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7846021>
- Andreo, A., Salvador Hilario, P., & Orteso, F. J. (2020). Ansiedad y estrategias de afrontamiento. *European Journal of Health Research*, 6(2), 213–225. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v6i2.218>
- Ardila, R., (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>
- Bados, A. y García Grau, E. (2014). *Resolución de problemas*. Publicación electrónica. Colección Objetos y Materiales Docentes (OMADO). <http://hdl.handle.net/2445/54764>
- Benacerraf Parienta, L. (1999). *Reflexiones sobre calidad de vida*. [Archiu PDF] <http://bdigital.ula.ve/storage/pdf/anua/v21/articulo04.pdf>
- Blanchard-Fields, F., & Irion, J. C. (1988). The relation between locus of control and coping in two contexts: Age as a moderator variable. *Psychology and Aging*, 3(2), 197-203. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.3.2.197>
- Cabasés, Juan M.. (2015). El EQ-5D como medida de resultados en salud. *Gaceta Sanitaria*, 29(6), 401-403. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.08.007>
- Cano-García, Francisco & Rodríguez-Franco, Luis & Garcia-Martínez, Jesús. (2007). *Adaptación Española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento*. *Actas españolas de psiquiatría*. 35. 29-

39. <https://www.researchgate.net/publication/235419673> *Adaptacion Española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento*

Colegio oficial de la Psicología en Madrid (s.f). *Psicología de la Intervención Social*. [Arxiu PDF]. <https://www.cop.es/perfiles/contenido/intervencion.pdf>

C. Vázquez Valverde, M. Crespo López y J. M. Ring (s.f). *Estrategias de afrontamiento*. https://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225

Departament de Drets Socials. (2020). *Pla estratègic de Serveis Socials de Catalunya*. [En línia] https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/15serveissocials/pla_estrategic_serveis_socials/Pla_estrategic_serveis_socials_catalunya_NOU/01_Plana_principal/1.-2020-12-29-Pla-estrategic-de-serveis-socials-2021-2024.pdf

Díaz, M. D., Sánchez, J. P., Abascal, F. E. (s. f.). Estudio sobre la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento. *Revista electrónica de motivación y emoción*. V. 3, n.4. <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>

Direcció General de Serveis Socials del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. (2020). *Diagnosi de la feminització de la pobresa a Catalunya*. [En línia] https://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicacions/02publicacions_de_bsf/07dones/diagnosi_feminitzacio_pobresa_catalunya/diagnosi-feminitzacio-pobresa.pdf

Direcció Tècnica d'Acció Social. (2010). *L'atenció psicosocial en els Serveis Socials Bàsics*. Ajuntament de Barcelona. [En línia] <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documentos/atencio-psicosocial-serveis-socials-basics.pdf>

El Sistema català de serveis socials. (s. f.). Departament de Drets Socials. [En línia]
https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/serveis_socials/el_sistema_catala_de_serveis_socials/

Fromm, E. (1961). *Marx's Concept of Man*. <http://ci.nii.ac.jp/ncid/BA23571194>

Gantiva, C., Luna, A. V., Dávila, A. L., & Salgado, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad. *Psychologia*, 4(1), 63-70.
<https://doi.org/10.21500/19002386.1159>

Gómez, L. E., M. A., Verdugo, Arias, B., & Navas, P.. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala Fumat. *Psychosocial Intervention*, 17(2), 189-199.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000200007&lng=es&tlng=es.

Gómez, J. A. (s. f.). *Calidad de Vida y Praxis Urbana 4. Las necesidades humanas: descender un escalón en la complejidad*.
http://habitat.aq.upm.es/cvpu/acvpu_6.html

Gonnet, Juan Pablo. (2015). Durkheim, Luhmann y la delimitación del problema del orden social. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, 60(225), 285-309. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-19182015000300285&lng=es&tlng=es.

Gonnet, Juan Pablo. (2018). Orden social y conflicto en la teoría de los sistemas de Niklas Luhmann. *Cinta de moebio*, (61), 110-122.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X201800010011>

Institut Municipal de Serveis Socials. (2021). *MEMORIA Institut Municipal de Serveis Socials*. [En línia]
<https://www.tarragona.cat/serveis-a-la-persona/institut-municipal-de-serveis-socials/fitxers/altres/memoria-imsst-2021>

Institut Nacional d'Estadística (INE), (2021). *Indicador Multidimensional de Calidad de Vida (IMCV)* [Archiu PDF]

https://www.ine.es/prensa/experimental_ind_multi_calidad_vida.pdf

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (2013). Stress: Appraisal and Coping. En *Springer eBooks* (pp. 1913-1915). https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215

Ley 12 de 2007. De servicios Sociales. 6 de noviembre de 2007. BOE nº 266. [Arxiu PDF]

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-19189-consolidado.pdf>

Llobet, M. P., Mateu, M. P. S., & Ávila, N. R. (2012). Necesidades humanas: evolución del concepto según la perspectiva social. *Aposta*, 54(54), 1-16.

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/44011/1/593078.pdf>

Llull, D. M., Zanier, J. H. M., & García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8(2), 175-182.

<https://doi.org/10.1590/s1413-82712003000200009>

Macías, M. A., Madariaga Orozco, C., Valle Amarís, M., & Zambrano, J. (2013). *Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico*. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21328600007>

Maslow, A. H. (1998). Abraham H. Maslow y la teoría holístico/dinámica de las necesidades. *Cuadernos salmantinos de filosofía*. Volumen 15. Pàgina 33-57.

<https://summa.upsa.es/pdf.vm?id=855&lang=es>

Maslow, A. H. (1991). *Motivación y personalidad*. Ediciones Díaz de Santos.

Mayordomo, Z (2016). ¿Cuál es el sentido de la psicología en servicios sociales? Sobre la atención psicológica de la vulnerabilidad y la exclusión social?. *Revista clínica contemporanea*, Vol. 7, nº 2, 2016 - Pàgs. 113-124

<https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2016v7n2a3.pdf>

Mayorga-Lascano, M. i Peñaherrera-Ron, A. (2020). Estrategias de Afrontamiento y Calidad de Vida en Pacientes Oncológicos y Cuidadores Primarios. *Revista Griot*. Vol. 12, Nº. 1, 2019, págs. 16-30.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8471591>

Montagut, T. (1996). Treball social, serveis socials i intervenció educativa. *Temps d'Educació*, 15, 83-90.

<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/95911/1/128538.pdf>

M. Montenegro, M. Balasch, A. Causa , I. Rodriguez. (2007) . *Psicología social de los problemas sociales*.

https://sga.unemi.edu.ec/media/archivotareasilabo/2020/06/27/archivotarea_silabo_2020627221057.pdf

Montero, M., (1984). La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 16(3), 387-400.

<https://www.redalyc.org/pdf/805/80516303.pdf>

Morán, Consuelo, Landero, René, & González, Mónica Teresa. (2009). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552. Recuperado em 05 de maio de 2023, de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200020&lng=pt&lng=es

M.Suarez (s.f). *Problemas Sociales y Problemas de Programas Sociales Masivos*. Naciones Unidas CEPAL

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/33446/S8900328_es.pdf

Orellana, J. (2019, 26 octubre). *¿Qué es la calidad de vida?, una mirada desde la Psicología*. La Ventana Ciudadana.

[https://laventanaciudadana.cl/que-es-la-calidad-de-vida-una-mirada-desde-la-psicologia/#:~:text=La%20calidad%20de%20vida%20desde,Pavot%20y%20Diener%2C%201993\)%20](https://laventanaciudadana.cl/que-es-la-calidad-de-vida-una-mirada-desde-la-psicologia/#:~:text=La%20calidad%20de%20vida%20desde,Pavot%20y%20Diener%2C%201993)%20)

Organización Mundial de la Salud (s.f). *Programa de salud mental. WHOQOL. Calidad de vida*

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-calidad-01.pdf>

Padilla, J. P., Álvarez-Dardet, S. M., & Hidalgo, M. D. (2014). Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación del riesgo en madres de familias en riesgo usuarias de los Servicios Sociales. *Psychosocial Intervention*, 23(1), 25-32. <https://doi.org/10.5093/in2014a3>

Reyes-Vega C, Rivero-Méndez M. *Estrategias de afrontamiento a la sobrecarga de cuidadores de pacientes con enfermedad renal en diálisis*. *Enferm Nefrol*. 2021 Abr-Jun;24(2):149-61
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842021000200149

Sandin, B. Charcot, P. (2002) Cuestionario de Afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar . *Revista de Psicopatología y Psicología clínica* . vol. 8, núm. 1, pp. 39-54. <http://espacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:Psicopat-2003-7B4EAB10-5627-6E72-1C0D-C1BC36CC98B4/PDF>

Schaloch, R. i Verdugo, M (2003). *Manual para profesionales de la educación, salud y servicios*. Madrid: Alianza editorial

Soriano, J. M., & Monsalve, V. (2005). *El afrontamiento del dolor crónico*. *Boletín de psicología*, 84, 91-108.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1709013>

Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J. M., & De Andrés, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(6), 45-51.
<https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n6/nota2.pdf>

Viñas Poch, Ferran, González Carrasco, Mónica, García Moreno, Yolanda, Malo Cerrato, Sara, & Casas Aznar, Ferran. (2015). *Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes*. *Anales de Psicología*, 31(1), 226-233.

<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.1.163681>

Wilmeth, J. R., Horton, P., & Leslie, G. R. (1956). The Sociology of Social Problems. *American Sociological Review*.

<https://doi.org/10.2307/2089497>

X. Pelegrí (ed.) (2011). *Els Serveis Socials a Catalunya: aportacions per al seu estudi*. Lleida: Edicions de la Universitat de Lleida.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PAGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

Annex 2.

Normas de administración y puntuación

En Badía X, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 4ta edición Barcelona: Lilly. 2007

- o Concepto: Proporciona un perfil de calidad de vida percibida por la persona. Fue diseñado para ser usado tanto en población general como en pacientes. La WHOQOL-BREF proporciona una manera rápida de puntuar los perfiles de las áreas que explora, sin embargo no permite la evaluación de las facetas individuales de las áreas. Se recomienda utilizarla en epidemiología y en clínica cuando la calidad de vida es de interés, pero no es el objetivo principal del estudio o intervención.
- o Existen dos versiones la WHOQOL-100 y la WHOQOL-BREF ambas con estudios de validación en español (que aún continúan completándose). La versión aquí recogida, la WHOQOL-BREF (26 ítems) produce un perfil de 4 dimensiones: Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales, Ambiente.

En Murgieri, M. WHOQOL-100 Y WHOQOL-BREF. En red: Última actualización 30/03/2009. http://www.llave.connmed.com.ar/portalnoticias_vernoticia.php?codigonoticia=17621:

- o Administración:
 - o El tiempo de referencia que contempla el WHOQOL es de dos semanas.
 - o El cuestionario debe ser autoadministrado.
 - o Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de educación, cultura o salud puede ser entrevistada.

Freire de Oliveira M, Ábalos Medina GM, Olmedo Alguacil M, Ramírez Rodrigo J, Fernández Pérez AM, Villaverde Gutiérrez C. Estudio comparativo de los instrumentos WHOQOL-BREF Y SF-36, para medir calidad de vida en mayores. Scientia, 2008; 3: En red: <http://www.revista-scientia.es/documentos/2008/3.pdf>

- o Puntuación:
 - o El instrumento WHOQOL-BREF ofrece un perfil de calidad de vida, siendo cada dimensión o dominio puntuado de forma independiente. Cuanto mayor

sea es la puntuación en cada dominio, mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada.

- o Sin embargo no todos los ítems se puntúan de forma directa, hay que recodificar de forma inversa parte de las puntuaciones. Las instrucciones para la recodificación de estos ítems, sobre cómo calcular la puntuación en cada dominio y la estandarización de estas puntuaciones para compararlas con otras escalas se pueden consultar en: Organización Mundial de la Salud (OMS). WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and version of the assessment. OMS. Ginebra. 1998: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf (ver tablas 3 y 4 en páginas: 12 y 13).

En Bobes García, J; G.-Portilla, MP; Bascarán Fernández, MT, Saiz Martínez; PA, Bousoño García M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3.ª edición. Barcelona: Ars Médica. 2004

- o Puntuación:
 - o Se obtiene un perfil del paciente y una puntuación sobre percepción de calidad de vida global y salud general. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor calidad de vida.
 - o Para su corrección se remite al lector a la versión española del WHOQOL: Lucas Carrasco R. Versión española del WHOQOL. Madrid: Ergón, 1998.

Annex 3.

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)
(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2007)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.



De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que correspondía:

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

NOMBRE:	EDAD:	FECHA EVAL:	
1	Luché para resolver el problema		0 1 2 3 4
2	Me culpé a mí mismo		0 1 2 3 4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés		0 1 2 3 4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado		0 1 2 3 4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema		0 1 2 3 4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente		0 1 2 3 4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado		0 1 2 3 4
8	Pasé algún tiempo solo		0 1 2 3 4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación		0 1 2 3 4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché		0 1 2 3 4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía		0 1 2 3 4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase		0 1 2 3 4
13	Hablé con una persona de confianza		0 1 2 3 4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas		0 1 2 3 4
15	Traté de olvidar por completo el asunto		0 1 2 3 4
16	Evité estar con gente		0 1 2 3 4
17	Hice frente al problema		0 1 2 3 4
18	Me criticqué por lo ocurrido		0 1 2 3 4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir		0 1 2 3 4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación		0 1 2 3 4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano		0 1 2 3 4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían		0 1 2 3 4
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más		0 1 2 3 4
24	Oculté lo que pensaba y sentía		0 1 2 3 4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran		0 1 2 3 4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera		0 1 2 3 4
27	Dejé desahogar mis emociones		0 1 2 3 4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido		0 1 2 3 4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos		0 1 2 3 4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo		0 1 2 3 4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado		0 1 2 3 4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía		0 1 2 3 4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería		0 1 2 3 4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias		0 1 2 3 4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron		0 1 2 3 4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes		0 1 2 3 4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto		0 1 2 3 4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas		0 1 2 3 4
39	Evité pensar o hacer nada		0 1 2 3 4
40	Traté de ocultar mis sentimientos		0 1 2 3 4
	Me consideré capaz de afrontar la situación		0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA


	REP	AUT	EDM	PSD	APS	REC	EVP	RES
PD								
PC								

A cumplimentar por el evaluador


Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (claves de corrección)	
Resolución de problemas (REP)	01+09+17+25+33
Autocrítica (AUC)	02+10+18+26+34
Expresión emocional (EEM)	03+11+19+27+35
Pensamiento desiderativo (PSD)	04+12+20+28+36
Apoyo social (APS)	05+13+21+29+37
Reestructuración cognitiva (REC)	06+14+22+30+38
Evitación de problemas (EVP)	07+15+23+31+39
Retirada social (RES)	08+16+24+32+40

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (baremo)									
Pc	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	Pc
1	1								1
2	2			0	0	0			2
3	3			1	1	1			3
4	4		0	1	2	2			4
5	5		1	2	3	2	0		5
10	6		3	4	4	4	1		10
15	8		4	5	5	5	2	0	15
20	10		4	6	6	6	2	1	20
25	11		5	7	7	6	3	1	25
30	12	0	5	8	8	7	3	2	30
35	13	1	6	9	8	8	4	2	35
40	14	2	7	10	9	9	4	2	40
45	15	3	8	12	10	9	5	3	45
50	16	3	9	12	11	10	5	3	50
55	16	4	9	13	12	11	6	4	55
60	16	5	10	14	13	12	7	4	60
65	17	6	11	15	13	12	7	5	65
70	18	7	11	16	14	13	8	5	70
75	19	8	12	16	15	14	8	6	75
80	19	10	14	17	16	15	9	7	80
85	20	12	15	18	17	16	10	8	85
90	20	14	16	19	18	17	11	9	90
95	20	16	18	20	19	18	13	11	95
96	20	17	18	20	20	19	13	11	96
97	20	18	19	20	20	19	14	11	97
98	20	20	20	20	20	19	16	13	98
99	20	20	20	20	20	20	16	15	99
	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	
Media	14,25	5,11	8,98	11,66	10,93	10,17	5,81	3,93	Media
DT	5,01	5,05	5,05	5,05	5,12	4,94	3,89	3,53	DT
N	335	335	335	334	332	335	334	334	N

Annex 4.


Universitat de Tarragona
Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia

AUTORITZACIÓ PER DUR A TERME ACTIVITATS PRÀCTIQUES DE GRAU/MÀSTER

Nom del professor/a responsable: Diana Ribes Fortanet	
Nom del lloc, centre o empresa on es vol anar: Institut Municipal de Serveis Socials de Tarragona	
Breu resum de l'activitat (cal indicar en el marc de quina assignatura es dur a terme l'activitat): Per tal de dur a terme la part pràctica del Treball de Fi de Grau de Psicologia, es vol realitzar dues enquestes a la població usuària de Serveis Socials de Tarragona.	
Objectius d'aprenentatge Relació entre les estratègies d'afrontament i la qualitat de vida en persones usuàries de serveis socials.	
Data/es en què es durà a terme l'activitat: 17/04/2023	
Relació d'estudiants: (nom, cognoms, DNI i signatura) Sara Gombau Jordan 47483676-5 	
Signatura del professor/a RIBES FORTANET DIANA - 20249715D Firmado digitalmente por RIBES FORTANET DIANA - 20249715D Fecha: 2023.03.29 13:56:32 +02'00'	Vist-i-plau de la persona responsable del centre/institució/empresa Nom i cognoms (signatura i segell) VERONICA ZARAGOZA GARCIA - DNI 39726608L (AUT) Fecha: 2023.03.31 09:29:44 +02'00'
Tarragona, 27 d'abril de 2023	

Actualitzat el 09/03/2023



Universitat Rovira i Virgili
Facultat de Ciències de l'Educació i Psicologia

L'alumnat de la FCEP, de manera individual o col·lectiva, no pot anar a centres/organitzacions de qualsevol tipus a fer activitats pràctiques de les assignatures de grau/màster sense una autorització prèvia del professor/a responsable de l'assignatura o del tutor/ra de pràctiques externes i/o TFG/TFM.

És imprescindible que l'estudiant porti, degudament emplenat i signat, el document **Autorització per dur a terme activitats pràctiques de Grau i Màster**

Actualitzat el 09/03/2023

Annex 5.



**UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI**

Edifici Rectorat
Carrer de l'Excomandador, s/n
43003 – Tarragona
Tel. +34 977 558 021
Fax +34 977 558 022
www.urv.cat

MODEL DE FULL D'INFORMACIÓ AL PARTICIPANT

He rebut aquest Full d'Informació.

TÍTOL DE L'ESTUDI¹

Les estratègies d'afrontament i la qualitat de vida de persones usuàries de Serveis Socials
INVESTIGADOR PRINCIPAL / DOCTORAND / ESTUDIANT²

[Sara Gombau Jordan – Correu electrònic: sara.gombau@estudiants.urv.cat – Telèfon:
639469668 – Adreça postal: 43002]

CENTRE

Universitat Rovira i Virgili (URV)

GRUP DE RECERCA³

No consta

FONT DE FINANÇAMENT⁴

No consta

INTRODUCCIÓ

Ens dirigim a vostè per tal d'informar-lo sobre l'estudi d'investigació en el que se'l convida a participar.

Aquest estudi ha estat aprovat pel [Comitè ètic d'investigació en persones, societat i medi ambient (CEIPSA) de la Universitat Rovira i Virgili.

La nostra intenció és que rebí la informació correcta i suficient perquè pugui avaluar i decidir si vol o no participar en aquest estudi. Per aquest motiu, llegeixi aquest full informatiu amb atenció i nosaltres li aclarirem els dubtes que li puguin sorgir. Addicionalment, li informem que vostè es lliure de consultar amb les persones que consideri oportú abans de decidir sobre la seva participació a l'estudi.

¹ Del projecte de recerca, tesi doctoral, treball de fi de grau, treball de fi de postgrau o treball de fi de màster. Si existeix, incloure també el codi o referència de l'estudi.

² Indicar les dades de contacte de l'investigador principal: nom, telèfon, correu electrònic i ubicació física.

³ Eliminar aquesta menció si no existeix un grup de recerca vinculat amb la investigació.

⁴ Eliminar aquesta menció si no existeix fons de finançament.



PARTICIPACIÓ VOLUNTÀRIA

Ha de saber que la seva participació en aquest estudi és voluntària i que pot decidir no participar o canviar la seva decisió i retirar el consentiment en qualsevol moment.

DESCRIPCIÓ GENERAL DE L'ESTUDI⁵

Aquest estudi té com a objectiu avaluar el tipus d'estratègies d'afrontament en relació a la qualitat de vida de les persones usuàries de Serveis Socials

Es planteja dur a terme una recerca sobre els tipus d'estratègies d'afrontament i relacionar-ho amb la qualitat de vida de les persones usuàries de serveis socials, amb l'objectiu de saber si aquestes persones tenen estratègies més o menys adaptatives vers les diverses problemàtiques.

Es vol realitzar dos qüestionaris al grup de població esmentat anteriorment, per relacionar les dues variables, per una banda, l'escala de qualitat de vida amb el WHOWOL-BREF, el qual proporciona un perfil de la qualitat de vida percebuda per la persona, les 4 dimensions que engloba són: salut física, salut psicològica, relacions socials i ambient. D'altra banda, l'Inventari d'estratègies d'afrontament (CSI) el qual està format per 40 ítems que corresponen a 8 escales.

En ambdós qüestionaris s'utilitza l'escala tipus Likert amb 5 opcions de resposta.

No serà necessària cap visita mèdica; només caldrà que respongui el qüestionari amb preguntes relacionades amb l'estil de vida previ a l'estudi.

BENEFICIS I RISCOS

El benefici de la recerca i l'obtenció d'informació

No consta cap risc

CONFIDENCIALITAT I PROTECCIÓ DE DADES

Tota la informació recopilada sobre les persones participants en el marc d'aquest estudi es mantindrà estrictament confidencial i amb aplicació de les corresponents mesures de

⁵ Citar els objectius principals de l'estudi d'investigació, descriure en què consistirà la participació de la persona participant, com es contactarà amb les persones participants i les dades personals que seran tractades. Es pot fer servir com a guió el que s'indica a la introducció d'aquest document.



seguretat que garanteixin, a més de la seva confidencialitat, la seva integritat, disponibilitat, autenticitat i traçabilitat.^{6 7}

Les dades personals recollides per a l'estudi estaran identificades mitjançant un codi i només l'investigador principal o els seus col·laboradors podran relacionar aquestes dades amb els participants⁸. Mai s'identificarà a les persones participants en cap informe, presentació ni publicació que sorgeixi d'aquest estudi. Per tant, la seva identitat no serà revelada a cap persona, excepte quan sigui requerit pel Comitè d'Ètica al que es sotmet l'estudi amb la finalitat de comprovar les dades i procediments de l'estudi⁹.

Per al tractament de les dades s'utilitzaran els sistemes d'informació propis de la Universitat Rovira i Virgili instal·lats a la seva xarxa informàtica aplicant-se les mesures de seguretat de la informació establertes pel Reial Decret 3/2010 que regula l'Esquema Nacional de Seguretat¹⁰. Concretament, les dades es recolliran mitjançantel qüestionari CSI i el WHOQOL-BREF.....¹¹ i s'introduiran en el sistema d'informació¹². Posteriorment, per analitzar les dades s'utilitzarà el programaIBM SPSS.....¹³

El personal investigador de l'estudi es compromet a complir la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, a més del Reglament (UE) núm. 2016/679, del Parlament europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016,

⁶ Aquest paràgraf es pot complementar amb mesures de seguretat específiques que s'apliquin durant la investigació. Podeu contactar amb el Responsable de Seguretat de la URV per rebre assessorament en aquest àmbit.

⁷ Si no es tracten dades personals caldrà indicar la següent menció i obviar el text que segueix a continuació del present apartat i l'apartat INFORMACIÓ AMPLIADA SOBRE EL TRACTAMENT DE DADES PERSONALS: "Aquest estudi no implica el tractament de dades personals ja que les dades que es recullen no es podran vincular, directa o indirectament, als seus titulars."

⁸ Aquest és el sistema habitualment emprat. Si no és així, cal modificar-hi segons correspongui a la investigació

⁹ Habitualment no es publiquen dades personals dels participants. Si no és el cas, cal eliminar aquesta menció i tenir present que al consentiment informat hi figurarà una clara declaració afirmativa conforme el participant presta el seu consentiment a què es publiquin i difonguin les seves dades personals junt amb els resultats de l'informe.

¹⁰ Habitualment s'utilitzen els sistemes propis de la URV. En cas contrari, caldrà especificar quins sistemes i posar-se en contacte amb el Responsable de Seguretat per comptar amb la seva aprovació. Caldrà abans, haver confirmat amb el Servei de Recursos Informàtics i TIC que no existeix una eina informàtica emprada per la URV per a la mateixa finalitat perseguida.

¹¹ Indicar formulari, entrevista, qüestionari, segons apliqui.

¹² Indicar quin sistema d'informació propi de la Universitat Rovira i Virgili s'utilitzarà per a la realització de l'estudi. En cas de dubte sobre si el sistema utilitzat és propi de la Universitat, cal contactar amb el Servei de Recursos Informàtics i TIC.

¹³ Indicar quin programa d'anàlisi de dades s'utilitzarà per a la realització de l'estudi, només en cas que apliqui; si no, eliminar tota la menció.



relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals, i signarà un compromís de participació i confidencialitat.

La finalitat del tractament de les dades és la participació en l'estudi d'acord amb el consentiment de la persona participant¹⁴. La persona participant també pot donar el consentiment per a la reutilització de les dades per a estudis futurs que estiguin relacionats¹⁵.

La persona participant podrà interrompre la seva participació a l'estudi o estudis futurs relacionats¹⁶ retirant el seu consentiment en qualsevol moment, sense que sigui necessària la seva justificació. En aquest cas, les dades no es podran eliminar per tal de garantir la validesa dels resultats i complir amb les obligacions legals aplicables a l'estudi, però sí que quedaran codificades de manera que no sigui possible vincular-les a la seva persona.

INFORMACIÓ AMPLIADA SOBRE EL TRACTAMENT DE DADES PERSONALS

De conformitat amb el que disposa la legislació vigent en matèria de protecció de dades aplicable a la Universitat Rovira i Virgili (URV) i publicada a l'apartat "Legislació aplicable" de l'espai "Protecció de dades de caràcter personal" de la Seu Electrònica (<https://seuelectronica.urv.cat/rgpd/>), es posa en coneixement de les persones interessades la informació següent:

a) Qui és el responsable del tractament de les seves dades?

• Identificació	Universitat Rovira i Virgili CIF: Q9350003A
• Adreça Postal	Carrer de l'Escorxador, s/n 43003 Tarragona
• Dades de contacte dels DPD	DPD - Delegats de protecció de dades de la URV Correu electrònic: dpd@urv.cat

b) Quines dades personals tractem i amb quina finalitat?

Les dades personals són tractades amb la finalitat de participar eninvestigació.....¹⁷ en els termes que es descriuen al full d'informació al participant. En el cas que l'estudi prevegi la publicació, difusió i reutilització dels resultats

¹⁴ En el seu cas indicar "el seu tutor legal".

¹⁵ Eliminar aquesta menció en cas que no es prevegi la reutilització de dades en futurs estudis. Es recorda que cal un consentiment addicional per a aquest tractament que s'ha de recollir com una clara declaració afirmativa del participant al Consentiment Informat.

¹⁶ Eliminar aquest text si no es preveu la reutilització de dades en futurs estudis.

¹⁷ Indicar "el projecte de recerca", en el cas que es tracti d'un projecte de recerca, o "l'estudi de la tesi doctoral", en el cas que es tracti d'una tesi doctoral.



obtinguts incloent dades personals, les dades personals seran utilitzades per a aquesta finalitat sempre que l'interessat hagi atorgat el seu consentiment.

c) A quins destinataris es comunicaran les seves dades?

En el marc del tractament mencionat, les seves dades no es cediran a tercers tret que existeixi obligació legal o s'indiqui expressament en el full d'informació al participant.

d) Quina és la legitimació per al tractament de les seves dades?

La legitimació d'aquest tractament es basa en el consentiment que dona la persona interessada de forma expressa.

e) Quines mesures de seguretat apliquem en el tractament de les seves dades?

La Universitat es responsabilitza d'aplicar les mesures de seguretat i la resta d'obligacions derivades de la legislació de protecció de dades de caràcter personal, d'acord amb l'Esquema Nacional de Seguretat, Reial Decret 3/2010.

En aquest sentit, La Universitat Rovira i Virgili s'ha dotat d'una Política de Seguretat que pot ser consultada a la secció sobre "Legislació i normativa" de la pàgina web de la Universitat dintre de "Normativa pròpia" i "Altres normes", <http://www.urv.cat/ca/universitat/normatives/altres-normes/>.

Adicionalment, al Full d'informació al participant es concreten algunes mesures de seguretat específiques que es tindran en compte durant la realització de l'estudi.

f) Quins són els drets dels interessats?

L'interessat té dret a accedir a les seves dades personals; a demanar la rectificació de les dades inexactes; a sol·licitar la cancel·lació i supressió; a oposar-se al tractament, inclosa l'elaboració de perfils; a limitar fins a una data determinada el tractament de les seves dades; i a la portabilitat de les mateixes en format electrònic.

La persona participant pot interrompre la seva participació a l'estudi retirant el seu consentiment en qualsevol moment, sense donar explicacions. En aquest cas, les dades no es podran eliminar per tal de garantir la validesa dels resultats i complir amb les obligacions legals aplicables a l'estudi, però no serà possible vincular-les a la seva persona.

Podrà exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació, oposició, limitació i portabilitat mitjançant comunicació escrita, detallant motivadament la sol·licitud, adreçada al Registre General (Carrer de l'Escorxador, s/n, 43003 de Tarragona) o mitjançant la seva presentació



UNIVERSITAT
ROVIRA I VIRGILI

Edifici Rectorat
Carrer de l'Escamador, s/n
43003 - Tarragona
Tel. +34 977 558 021
Fax +34 977 558 022
www.urv.cat

al Registre General de la Universitat, presencialment o telemàtica, segons s'indica a <https://seuelectronica.urv.cat/registre.html>.

Així mateix, l'informem que té dret a presentar una reclamació davant l'Autoritat Catalana de Protecció de Dades mitjançant el mecanisme que estableixi. Pot consultar més informació a <https://apdcat.gencat.cat/ca/inici>.

Finalment, l'informem que podrà sol·licitar informació relacionada amb la protecció de dades personals mitjançant correu electrònic als nostres delegats de protecció de dades a la direcció del dpd@urv.cat.

g) Quant de temps conservarem les seves dades?

El període de conservació de les dades és de 5 anys un cop finalitzat l'estudi, tret que el full d'informació al participant estableixi un període diferent. En qualsevol cas, es conservaran les dades fins a la revocació del consentiment per part de la persona interessada.

MOSTRES A RECOLLIR

[Qüestionaris sobre la qualitat de vida i estratègies d'afrontament].

Un cop finalitzada la investigació, és possible que hi hagi mostra sobrant. En relació amb aquestes, s'ofereixen les opcions següents:

- La destrucció de la mostra sobrant, o bé
 La seva utilització en futurs projectes d'investigació relacionats amb el mateix tema.

He rebut aquest Full d'Informació.

Data: [01/04/2023]

Nom i cognoms: [Sara Gombau Jordan]

Signatura:

SARA
GOMBAU
JORDAN - DNI
47483676S

Firmado
digitalmente por
SARA GOMBAU
JORDAN - DNI
47483676S
Fecha: 2023.06.06
22:23:48 +02'00'