

Educació Social

Revista d'Intervenció Socioeducativa

Maig - agost 2020

www.peretarres.org/revistaeducaciosocial



Comitè científic

José Antonio Caride: Universitat de Santiago de Compostel·la
Carles Armengol: Fundació Escola Cristiana de Catalunya
Anna Berga: Universitat Ramon Llull
Ferran Casas: Universitat de Girona
Joao Paulo Ferreira Delgado: Escola Superior de Educaçao. Instituto Politécnico do Porto
Josep Gallifa: Universitat Ramon Llull
Angel Gil: Institut Guttmann
José Miguel Leo: Representant del Col·legi d'Educadores i Educadors Socials de Catalunya
Aina Labèrnia: Universitat Ramon Llull
Rafael López Arostegui: Fundación EDE (Bilbao)
Ramon Nicolau: Ajuntament de Barcelona
Carme Panchón: Universitat de Barcelona
Enrique Pastor: Universitat de Múrcia
Rafael Ruiz de Gauna: Fundació Pere Tarrés
Joan-Andreu Rocha: Universitat Ramon Llull
Rosa Santibáñez: Universitat de Deusto
Jesús Vilar: Universitat Ramon Llull

Equip de Direcció

Editor: Joan-Andreu Rocha
Directora: Aina Labèrnia
Comunicació: Isabel Vergara
Administració: Jesús Delgado

Coordinadora del monogràfic: Elena Requena
Disseny i composició: Sira Badosa
Tractament de textos, correcció i traducció: Núria Rica
Traducció a l'anglès: Alan Moore
Support editorial: Clàudia Escarré
Gestió de la plataforma digital: Anna Tibol

La revista està indexada a

Carhus plus+ 2018, MIAR, DICE, INRECS, RACO, Latindex, REDINED, DIALNET, CIRC, PSICODOC, ISOC, CIRC.



Reconeixement - NoComercial (by-nc): Es permet la generació d'obres derivades sempre que no se'n faci un ús comercial.
Tampoc no es pot utilitzar l'obra original amb finalitats comercials.

Editada per la Facultat d'Educació Social i Treball Social Pere Tarrés Universitat Ramon Llull

Santaló, 37 08021 Barcelona
Tel. 93 415 25 51 Fax: 93 218 65 90

Redacció: alabernia@peretarres.org
Subscripcions / publicitat: bsoley@peretarres.org
Publicitat: drodriguez@peretarres.org

Impressió: ALPRES
Dipòsit legal: 8.932/1995
ISSN 2339-6954

La revista es publica en dues edicions:
en català i en castellà

La publicació no comparteix necessàriament les
opinions expressades en els articles.

**FUNDACIÓ
PERE TARRÉS**
UNIVERSITAT RAMON LLULL

Editorial

Salut mental: una mirada integradora i socioeducativa, *Aina Labèrnia Romagosa*..... 5

Opinió

L'educació social, una oportunitat per a cuidar la salut mental en l'adolescència, *Naiara Ozamiz Etxebarria, Eneritz Jiménez-Etxebarria i Maitane Picaza Gorrochategui*..... 7
La importància de l'activitat esportiva en la recuperació i la inclusió social de persones amb trastorn mental greu, *Diego Galán Casado, Adolfo J. Cangas i Álvaro Moraleda Ruano*..... 10

Monogràfic

Salut mental: una mirada integradora i socioeducativa

Evolució històrica de l'atenció a la salut mental: fites essencials en la construcció del discurs de la salut mental comunitària, *Manuel Desviat*..... 17
El suport mutu (*peer support*) en salut mental i la seva aplicabilitat en infants i adolescents, *Anna Ballesteros-Urpí* 45
Som en allò que connectem. Més enllà del biologicisme, *José Ramón Ubieto Pardo*..... 61
Patologia dual. Definició, història i recursos, *Gemma González Méndez* 77
Per a una altra semàntica del subjecte i el patiment psíquic. Pensar la salut mental des de l'educació social, *Ricard Giménez Martret*..... 93
Salut mental, sensellarisme i vulnerabilitat de joves extutelats, *Fran Calvo i Mostafà Shaimi* 117

Intercanvi

Un monstre em ve a veure: anàlisi i reflexions des de l'educació social familiar, Emilio Alanís Gutiérrez 147
Prevenició de l'absentisme escolar en els centres educatius de secundària: una aproximació al cas de les Balears, *Joan Amer, Margalida Vives Barceló i Belén Pascual Barrio* 163
La responsabilitat ètica dels professionals en els ingressos involuntaris en salut mental, *Eulàlia Porta Felipe* 183

Libres recuperats

La relación más temprana. Padres, madres y el drama del apego inicial, *Elena Requena Varón* 205

Publicacions

La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar, *Carolina Cañellas Bastús*..... 207
Llibres rebuts 209

Propostes

Propers números monogràfics 210

Salut mental: una mirada integradora i socioeducativa

La pandèmia mundial produïda per la COVID-19 ha abocat les societats en una crisi que ha posat a prova el sistema social i sanitari, i ha deixat al descobert la vulnerabilitat de tota la humanitat. És en moments com aquest en què un sistema social i sanitari empoderat, que vetlli per la salut mental dels habitants des d'una dimensió comunitària, és d'una importància cabdal. En aquest sentit, des de l'Organització Mundial de la Salut i altres organismes es reivindica la necessitat d'aplicar un model biopsicosocial en la prevenció i la intervenció en l'àmbit de la salut mental, en contraposició amb el paradigma biològic. És des d'aquest model biopsicosocial que es pot abordar la vessant socioeducativa a l'hora de treballar la salut mental de la població i poder teixir l'equilibri entre les persones i el seu entorn.

Aquest monogràfic presenta diferents experiències i reflexions al voltant de la salut mental des de l'acció social, amb unes ulleres que permeten que la dimensió social prengui la rellevància que li correspon. Primerament, tracta l'evolució històrica de l'atenció a la salut mental i fa un recorregut de les fites clau per a la construcció del discurs de la salut mental comunitària. En un segon pla, tenint present que els programes de suport mutu s'han treballat amb poblacions adultes i que s'associen a una disminució de l'ús de serveis d'emergència i més bona percepció del procés de recuperació, es presenta un disseny –el primer de Catalunya i l'Estat espanyol– d'un projecte pilot de suport mutu per a infants i adolescents. En un tercer pla, es fa una reflexió sobre nous paradigmes en la relació assistencial, explorant la qualitat i la quantitat del vincle clínic-pacient o l'autoritat del professional, entre altres; es presenta el paradigma neuro i orientacions de pràctica clínica, com ara com es pot confiar en el símptoma, o com es pot afrontar la nova realitat digital des del nostre ésser professional.

En un quart pla, s'explora la interrelació entre les drogodependències i la salut mental, que s'atenen des dels Centres de Salut Mental d'Adults (CSMA) i des dels Centres d'Atenció i Seguiment (CAS), respectivament, i s'introdueix el concepte de *patologia dual*, que permet unificar aquestes dues xarxes i crear una atenció més específica, per tal de poder proporcionar una atenció des de recursos especialitzats. En un cinquè pla, es recullen claus teòriques perquè l'educació social pugui construir pràctiques inclusives en l'àmbit de la salut mental, situant aquestes pràctiques en una perspectiva comunitària i col·lectiva. Finalment, en un darrer pla es presenta la realitat a què s'enfronten centenars de menors d'edat nascuts al Magrib que arriben a la península amb perspectives d'un futur millor, però que es troben en un alt risc de patir sensellarisme, i es fa una descripció dels elements que

constitueixen factors de risc de patir problemes de salut mental, així com es reivindiquen propostes de prevenció per evitar sensellarisme i exclusió dels joves estrangers.

Ara que les societats d'arreu del món estan havent de lluitar per la salut de la població, és cabdal cuidar la salut mental de les persones –en tots els estadis de la vida– i abordar-la des d'una vessant comunitària. Esperem que aquest monogràfic proporcioni pistes i orientacions perquè els professionals i acadèmics puguem continuar treballant per a una bona atenció i puguem continuar lluitant pel benestar de les persones.

Dra. Aina Labèrnia Romagosa
Directora de *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*
Facultat d'Educació Social i Treball Social Pere Tarrés
Universitat Ramon Llull

L'educació social, una oportunitat per a cuidar la salut mental en l'adolescència

Els educadors socials ocupen un lloc imprescindible a l'hora d'engegar intervencions per a fomentar la salut mental en diferents poblacions, i entre les quals, grups d'adolescents, atès que treballen en associacions, centres de joves i en diversos dispositius a què els adolescents poden acudir. En aquests dispositius, la funcions dels educadors socials seran diferents a les que poden tenir altres professionals de la salut, concretament: diagnosticar les dificultats des d'un punt de vista educatiu, ajudar a superar dificultats amb mètodes socioeducatius i acompanyar durant els diferents processos que pugui estar vivint l'adolescent.

Sovint, l'educador social, que té contacte directe amb el grup d'adolescents, percep problemes psicològics que el jove pot estar patint, i pot ajudar a transmetre la informació a la resta de professionals i serveis. Els problemes psicològics més greus que poden manifestar-se en l'adolescència són el consum de substàncies, el *bullying*, els trastorns d'alimentació, la distorsió negativa sobre el propi cos o trastorns emocionals. La majoria dels adolescents afronta els problemes amb èxit, això no obstant, en les línies següents ens centrarem en els joves que pateixen alguna d'aquestes malalties.

Gairebé tots els adolescents han fet dieta alguna vegada a la vida, però un de cada vint adolescents desenvolupa una malaltia que li pot causar greus problemes de salut: l'anorèxia i la bulímia.

L'anorèxia consisteix en l'autoreducció dels aliments fins al punt de menjar molt poc o fer molt d'esport posant en perill la pròpia vida. Les persones que la pateixen volen mantenir el pes per sota del que és normal i tenen molta por d'augmentar-lo, així, distorsionen el seu autoconcepte i neguen el problema. En el cas de les noies, pot ser que també desaparegui la menstruació.

La bulímia apareix, proporcionalment, tres vegades més que l'anorèxia. Les persones que la pateixen mengen de forma compulsiva i després vomiten o prenen laxants. Molts joves fan això alguna vegada a la vida, però per tenir un diagnòstic de bulímia han de tenir un impuls incontrolable i una distorsió negativa sobre el seu cos. A més, tot i que puguin continuar mantenint el pes de sempre, poden arribar a desenvolupar malalties gastrointestinals.

Un altre hàbit que pot ser perjudicial per a l'adolescent és l'ús de les drogues. L'experimentació de les drogues sol començar amb drogues d'iniciació com ara alcohol, tabac o marihuana. Es diuen drogues d'inici perquè no totes les persones que prenen aquestes drogues passen a prendre'n d'altres, però totes les persones que prenen altres drogues sí que han provat les drogues d'iniciació.

Pel que fa al tabac, pot influir en el creixement, de manera que les persones fumadores, en general, són més baixes que la resta i, a més, tenen més probabilitats de patir malalties pulmonars o càncer. L'alcohol també pot ser perillós per al desenvolupament del cervell, la memòria i l'autocontrol. La marihuana influeix en el pensament, la memòria i el raonament. Pot fer minvar la motivació de l'adolescent i en els casos més greus pot desencadenar brots psicòtics. Cal recordar que la majoria dels trastorns psicòtics apareixen a aquesta edat.

Continuant amb altres malalties mentals, segons l'OMS, el 16% de les malalties apareixen entre els 10 i els 19 anys, i la meitat de les malalties mentals apareixen amb 14 anys. Per exemple, la depressió és la malaltia mental que més es dona entre els adolescents i el suïcidi és la tercera causa de mort entre els joves d'entre 15 i 19 anys. Les malalties mentals que no es tracten en l'adolescència passen a l'edat adulta i poden disminuir la qualitat de vida. Per això, és important promocionar la salut mental entre els joves.

Per això, és important que els educadors socials rebin formació bàsica sobre la promoció de la salut mental i la prevenció de la malaltia mental durant els estudis de grau. Així mateix, és important que adquireixin habilitats socials bàsiques per poder ajudar aquesta població i apropar-s'hi d'una manera adequada, atès que s'ha d'establir una relació de confiança, que es construeix a poc a poc. Normalment els adolescents neguen els problemes que puguin estar vivint i necessitaran crear un vincle important amb l'educador per poder expressar les seves emocions. Cada jove té unes característiques pròpies i l'educador social haurà de tenir nocions psicològiques per saber com ajudar diferents persones. Se sap que una conducta autoritària i castigadora no ajuda la comunicació, per tant, cal actuar de forma democràtica i dialogant, mostrant interès per les seves motivacions per poder-los ajudar. Així podran crear actituds positives cap a la seva salut i cap a les seves relacions.

Els problemes de consum de drogues o trastorns d'alimentació no són només psicològics sinó també socials atès que l'adolescent absorbeix el context social que l'envolta. Per això, és cabdal tenir cura dels contextos socials en què es mouen, promocionant alternatives que puguin ser atractives per a la seva edat.

Altres aspectes de la salut que cal promocionar entre els adolescents són la qualitat del son, l'esport, les relacions socials, la resolució de conflictes i el maneig d'emocions. Crear contextos psicològics sans i positius és clau perquè no desenvolupin conductes perilloses ni malalties mentals. També és important donar-los una informació adequada sobre les drogues, sense ser alarmistes i responent sempre a tots els seus dubtes, així com donar-los a conèixer els factors de risc.

L'adolescència, com qualsevol altra etapa de la vida, és plena d'oportunitats, però especialment en aquesta etapa cal transmetre valors prosocials, atès que pot tenir una gran influència positiva sobre el desenvolupament de la seva personalitat. I els educadors socials poden contribuir a aquesta tasca tan important.

Naiara Ozamiz Etxebarria

Eneritz Jiménez-Etxebarria

Maitane Picaza Gorrochategui

Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea – UPV/EHU

La importància de l'activitat esportiva en la recuperació i la inclusió social de persones amb trastorn mental greu

L'aparició a Espanya de la Llei General de Sanitat de 1986 va afavorir la intervenció amb les persones amb trastorn mental greu (en endavant TMG) en la pròpia comunitat, una cosa fonamental per aconseguir l'adquisició d'eines que permetin un procés inclusiu ple. Hem d'entendre el procés de recuperació o rehabilitació des d'una perspectiva multidisciplinària, amb diferents professionals i serveis que van des de la part més clínica i psicològica, fins a l'orientada des d'una perspectiva socioeducativa, i aquí s'emmarca el treball de disciplines com la teràpia ocupacional i l'educació social. Una de les eines més emprades per complementar les intervencions en determinats dispositius de rehabilitació és l'esport.

Per conceptualitzar la importància de l'esport amb aquest col·lectiu, en primer lloc, no hem d'oblidar que la salut física de les persones amb esquizofrènia és molt pitjor en comparació amb la població en general, amb més incidència de sobrepès, diabetis, hipertensió, síndrome metabòlica, etc. (Soundy, Roskell, Stubbs, Probst i Vancampfort, 2015). Així mateix, hi ha determinades situacions en què la inactivitat física és extrema. Per exemple, el pas per l'hospital després d'una crisi psicòtica genera una abúlia i un aïllament social molt important (Villegas, López, Martínez, Luque i Villegas, 2004). És per això que l'esport orientat a les persones amb TMG és un element generador de canvi en la manera d'atendre'n les necessitats, obrint el ventall de possibilitats a una atenció des de diferents disciplines (García-Pérez, Peña-Calvo i Torío-López, 2016).

La comunitat científica ha assenyalat que la pràctica esportiva contribueix a la reducció de pes, millorant el perfil de risc cardiometabòlic relacionat amb l'obesitat (Vancampfort *et al.*, 2009). D'altra banda, la realització d'activitat física de manera regular també ajuda a la reducció de determinats símptomes com l'apatia, la manca d'iniciativa, baixa autoestima, alteracions del son i l'aïllament social (López-Pardo, 2014). Al seu torn, s'ha demostrat que l'activitat física permet gestionar més adequadament les situacions estressants (Mullor *et al.*, 2017; Vancampfort *et al.*, 2017; Mullor, Cangas, Gallego, Aguilar, Rosado i López, 2019; Stubbs, Chen, Chung, i Ku, 2017).

A més, la pràctica esportiva pot ser una eina molt útil per millorar la manca de confiança en les pròpies capacitats i possibilitats que moltes persones amb TMG tenen (Ceballos i Casanova, 2017). De fet, estudis recents demostren que l'esport en persones amb TMG ajuda a reduir aspectes relacionats amb l'autoestigma (Moraleda, Galán-Casado i Cangas, 2019), convertint-se en un mitjà fonamental per desmuntar prejudicis i demostrar les possibilitats reals d'aquest col·lectiu (López-Pardo, 2014; Ceballos i Casanova, 2017). També hi ha beneficis de caràcter transversal, com ara l'increment d'ús de les xarxes socials i de la comunicació a través de missatges (en aplicacions com

WhatsApp), i una reducció en el tracte discriminatori cap a persones d'un altre sexe, pel fet de realitzar activitats esportives amb un format mixt que afavoreix un apropament cooperatiu (Galán Casado, Castillo Algarra i García Tardón, 2020).

En definitiva, ja hi ha literatura abundant que ens indica la importància que l'esport pot comportar en el benestar i recuperació social de persones amb TMG. A tall d'exemple, ens agradaria finalitzar aquest article amb dues iniciatives que van en aquesta direcció. El primer és el projecte Sportsame, engegat a la Comunitat de Madrid, on es duen a terme catorze modalitats esportives diferents per a persones amb TMG entre 18 i 65 anys, en diferents espais de la ciutat al llarg de tot l'any (Galán, Moraleda, Cangas i López, 2020). D'altra banda, hi ha el projecte Inclúyete, desenvolupat a Almeria, un programa de formació esportiva en salut mental de caràcter inclusiu entre estudiants i persones amb TMG. Aquesta experiència socioeducativa pretén afavorir la recuperació i inclusió social a través de l'esport i diferents activitats culturals i artístiques (més informació d'aquesta experiència a www.incluyete.blog). També pretén facilitar el contacte o acostament dels estudiants al col·lectiu de salut mental dins d'un context normalitzat en instal·lacions públiques de la ciutat amb el propòsit de generar un entorn de relació saludable tant a nivell personal com professional (Cangas *et al.*, 2017).

A mode de conclusió, no volem acabar sense ressaltar la necessitat d'augmentar aquest tipus d'iniciatives esportives per aconseguir més programes que treballin l'activitat física amb aquest col·lectiu. Al seu torn, esdevé fonamental aprofitar l'efecte de l'esport per a desenvolupar accions antiestigma, obertes a la comunitat, que aconseguixin desmuntar els falsos prejudicis i percepcions errònies que encara hi ha al voltant de les persones amb TMG i que fan que les seves possibilitats reals de participació social es vegin alterades.

Diego Galán Casado
Facultat d'Educació
Universidad Camilo José Cela - Madrid

Adolfo J. Cangas
Departament de Psicologia
Universidad de Almería

Álvaro Moraleda Ruano
Facultat d'Educació
Universidad Camilo José Cela - Madrid

Bibliografia

- Cangas, A. J.; López, A.; Orta, A.; Gallego, J.; Alias, A.; Soriano, C.; Piedra, J. A.;** (2017). "Inclúyete": Programa socioeducativo e inclusivo para personas con Trastorno Mental Grave y estudiantes en la Universidad de Almería. *Edupsykhé, Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 16, 86-97.
- Ceballos, I.; Casanovas, R.** (2017). La función y el valor del deporte en AVIFES. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 65, 124-140.
- Galán, D.; Moraleda, A.; Cangas, A. J.; López, A.** (2020). El espacio como herramienta terapéutica. Comparativa entre dos programas de actividad física con personas con Trastorno Mental Grave. *Revista Estilos de Aprendizaje*. [En prensa].
- Galán Casado, D.; Castillo Algarra, J.; García Tardón, B.** (2020). Deporte e inclusión social en personas con trastorno mental grave (TMG). *Psychology, Society & Education*, 12(1), 71-83.
- García-Pérez, O.; Peña-Calvo, J. V.; Torío-López, S.** (2016). Atención socioeducativa y trastorno mental severo: la vivienda como base de intervención. *Convergencia*, 23(72), 171-197.
- López-Pardo, A.** (2014). Deporte en personas con trastornos mentales graves: buenas prácticas en Europa. En Cangas, A. J.; Gallego, J.; Navarro, N. (Coords). Libro de actas del II Congreso nacional de sensibilización al estigma social en salud mental y III Congreso Internacional de Actividad Física y Deporte Adaptado. Vol I. Estigma, Deporte y Salud Mental (p. 1-11). Granada: Alborán Editores.
- Moraleda, Á.; Galán-Casado, D.; Cangas, A. J.** (2019). Reducing Self-Stigma in People with Severe Mental Illness Participating in a Regular Football League: An Exploratory Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 3599. MDPI AG. Recuperat a: <https://doi.org/10.3390/ijerph16193599>
- Mullor, D.; Gallego, J.; Cangas, A. J.; Aguilar-Parra, J. M.; Valenzuela, L.; Mateu, J. M. López-Pardo, A.** (2017). Efectividad de un programa de actividad física en personas con trastorno mental grave. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 17 (67), 507-521.
- Mullor, D.; Cangas, A. J.; Gallego, J.; Aguilar, J. M.; Rosado, A.; López, A.** (2019). A longitudinal study about the impact of an inclusive sports program in people with a diagnosis of schizophrenia. *Psychosis*, 11(1), 75-84.
- Soundy, A.; Kingstone, T.; Coffee P.** (2012). Understanding the psychosocial process of physical activity for individuals with severe mental illness: a meta-ethnography. En L'Abate L (Ed.). *Mental illness 2*. (1-20). Croatia: Intech.
- Stubbs, B.; Chen, L. J.; Chung, M. S.; Ku, P. W.** (2017). Physical activity ameliorates the association between sedentary behavior and cardiometabolic risk among inpatients with schizophrenia: a comparison versus controls using accelerometry. *Comprehensive psychiatry*, 74, 144-150.
- Vancampfort, D.; Knapen, J.; De Hert, M.; Van Winkel, R.; Deckx, S.;**

- Maurissen, K.; Peuskens, J.; Simons, J.; Probst, M.** (2009). Cardiometabolic effects of physical activity interventions for people with schizophrenia. *Phys Ther Rev*, 14, 388–398.
- Vancampfort, D.; Firth, J.; Schuch, F. B.; Rosenbaum, S.; Mugisha, J.; Hallgren, M.; Carvalho, A. F.** (2017). Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 16(3), 308-315.
- Villegas, I.; López, J.; Martínez, A. B.; Villegas, J. A.** (2005). Obesidad y síndrome metabólico en pacientes con esquizofrenia. *Psiquiatría Biológica*, 12, 1-6.



Salut mental: una mirada integradora i socioeducativa

Resum

L'Assemblea de l'Organització Mundial de la Salut va introduir el 1953 la salut mental com una formulació discursiva que suposa ampliar la mirada de l'atenció psiquiàtrica a la prevenció, el desenvolupament de serveis comunitaris i revisar l'assistència manicomial, posant l'accent en la necessitat d'un treball comunitari que superi l'atenció centrada en els hospitals psiquiàtrics. L'OMS, per tant, planteja la salut mental com un camp social particular, en termes de Bourdieu, on intervien diferents disciplines, deixant de ser un àmbit exclusivament mèdic. Es vincula, així, la salut mental als processos de reforma psiquiàtrica, dels quals la salut mental comunitària esdevé el model assistencial, motiu pel qual es pot afirmar que, en realitat, parlar de l'evolució de la salut mental en l'atenció al patiment psíquic és parlar de la reforma psiquiàtrica. D'aquí parteixo en aquest article, a través d'alguna de les fites, esdeveniments i processos que considero essencials en la construcció de la salut mental comunitària.

Paraules clau

Salut mental comunitària, reforma psiquiàtrica, psicosocial.

Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria

La Asamblea de la Organización Mundial de la Salud introdujo en 1953 la salud mental como una formulación discursiva que supone ampliar la mirada de la atención psiquiátrica a la prevención, el desarrollo de servicios comunitarios y revisar la asistencia manicomial, haciendo hincapié en la necesidad de un trabajo comunitario que supere la atención centrada en los hospitales psiquiátricos. La OMS viene, por tanto, a plantear la salud mental como un campo social particular, en términos de Bourdieu, donde intervienen distintas disciplinas, dejando de ser un ámbito exclusivamente médico. Se vincula, así, la salud mental a los procesos de reforma psiquiátrica, de los que la salud mental comunitaria se vuelve el modelo asistencial. Por lo que se puede afirmar que, en realidad, hablar de la evolución de la salud mental en la atención al sufrimiento psíquico es hablar de la reforma psiquiátrica. De ahí parto en este artículo, a través de alguno de los hitos, acontecimientos y procesos que considero esenciales en la construcción de la salud mental comunitaria.

Palabras clave

Salud mental comunitaria, reforma psiquiátrica, psicosocial.

The historical evolution of mental health care: key milestones in the construction of the community mental health discourse

In 1953, the Assembly of the World Health Organisation (WHO) introduced mental health as a discursive formulation that implies broadening the focus of psychiatric care to include prevention, the development of community services, and review of mental health care, placing the emphasis on the need for community work that goes beyond care at psychiatric hospitals. As a result, the WHO considers mental health no longer as an exclusively medical concern, but as a particular social field, to use Bourdieu's definition, one in which different disciplines intervene. Accordingly, mental health is linked to psychiatric reform processes in which community mental health becomes the care model, which is why we can affirm that, in fact, to speak of the evolution of mental health in the field of care for psychological suffering is to speak of psychiatric reform. This is the starting point for my article, in which I trace some of the milestones, events and processes that I consider key in the construction of community mental health.

Keywords

Community mental health, psychiatric reform, psychosocial reform.

Com citar aquest article:

Desviat, Manuel (2020).

Evolució històrica de l'atenció a la salut mental: fites essencials en la construcció del discurs de la salut mental comunitària.

Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 75, 17-43.

Un acontecimiento no solo reconfigura el presente y habilita un futuro impensable sin él, sino que redimensiona y articula el pasado que lo precede para que este pasado pueda abrazarlo, encajarlo, explicarlo.

Acontecimiento (Zizek, 2014, p. 16)

Els orígens

Hi ha antecedents, esdeveniments precursors en el primer terç del segle passat, però serà després de l'horror bèl·lic de la Segona Guerra Mundial, que va posar en evidència la desoladora situació en què vivien els pacients mentals ingressats als hospitals psiquiàtrics i la ineficàcia terapèutica d'aquestes institucions totals, que es pot situar la consciència professional, social i política que va menar a la necessitat de reformar l'atenció al patiment psíquic. Hi havia raons ètiques: tornar els drets humans i ciutadans als pacients mentals que estaven ingressats als hospitals psiquiàtrics, procurant una atenció que respectés la dignitat de les persones; i hi havia raons tècniques: fer front a la malaltia psiquiàtrica greu amb una atenció terapèutica i social més eficient.

El moment era propici, les dècades dels cinquanta als setanta foren les dècades de l'estat del benestar. La salut va formar part del projecte de societat que suposa l'estat de benestar, que procura assegurar de manera universal serveis essencials: sanitat, educació i prestacions socials. La cobertura universal sanitària s'estén per Europa i Canadà, on s'organitzen sistemes nacionals de salut amb una nova manera de veure l'atenció sanitària. L'enfocament incorpora activitats preventives i de promoció de la salut i una epidemiologia aplicada a les malalties no infeccioses. De la noció de malaltia i el seu tractament es passa a una noció més àmplia que inclou tant la condició desitjada per al benestar dels individus com les accions necessàries per aconseguir-la. Principis que promouen l'Organització Mundial de la Salut, creada el 1948¹, la Nova Salut Pública (1974)² i el desenvolupament de l'Atenció Primària (Alma Ata, 1978)³. En aquest nou escenari es desenvoluparan els processos de transformació de la reforma psiquiàtrica, el model assistencial de la qual és la salut mental comunitària. Les característiques dels diferents processos de reforma estaran condicionades per les característiques dels sistemes sanitaris on s'emmarquen, juntament amb el paper atorgat a l'hospital psiquiàtric. En aquest sentit, el desenvolupament d'aquest procés no serà el mateix en el marc d'una política que assegura una cobertura pública universal (com a Europa i Canadà) que en un estat *minimalista* que abandona la sanitat al mercat (estat neoliberal com als Estats Units). L'altra característica, el paper atorgat a l'hospital psiquiàtric, diferencia les reformes que, malgrat que considerin que l'atenció comunitària és l'eix de l'assistència, el mantenen més o menys modernitzat (països francòfons, Cuba o, dins de l'Estat espanyol, Catalunya i Euskadi), de les que consideren que cal tancar-lo i substituir-lo

Les característiques dels processos de reforma estaran condicionades per les característiques dels sistemes sanitaris on s'emmarquen

completament per alternatives comunitàries (Regne Unit, Estats Units, Itàlia, Espanya i Brasil).

En qualsevol cas, hi va haver uns objectius comuns a tots els processos, pocs i en aparença simples: 1) la transformació o el tancament dels hospitals psiquiàtrics i la creació de recursos a la comunitat; 2) la integració de l'atenció psiquiàtrica a la sanitat general; 3) la modificació de la legislació dels països per tal de millorar els drets dels pacients; i 4) promoure canvis en la representació social estigmatitzant que la societat tenia de la malaltia mental.

La trobada amb la comunitat, com molt bé diu Isaac Levav (1992), plantejarà la necessitat de desenvolupar noves tasques, des del diagnòstic comunitari a la prevenció i a la rehabilitació, incorporant-hi noves nocions com ara població en risc, grups vulnerables i intervenció en crisi, i precisant altres eines i habilitats de gestió social. La responsabilitat ara és fer-se càrrec de la cura sanitària de la població. De la demanda que hi acudeix i de la que no hi accedeix. Importen els casos que prevalen, no només els que es "curen".

En l'estratègia terapèutica i organitzativa es produeix, com assenyala Hochmann, un triple desplaçament del poder i del benefici terapèutic: de l'hospital al territori, del psiquiatre a l'equip interdisciplinari i del subjecte malalt a la comunitat de la qual forma part (1971). Una nova cultura psiquiàtrico-psicològica-social, una manera de fer clínica on es trenquen les dicotomies individual *versus* social, biològic *versus* psicològic. "Un model que implica noves actituds en les tasques quotidianes de les professions sanitàries i, per descomptat, una planificació i ordenació dels sistemes públics que la facin possible" (Desviat i Moreno, 2012; Desviat, 2020).

Una estratègia que, a banda de reorientar la sanitat del primer món, pot facilitar el desenvolupament dels sistemes sanitaris dels països en vies de desenvolupament i de renda baixa, superant els sistemes de salut benèfics o d'assegurances socials sense el cost elevat de la medicina basada en els grans complexos hospitalaris i les prestacions mèdiques individualitzades.

Algunes fites de la història de la salut mental comunitària

La desinstitucionalització suposarà nous subjectes de dret, nous actors en unes dècades d'importants canvis polítics i econòmics, en un escenari que esdevé molt complex perquè la salut mental, i el seu tractament, travessa tot el teixit de les nostres formacions socials i posa al descobert formes excloents i estigmatitzants d'atendre la diferència, no només dels considerats malalts mentals.



La desinstitucionalització suposarà nous subjectes de dret, nous actors en unes dècades d'importants canvis polítics i econòmics

Aquesta complexitat sociopolítica es posarà de manifest en cada un dels esdeveniments i processos amb què mirarà de dibuixar un retrat del desenvolupament de la salut mental, atès que no són fets que estiguin al marge del seu moment històric. Moltes vegades veiem la història a través de gestes aïllades, la gesta d'un gran personatge o grup de persones, com si se'ls pogués atribuir només a ells, a aquest moment estel·lar a què fa referència Stefan Zweig (2002), de geni o inspiració, el que ha passat. Diu Rafael Huertas –un exemple de particular interès– en el mític gest de Pinel –considerat fundacional de la psiquiatria–, alliberant dels lligams els bojós de la Salpêtrière i les boges de Bicêtre, que, sense treure mèrits a l'autor, no es pot veure *només* a causa de la inspiració d'un gran home, sinó com un fet conseqüent amb els canvis socials i polítics que va inaugurar la Revolució Francesa (Huertas, 2012).

La ment que es va trobar a si mateixa (Cliffor Beers, 1908)

Si hi ha un antecedent significatiu de la salut mental comunitària és el Moviment d'Higiene Mental que s'origina als Estats Units gràcies a les idees del psiquiatre Adolf Meyer, impulsor de la psiquiatria psicodinàmica i social a Amèrica del Nord, i a Cliffor W. Beers, un expacient, ingressat diverses vegades en hospitals psiquiàtrics, que el 1908 va publicar un llibre, *La ment que es va trobar a si mateixa* (1908), que va commoure l'opinió pública. Gràcies a això, Beers promou la Lliga d'Higiene Mental⁴, moviment que s'oposa a les formes custodials d'atenció i que defensa un tractament en la comunitat, que en poc temps s'estén als Estats Units i a la resta del món (a Espanya, es funda la Lliga d'Higiene Mental el 1927, per iniciativa de José Germain).

Durant la Segona Guerra Mundial, es creen dos mètodes que converteixen aquests espais de reclusió en espais terapèutics

Cal destacar també Mary Potter Brook, considerada la primera treballadora social psiquiàtrica, que va crear un programa que vinculava la psiquiatria amb el treball en la comunitat. Potter visitava els pacients als seus domicilis, fet que donava continuïtat al tractament i alhora permetia recollir informació sobre la seva situació social (Idareta Goldaracena, 2018). Casada amb Adolf Meyer, aquest afirmava, referint-se als estudis de la seva dona: “Ens va ajudar a situar el problema en un marc social més ampli i a arribar a l'origen de la malaltia, la família i la comunitat” (Meyer, 1922, p. 22)⁵.

Dues experiències precursors en plena Segona Guerra Mundial

Durant la Segona Guerra Mundial, la manca de personal a la institució psiquiàtrica en dos hospitals fa que es dugui a terme una reordenació administrativa i clínica, que originarà dues maneres de fer el tracte i la convivència

institucional menys iatrogènics i més eficaços. De fet, es creen dos mètodes que converteixen aquests espais de reclusió en espais terapèutics. Són la psicoteràpia institucional francesa i la comunitat terapèutica anglesa.

L'hospital de Saint-Alban

Francesc Tosquelles⁶, exiliat després de la Guerra Civil Espanyola, desenvoluparà en un asil rural el psiquiàtric de Saint-Alban, en plena ocupació alemanya de França, una experiència radical de transformació aplicant la psicoanàlisi a tota la institució. La hipòtesi de partida és que a la institució total (hospital, presó) tothom està malalt. “No són els murs de l'hospital que el converteixen en un manicomi. Ho fan les persones –cuidadors i malalts– que hi viuen” (Dessaunt, 1971). Per tant, la teràpia ha d'abastar tot l'hospital, el personal i els malalts; cal tractar tota la institució. La qüestió, en paraules de Lacan, és “acollir” l'objecte a partir d'una xarxa de significants per tal de preservar el subjecte (Lacan, 1972). Hi ha una “anàlisi institucional” en assemblees diàries de tot el personal.

La psicoteràpia institucional, incubada a Saint-Alban, es converteix després de l'Alliberament en el fonament teòric de la psiquiatria francesa, de l'anomenada psiquiatria de sector, que consolida la presència de la psicoanàlisi, juntament amb el treball en la comunitat (Desviat, 2020).

Quadre 1. Principis de la circular del sector

- Tractament al més precoç possible. L'efecte cronificador de la institucionalització ha de ser evitat. Separar el malalt de la seva família com menys temps millor.
- L'hospitalització és només un moment del tractament.
- Assegurar la post-cura, evitant les recidives.
- Es delimiten àrees de cinquanta a cent mil habitants per a cada sector que hauran de tenir llits a l'hospital, dispensaris d'higiene mental, hospital de dia i tallers protegits.
- La continuïtat d'atenció està assegurada per un mateix equip mèdico-social sota la responsabilitat d'un metge-cap convertit en cap de sector.
- L'atenció infantojuvenil s'escindeix, creant serveis propis, els intersectors infantojuvenils, que corresponen a tres sectors psiquiàtrics d'adults (dos-cents mil habitants).

Font: Elaboració pròpia.

D'altra banda, l'hospital de Saint-Alban va esdevenir un lloc de trobada i formació de psiquiatres que seran els protagonistes de la reforma de l'atenció a la salut mental a França, Bonnafé, Oury, Gentis, entre d'altres, o teòrics de la descolonització, com el psiquiatre antillà Frantz Fanon, i un lloc de refugi de prestigiosos intel·lectuals, com el poeta comunista Paul Éluard o el dadaïsta Tristán Tzara⁷.



La comunitat terapèutica

Es busca l'aprofitament deliberat, amb finalitats terapèutiques, de tots els recursos de la institució manicomial

El 1943 Wilfred Bion i John Rickman organitzen els malalts de l'hospital de Northfield (Regne Unit), soldats amb trastorns mentals, en grups de discussió, fent-los participar en el govern del centre. La guerra va fer que l'Estat es fes càrrec de tots els recursos sanitaris, integrant-los i regionalitzant-los en un Pla d'emergència destinat a garantir la cobertura als soldats i la població civil (Desviat, 2020). Es busca l'aprofitament deliberat, amb finalitats terapèutiques, de tots els recursos de la institució manicomial, entesa com un conjunt orgànic i no jerarquitat de metges, pacients i personal auxiliar (Jones, 1958), tot creant un procediment per a organitzar les activitats de les institucions totals i parcials que serà a bastament utilitzat fins a l'actualitat.

Si apliquem, diu el 1958 el psiquiatre Maxwell Jones, a un hospital psiquiàtric el terme de “comunitat terapèutica”, vol dir que la responsabilitat del tractament no resta confinada al personal mèdic, sinó que també implica els altres membres de la comunitat, és a dir, els pacients (Jones, 1968).

Quadre 2. Principis d'una comunitat terapèutica

- Llibertat de comunicacions a diferents nivells i en totes les direccions.
- Anàlisi en termes de dinàmica individual i interpersonal de tot el que s'esdevé a la institució (reunions diàries de pacients i personal, psicoteràpies de grup).
- Tendència a destruir les relacions d'autoritat tradicionals.
- Ambient de màxima tolerància.
- Activitats col·lectives (balls, festes, excursions, etc.).
- Presència de tota la comunitat en les decisions administratives del servei.

Font: Elaboració pròpia.

La resposta radical italiana comprèn que no és possible crear un espai ideal aïllat del món

Dels límits de la comunitat terapèutica, sorgeix la resposta radical italiana. Basaglia, després d'una estada al Regne Unit, arriba de director a Gorizia on, amb un grup de joves psiquiatres, comença a replicar el model, però al cap d'un temps comprèn que no és possible crear un espai ideal aïllat del món, un oasi de llibertat dins d'una institució total.

Reformes psiquiàtriques i desenvolupament de la salut mental comunitària

El discurs d'un president: *Community Mental Health Centers Act of 1963*

Se sol fixar com a fet inaugural de la salut mental comunitària la llei que promulga la creació de centres comunitaris de salut mental –*Community Mental Health Centers Act*– que el president John Kennedy va presentar al Congrés

dels Estats Units el 1963, “per a la prevenció o diagnòstic de la malaltia mental, l'assistència i el tractament dels malalts mentals i la rehabilitació d'aquestes persones”, un programa que proposa la creació de centres de salut mental comunitaris per tota la nació, com a resposta a les denúncies de la situació dels malalts internats als hospitals psiquiàtrics i la nul·la assistència pública extrahospitalària. És l'època del *New Deal*, d'una tímida lluita contra la pobresa de l'administració nord-americana⁸, però, igual que els centres de salut mental, va durar poc; eren uns programes i uns dispositius el desenvolupament i funcions de suport comunitari a la desinstitucionalització dels quals necessitaven un sistema públic de salut i de prestacions socials que encara avui els Estats Units no té.



El discurs de Kennedy suposa una clara denúncia de l'assistència duta a terme als Estats Units centrada gairebé exclusivament en institucions on, segons les seves paraules, “sovint la mort constituïa l'única esperança ferma d'alliberament” (Kennedy, 1963, p. 2). Per a Gerald Caplan la Llei de creació dels centres de salut mental comunitaris, avalada pel discurs presidencial, era el començament d'una revolució en la psiquiatria nord-americana, pel fet que “rubricava que la prevenció, el tractament i la rehabilitació del malalt mental i la discapacitat mental s'havien de considerar una responsabilitat comunitària” (p. 21).

Per a Caplan –el seu llibre *Principis de salut mental comunitària* (Caplan, 1966) es va convertir aviat en text fundacional de la salut mental comunitària– les nocions de prevenció, risc i població en risc constitueixen, juntament amb la teoria de la crisi, els elements conceptuals de la psiquiatria preventiva o comunitària amb què desenvolupa un model conceptual, extraient categories epidemiològiques i de salut pública.

L'expressió *psiquiatria preventiva* es refereix al cos de coneixements professionals, tant teòrics com pràctics, que poden emprar-se per planificar i dur a terme programes per reduir, en primer lloc, la freqüència en una comunitat dels trastorns mentals de tot tipus [prevenció primària]; en segon lloc, la durada d'un nombre significatiu dels trastorns que es presenten [prevenció secundària], i, finalment, el deteriorament que aquests trastorns poden causar [prevenció terciària] (Caplan, 1966).

Activitats encaminades preferentment a grups de població, famílies o individus que, si estan més exposats a factors de risc –agents infecciosos, ambientals, hàbits de vida i esdeveniments socials, culturals i psicològics–, esdevenen més vulnerables a “fer-se mal”, a emmalaltir o a patir les complicacions d'un procés patològic. La noció d'*aportacions bàsiques* es basa en la hipòtesi que, per a no patir un trastorn mental, una persona necessita aportacions contínues i adequades a les diverses etapes de creixement i desenvolupament. És a dir, considera que les variacions de trastorns mentals en les diferents poblacions són degudes a factors oposats, benèfics (aportacions) o negatius (factors o pràctiques de risc). El treball preventiu consisteix

La noció d'*aportacions bàsiques* es basa en la hipòtesi que, per a no patir un trastorn mental, una persona necessita aportacions contínues i adequades a les diverses etapes de creixement i desenvolupament

a identificar aquests factors per corregir-los en sentit positiu. Hi ha dos tipus de factors: els que actuen de manera contínua sobre el desenvolupament de la personalitat (aportacions necessàries) i els que intervenen de manera circumscrita o puntual, en situacions de desequilibri (crisi). *Atzars de la vida* que impliquen una pèrdua sobtada d'aportacions bàsiques, l'amenaça de la pèrdua o les grans exigències associades a l'oportunitat d'obtenir més aportacions.

Quadre 3. Serveis essencials dels centres de salut mental (per a una població d'entre 75.000 i 200.000 habitants)

- Urgències i hospitalització de vint-i-quatre hores tots els dies de la setmana.
- Hospitalització parcial.
- Consultes i educació a la comunitat.
- Avaluació i seguiment dels ingressos a l'hospital psiquiàtric estatal de referència.
- Cases a mig camí.
- Alcoholisme, drogodependències.
- Sistema d'avaluació de programes.

Font: Elaboració pròpia.

A nivell conceptual és Gerald Caplan, en el seu llibre *Principis de salut mental comunitària*, qui introdueix elements fundadors de la salut mental comunitària, però no es pot oblidar la influència d'altres textos apareguts pocs anys abans, entre d'altres, *Internats. Assaig sobre la situació social dels malalts mentals*, del sociòleg Erving Goffman, o *La història de la bogeria en la bogeria a l'època clàssica*, de Michel Foucault, o el *Mite de la malaltia mental*, del psiquiatre Thomas Szasz, publicats el 1961; llibres que tindran un enorme pes en la psiquiatria, la sociologia, la filosofia, i, en realitat, en el pensament de la nostra època. En el cas de Szasz, influència més l'antipsiquiatria, a causa de la gran difusió de la seva obra, que, tot i l'aparència rupturista, és sovint poc rigorosa; d'altra banda, el seu comportament polític –membre militant de l'església de la cienciologia– és obertament conservador i contrari no només a la psiquiatria sinó també a la salut mental comunitària i a la sanitat pública.

Psiquiatria i antipsiquiatria

No és casual que sigui a final de la dècada dels seixanta de segle xx que sorgeixi l'antipsiquiatria, com tampoc no ho és que sorgeixi precisament al Regne Unit, on existia un universal i eficient Servei Nacional de Salut, que podia permetre experiències marginals, no involucrades en la necessitat de la reforma de l'assistència, a diferència d'Itàlia o Espanya.

La antipsiquiatria, tal com he escrit en un altre lloc (Desviat, 2007), és la manifestació en el camp de les disciplines de la salut mental de la profunda crisi de les ciències, de l'art, de la ideologia i dels valors en les dècades posteriors al final de la Segona Guerra Mundial; crisi que culminarà en la rebel·lió del maig del 68.

És David Cooper qui utilitza per primera vegada aquest terme per descriure una experiència, Villa 21, realitzada en un pavelló d'un hospital psiquiàtric de Londres. Psiquiatria com a pràctica alternativa a la psiquiatria tradicional, enfront de la violència institucional, qüestionant l'hospital, anant més enllà de la comunitat terapèutica, en una pràctica que assajarà un clima de llibertat per als pacients, sense violència ni restriccions. I serà a l'obra de Cooper i de Ronald Laing, en l'antipsiquiatria anglesa, on hem de situar en sentit estricte l'antipsiquiatria, tot i que el terme es va generalitzar aviat per assenyalar tot el moviment anti-institucional i reformador psiquiàtric dels anys seixanta i setanta del segle passat. Des de l'SPK (col·lectiu socialista de pacients de la clínica de Heilderberg, que predicava la insurrecció armada), fins a les màquines desitjants de Deleuze i Guattari; de Gentis, a Octave o Maud Mannoni; de Basaglia i Jervis a Tomás Szasz; de les experiències angleses a les denúncies de la situació assistencial durant la repressió franquista. Crítica global i ideològica de la psiquiatria, sobretot de la praxi mèdica, nosogràfica i diagnòstica, que arriba a proclamar la inexistència de la malaltia mental, mite o artefacte pseudomèdic, trivialitzant o idealitzant, a vegades, la psicopatologia, quan la mira esbiaixadament a través de genis-bojos: Artaud, Höderlin, Nietzsche.

En el camp de l'experiència, David Cooper i Ronald Laing van fundar el 1965 la Philadelphia Association, que va establir una xarxa de comunitats a Londres per a persones afectades de problemes mentals. Cases antipsiquiàtriques on les ments perdudes podrien guarir-se tornant-se boges entre persones que veuen la bogeria com una oportunitat de reconstituir el seu "jo autèntic". (Des de l'1 de juny de 1965, data de l'obertura, fins al 1968, en la més coneguda Kingsley Hall, hi van viure cent nou persones, entre les quals, el mateix Laing, durant períodes de més de trenta dies, segons ens explica ell mateix a *Esquizofrènia i pressió social* (Laing, 1975).

En el terreny estrictament terapèutic, té sentit la pregunta que es fa Jervis a *El mite de l'antipsiquiatria*: és realment possible ajudar de forma antipsiquiàtrica una persona afecta (i oprimida) del que s'anomena un trastorn mental? Sembla que l'experiència no va ratificar les experiències angleses. El mateix Laing ho confirma (1979).

Entre les aportacions a la indagació psicopatològica cal considerar, especialment, el *Jo dividit i El jo i els altres*, de Laing, potser, les aportacions teòriques més importants de l'antipsiquiatria.



La antipsiquiatria és la manifestació en el camp de les disciplines de la salut mental de la profunda crisi de les ciències, al final de la Segona Guerra Mundial

La Llei 180 i les cooperatives triestinas

Al principi va ser Gorizia. L'Hospital psiquiàtric de Gorizia i una figura carismàtica, que va morir massa d'hora, Franco Basaglia. Era finals de 1961 quan, després de tretze anys com a metge psiquiatre en una clínica universitària, Basaglia pren possessió del càrrec de director del manicomi de la petita ciutat de Gorizia, una província fronterera amb l'antiga Iugoslàvia de poc més de cent trenta mil habitants. Juntament amb un grup de psiquiatres (Jervis, Slavich, Pirella, Casagrande) converteix, primer, l'hospital en una comunitat terapèutica i, després, conscient dels límits de l'hospital psiquiàtric, proposa tornar el malalt mental a la societat, desmantelant la institució. Basaglia, el 1968, escriu al pròleg de *L'instituzione negata*:

Aquesta és l'acció de subversió institucional que alguns metges, psicòlegs, sociòlegs, infermers i malalts han proposat i provocat en un hospital psiquiàtric, en posar en dubte de judici, en el pla pràctic, la condició mateixa d'internament (Basaglia, 1972, p. 2).

Serà a Itàlia on la desinstitucionalització adquirirà més radicalitat i suport polític. Liderada pel moviment Psiquiatria Democràtica, aconseguí els anys setanta el tancament per llei dels hospitals psiquiàtrics (Llei 180, 1978). Culmina així un procés que s'inicia amb la humanització i transformació de l'hospital psiquiàtric, per a sortir a l'exterior, a la societat mateixa, on funcionen els mecanismes originaris de l'exclusió del malalt mental. Aquesta doble marginació de la qual parla Basaglia.

Quadre 4. Llei 180

No es podran realitzar ingressos nous en hospitals psiquiàtrics a partir de maig de 1978; i no hi podrà haver ingressos de cap tipus a partir de desembre de 1981. Es prohibeix la construcció de nous hospitals psiquiàtrics.

Els serveis psiquiàtrics comunitaris, els serveis territorials, s'han d'establir per a àrees geogràfiques determinades, i treballar en contacte estret amb les unitats de pacients ingressats a fi de garantir una atenció continuada

Tots els ingressos, tant voluntaris com forçosos, es faran a les unitats psiquiàtriques dels hospitals generals, que no tindran mai més de quinze llits.

Font: Elaboració pròpia.

El tancament dels hospitals psiquiàtrics s'entén com un procés gradual (mitjançant accions de desinstitucionalització i la no realització de nous ingressos). Els nous serveis es dissenyen com a alternatius i no com a complementaris o addicionals als hospitals. És la psiquiatria hospitalària que ha de ser complementària a la cura comunitària i no al contrari. Hi ha d'haver una integració total entre els diferents serveis en les àrees geogràfiques que serveixen de marc al tractament psiquiàtric. El mateix equip ha de subministrar serveis domiciliaris, ambulatoris i ingressos. Aquest model de cura facilita la continuïtat de l'atenció i un suport a llarg termini, amb equips interdisciplinaris, visites domiciliàries i intervencions en moments de crisi. Una de

Hi ha d'haver una integració total entre els diferents serveis en les àrees geogràfiques que serveixen de marc al tractament psiquiàtric

les aportacions més importants, inspirada en la gran tradició de cooperatives laborals que hi ha al nord d'Itàlia, són les empreses socials per donar ocupació, que es creen en el procés de desinstitucionalització, com a eines per a la integració social.

Cal, segons Rotelli, crear camps d'intercanvi entre les parts més empobrides i aquelles més riques de la societat (culturalment, socialment o econòmicament), construint un nou pacte social, una nova ètica en l'espai de la qual sigui possible reciclar tot el que seria rebutjat en la lògica d'un ordre exclouent. Es tracta de modificar substancialment la lògica assistencialista, la manca d'autonomia i la dependència de les prestacions socials habituals (Pitucco i Rotelli, 1994).



Quadre 5. El projecte Valerio. Imola

Aquest projecte pren el nom del pacient més greu dels que es van institucionalitzar a l'hospital psiquiàtric Imola, com a indicador de les respostes que van ser necessàries en el seu procés desinstitucionalitzador. La idea central del projecte és comptar amb recursos externs al món sanitari: mirar de rehabilitar la ciutat per reintegrar el pacient. La ciutat (i en particular una part significativa dels seus ciutadans) (Venturini, 2005) és inclosa en el procés i es converteix en protagonista del canvi. El lloc de trobada estava constituït per la pràctica dels drets. No més denúncies, exigències de reparació, estatuts específics per als malalts, sospites de falsa identitat. En canvi, reconeixement recíproc, presa de consciència dels propis drets, suport a exercir-los. Millor destruir les barreres arquitectòniques que realitzar recorreguts diferents. Millor insistir obsessivament amb el principi de reciprocitat. La idea parteix del fet que la integració només s'esdevindrà de manera efectiva quan existeixi un avantatge comú. No hi ha intercanvi si la relació va cap a una única direcció, en aquest cas hi ha una relació paternalista que desvaloritza l'acció. Per aquest motiu, en el projecte Valerio, no es van valorar tant les ocasions que posaven en evidència les necessitats dels pacients, com les que promovien una oferta d'alguna cosa cap als altres; oferta sovint gratuïta, simbòlica, però que corresponia a les necessitats de la societat.

Font: Elaboració pròpia a partir de Venturini, 2016, p. 26.

La reforma psiquiàtrica a Espanya

Setmanes i Missions d'higiene mental

Si hi ha un antecedent de la salut mental comunitària a Espanya rau en les Reunions, Setmanes i Missions que la Lliga d'Higiene Mental realitza durant la Segona República. Entre 1931 i 1936, la Lliga d'Higiene Mental, creada el 1927 a instàncies de l'Associació Espanyola de Neuropsiquiatria i inspirada en les Misiones Pedagógicas de la Institución Libre de Enseñanza, desplega una sèrie d'actes –xerrades radiades, reunions en escoles, facultats, cases de poble, ateneus– a la majoria de les províncies espanyoles amb l'objectiu de difondre mesures sanitàries i culturals que milloressin la idea que la població tenia de la salut mental per tal d'aconseguir –segons figura en el decret de creació– “la profilaxi de la bogeria, que millorin l'assistència mèdica i social

La Lliga d'Higiene Mental realitza durant la Segona República una sèrie d'actes a la majoria de les províncies espanyoles amb l'objectiu de difondre mesures sanitàries i culturals

del psicòpata i l'alienat i que condensin les regles més indispensables de la higiene individual (Reial Ordre de 25 de gener de 1927, citat per Gonzalo Moya, 1986, p. 218).

El seu objectiu era arribar tant a la població en general com als poders públics, en ambients i locals diversos i en xerrades on els oradors no eren només psiquiatres, sinó també juristes, pedagogs i altres professionals. En les Missions, fetes des de Madrid, ens explica Luis Valenciano Gaya, “ens desplaçàvem a poblacions –no capitals– o petits pobles perquè la propaganda cultural [com feia en l'àmbit teatral simultàniament *La Barraca* de García Lorca] penetrés amb més profunditat a les terres espanyoles” (Valenciano Gaya, 1977, p. 94).

Algunes d'aquestes conferències, radiades o pronunciades en les Setmanes, van ser editades per la Lliga –“Vida moderna i higiene mental”, “Causes i tractaments de les malalties mentals”, “Higiene mental, escola i joventut”, etc.–, en fullets finançats per la Secció de Psiquiatria i Higiene Mental de la Direcció General de Sanitat.

En la realitat, la República va possibilitar la culminació de tot un moviment de consolidació de la psiquiatria i la salut mental a Espanya dut a terme des de principi de segle xx. Una psiquiatria agrupada en dues escoles, la de Madrid i la de Barcelona, que formaran l'Associació Espanyola de Neuropsiquiatres (AEN) el 1924, associació que jugarà un paper important en la modernització assistencial i legislativa durant la Segona República i serà fonamental en el procés de reforma psiquiàtrica després de la dictadura franquista.

Entre altres accions, es promou el Decret d'Assistència Psiquiàtrica de 1931 (que recull un avantprojecte aprovat per l'assemblea conjunta de l'AEN i la Lliga d'Higiene Mental el 1929) i el Consell Superior Psiquiàtric, amb Lafora com a president i Germain com a secretari; iniciant-se la creació de dispensaris de salut mental i els intents de modernització dels hospitals psiquiàtrics.

Comelles a *Raó i sense Raó* (1988) explica els avenços en una salut mental territorialitzada a Catalunya –la comarcalització, la sectorització de l'atenció a la salut mental iniciada amb la Mancomunitat–, destacant les figures de Tosquelles i de Mira López, que seria el primer catedràtic de psiquiatria a Espanya⁹.

Amb la “victòria nacional” acaba el que Valenciano va anomenar el gran moment de la psiquiatria espanyola en la seva obra dedicada a Lafora (Valenciano Gaya, 1977). Acaba en dispersió, presons i marginació interior, per a una bona part de la generació de psiquiatres republicans, en una societat civil trencada, en aquesta llarga nit de pedra (1969), en els versos de Celso Emilio Ferreiro, de la dictadura franquista.

De la Coordinadora de psiquiatria i l'article 20 de la Llei General de Sanitat a la contrareforma neoliberal de la dècada del cervell

Caldrà esperar a principis de la dècada dels setanta, moment en què una altra generació en pugui agafar el relleu, després de l'erm intel·lectual, científic i tècnic de la dictadura i els seus prohoms. Van ser les experiències dels països pioners de la reforma i un nucli professional format en les denúncies i experiències frustrades durant el tardofranquisme, aglutinat al voltant de la Coordinadora de psiquiatria, creada el 1971 després dels primers conflictes provocats per tímids intents de reforma –que s'esdevenen durant el tardofranquisme a Oviedo, Conxo, Salt, Instituto Mental de la Santa Cruz–, i després a la refundada Associació Espanyola de Neuropsiquiatria, aviat oberta a tots els professionals de la salut mental (Desviat, 2020).

És en la democràcia, ja en la Transició, que podem situar la reforma psiquiàtrica a Espanya. Es complien els requisits per a un canvi social, una societat il·lusionada entrant en democràcia, més sensibilitat social, la denúncia pública que havia fet visible el desemparament del patiment psíquic i un grup de professionals capaços de dur-la a terme.

En el seu ideari hi havia una sanitat universal i una salut mental antimaniacomial i comunitària. Uns ideals que van a trobar els seus límits aviat, amb els canvis en l'escenari mundial que esquerdarien la concepció de l'estat de benestar, de la universalitat i el vincle social, tan necessaris per a una atenció equitativa i comunitària.

El 1986, La Llei General de Sanitat contempla a l'article 20 les línies mestres del programa de reforma.

Quadre 6. Article 20 de Llei General de Sanitat (1986)

1. L'atenció als problemes de salut mental de la població es realitzarà en l'àmbit comunitari, potenciant els recursos assistencials a nivell ambulatori i els sistemes d'hospitalització parcial i atenció a domicili, que redueixin al màxim possible la necessitat d'hospitalització. Es consideraran de manera especial aquells problemes referents a la psiquiatria infantil i la psicogeriatría.
2. L'hospitalització dels pacients per processos que ho requereixin es realitzarà en les unitats psiquiàtriques dels hospitals generals.
3. Es desenvoluparan els serveis de rehabilitació i reinserció social necessaris per a una adequada atenció integral als problemes del malalt mental, buscant la necessària coordinació amb els serveis socials.
4. Els serveis de salut mental i d'atenció psiquiàtrica del sistema sanitari general cobriran, així mateix, en coordinació amb els serveis socials, els aspectes de prevenció primària i d'atenció als problemes psicosocials que acompanyen la pèrdua de la salut en general.

Font: Elaboració pròpia.

Una de les característiques fonamentals de la reforma espanyola és la seva relació amb l'atenció primària, un dels pilars de la reforma sanitària, via d'entrada al sistema i principal responsable també dels problemes de salut mental i respecte a la qual el sistema d'atenció especialitzada en salut mental



Una de les característiques fonamentals de la reforma espanyola és la seva relació amb l'atenció primària

actua en segona línia. Les transferències sanitàries a les comunitats autònomes i la integració dels recursos de la pluralitat de les administracions existents prèviament amb competències sanitàries (Estat, INSALUD, diputacions, ajuntaments) en àrees de salut han permès l'ordenació territorial dels serveis de salut mental, creant xarxes de serveis que engloben la totalitat de les prestacions, condició de possibilitat d'una atenció comunitària. Aquesta organització, juntament amb el desenvolupament dels programes de rehabilitació psicosocial, va facilitar una desinstitucionalització acurada de la vella cronicitat –afavorida per l'escàs nombre de llits psiquiàtrics en centres monogràfics del país– i una manera no manicomial d'atendre la nova cronicitat. Un altre factor afavoridor de la reforma ha estat comptar amb un ampli consens professional (i inicialment polític) i uns equips de tècnics preparats per liderar el procés de reforma (aquest consens es plasma en la Comissió Ministerial per a la Reforma Psiquiàtrica i en la Llei General de Sanitat)¹⁰.

Les dificultats principals es van trobar fora de l'àmbit de la salut mental en l'ambigua i tantes vegades escassa voluntat política dels governs i en la seducció per la privatització de la sanitat des de la dècada dels noranta. Tampoc el desenvolupament de serveis socials no ha afavorit el procés, que en una bona part d'Espanya es extremament precari i poc imaginatiu, la qual cosa fa que l'atenció social als pacients més greus i dependents recaigui sovint en les famílies.

D'altra banda, la manca de lideratge de l'Estat (el sistema nacional de salut actual deixa poques competències harmonitzadores en mans de l'Estat), i la inexistència d'un pacte d'Estat sobre els aspectes fonamentals del model, dificulta la sostenibilitat dels processos, subjectes als canvis de les cúpules polítiques dels partits polítics, que tant poden repercutir sobre el tipus de model en salut mental.

No obstant això, tot i les limitacions i les retallades i privatitzacions, a Espanya s'ha produït un canvi qualitatiu en l'assistència a la salut mental, construint un model original al voltant de l'àrea de salut i a l'atenció als trastorns mentals severos i persistents, els crònics; un model desigual per la manca d'una harmonització estatal, però que ha desenvolupat normativament i assistencialment per al conjunt del seu territori un model basat en xarxes de dispositius socio-sanitaris, des del residencial a la urgència hospitalària¹¹, així com una reforma legislativa que es basa en les modificacions del codi civil i penal.

A Espanya s'ha produït un canvi qualitatiu en l'assistència a la salut mental, així com una reforma legislativa que es basa en les modificacions del codi civil i penal

La salut mental a Amèrica Llatina. Primeres experiències: Xile i Cuba. La Declaració de Caracas i la reestructuració psiquiàtrica: Brasil, Xile i Perú

La delegació de funcions i la psiquiatria poblacional xilena

A la fi dels anys seixanta del segle passat al Xile de la Unitat Popular va tenir lloc el primer procés de reforma psiquiàtrica a Amèrica Llatina amb un model clarament comunitari. En un context de reforma sanitària i social, es va promoure una xarxa de serveis territorialitzada amb el centre de salut mental com a eix central per al tractament, la promoció i la prevenció en paraules d'un dels principals protagonistes d'aquest procés, Juan Marconi, professor de psiquiatria i cap del programa de salut mental de l'Àrea Sud de Santiago. Aquí s'introdueixen nocions de treball en la comunitat que encara avui són essencials: la delegació de funcions, la creació de monitors com a agents comunitaris, la difusió dels programes de salut mental utilitzant les places públiques o les seues socials (Marconi, 1973; Marconi, 1973b). Una experiència que, després del cop militar de 1973, va continuar a Còrdova, Argentina, país on s'estaven duent a terme iniciatives de salut mental comunitària a la Universidad Nacional de Lanús.

En salut mental, van destacar les intervencions intracomunitàries de Joan Marconi, professor de psiquiatria i cap del programa de salut mental de l'Àrea Sud de Santiago, i l'anomenada Salut Poblacional, que va desenvolupar al Centre d'Antropologia Mèdico Social Luis Weinstein, psiquiatre reconegut com el principal realitzador de la salut mental comunitària xilena. A *Salut mental i procés de canvi* i a *Salut i democratització*, publicat a Madrid el 1977, Weinstein aborda els canvis en la gestió de salut impulsats pel Govern de la Unitat Popular (Weinstein, 1975 i 1977).

Aquests autors ja tenen el reconeixement de la comunitat com a part indissociable del procés d'atenció a la salut mental, no com a simple usuària, i hi ha la necessitat de comptar amb els recursos formals i informals i amb la cultura dels seus diferents grups poblacionals. I hi ha nocions de treball en la comunitat que encara avui són essencials: la delegació de funcions, la creació de monitors com a agents comunitaris, la difusió dels programes de salut mental utilitzant les places públiques o les seues socials. El més nou de la feina de Marconi és la creació de les delegacions de funcions. Un procediment escalonat que comença amb persones de la comunitat que aprèn, continua amb líders, expacients o pacients que coneixen el seu malestar, convertits en informadors, que al seu torn es relacionen amb professionals, i a la cúspide situa psicòlegs i psiquiatres (Marconi, 1974; Desviat, 2020b; Norambuena, 2017).



D1	D1: Metge, psiquiatre, psicòleg
D2 D2 D2	D2: Professionals de salut, salut mental, etc.
D3 D3 D3 D3 D3	D3: Auxiliars, professors, etc.
D4 D4 D4 D4 D4 D4 D4	D4: Líders informals, expacients, pacients informats
D5 D5 D5 D5 D5 D5 D5 D5 D5	D5: Comunitat que aprèn

Destaca a Xile durant aquests anys l'obra de Paulo Freire (que va viure durant el seu exili del Brasil entre 1964 i 1969 a Xile), amb gran influència en l'educació popular i en el pensament i la pràctica de la psicologia comunitària (Freire, 1987 i 1974).

A la Cuba socialista

És àmpliament conegut que el poble cubà ha arribat a nivells de salut (mesurats per indicadors d'impacte de qualitat) que el situen en un lloc privilegiat, que no correspon amb els seus nivells de renda. En salut mental, l'excel·lència del sistema, que ha estat certificada per l'avaluació efectuada el 2008, per OPS/OMS (IESM-OMS, 2011)¹², basa el seu funcionament en els preceptes d'universalització i gratuïtat d'una sanitat socialitzada. Es privilegien les accions de promoció i prevenció encaminades a assolir graus més elevats en la qualitat de vida de la població.

Els centres comunitaris de salut mental són la pedra angular del sistema d'atenció Els centres comunitaris de salut mental, integrats a la xarxa assistencial del primer nivell i articulats amb els d'atenció hospitalària general i especialitzada, són la pedra angular del sistema d'atenció. Intervenien no només en l'assistència sinó també en l'educació i la promoció de salut, amb la contribució de les organitzacions populars com els Comitès de Defensa de la Revolució (CDR) i la Federació de Dones Cubanes (FMC).

Hi ha, a més, serveis d'hospitalització psiquiàtrica en hospitals generals, clínic-quirúrgics, pediàtrics i psiquiàtrics que formen part de les xarxes integrals de serveis. Una de les grans contradiccions del sistema cubà de salut mental és que, malgrat el seu gran desenvolupament comunitari, manté hospitals psiquiàtrics, alguns amb un nombre important de llits, com el de l'Havana.

Aquests centres disposen de l'internacionalisme sanitari: els programes realitzats per metges cubans en altres països, que cobreixen les insuficiències sanitàries en l'atenció a les poblacions més desfavorides de països pobres i en d'altres, com Veneçuela i el Brasil, les zones rurals i barriades on els metges del país no volen anar. El programa Barrio Adentro, que es du a terme als *ranchitos* (les barraques dels turons que envolten la ciutat) o al centre deteriorat de Caracas (on utilitzen autobusos sanitaris), és un bon exemple de

com arribar als llocs més marginals i empobrits de la població¹³. O al Brasil, on el programa *Mais Médicos* atenia aldees indígenes, zones rurals i barris desfavorits i violents¹⁴. Segons dades del govern cubà, més de trenta mil metges i tècnics de la salut treballen en setanta-un països d'Amèrica Llatina, el Carib i Àfrica. De 1961 a agost de 2008, 113.585 professionals i tècnics de la salut cubans han ofert assistència tècnica en més de cent seixanta països (García Álvarez; Anaya Cruz, 2009).



2.3.5.3. La Declaració de Caracas (Veneçuela, 11-14 de novembre de 1990)

Fins als anys noranta del passat segle, les experiències comunitàries en salut mental dutes a terme a Amèrica Llatina van ser conjunturals i localitzades, programes pilot en barris pobres, en general¹⁵, llevat dels programes de caràcter nacional del govern d'Unitat Popular de Salvador Allende i de la sanitat Cubana.

Els projectes nacionals de reformes psiquiàtriques apareixen després de la Conferència de Caracas, quan l'Organització Panamericana de Salut (OPS) col·loca en l'ordre del dia de les polítiques dels governs de la Regió la qüestió de la salut mental, dels manicomis i de la seva necessària desinstitucionalització. Els principis aprovats a Caracas van a tenir una gran repercussió en els països, modificant les legislacions per garantir una major protecció a les persones amb problemes psíquics i aprovant plans de salut que intenten introduir canvis en l'assistència¹⁶.

Quadre 7. La Declaració de Caracas (OMS/OPS, 1990)

Conferència Regional per a la Reestructuració de l'Atenció Psiquiàtrica a Amèrica Llatina dins dels Sistemes Locals de Salut.

1. Que la reestructuració de l'atenció psiquiàtrica lligada a l'atenció primària de salut i en els marcs dels sistemes locals de salut permet la promoció de models alternatius centrats en la comunitat i dins de les seves xarxes socials.
2. Que l'hospital psiquiàtric obstaculitza l'assoliment dels objectius, aïlla el malalt del seu entorn i genera més discapacitat social.
3. Que els recursos, cures i tractament proveïts han de pretendre la permanència del malalt en el seu entorn comunitari.
4. Que les legislacions dels països s'han d'ajustar de manera que assegurin el respecte dels drets humans i civils dels malalts mentals.
5. La capacitat del recurs humà en salut mental ha d'apuntar a un model l'eix del qual passa pel servei de salut comunitària i propicia l'internament psiquiàtric als hospitals generals.
6. Que les organitzacions es comprometen a desenvolupar programes que promoguin aquesta reestructuració i la defensa dels drets humans dels malalts mentals.

Font: Elaboració pròpia.

Tot i que la conclusió de la Conferència va ser signada pels ministres de Salut dels països d'Amèrica Llatina i el Carib, només al Brasil, Xile i fa molt poc Perú, s'han desenvolupat plans nacionals de salut mental d'acord amb aquests principis. En general, en la immensa majoria dels països l'obstacle més gran rau en la privatització de la sanitat duta a terme en les dècades dels

En la immensa majoria dels països la salut mental comunitària es converteix en un recurs per a pobres, escassament finançat i al marge dels sistemes de salut

noranta. Els plans privats d'assistència, imposats pel poder financer internacional, impedeixen qualsevol treball comunitari al territori, tant pels seus interessos com per la descol·locació dels serveis, que impedeix qualsevol sectorització. La salut mental comunitària es converteix en aquestes circumstàncies, com s'esdevé als Estats Units, en un recurs per a pobres, escassament finançat i al marge dels sistemes de salut.

La II Conferència Nacional de Salut Mental. Brasília, matinada del 3 de desembre 1992

“A dos quarts de cinc de la matinada d'un dia calorós de desembre, un núvol de petits papers, confetis improvisats, omplia una aula de Brasília i centenars de braços alçats, cantant, celebraven el final d'una sessió maratoniana quan s'aprovava la moció número 212”, de la II Conferència Nacional de Salut Mental, que va agrupar més de tres mil persones entre professionals de la salut, gestors i polítics sanitaris i usuaris i familiars (Desviat, 1994, p. 184).

Brasil és l'únic país llatinoamericà en què s'ha aconseguit promoure un Sistema públic Únic de Salut, el SUS, descentralitzat en els municipis i amb el desenvolupament d'atenció primària en salut, marc indispensable per a la reforma psiquiàtrica. No obstant això, tal com ha passat a Europa, especialment als països del sud, a hores d'ara viu una contrareforma que pretén desmantellar tot el sistema públic, sobretot, l'atenció primària i la salut mental (Desviat, 2017; Desviat, 2015; Desviat, 2011; Bleicher, 2015).¹⁷

Com a Espanya, la reforma psiquiàtrica al Brasil es desenvolupa en el marc de la reforma sanitària que constitueix un Servei Nacional de Salut, universal, el Sistema Únic de Salut (SUS), amb un ampli moviment d'usuaris i familiars i una gran participació de la societat civil.

Quadre 8. Característiques de la reforma brasilera

- La preocupació per garantir els drets dels pacients en les institucions psiquiàtriques (prohibició de cel·les d'aïllament, respecte a la intimitat, correspondència, visites, etc.), establint mesures efectives de penalització econòmica i de desacreditació i tancament dels establiments, controlades per una comissió d'avaluació, comissió mixta de professionals, usuaris i familiars.
- La preocupació per la tècnica, per la clínica, la rehabilitació, la planificació, l'avaluació.
- Es produeix en el context d'una ideologia social progressista que veu en l'alineació social, en l'explotació i en les formes adverses de vida el marc de l'alineació individual, sense reduir allò social a psicopatologia ni a la inversa.
- La inclusió de la societat civil en el procés. El debat de la Llei Federal i de les lleis estatals va reflectir l'ampli debat que es produïa en la societat civil. El consens era clar: el tancament dels hospitals psiquiàtrics i la creació de recursos alternatius a la comunitat. Tancament contemplat en lleis estatals des de 1992 i per una Llei Federal el 1993.

Font: Elaboració pròpia.

El model recolza sobre els centres d'atenció psicosocial, els CAP, que inclouen des dels que no tenen psiquiatre fins als que tenen llits i també les residències terapèutiques, a més dels programes d'ajuda a les famílies en la desinstitucionalització, les bosses de Volta para Casa i la gran participació d'usuaris, familiars i societat civil, els *mentaleiros* (Delgado, 2018). Precisament aquestes característiques participatives de la reforma psiquiàtrica brasilera han permès, en la pràctica assistencial dels equips, l'establiment de metodologies, tècniques i abordatges socioclínic, construint un procés al més col·lectiu possible, que hi inclou les contribucions de diferents professionals, una interdisciplinarietat que incorpora el saber profà, tot donant espai a l'escolta i la participació dels usuaris i els seus familiars. Però una interdisciplinarietat que, com assenyala Eduardo Vasconcelos (2000), trenca les falses identitats parcials –en podríem dir gremials– i hi incorpora activitats que sorgeixen dels propis coneixements “extraprofessionals” dels tècnics: arts plàstiques, dansa, teatre, *blocos* de carnaval, activitats corporals, etc.

Diverses dècades després de l'inici, la reforma del Brasil confirmarà, com ha passat a Espanya o a Itàlia, d'una banda, la importància de la substancial modificació de l'atenció a la salut mental i, d'altra banda, la fragilitat de les construccions socials que pretenen la universalitat i la igualtat de les prestacions. La història no es cansa de mostrar-nos com les conquestes socials són sempre provisionals¹⁸. Sobretot quan, com en el cas de la salut mental col·lectiva, qüestionen l'estructura polític-econòmica que predisposa o causa el patiment psíquic, dany col·lateral o preu necessari del desenvolupament del capitalisme (Desviat, 2020b, p. 142).

Diàleg obert

L'experiència alternativa més recent coneguda internacionalment és, sens dubte, diàleg obert, hereva de tota una sèrie d'alternatives a l'hospital psiquiàtric i a l'ús indiscriminat de psicofàrmacs, com Soteria, un projecte de recerca liderat per Loren Mosher, en una casa situada a San José (Califòrnia), durant els anys 1971 i 1983. Una recerca l'objectiu de la qual era valorar els resultats d'un model alternatiu per al tractament de les psicosis agudes no hospitalari, no farmacològic i basat en el suport mutu i una psicoteràpia de caràcter existencial i fenomenològica (Mosher, 1991). Diàleg obert és la continuació del model adaptat a les necessitats que va posar en funcionament un grup de psiquiatres de l'hospital psiquiàtric de Turku, una ciutat portuària al sud-oest de Finlàndia, en els anys setanta i començament dels vuitanta. El model té en compte la problemàtica subjectiva i social de cada pacient, de la família i de qualsevol altra xarxa d'interacció essencial de la qual el pacient formi part. Es procura evitar el tractament farmacològic, tot i que si cal com a suport a la teràpia es pren amb dosis moderades¹⁹ (Whitaker, 2015; Seikkula, 2013; Desviat, 2020).



La reforma del Brasil confirmarà la fragilitat de les construccions socials que pretenen la universalitat i la igualtat de les prestacions

Diàleg obert ens mostra la possibilitat d'un treball comunitari que recolza sobre l'articulació de xarxes que poden comunicar-se i cuidar-se, en una relació d'horitzontalitat

Diàleg obert ens mostra la possibilitat d'un treball comunitari que recolza sobre l'articulació de xarxes que poden comunicar-se i cuidar-se, on el terapeuta treballa en una relació d'horitzontalitat entre el terapeuta i la persona amb patiment psíquic, però com assenyalen Teresa Abad i Sara Toledano és una experiència puntual, en una zona geogràfica molt concreta, Lapònia Occidental, amb poca població i molts recursos socio-sanitaris, difícil de replicar en altres contextos. Una altra qüestió és el que ens ensenya: construir en comú el significat de la crisi i l'horitzontalitat davant la jerarquia entre l'equip i les persones amb problemes de salut mental (Abad i Toledano, 2015).

Hi ha moltes experiències alternatives i de suport mutu des dels serveis i des de l'activisme en salut mental. En ressenyaré algunes de les més conegudes i rellevants, la majoria de les quals són deutores de les propostes de Judi Chamberlin, com les *peer-run crisis respite*, *crisis hostel*, la Casa d'Escapament de Berlín, la Casa de la Cura a Itàlia i la Cooperativa de l'Esperança a Buenos Aires, on es practica una atenció no coercitiva, en què les necessitats són definides per l'afectat i on el suport mutu d'altres persones que han passat per experiències similars són fonamentals.

Entre les que s'organitzen en primera persona a nivell internacional hi ha la xarxa de *Hearing Voices* i a Espanya: Entrevoces, Lo Común, FLIPAS GAM, ActivaMent, ClubHouse Andalusia, Radio Prometea, Hierbabuena, la Xarxa de Grupos de Apoyo MutuoGAM, la Federació Veus, Dis-cuerdos, etc.²⁰

De l'assistencialisme a la feina social

La pràctica de la feina social s'ha desenvolupat, des dels seus inicis, com a auxiliar de la psiquiatria social, entre l'assistencialisme, caritatiu o estatal, i les reivindicacions emancipadores. Entre l'ajuda al pobre i l'activisme enfront de les condicions estructurals que possibiliten la marginació i la pobresa (Desviat, 2017). Potser sigui a Amèrica Llatina i especialment al Brasil on el treball social, com la teràpia ocupacional o la infermeria han adquirit una rellevància, una entitat conceptual i una tècnica pròpia, amb una reflexió teòrica important en el tema de la interdisciplinarietat a partir d'un camp específic d'actuació, no subordinat a la psiquiatria ni a la psicologia, amb un enfocament divers i ampli i en l'actualitat francament progressista. Segons Eduardo Vasconcelos, professor de l'Escola de Serviço Social da Universidade Federal de Rio de Janeiro, a Amèrica Llatina el treball social va tenir una influència que oscil·lava entre el pensament catòlic i l'higienista, fins a la dècada dels vuitanta del segle passat en la qual es va desenvolupar una revisió crítica de la pràctica de la professió en les societats capitalistes. Aquest procés va suposar un compromís polític dels treballadors socials i les seves organitzacions associatives en les lluites de la societat civil de país, més gran que en cap altra professió. Associacions professionals de treball social van formar part a partir dels anys noranta de les lluites per la redemocratzació i per uns serveis sanitaris i socials públics, incorporant-se al moviment anti-manicomial (Vasconcelos, 2016; Netto, 1992).

La clínica participada

L'evolució de la construcció del model comunitari ha estat dilatada i, com tot procés social, inacabada. Cada experiència concreta, condicionada a les particularitats del país o la regió on es va dur a terme, ha suposat la necessitat de reinventar el model a seguir, de resignificar tot el que s'havia après, tenint en compte les hegemònies de poder dels diferents moments històrics en què es produïa. Ens ha deixat una caixa d'eines conceptuals i tècniques en continu canvi, entre les quals hi ha el basament de tota l'arquitectura de la intervenció psicosocial, la clínica del subjecte. El desenvolupament de la clínica, un cop superada l'etapa de la desinstitucionalització manicomial, i l'acció en el territori, entès com un camp de grups, comunitats, tribus diverses, des d'una concepció ni només preventiva (al territori) ni intervinguda per les classificacions diagnòstiques internacionals o la jeràrquica pastoral. Una clínica no basada en els principis de la salut pública hegemònica, en l'estil de vida i la responsabilitat individual, sinó en la salut col·lectiva, és a dir, en els determinants socials. Una clínica ampliada que compregui la subjectivitat, allò social i allò polític (Campos, 2005 i 1999) i que inclogui una tasca de resignificació psicopatològica, la subjectivitat crítica que proposen Laura Martin i Fernando Pujol en el seu *Manual de psicopatologia* i la incorporació en tot el procés dels veritables sustentadors de l'acció terapèutica, els patidors psíquics. Una clínica, per tant, negociada, d'acompanyament, de complicitat, emmarcada en l'espai subjectiu, social i polític del subjecte en tractament. Una clínica que no sigui patrimoni dels psiquiatres o els psicòlegs, sinó de tots aquells que participen en el procés. Una clínica que anomeno participada (Desviat, 2020).



L'evolució de la construcció del model comunitari ha estat dilatada i, com tot procés social, inacabada

A mode de balanç

Com assenyalo àmpliament en un altre text (2020b), és possible que avui ningú no negui els grans èxits dels processos de reforma psiquiàtrica. Són evidents els avantatges de la desinstitucionalització i creació de recursos a la comunitat, del model de salut mental comunitària, malgrat que encara persisteixin moltes mancances en tots els països –fins i tot en els que han desenvolupat experiències relativament reeixides de reforma– i una bretxa immensa amb els països encara ancorats en models manicomial d'atenció.

En qualsevol cas, tot i que subsisteixin sistemes d'atenció obsolets i sobretot precaris, la bogeria s'ha fet visible en bona part del món. Hi ha més consciència social de l'abandonament i de la mala actuació dels governs respecte a l'atenció a la salut mental, i pel que fa a la gestió sanitària el tancament dels manicomis i la creació de serveis a la comunitat es veuen cada cop més com una optimització dels recursos, tant de recursos públics com de la gestió privada o público-privada, amb tots els matisos que els mercats hi vulguin fer. De fet, s'ha produït, allà on les reformes s'han dut a terme, com a Itàlia i Espanya, una integració d'aquestes reformes en la lògica de mercat. Una integració que ha actualitzat el model comunitari, tot devaluant-lo.

El model comunitari va partir, com ja s'ha exposat, dels principis de salut pública i ètics, desenvolupant-se principalment en moments de més garanties socials, enfrontat a les institucions totals i amb una implicació en els territoris, en les comunitats. Quant a les seves accions, la mateixa tasca comunitària va forçar noves eines professionals per atendre nous subjectes, que havien sortit o no de la desinstitucionalització manicomial, tot convertint-se en un procés social complex, ètic, tècnic, que va exigir recompondre sabers, aptituds i actituds en els equips de salut mental.

Un procés que, si compleix amb els seus principis, dinamita les bases conceptuals de la psiquiatria creada a l'interior dels murs hospitalaris; d'una psiquiatria que entronitza el signe mèdic i considera la malaltia com un fet natural, prescindint del subjecte i de la seva experiència de vida, promovent una pràctica travada entre la normalització i la disciplina. El model comunitari crea la necessitat d'ampliar la clínica en una dimensió social, una clínica més plural, que incorpori la subjectivitat i allò social, allò singular i allò col·lectiu.

En la psiquiatria biològica, el símptoma, com a signe mèdic, defineix la malaltia, però la psicopatologia sorgeix precisament de la insuficiència dels símptomes. La història de la psicopatologia és la recerca de sentit als símptomes, l'intent d'explicar i comprendre la malaltia més enllà del signe mèdic i de la construcció d'estructures categorials o de la pretensió dimensional. Els símptomes prenen sentit en la biografia del subjecte. Sigui quina sigui la metàfora que emprem per explicar el patiment psíquic –l'inconscient i les pulsions, els circuits cibernètics cognitivistes, la teoria general dels sistemes o la biologia molecular, etc.–, la malaltia s'integra en l'experiència humana com una realitat constituïda significativament. Cada moment històric escenifica les seves representacions: la manera com la malaltia s'expressa reflecteix l'expectativa que cada societat té sobre la malaltia i el seu tractament. El símptoma esdevé malaltia segons l'imaginari col·lectiu. Hom delira amb el que la seva època li ho permet (Desviat, 2010).

La globalització financera pretén una realitat única: que no hi hagi un *a fora* ni científic ni cultural ni social de l'ideal neocapitalista on tot és mercaderia. En psiquiatria i en psicologia tenim el DSM, ara en la versió V, breviarí propeidèutic que pretén diagnòstics universals per a fàrmacs universals.

Un símptoma –o un conjunt de criteris establerts per un grup finançat per la indústria farmacèutica–, un diagnòstic –de fiabilitat dubtosa– i un fàrmac. La clínica de l'escolta i l'esdeveniment humà ha estat substituïda per un esdeveniment neurofisiològic, per una suposada luxació de neurotransmissors. Ja no es delira amb la biografia del subjecte, el deliri és “soroll”.

El model hegemònic deixa de banda els recursos comunitaris, però i l'acció comunitària? A la clínica del cervell, on rau la subjectivitat?

La història de la psicopatologia és la recerca de sentit als símptomes, l'intent d'explicar i comprendre la malaltia més enllà del signe mèdic

El model comunitari suposa un *on* (la comunitat) i un *com* (l'acció comunitària). No n'hi ha prou a col·locar centres en el territori si el que es fa és passar consultes amb el DSM com a guia, si no s'entra a les cases dels usuaris, si no es coneix la seva xarxa social, el codi postal on va néixer.

Aquest és l'ideal de la medicina, de la salut mental hegemònica. Ara bé, no tot ha estat en va. Les dècades d'experiències reformistes han deixat una cultura i han demostrat que una altra clínica, que una altra assistència és possible. Una clínica que no pot ser només patrimoni de psiquiatres i psicòlegs. Que ha d'incorporar tots els professionals que actuen amb els *patidors psíquics* i aquests mateixos al procés terapèutic. Una clínica participada.

No tot ha estat en va. Hi ha una cultura que subsisteix, resistent, i que ara, un cop més en temps de crisi –com assenyalo a l'editorial de l'últim número e-Átopos–, al bell mig d'un pla d'enderroc mundial de tot allò comunitari, és quan sorgeixen nuclis crítics que agafen el testimoni de la reforma, anant més enllà, recuperant l'esperit trencador dels primers anys de la reforma, de nou la psicopatologia i la clínica, resignificades, comencen a prendre forma, noves eines assistencials i estratègies en un revisitar el passat per donar a llum un nou futur.

Un nou futur que s'esdevindrà en un mode de vida diferent, en una societat diferent. Quan escric aquest final per a aquest article, som en plena crisi del coronavirus. Una pandèmia que ha deixat al descobert la fragilitat del nostre sistema sanitari i social, delmat per una política pública que dona més importància al guany que a la salut, la indefensió d'una humanitat deixada a la lògica del mercat.

La COVID-19 és un nou avís per canviar el model de societat, el model de vida, i potser, per què no, tal com diu Slavoj Žižek (2020), un altre virus, un virus ideològic, molt més benèfic, s'escampi i ens contagiï: el virus de la idea d'una societat alternativa, una societat de solidaritat i cooperació global.

Madrid, 27 d'abril, dia quaranta-quatre de confinament.

Manuel Desviat
Psiquiatre
Expresident de l'Associació Espanyola de Neuropsiquiatria
Professionals de la Salut Mental
redaccion@atopos.es



El model comunitari suposa un *on* (la comunitat) i un *com* (l'acció comunitària)

Bibliografia

- Abada, T; Toledano, S.** (2015). Posibilidades del enfoque de Diálogo Abierto en nuestro contexto. *Boletín de La Asociación Madrileña de Salud Mental*, 39, 19-23.
- Alexander, F. G.** (1970). *Historia de la psiquiatría*. Barcelona: Espaxis.
- Campos, G.** (2005). *Saúde Paideia*. Sao Paulo: Hicitec.
- Campos, G.** La clínica del sujeto: por una clínica ampliada y reformulada. https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf
- Bacilo, M. E.** (2017). Fancesc Tosquelles: la guerra y la psiquiatría subversiva. Blog sobre otros cuerpos y mentes website: <https://discapacidades.nexos.com.mx/?p=75>
- Basaglia, F.** (1972). *La institución negada*. Barcelona: Barral.
- Beers, C.** (1908). *A Mind Taht Found Itself*. New York: Doubleday.
- Bleicher, T.** (2015). *A política de saúde mental de Quixadá, Ceará (1993-2012): uma perspectiva histórica de Sistema Local de Saúde*. Universidad Federal e Estadual de Ceará.
- Comelles, J. M.** (1988). *La razón y la sinrazón*. Barcelona: PPU.
- Caplan, G.** (1966). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires, Paidós, p. 21, 34.
- Cooper, D.** (1971). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Delgado, P. G.** (2018). Reflexoes sobre a atençao psicossocial, num momento de grave ameaça a reforma psiquiátrica e aa democracia (Conferencia de Sobral). In I. Galiberti, Percy; Alburquerque (Ed.). *Sociopolítica da Saude, desafios e oportunidades*. Sobral: Ed. UVA, p. 157-170.
- Desviat, M.** (1999). De los viejos utópicos a los posmodernistas quemados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, p. 325-335.
- Desviat, M.** (2007). Crítica de la razón psiquiátrica. *Archipiélago*, 76, p. 29-37
- Desviat, M.** (2014). *Clínica, reforma psiquiátrica y salud colectiva*. Tramas, 42, p. 13-26.
- Desviat, M.** (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 85, p. 427-436.
- Desviat, M.** (2015). *A reforma psiquiátrica* (2a ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Desviat M.** (2020a). *La reforma psiquiátrica*. (2a ed.) Valladolid: La revolución Delirante.
- Desviat M.** (2020b). *Cohabitar la diferencia. Salud Mental en lo común*. Madrid, Síntesis.
- Desviat M.** (2020) La psiquiatría en dique seco. http://www.atopos.es/imagenes/eatopos6/eatopos6_1.pdf
- Desviat, M.; Moreno, A.** (2012). *Acciones de salud mental comunitaria*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Desviat, M.; Bleicher, T.** (2018). Avanços e desafios da intervençao psicossocial. In I. Galimberti, Percy Antonio; Napoleao Alburquerque (Ed.). *Sociopolítica da saúde. Desafios e oportunidades* (p. 171-190). Sobral: Edições UVA.

- Dessauant P.** La communauté Thérapeutique. Prix confrontations Psychiatriques 1970. *Supplement aux Confrontations Psychiat*, 7, 1971, p. 7.
- Ferreiro C. E.** (1969). *Larga noche de piedra*. Barcelona: Saturno.
- Freire, P.** (1987). Pedagogia do Oprimido. In *Editora Paz e Terra*. <https://doi.org/10.4324/9780203420263>
- García Álvarez C. A.; Anaya Cruz, B.** (2009). La política social cubana: derrame hacia otras regiones del Mundo. In Cuadernos de trabajo sobre el desarrollo (Ed.). *La política social cubana: derrame hacia otras regiones del Mundo*, vol. 2, p. 7-42. Andalusia: Editorial Atrapasueños/ SODEPAZ.
- Hochmann J.** (1971). *Pour une psiquiátria communautaire*. Paris: Seuil, p. 19.
- Huertas R.** *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid: Catarata, p. 185.
- Idareta Goldaracena, F.** (2018). *Trabajo social psiquiátrico*. València: Nau llibres.
- Jervis, G.** (1979). *El mito de la antipsiquiatría*. Barcelona: Pequeña Biblioteca.
- Jones, M.** (1968). El concepto de comunidad terapéutica. En: Caplan, G. *et al. Comunidad, Psicología y Psicopatología*. Buenos Aires: Editorial Jorge Álvarez.
- Kennedy J. F.** (1963). *Message from the President of the United States Relative to Mental Illness and Mental Retardation*, House of Representative, 5 de febrero, Document núm. 58. 1963, p. 2.
- Lacan J.**(1972).Citado por Oury, J. Thérapeutique institutionnelle. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Psychiatrie*. 37930 G 10, 1972.
- Laing, R. D.** (1975). *Esquizofrenia y presión social*. Barcelona: Tusquets.
- Lalonde M.** (2002). New perspective on the health of Canadians: 28 years later. *Revista Panamericana de Salud Pública = Pan American Journal of Public Health*, 12(3), 149-152. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12396631>
- Levav, I.** (1992). *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington DC: OPS/OMS.
- Marconi, J.** (1973). La revolución cultural chilena en programas de salud mental. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 19, 17, p. 17-33.
- Marconi, J.** (1974). Análisis de la situación de la salud mental en Córdoba. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 20, p. 233-239.
- Mata (de la), I.** (2018). Reforma psiquiátrica y cambio social en España. In R. Ortiz Lobo, Alberto; Huertas (Ed.). *Críticas y alternativas en psiquiatría*. Madrid: Catarata, p. 75-107.
- Meyer, A.** (1922). A Historical Sketch in Outlook of Psychiatric and Social Work. *Hospital Social Service Quarterly*, vol. V, p. 22.
- Levav, I.** (1992). *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington DC: OPS/OMS.
- de la Mata, I.** (2018). Reforma psiquiátrica y cambio social en España. In R. Ortiz Lobo, Alberto; Huertas (Ed.). *Críticas y alternativas en psiquiatría* (p. 75-107). Madrid: Catarata.
- Mosher, L.** (1991) Soteria: A therapeutic Community for Psychotic Persons. *International Journal of Therapeutic Communities*, 12, p. 53-67.



- Moya, G.** (1986). *Gonzalo R. Lafora*. Madrid: EUA, p. 218.
- Netto, J. P.** (1992). *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. Sao Paulo: Cortez.
- Norambuelna, P.** (2017). *Comunidad, salud mental y psicología. Raíces de la psicología comunitaria en Chile*. Tesis. Universidad de Santiago de Chile.
- Pitucco, F.; Rotelli, F.** (1994). La empresa social de Trieste. *Psiquiatria Pública*, p. 47-54.
- Rosen, G.** (1974). *Locura y sociedad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Seikkula, J.** Enfoque de Diálogo Abierto. Retrieved June 3, 2013, from <http://primeravocal.org/el-enfoque-del-dialogo-abierto-por-jaakko-seikkula-birgitta-alakare-y-ukka-aaltonen>
- S.P.K.** (1973). *Faire de la malarie une arme*. París: Champ Libre.
- Vasconcelos, E. M.; Desviat, M.** (2017). Empowerment and recovery in the mental health field in Brazil: Socio-historical context, cross-national aspects, and critical considerations. *American Journal of Rehabilitation*, 20, 282-297.
- Valenciano Gaya, L.** (1977). *El doctor Lafora y su época*. Madrid: Morata, p. 94, 224.
- Weinstein, L.** (1975). *Salud mental y proceso de cambio*. Buenos Aires: ECRO.
- Vasconcelos, E.** (2000). *Saúde mental e serviço social*. Sao Paulo: Cortez.
- Vasconcelos, E. M.** (2016). *Reforma Psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo e o srviço social*. Campinas: papel social.
- Weinstein, L.** (1977). *Salud y democratización*. Madrid: Villalar.
- Venturini, E.** (2016). *A linha curva. O espacio e o tempo da desinstitucionalização*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Whitaker, R.** (2015). Entrevistas con Alanen, Rökköläinen y Aaltonen *Anatomía de una epidemia*. Madrid Capitán Swing, p. 48.
- Zizek, S.** (2014). *Acontecimiento*. Madrid: Sexto Piso, p. 16.
- Zizek, S.** (2020). Um golpe como o de Kill Bill no capitalismo. In M. et al Davis (Ed.), *O coronavirus e a luta da clases* (p. 43-47). Sao Paulo: Terra sem amos.
- Zweig, S.** (2002). *Momentos estelares de la humanidad*. Barcelona: Acantilado.

- 1 La constitució de l'OMS va entrar en vigor el 7 d'abril de 1948, data que commemorem cada any mitjançant el Dia Mundial de la Salut.
- 2 El 1974 l'*Informe Lalonde: Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* de govern del Canadà configura la Nova Salut Pública. L'informe indica que en lloc de gastar tant en els aspectes assistencials, cal destinar una part del pressupost als factors que incideixen en l'aparició de les malalties cròniques (Lalonde, 2002).
- 3 La conferència d'Alma Ata el 1978, organitzada per l'OMS, constata que l'augment dels pressupostos sanitaris adreçats als capítols assistencials no es correspon amb una millora de la salut, i proposa traslladar l'eix de l'atenció des de l'assistència hospitalària a l'atenció primària, preventiva i promotora de salut.
- 4 El 6 de maig de 1908, poc després de la publicació del seu llibre, Beers organitza la primera reunió de la Lliga d'Higiene Mental, a la qual acudeixen dotze persones, universitaris, juristes, metges, psiquiatres, treballadors socials i un exmalalt.

- 5 Meyer va contractar Mary Potter el 1905 com a treballadora social, iniciant-se la incorporació del treball social als hospitals psiquiàtrics de Massachusetts. El 1915 tots els hospitals psiquiàtrics de l'Estat tenien un treballador social a la seva plantilla. El 1926, la Community Health Association de Boston va contractar un assistent social psiquiàtric com a assessor de sanitat mental (Rosen, 1974, p. 353).
- 6 Francesc Tosquelles, exiliat republicà després de la Guerra Civil Espanyola, va entrar com a infermer a l'hospital psiquiàtric de Saint-Alban, al Massís Central de França i, després d'examinar-se de nou dels cursos de Medicina, va arribar a dirigir-lo.
- 7 Es diu que Eluard va transformar l'hospital en una plataforma d'edició clandestina i que Saint-Alban es va convertir en centre de trobada i confrontació entre la psicoanàlisi, la medicina, el comunisme, el surrealisme i l'art (Bacilo, 2017).
- 8 Aquesta preocupació per la salut pública, la salut mental, i les condicions socials de vida, va ocupar un breu període de la història d'uns Estats Units sacejats –dècada dels seixanta– per la guerra del Vietnam, la protesta estudiantil, el moviment hippie, Cuba, les guerrilles a Amèrica Llatina i la Nova Esquerra.
- 9 El 1932 es va fundar a Barcelona la primera escola d'assistents socials d'Espanya, seguint directrius europees. Amb la dictadura, es funda a Madrid la segona escola, que va passar a anomenar-se "De Formació Familiar i Social", vinculada a la secció femenina de la Falange Espanyola Tradicionalista i de les JONS, el partit feixista del franquisme.
- 10 Els anys setanta, en el context de la lluita contra la dictadura, s'inicien moviments de protesta, agrupats al voltant de la Coordinadora de Psiquiatria i la Plataforma dels Treballadors de la Salut Mental, i intents de canvis assistencials, frustrats per la repressió franquista, que crearan els quadres i consensos de la reforma un cop arribi la democràcia (de la Mata, 2018; Desviat, 1999).
- 11 Es pot consultar el número monogràfic de *Átopos*, "La psiquiatria en dique seco", e-atopos, núm. 6; així com *La Reforma Psiquiátrica*, obra ja citada.
- 12 Es va aplicar l'instrument IESM-OMS durant el 2008 per avaluar l'estat del seu sistema de salut mental. Es va recopilar la informació disponible en diferents fonts assegurant-ne la fiabilitat. El treball es va realitzar comptant amb el suport de la representació de l'OPS/OMS al país, l'OPS/OMS i el Departament de Salut Mental i Abús de Substàncies de l'OMS.
- 13 La Misión Barrio Adentro, destinada a enfortir el sistema de salut pública. Té, en els consultoris populars, 568 centres de diagnòstic integral (CDI), 585 sales de rehabilitació integral (SRI) i 35 centres d'alta tecnologia (CAT), distribuïts per tot Veneçuela, i ha ofert més de 617 milions de consultes mèdiques de franc. <http://www.telesurtv.net/news/Cuba-y-Venezuela-15-anos-de-fructifera-cooperacion-20141030-0008.html>
- 14 El president del Brasil, Bolsonaro, va cancel·lar aquest programa, fet que va provocar la sortida de 8.500 metges cubans que van deixar sense assistència mèdica 1.500 poblacions, el 75% d'aldees indígenes.
- 15 Itzhak Levav descriu les que van tenir més rellevància a Amèrica Llatina (Universidad del Valle, Cali; Barrio Santa Eduvigis, Tegucigalpa; Centre d'Atenció Psicosocial de Ciudad Sandino, Nicaragua; comunitat de Curundú a Panamà; sud metropolitana de Santiago de Xile, etc.) (Levav, 1992).
- 16 Revertir la situació de desemparament en què es troben les persones amb trastorns mentals suposa modificar les lleis de procés civil i penal, ja sigui com una llei específica o mitjançant canvis en els respectius codis, a més de les normes que regulen institucions penitenciàries, normatives sanitàries i laborals.
- 17 L'últim atac a la reforma psiquiàtrica va ser el 14 de desembre de 2017 quan el Govern Federal va autoritzar l'increment del finançament de llits manicomials i es va deixar d'autoritzar que els diners que costava l'ingrés a l'hospital psiquiàtric poguessin utilitzar-se en el servei de residència terapèutica (Desviat, Bleicher, 2019).
- 18 Per veure l'evolució i la crisi de la reforma brasilera, es pot consultar la 2a edició portuguesa de *A Reforma Psiquiátrica* (Desviat 2015).
- 19 Aaltonen J; Alanen Y. O. Finlàndia: continuos esfuerzos por compartir el espacio de la comprensión. En Alanen et al. (2008). *Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas*. Madrid: Fundación para la investigación y el tratamiento de la esquizofrenia.
- 20 Sobre aquests grups i l'associacionisme en salut mental en primera persona a Espanya es pot consultar el número monogràfic de *Átopos*, "Salud mental, comunidad y cultura" (e-atopos, 5 [37-42] 2019).



Resum

Els programes de suport mutu estan orientats a promoure la recuperació personal en totes les seves facetes, especialment la connectivitat, l'esperança, l'optimisme i l'empoderament. El suport mutu s'ha associat amb una reducció en l'ús de serveis d'emergència i una millor percepció del procés de recuperació. No hi ha consens en el contingut de les intervencions, la interacció amb els pacients o el procés per implementar aquests programes. A més, s'ha enfocat fins ara en poblacions adultes; l'evidència disponible amb poblacions pediàtriques amb problemes de salut mental és limitada. Actualment s'està dissenyant un projecte pilot de suport mutu per a poblacions pediàtriques dins de l'Hospital de Dia Infantil i Juvenil del Servei de Psiquiatria de l'Hospital Clínic de Barcelona. Els hospitals de dia de psiquiatria i psicologia infantil i juvenil ofereixen atenció a menors d'edat amb trastorns psiquiàtrics a través d'hospitalització a temps parcial. Proveeixen un tractament holístic intensiu i rehabilitador dissenyat a partir d'un pla de tractament individualitzat basat en les necessitats concretes de l'usuari. Són, per tant, àmbits idonis per a la implementació de programes de suport mutu. Aquest projecte serà el primer de suport mutu en infants i adolescents a Catalunya i l'Estat espanyol. En aquest article es presenten les característiques generals de programes de suport mutu, incloent-hi el paper dels tècnics, el perfil dels participants i les intervencions més comunes. Així mateix, s'hi descriuen aspectes que es tenen en compte per al format del projecte pilot proposat.

Paraules clau

Suport mutu, peer support, peer group, adolescents, serveis de salut mental.

El apoyo mutuo (*peer support*) en salud mental y su aplicabilidad en niños y adolescentes

Los programas de apoyo mutuo están orientados a promover la recuperación personal en todas sus facetas, especialmente la conectividad, la esperanza, el optimismo y el empoderamiento. El apoyo mutuo se ha asociado con una reducción en el uso de servicios de emergencia y una mejor percepción del proceso de recuperación. No hay consenso en el contenido de las intervenciones, la interacción con los pacientes o el proceso para implementar estos programas. Además, se ha enfocado hasta ahora en poblaciones adultas; la evidencia disponible con poblaciones pediátricas con problemas de salud mental es limitada. En la actualidad se está diseñando un proyecto piloto de apoyo mutuo para poblaciones pediátricas dentro del Hospital de Día Infantil i Juvenil del Servicio de Psiquiatria del Hospital Clínic de Barcelona. Los hospitales de día de psiquiatria y psicologia infantil i juvenil ofrecen atención a menores de edad con trastornos psiquiátricos a través de hospitalización a tiempo parcial. Proveen un tratamiento holístico intensivo y rehabilitador diseñado a partir de un plan de tratamiento individualizado basado en las necesidades concretas del usuario. Son, por lo tanto, ámbitos idóneos para la implementación de programas de apoyo mutuo. Este proyecto será el primero de apoyo mutuo en niños y adolescentes en Cataluña y el Estado español. En este artículo se presentan las características generales de programas de apoyo mutuo, incluyendo el rol de los técnicos, el perfil de los participantes y las intervenciones más comunes. Asimismo, se describen aspectos que se están considerando para el formato del proyecto piloto propuesto.

Palabras clave

Apoyo mutuo, peer support, peer group, adolescentes, servicios de salud mental.

Peer support in mental health and its application in children and adolescents

Peer support programmes are aimed at promoting personal recovery in all its facets, especially connectivity, hope, optimism and empowerment. Mutual support has been associated with a reduction in the use of emergency services and a better perception of the recovery process. However, there is no consensus on the content of interventions, interaction with patients or the process for implementing these programmes. Moreover, to date, the focus has always been on adult populations; evidence available from paediatric populations with mental health problems is limited. The design of a pilot project for support among paediatric populations is now underway at the Hospital Clínic de Barcelona Psychiatric Services Day Hospital for Children and Young People. Psychiatric and psychological day hospitals for children and young people provide care for minors with psychiatric disorders through partial hospitalisation. They provide intensive and holistic rehabilitation based on individualised treatment plans established according to the specific needs of the user. This makes them ideal spaces to introduce peer support programmes. The initiative will be the first peer support project for children and adolescents in Catalonia and Spain. The article presents the general characteristics of peer support programmes, including the role of workers, the profile of participants and the most common interventions. It also describes aspects taken into account in designing the proposed pilot project.

Keywords

Peer support, peer group, adolescents, mental health services

Com citar aquest article:

Ballesteros-Urpí, Anna (2020).

El suport mutu (*peer support*) en salut mental i la seva aplicabilitat en infants i adolescents.

Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 75, 45-60.

Introducció

Els tècnics de suport mutu en salut mental són persones que han tingut l'experiència vivencial

El suport mutu o suport entre iguals (en anglès, *peer support*) s'ha definit com “un sistema que consisteix a donar i rebre ajuda basada en els principis fonamentals del respecte, la responsabilitat i l'acord mutu sobre el que és útil” (Mead, 2003). Els tècnics de suport mutu (en anglès, *peer supporters*) en salut mental són persones que han tingut l'experiència vivencial, ja sigui com a pacients o usuaris de serveis o com a cuidadors, dels reptes inherents als problemes mentals i que utilitzen aquestes experiències per ajudar altres persones en el seu procés de recuperació (Repper, 2011; Pitt, 2013). Els programes de suport mutu engloben diferents activitats que no han estat estandaritzades fins avui (Repper, 2011; Lloyd-Evans, 2014). Inclouen activitats grupals, programes formatius i d'acompanyament basats en la participació de tècnics de suport mutu, així com activitats d'escolta activa, acompanyament en l'àmbit laboral i sanitari, de mediació i d'educació, entre d'altres (P2P TeAM, 2019).

La participació dels tècnics de suport mutu pretén facilitar una figura amb la qual les persones amb problemes de salut mental se sentin identificades, així com intervencions dissenyades des de perspectives diferents a les dels professionals de la salut (Pitt, 2013). D'acord amb teories psicològiques de canvi, els programes de suport mutu busquen promoure la iniciativa i la motivació per part del pacient perquè es recuperi mitjançant la proximitat social i l'empatia amb tècnics de suport mutu que s'han endinsat satisfactòriament en el procés de recuperació (Bandura, 1977; Lloyd-Evans, 2014). També es busca promoure l'autoajuda i l'autoeficàcia mitjançant la provisió de coneixement sobre com funciona el sistema de salut i sobre els serveis disponibles per a persones amb problemes de salut mental (Salzer, 2002).

L'article descriu les característiques principals dels programes de suport mutu que hi ha actualment, incloent-hi: 1) un breu context d'aquests programes, 2) les principals característiques dels serveis de suport mutu, 3) l'evidència sobre l'eficàcia dels projectes de suport mutu i 4) consideracions sobre programes de suport mutu a Catalunya i l'Estat espanyol. A banda de les referències a treballs previs que es presenten a l'apartat de bibliografia, per a aquest treball es va comptar amb l'opinió d'experts en el suport mutu de la Universitat de Yale, Yale School of Medicine, Department of Psychiatry, Program for Recovery and Community Health (New Haven, CT, EUA) i del Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust, Child and Adolescent Mental Health Services (Nottingham, Regne Unit).

Objectius

Dissenyar un projecte pilot de suport mutu per a poblacions pediàtriques que sigui rellevant i viable dins el context de l'Hospital de Dia Infantil i Juvenil del Servei de Psiquiatria de l'Hospital Clínic de Barcelona. Aquest projecte

serà el primer de suport mutu en infants i adolescents a Catalunya i l'Estat espanyol, permetrà determinar el format de les intervencions d'acord amb el context local i posicionarà l'Hospital Clínic com a capdavanter de la recerca sobre el suport mutu amb aquesta població.

Marc teòric

Breu context dels programes de suport mutu

Els programes de suport mutu es van iniciar fa més de vint anys en països del món anglosaxó com una iniciativa per involucrar pacients en el disseny i l'avaluació dels serveis prestats i en la promoció de programes d'autoajuda (Bellamy, 2017). La idea inicial es va generar a partir de les col·laboracions espontànies observades entre persones amb problemes de salut mental (Lloyd-Evans, 2014). Ràpidament aquestes iniciatives es van convertir en programes de pacients que havien millorat el seu estat de salut i que donaven suport a nous pacients o en la contractació d'aquestes persones com a personal en els serveis de salut (Repp, 2011). Avui dia, al Regne Unit i Austràlia hi ha programes ben establerts per formar tècnics de suport mutu, els quals després ofereixen serveis com a voluntaris o com a personal remunerat. A Escòcia, per exemple, hi ha una acreditació oficial d'agent de suport mutu per la Scottish Qualifications Authority i l'Scottish Recovery Network¹ (Christie, 2016).

Els programes de suport mutu i la recuperació personal

Una de les definicions més comunament acceptades de la recuperació personal es basa en un marc conceptual desenvolupat a partir d'una revisió sistemàtica d'estudis que definien o conceptualitzaven la recuperació personal. A partir dels resultats d'aquesta revisió, un grup d'experts internacionals va dur a terme una síntesi narrativa adaptada que es va convertir en el marc teòric CHIME. CHIME presenta una sèrie de components que formen part del procés de recuperació, com ara la connectivitat (*connectedness*), l'esperança i optimisme sobre el futur (*hope and optimism*), la identitat (*identity*), el significat a la vida (*meaning in life*) i l'empoderament (*empowerment*). A partir d'aquest marc teòric, la recuperació personal s'ha definit com “un procés profundament personal i únic del pacient per canviar les seves actituds, valors, sentiments, objectius, habilitats i rols per aconseguir una manera de viure satisfactòria, esperançadora i productiva, fins i tot amb les possibles limitacions de la seva malaltia” (Leamy, 2011).



La recuperació personal s'ha definit com “un procés profundament personal i únic del pacient per canviar les seves actituds, valors, sentiments, objectius, habilitats i rols”

La recuperació personal difereix de la recuperació clínica, la qual se centra principalment en la reducció de símptomes i en la millora dels nivells de funcionament (Slade, 2011; Turton, 2011). La recuperació clínica té, sens dubte, un efecte positiu i catalitzador en la recuperació personal. No obstant això, no és indispensable. Els serveis i professionals interessats a enfocar la pràctica cap a la recuperació personal en comptes de fer-ho cap a la recuperació clínica han d'afavorir la relació amb el pacient, amb l'objectiu d'identificar-ne els valors, les preferències i les expectatives del procés terapèutic, fent-los participants del disseny d'aquesta pràctica. Aquest enfocament facilita la presa de decisions compartida i la planificació individualitzada dels plans de tractament (Williams, 2012).

Els programes de suport mutu, en general, s'orienten a promoure la recuperació personal en totes les seves facetes, especialment la connectivitat, l'esperança i l'optimisme i l'empoderament (Ibrahim, 2019; Leamy, 2011). A més, els programes de suport mutu fomenten la presa de decisions compartida i l'acompanyament durant la recuperació personal (Ibrahim, 2019; Pitt, 2013). Fins ara, la majoria dels programes de suport mutu s'han implementat entre adults.

Característiques dels serveis de suport mutu en adults

Actualment no hi ha consens pel que fa a les característiques de les intervencions de suport mutu; les activitats que formen part d'aquestes intervencions tenen una àmplia variabilitat (Ibrahim, 2019; Gillard, 2019). Els serveis de suport mutu es poden classificar d'acord amb el rol i l'estatus del tècnic dins de l'organització o agència que presta serveis i el tipus de serveis, com es proposa a continuació (Lloyd-Evans, 2014):

- *Grups d'ajuda mútua*: intervencions en què els participants s'ajuden mútuament, fins i tot quan algun dels participants té més experiència que els altres. Hi pot haver més d'un participant amb el rol de tècnic de suport.
- *Serveis de suport mutu*: intervencions complementàries als serveis de salut estàndard i que se centren en la figura d'un tècnic de suport mutu no contractat que dona suport a una o més persones amb problemes de salut mental.
- *Provisió de serveis de salut mental*: intervencions dirigides per tècnics de suport mutu contractats per a prestar serveis de suport mutu que formen part dels serveis de salut estàndard.

En el suport mutu, els tècnics fan servir la seva pròpia experiència vivencial amb els serveis de salut i el procés de recuperació per ajudar altres persones (Christie, 2016). Aquesta consideració és la que diferencia els programes d'ajuda mútua dels grups de suport entre pacients, en què tots els participants són en etapes similars del procés de recuperació sense que cap hi destaquï

en la implementació de les activitats (Repper, 2011). Els grups de suport entre pacients generalment són un espai de suport i acompanyament continuat entre iguals que promouen estratègies per a millorar la qualitat de vida, la xarxa de suport social i les pròpies habilitats per manejar símptomes de salut mental. Per a aquests grups no és un requisit que un membre hagi aprofundit en el procés de recuperació personal, en canvi, sí que ho és en els programes de suport mutu.

L'experiència vivencial dels tècnics de suport mutu és especialment importants perquè fomenta aspectes del procés de recuperació personal d'una manera que els grups de pacients no ho poden fer. El testimoni de persones que hagin aprofundit en el procés de recuperació té un efecte més significatiu en l'esperança i l'optimisme, en l'empoderament i en la promoció de la presa de decisions compartida i en l'acompanyament durant la recuperació personal (Ibrahim, 2019; Pitt, 2013).

Les intervencions que comunament es presenten dins dels programes de suport mutu es poden prestar sota qualsevol d'aquestes tres categories. A la taula 1 es descriuen les intervencions més comunes.

Taula 1. Intervencions de suport mutu

Diferents agències i autors han proposat com una part de programes de suport mutu les activitats següents:

1. *Programes formatius i de sensibilització*: els tècnics de suport mutu administren informació que ajuda els participants a conèixer els serveis de salut, els recursos disponibles i les tècniques per conciliar els símptomes relacionats amb els seus problemes de salut mental i el procés de recuperació.
2. *Activitats d'escolta activa*: activitats en què els participants tenen l'oportunitat d'expressar els seus pensaments, sentiments i dubtes en un espai segur en el qual no se sentiran jutjats.
3. *Activitats de coaching*: els tècnics de suport mutu proveeixen assessorament per ajudar els participants en aspectes en què tenen dificultats. Pot incloure ajuda per afrontar els símptomes de salut mental, trobar feina o un lloc per viure, fer nous amics, trobar noves i millors formes d'emprar el temps lliure, entre d'altres.
4. *Acompanyament en l'àmbit laboral i sanitari*: els tècnics de suport mutu ofereixen serveis d'acompanyament en aspectes com cercar feina, cercar ajuda a l'escola o la universitat, especialment en àmbits en què el tècnic té experiència prèvia.
5. *Activitats de mediació*: els tècnics de suport mutu ofereixen mediació de conflictes o problemes que puguin afectar els participants.
6. *Activitats de maneig de casos*: els tècnics de suport mutu prenen un paper actiu en el seguiment de pacients, incloent-hi el progrés cap als diferents objectius que s'hagin marcat com a part del procés de recuperació.
7. *Activitats a l'abast (outreach)*: els tècnics de suport mutu cerquen persones amb problemes de salut mental dins o fora del sistema de salut (per exemple, a la comunitat, l'escola o els llocs de treball) que es puguin beneficiar de programes de suport mutu o de serveis de salut.
8. *Activitats de control de crisis*: tècnics de suport mutu *on call* ajuden pacients que puguin enfrontar crisis de salut o de conflicte dins o fora dels centres que presten serveis de salut.
9. *Grups d'autoajuda i altres activitats grupals*: els tècnics de suport mutu gestionen diferents tipus d'activitats grupals dissenyades específicament per a persones amb diagnòstics o dificultats específiques.

Font: Pitt, 2013; P2P TeAM, 2019.



L'experiència vivencial dels tècnics de suport mutu fomenta aspectes del procés de recuperació personal d'una manera que els grups de pacients no ho poden fer

Un dels principals components dels programes de suport mutu són històries o esdeveniments dels tècnics de suport mutu que il·lustren com han superat situacions difícils durant el seu període de recuperació (Solomon, 2014; Mead, 2003). Així mateix, és indispensable que els tècnics de suport mutu siguin empàtics a l'hora d'escoltar i que ho facin sense jutjar, i que s'adrecin als participants per donar-los suport però no per dirigir-los o imposar-los res. És important reconèixer la diversitat de cultura, opcions de vida i opinions com a oportunitats de creixement i aprenentatge. Els programes de suport mutu han de fer servir un llenguatge que sigui clar, inclusiu, motivador i respectuós (UDDHS, 2009; International Association of Peer Supporters - iNAPS, 2013).

Els programes de suport mutu se centren generalment a ajudar els participants a explorar les seves fortaleces i a trobar mecanismes per potenciar el seu procés de recuperació (Lloyd-Evans, 2014; Pitt, 2013). Els programes, específicament, exclouen la valoració de l'estat de salut dels participants, la qual és responsabilitat dels professionals de la salut i de l'educació, entre d'altres. La valoració dels pacients s'exclou del suport mutu per tal de potenciar la recerca de fortaleces i la relació entre el tècnic i el participant. El suport mutu també exclou fer activitats o resoldre problemes que els participants poden fer per si mateixos. Els programes de suport mutu tampoc no són espais per a realitzar-hi diagnòstics de salut mental o per a suggerir-hi canvis en la prescripció o en la presa de medicaments (UDDHS, 2009; International Association of Peer Supporters - iNAPS, 2013; Christie, 2016).

La majoria de les activitats que formen part dels projectes de suport mutu es poden prestar en format grupal o individual, depenent dels recursos, aspectes logístics i nombre de pacients amb què compti cada agència. Els grups es poden formar sobre la base de trets comuns entre els participants, com poden ser edat, pertinença a un grup ètnic o religió o abús de substàncies (P2P TeAM, 2019).

Eficàcia dels programes de suport mutu en adults

No s'han dut a terme estudis que valorin específicament l'eficàcia dels programes de suport mutu en infants i adolescents. De manera indirecta, l'experiència satisfactòria del Nottingham Healthcare NHS Foundation proporciona una experiència encoratjadora per a dissenyar nous projectes que siguin avaluats mitjançant estudis de recerca.

Quant a la població adulta, creix el volum d'evidència sobre l'eficàcia de programes de suport mutu. Una revisió sistemàtica Cochrane de l'any 2013 va identificar onze assaigs clínics aleatoritzats que comparaven programes de suport mutu amb programes similars sense tècnics de suport mutu o dirigits per professionals de la salut. Les conclusions d'aquesta revisió revelen

una reducció en l'ús de serveis d'emergència i de control de crisis entre els programes de suport mutu. No obstant això, no es van trobar diferències amb altres programes en qualitat de vida, empoderament, relacions socials, satisfacció o taxes d'hospitalització (no d'urgència). En general, la qualitat d'aquests estudis fou baixa (Pitt, 2013). Una revisió més recent de programes de suport mutu en serveis comunitaris va identificar divuit assaigs clínics aleatoritzats; els autors van trobar evidència de millora en l'autoavaluació per part de pacients de la seva recuperació, esperança en el futur i empoderament, però no en taxes d'hospitalització o satisfacció amb el servei (Lloyd-Evans, 2014). A més d'aquestes revisions, hi ha almenys sis estudis addicionals que recopilen evidència d'altres assaigs clínics i estudis observacionals amb resultats similars (Bellamy, 2017).

Un punt en comú dels resultats d'aquestes revisions és una falta de consens en les tasques específiques dels tècnics de suport mutu, en l'entrenament requerit o en la manera com els programes de suport mutu s'han d'implementar dins dels serveis de salut (Pitt, 2013; Ibrahim, 2019; Gillard, 2019). S'ha trobat que les tasques dels tècnics de suport mutu inclouen coaching, gestió de casos, suport durant la crisi, participació en equips comunitaris assertius, coordinació i maneig de petits grups de recuperació en sales hospitalàries, entre d'altres (Solomon 2004, Repper, 2011).

Aquestes discrepàncies dificulten la implementació a més escala dels programes de suport mutu i l'avaluació de la seva eficàcia (Ibrahim, 2019; Gillard, 2019).

Programes de suport mutu en poblacions pediàtriques

Fins ara, la majoria dels programes i sobretot dels estudis que s'han dut a terme en l'àmbit del suport mutu s'han enfocat en poblacions adultes (Bellamy, 2017; Pitt, 2013). L'evidència disponible de programes de suport mutu amb poblacions pediàtriques és més limitada. Al Regne Unit, diferents entitats amb programes de suport mutu han implementat projectes amb aquestes poblacions. Una de les institucions líders en aquest àmbit és el Nottingham Healthcare NHS Foundation Trust, que ha iniciat un projecte de suport mutu entre pacients del seu CAMHS (*Child and Adolescent Mental Health Services*) amb resultats satisfactoris. Els CAMHS de Nottinghamshire Healthcare incorporen rols permanents de tècnics de suport mutu dins dels seus serveis. Quatre treballadors de suport mutu són empleats a CAMHS, amb base en equips de la comunitat i equips de crisi. Tres dels quatre treballadors tenen experiència en dificultats i serveis de salut mental. L'altre és un pare d'usuari de CAMHS, fet que li permet comunicar-se i donar suport no només als joves sinó també a les seves famílies. Aquests treballadors tindran un paper important per fer que el suport a la salut mental sigui més visible i



Un punt en comú dels resultats d'aquestes revisions és una falta de consens en les tasques específiques dels tècnics de suport mutu

fàcilment accessible als infants, els joves i les seves famílies. També ajuden activament els joves a accedir al suport adequat a les seves necessitats alhora que els involucren en la prestació de serveis i millores.

A Catalunya i l'Estat espanyol no hi ha fins ara programes de suport mutu amb poblacions pediàtriques.

Consideracions per al disseny de programes de suport mutu en infants i adolescents

Tècnics de suport mutu: criteris d'elegibilitat, responsabilitats i drets

Els tècnics de suport mutu són persones amb experiència vivencial relacionada amb diferents aspectes de la salut mental, com pot ser un diagnòstic propi o d'una persona propera i/o experiència amb els serveis de salut mental. Aquesta experiència vivencial els permet entendre els dubtes, reptes i preocupacions dels participants en els programes de suport mutu i aconseguir-hi empatia i connexió, que idealment serà mútua. Així mateix, poden servir com a testimoni de l'èxit del procés de recuperació personal (Gillard, 2019; Pitt, 2013).

No hi ha cap diagnòstic o condició que exclogui una persona de poder ser tècnic de suport

En general, els tècnics de suport mutu han estat diagnosticats amb alguna malaltia de salut mental o han viscut amb simptomatologia associada. En línia amb el concepte de recuperació personal, no és indispensable que hagin superat aquest diagnòstic però sí que se sentin amb la confiança i seguretat de participar activament en programes de suport mutu i d'administrar les intervencions requerides (International Association of Peer Supporters - iNAPS, 2013). Malgrat que alguns programes o intervencions específics poden requerir que els tècnics de suport mutu tinguin algun diagnòstic específic, per exemple, en programes per a persones amb psicosis, no hi ha cap diagnòstic o condició que exclogui una persona de poder ser tècnic de suport (Lloyd- Evans, 2014).

Els tècnics de suport mutu també poden ser persones que no hagin tingut un diagnòstic específic de salut mental o simptomatologies associades. Poden ser, per exemple, pares, parelles, germans o familiars propers de pacients que han estat diagnosticats amb malalties de salut mental. Se n'exclouen persones de fora del nucli familiar, ja que amics o companys de treball poden no tenir el coneixement vivencial necessari per exercir-se com a tècnics de suport mutu. Els programes de suport no s'adrecen als familiars de persones amb diagnòstics de salut mental sinó només a pacients (UDDHS, 2009; International Association of Peer Supporters - iNAPS, 2013).

Un característica rellevant dels tècnics de suport mutu és la seva experiència amb el sistema de salut i amb els serveis disponibles per a les persones amb diagnòstics de salut mental. Aquesta experiència els permet aconsellar als participants sobre els programes de suport mutu per a entendre i aprofitar els serveis i beneficis disponibles i els seus drets com a pacients i els dels seus familiars (Christie, 2016). Aquesta consideració és especialment important per al disseny de programes de suport mutu amb infants i adolescents. En general, els joves estan menys familiaritzats amb els serveis de salut i poden sentir més incertesa sobre els serveis que rebran. Els tècnics de suport mutu poden ser de molta utilitat en aquest aspecte.



No hi ha límit d'edat, com per exemple que els tècnics de suport mutu siguin més grans que els participants. No hi ha cap limitació perquè els menors d'edat participin com a tècnics de suport, tot i que, com ja s'ha comentat, el nombre d'iniciatives que han treballat amb joves en programes de suport mutu és molt limitat.

Tampoc no hi ha criteris de gènere, tot i que determinades intervencions poden requerir que hi hagi concordança, com pot ser en projectes adreçats a persones amb trastorns alimentaris. Finalment, els tècnics de suport mutu poden ser de qualsevol nacionalitat o origen, tot i que no hi hauria d'haver barreres lingüístiques o, depenent del programa, socioculturals (UDDHS, 2009; International Association of Peer Supporters - iNAPS, 2013).

Les guies nacionals de pràctica per a tècnics de suport mutu (*National Practice Guidelines for Peer Supporters*) de l'Associació Internacional de Tècnics de Suport Mutu (International Association of Peer Supporters - iNAPS, 2013) han resumit els valors als quals s'han d'adherir el suport mutu i els tècnics de suport mutu, com s'exposa a la taula 2.

Taula 2. Valors del suport mutu i dels tècnics de suport mutu

Aquesta llista de valors ha estat ratificada pels tècnics de suport mutu que formen part de l'Associació Internacional de Tècnics de Suport Mutu.

1. El suport mutu és voluntari.
2. El suport mutu és mutu i recíproc.
3. El suport mutu és d'autoritat i responsabilitat compartida.
4. El suport mutu s'enfoca en les fortaleces i no en les dificultats.
5. El suport mutu és transparent.
6. El suport mutu se centra en la persona i no en els serveis de salut.
7. Els tècnics de suport mutu són optimistes.
8. Els tècnics de suport mutu són de ment oberta.
9. Els tècnics de suport mutu són empàtics.
10. Els tècnics de suport mutu són respectuosos.
11. Els tècnics de suport mutu faciliten el canvi.
12. Els tècnics de suport mutu són honestos i directes.

Font: International Association of Peer Supporters - iNAPS, 2013.

D'acord amb aquests valors, els tècnics de suport mutu poden triar no treballar amb algun participant si consideren que no estan capacitats per ajudar-lo d'una manera adequada. En aquest cas, es pot derivar el participant a un altre tècnic. Cal que els tècnics de suport mutu tinguin el coneixement per a detectar casos d'abús, negligència o tracte injust, fins i tot dins dels sistemes de salut. Així mateix, cal que puguin identificar casos d'estigma o opressió i fer-hi les derivacions corresponents. Els programes de suport mutu i els tècnics han de ser realistes i abstenir-se de proveir expectatives que són irrealistes o falsament optimistes o negatives (UDDHS, 2009; International Association of Peer Supporters - iNAPS, 2013; Christie, 2016).

Participants en els programes de suport mutu

Els participants haurien de viure amb el diagnòstic o amb els símptomes en el moment d'iniciar les intervencions

Els criteris d'elegibilitat per als participants són similars als tècnics, que poden haver estat diagnosticats amb alguna malaltia de salut mental o poden viure amb simptomatologia associada. Perquè el programa sigui més rellevant, els participants haurien de viure amb el diagnòstic o amb els símptomes en el moment d'iniciar les intervencions, tot i que el fet de progressar en el procés de recuperació no els fa inel·ligibles per als programes. No existeix tampoc límit d'edat, gènere o origen específics, fet que permet la participació d'infants i adolescents. Finalment, la participació en projectes de suport mutu és sempre voluntària (Gillard, 2019; Pitt, 2013; UDDHS, 2009; International Association of Peer Supporters - iNAPS, 2013; Christie, 2016).

Reclutament de tècnics de suport mutu

El primer pas per reclutar tècnics de suport mutu és el desenvolupament del protocol de treball del programa de suport mutu que es realitzarà i l'obtenció de l'aprovació del comitè d'ètica corresponent. Cal que es distingeixin clarament els criteris d'elegibilitat per als tècnics de suport mutu i les activitats en què s'involveran. S'ha de preparar retroalimentació positiva per als candidats no elegibles i un pla de seguiment per als candidats elegits (opinió d'experts). Un aspecte rellevant és assegurar que es compta amb el consentiment dels pares o tutors legals en el cas de tècnics de suport mutu que siguin menors d'edat.

Un cop s'ha aclarit aquesta informació, es du a terme el procés de reclutament. Una de les estratègies més acceptades és la consulta amb professionals de la salut i de l'educació que tinguin contacte amb pacients i que puguin conèixer persones potencialment elegibles. També es poden consultar grups de pacients, grups defensors dels drets dels pacients o agències comunitàries. S'hi inclouen altres estratègies com ara recerca de feina, anuncis en pàgines web o a les xarxes socials (opinió d'experts), malgrat que són més rellevants, principalment, per a pacients adults.

Una vegada s'ha identificat una o més persones idònies per exercir-se com a tècnic de suport mutu, hi ha una sèrie de consideracions que s'han de tenir en compte. Primer, s'ha d'estipular formalment i per escrit els drets i deures del tècnic de suport mutu. Això inclou: 1) les responsabilitats del tècnic de suport mutu durant la preparació, implementació i avaluació del programa de suport mutu; 2) els horaris de treball, la intensitat laboral i les dates d'inici i final de les activitats o del contracte de col·laboració; 3) la retribució a la qual el tècnic de suport mutu té dret; 4) les clàusules de confidencialitat a què s'ha d'adherir el tècnic de suport mutu, així com els passos que s'han de prendre per complir amb els drets de confidencialitat del tècnic, com poden ser les dades de l'historial mèdic del tècnic que es compartiran; i 5) qualsevol consentiment informat per participar o per retirar-se del projecte (opinió d'experts, UDDHS, 2009; International Association of Peer Supporters - iNAPS, 2013; Christie, 2016). En el cas de programes de suport mutu amb infants i adolescents, s'han de considerar aspectes legals relacionats amb la contractació de menors. Així mateix, el programa s'ha d'estructurar de manera que no interfereixi amb les activitats acadèmiques dels tècnics o dels participants.

Tot i que aquestes consideracions no són obligatòries, són en general recomanables per a qualsevol programa de suport mutu.

Abans d'iniciar les activitats, els tècnics de suport mutu han de rebre entrenament formal relacionat amb les activitats que realitzaran i amb els aspectes ètics del programa. També s'han d'estipular mecanismes clars i proactius de supervisió i monitorització del tècnic de suport mutu. Aquests mecanismes permeten mantenir una comunicació fluïda amb el tècnic de suport mutu, per tal de detectar fortaleses i barreres o febleses. Un aspecte clau és la prevenció del cansament o de la saturació emocional i la promoció d'una distància professional entre el tècnic i els participants en els programes (UDDHS, 2009; International Association of Peer Supporters - iNAPS, 2013; Christie, 2016).

Reclutament de participants en projectes de suport mutu

El reclutament de participants en projectes de suport mutu és similar al dels tècnics. Els professionals de la salut i de l'educació, els grups de pacients i de defensors dels drets dels pacients o les agències comunitàries són potencials fonts per identificar-hi participants. El programa que s'ofereixi pot requerir la recomanació d'un professional de la salut o de l'educació, de manera que les estratègies s'han d'adaptar a cada cas específic. En qualsevol cas, s'ha d'assegurar la confidencialitat de les persones interessades a participar en els programes per tal que el seu historial mèdic i altres dades personals es mantinguin reservats (opinió d'experts). Igual que amb els tècnics, és important comptar amb el consentiment dels pares o tutors legals en el cas de participants que siguin menors d'edat.



Els tècnics de suport mutu han de rebre entrenament formal relacionat amb les activitats que realitzaran i amb els aspectes ètics del programa

Aspectes ètics

Qualsevol programa de suport mutu necessita aprovació dels comitès d'ètica dels centres on es durà a terme. Cal dissenyar i implementar mesures per assegurar la confidencialitat de les persones que formin part de les intervencions, bé siguin tècnics o participants. També cal proveir els pacients amb informació de contacte per a informar-los de qualsevol aspecte que sigui necessari.

Els tècnics de suport mutu han de respectar les decisions que prenguin els participants en els programes de suport mutu, fins i tot si són contràries a les recomanacions del tècnic. Per contra, les diferències de criteri s'han d'assumir com a oportunitats per aprendre i millorar la manera de dissenyar i gestionar els programes de suport mutu (UDDHS, 2009; International Association of Peer Supporters - iNAPS, 2013; Christie, 2016).

Discussió dels programes de suport mutu d'adults en el context local de Catalunya i l'Estat espanyol

A l'Estat espanyol, hi ha dues iniciatives que han introduït models de formació professional per a tècnics de suport mutu

A l'Estat espanyol, hi ha dues iniciatives que han introduït models de formació professional per a tècnics de suport mutu. El projecte peer2peer,² finançat per la Unió Europea a través del Programa d'Aprenentatge Permanent Leonardo da Vinci, integra una formació completa en suport mutu. Així mateix, el projecte EMILIA (*Empowerment and Integration of Mental Health Service Users Through the Methodology of Life-Long Learning*) en cooperació amb la Federació Catalana d'Entitats de Salut Mental en Primera Persona - Veus, ambdues establertes amb finançament de l'Oficina de Desenvolupament i Recerca de la Comissió Europea, ofereixen formació a professionals de la salut mental i a pacients en relació amb el suport mutu. Fins ara, s'han ofert sis d'aquests cursos amb la participació de més de cent persones.

Actualment, personal d'EMILIA treballa en assajos clínics per determinar l'eficàcia d'aquests programes a Catalunya. D'altra banda, el Pla de Salut de Catalunya per al període 2016-2020 (DGPS, 2016) i les Estratègies de Salut Mental i Addiccions per al període 2017-2020 (PDSMyA, 2017) cerquen fomentar la implementació de programes de suport mutu amb la participació de pacients, professionals, entitats proveïdores i l'Administració a Catalunya.

Proposta de treball: projecte pilot de suport mutu per a poblacions pediàtriques en l'àmbit d'hospital de dia de psiquiatria

L'Hospital de Dia Infantil i Juvenil del Servei de Psiquiatria de l'Hospital Clínic de Barcelona treballa actualment en el disseny d'un projecte pilot de suport mutu per a poblacions pediàtriques. S'ha escollit aquest dispositiu per diverses raons. Els hospitals de dia de psiquiatria i psicologia infantil i juvenil ofereixen atenció a menors d'edat amb trastorns psiquiàtrics a través d'hospitalització a temps parcial. Proveeixen un tractament holístic intensiu i rehabilitador dissenyat a partir d'un pla de tractament individualitzat basat en les necessitats concretes de l'usuari. Atesa la seva naturalesa, és un marc ideal per treballar amb el grup d'iguals, específicament a través dels grups terapèutics que s'ofereixen. Avui dia ja existeixen modalitats de suport entre pacients, com ara iniciatives per lluitar contra l'estigma en les malalties de salut mental. No obstant això, no es compta amb figures ni programes de suport mutu en què tècnics que han aprofundit més en el seu procés de recuperació personal ajudin altres persones mitjançant la pròpia experiència vivencial amb els serveis de salut i el procés de recuperació (Christie, 2016).

L'Hospital de Dia Infantil i Juvenil del Servei de Psiquiatria de l'Hospital Clínic de Barcelona compta amb un equip interdisciplinari que pot ser de suport per als tècnics de suport mutu, per al disseny de les intervencions que s'oferiran i per coordinar i avaluar aquestes intervencions. La figura del tècnic de suport mutu pot ajudar, entre d'altres, com a complement a la feina de l'educador social, ajudant els usuaris a crear o enfortir una xarxa de suport social, a connectar-los amb la comunitat i a compartir estratègies de convivència amb els trastorns mentals. Aquest hospital de dia compta amb potencials participants que ja reben ajuda psicològica, farmacològica, escolar i socioeducativa i que es poden beneficiar de programes d'ajuda mútua.

La visió del projecte pilot que es proposa és un grup d'ajuda mútua que compti amb la participació voluntària de tècnics de suport mutu que hagin rebut l'alta de l'Hospital de Dia Infantil i Juvenil del Servei de Psiquiatria de l'Hospital Clínic de Barcelona. El projecte seguirà els criteris d'elegibilitat per a tècnics i els participants exposats anteriorment, així com les estratègies de reclutament i els aspectes ètics. Per facilitar la incorporació d'aquests tècnics, es requerirà que hagin superat la majoria d'edat, que siguin de qualsevol gènere o origen i que es puguin comunicar en català i/o castellà. El projecte pilot estarà obert a pacients amb qualsevol diagnòstic o simptomatologia. D'entre les diferents activitats que s'han proposat com a part de programes de suport mutu, s'afavoriran els formatius i de sensibilització, activitats d'escolta activa i activitats de *coaching*. Per a identificar usuaris adequats com a tècnics de suport mutu es consultaran professionals de la salut i de l'educació, els grups de pacients i de defensors dels drets dels pacients o les agències comunitàries.



La figura del tècnic de suport mutu pot ajudar com a complement a la feina de l'educador social, ajudant els usuaris a crear o enfortir una xarxa de suport social

El projecte que es proposa té el suport del projecte EMILIA i de la Federació Catalana d'Entitats de Salut Mental en Primera Persona - Veus. Com a part del procés de recerca previ, s'han dut a terme visites a la Universitat de Yale, Yale School of Medicine, Department of Psychiatry, Program for Recovery and Community Health (New Haven, CT, EUA) i al Nottinghamshire Healthcare NHS Foundation Trust, Child and Adolescent Mental Health Services (Nottingham, Regne Unit). Aquests centres són líders internacionals en l'àmbit de la investigació del suport mutu i estan compromesos a assessorar el disseny i la implementació del projecte proposat.

El projecte EMILIA es caracteritza per l'empoderament del pacient i la presa de decisions compartida

Actualment, es treballa per determinar potencials tècnics de suport mutu, depenent del punt en el qual estiguin en el seu procés de recuperació i de la capacitat i la motivació que tinguin per participar-hi. També s'estudien els possibles continguts de les intervencions i aspectes logístics com la freqüència de les intervencions i el volum de pacients de cada grup. El projecte EMILIA proveirà material i estratègies per formar els tècnics de suport mutu i per dissenyar les intervencions. Finalment, s'estan deliberant els mecanismes de supervisió del treball dels tècnics de suport mutu i d'avaluació de les intervencions. De manera preliminar, es compta amb l'eina INSPIRE, la qual avalua els objectius i les preferències de persones amb problemes de salut mental per a la seva recuperació, així com la seva relació i el suport rebut per professionals de la salut (Williams, 2015).

Aquest projecte està en concordança amb el model infermer de l'Hospital Clínic, que fomenta una atenció de màxima qualitat a la persona atesa, posant-la al centre del procés terapèutic. Es caracteritza per una comunicació eficaç entre professionals i usuaris, l'empoderament del pacient i la presa de decisions compartida. També cerca aplicar les millors pràctiques basades en l'evidència científica per part d'equips multidisciplinaris de personal d'infermeria, rehabilitació i educació social.

Així mateix, contribuirà activament amb el Pla de Salut de Catalunya i les Estratègies de Salut Mental i Addiccions, afavorirà la interacció amb associacions i investigadors externs i propiciarà més producció científica amb implicació directa de personal d'infermeria i d'educació.

Anna Ballesteros-Urpí
Departament de Psiquiatria i Psicologia Infantil i Juvenil
Institut de Neurociències
Hospital Clínic de Barcelona
aballest@clinic.cat

Bibliografia

- Bandura, A.; McClelland, D. C.** (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs New Jersey: Prentice-Hall.
- Bellamy, C.; Schmutte, T.; Davidson, L.** (2017). An Update on the growing evidence base for peer support. *Mental Health and Social Inclusion*, 21(3), 161- 167.
- Christie, L.** (2016). Peer support roles in mental health services. *Scottish Recovery Network*. Recuperat de https://www.scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2016/05/Triss_Insight_31_peer_support.pdf.
- DGPS** (2016). Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Recuperat de http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/Pla_salut/pla_salut_2016_2020/Documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf.
- Gillard, S.** (2019). Peer support in mental health services: where is the research taking us, and do we want to go there? *J of Mental Health*, 28:4, 341-344.
- Ibrahim, N.; Thompson, D.; Nixdorf R. et al.** (2019). A systematic review of influences on implementation of peer support work for adults with mental Health problems. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019 Jun 8.
- International Association of Peer Supporters** – iNAPS, 2013 – National practice guidelines for peer supporters. (2013).
- Leamy, M.; Bird V.; Le Boutillier C. et al.** (2011). A conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 199:445–452.
- Lloyd-Evans, B. et al.** (2014) A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry* 14:39.
- Mead, S.; Hilton, D.** (2003). Crisis and connection. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 87–94.
- PDSMiA** (2017). Estratègies de Salut Mental i Addiccions 2017-2020. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Recuperat de http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/salut_i_qualitat/plans_directors/salut_mental_i_addiccions/que_es/document/estrategies2017_2020.pdf.
- P2P TeAM 2019 en Acompanyament i Suport Mutu** (TeAM). Curs 2019-2020. Associació Emília. Barcelona.
- Pitt, V.; Lowe, D.; Hill, S. et al.** (2013). Consumer–providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database Syst Rev* 3:CD004807.
- Repper, J.; Carter, T.** (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *J of Mental Health* 20(4), 392–411.



Salzer, M.; Shear, S. (2002). Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatr Rehabil J*, 25(3):281-288.

Slade, M. et al. (2011). REFOCUS Trial: protocol for a cluster randomized controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry* 11:1-13.

Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatr Rehabil J. Spring*, 27(4):392-401.

Turton, P.; Demetriou, A.; Boland, W. et al. (2011). One size fits all: or horses for courses? Recovery-based care in specialist mental health services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46:127-36

UDDHS, 2009 – Center for Substance Abuse Treatment (2009). What are Peer Recovery Support Services? HHS Publication No (SMA) 09-4454. Rockville, MD: Substance abuse and mental health services administration, U.S. Department of Health and Human Services.

Williams, J. et al. (2012). Measures of the recovery orientation of services: systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47:1827-1835.

Williams, J.; Leamy, V.; Bird, C.; Le Boutillier, S.; Norton, F.; Pesola and M. Slade (2015). Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 50(5): 777-786.

1 <https://www.scottishrecovery.net/the-future-is-peer>

2 <http://p2p.intras.es>

José Ramón
Ubieto

Som en allò que connectem. Més enllà del biologicisme

Recepció: 10/04/2020 Acceptació: 28/05/2020

Resum

El biologicisme, avui ja fusionat i superat pel paradigma neuro, aspira a suprimir la paraula com a ressort del vincle entre professional i pacient/usuari. Promou, en el seu lloc, la (neuro) imatge muda. L'article proposa una altra orientació a partir del símptoma, com a tret singular d'un subjecte, i prenent el suport en el treball en xarxa com a pràctica col·laborativa que li atorga protagonisme.

Paraules clau

Conversa, neuro, xarxa, símptoma.

Somos *en* lo que conectamos.
Más allá del biologicismo

El biologicismo, hoy ya fusionado y superado por el paradigma neuro, aspira a suprimir la palabra como resorte del vínculo entre profesional y paciente/usuario. Promueve, en su lugar, la (neuro) imagen muda. El artículo propone otra orientación a partir del síntoma, como rasgo singular de un sujeto, y tomando el apoyo en el trabajo en red como práctica colaborativa que le otorga protagonismo.

Palabras clave
Conversación, neuro, red, síntoma.

We are *in* what we connect.
Beyond biologism

Biologism, now fused with and surpassed by the neuro paradigm, aims at suppressing the word as a resort of the link between professional and patient/user. In its place, it promotes the (neuro) mute image. The article proposes an alternative approach based on the symptom as a singular feature of a subject, finding support in networking as a collaborative practice and giving it a key role.

Keywords
Conversation, neuro, network, symptom

Com citar aquest article:

Ubieto Pardo, José Ramón (2020). Som en allò que connectem. Més enllà del biologicisme. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 75, 61-75.



- La crisi recent de la COVID-19 ha aguditzat, sens dubte, el sentiment de la por col·lectiva i ho ha fet sobre el teló de fons d'una crisi generalitzada de confiança. ¿Qui confia ara plenament en les indicacions d'institucions respectables com l'OMS o els governs quan ens alerten o ens aconsellen sobre què cal fer? O fins i tot de científics o professionals experts que opinen i proposen mesures d'abordatge de la pandèmia o de qualsevol altra consigna sobre salut.

Sabem que la confiança és un element clau en la cohesió social, allò que els clàssics anomenaven l'*affectio societatis*, aquest cola social sense la qual la convivència se'n ressent greument i apareix la desafecció, la indiferència o directament l'hostilitat davant les propostes de l'altre. La nostra conjuntura actual ha exacerbat, per aquesta crisi de confiança ja esmentada, l'emergència de nous paradigmes en la relació assistencial. No es tracta d'una novetat, fruit de la situació actual, ja que el procés de transformació de la relació assistencial en els diferents àmbits (clínic, social, educatiu) ve d'antic, però la crisi actual l'ha revelat d'una manera més crua.

Per tant, avui el dilema ètic per als professionals és aprofundir en una posició autosuficient, legitimada per discursos pseudocientífics, o bé pensar la seva praxi com un efecte d'una pràctica col·laborativa. Esser professionals en allò que connecten i no com a resultat automàtic d'un suposat saber expert, atribut previ i individual.

Nous paradigmes en la relació assistencial

Avui vivim ja en la postmodernitat –o hipermodernitat per a d'altres– i assistim a l'agudització d'algunes de les contradiccions i paradoxes ja incloses al programa il·lustrat. Els assoliments pel que fa als drets de l'individu han minat l'autoritat, fins aleshores absoluta, del professional, que ja no aconsegueix fer-se càrrec en exclusiva del tractament del malestar. Aquest saber expert i quasi infal·libre personalitzat en el metge –i propi d'un règim patriarcal i verticalitzat– es relativitza i es posa en tensió amb altres sabers que hi ha en joc: la psicologia primer, però també l'educació i l'àmbit social, i és per això que l'ideal de salut s'entén, a partir d'aleshores, en els tres registres: biopsicosocial (Gabbard i Kay, 2002).

Ja en ple segle XXI podem constatar –en el creixement i expansió, a més, de les tecnologies digitals– que aquesta tendència “individualista”, al costat de les falses promeses del científicisme, constitueix la base més ferma de la nova relació assistencial les característiques i conseqüències de la qual ja podem albirar amb claredat. Seguint els treballs del professor Angelo Soares (2010), podem assenyalar quatre factors clau. El primer tret és la descon-

fiança del subjecte (pacient, usuari, alumne) cap al professional, al qual cada vegada li suposa menys un saber sobre el que passa (i per això s'ha institucionalitzat la segona opinió) i del qual cada vegada té més por que es converteixi en un element de control i no pas d'ajuda. Les xifres actuals sobre el boicot terapèutic, la manca d'adherència al tractament o els episodis de violència en centres sanitaris o socials són un clar signe d'aquesta pèrdua de la confiança en la relació assistencial (Serra, 2010).

A aquest factor hi respon –gairebé com un mirall– un segon tret que no és cap altre que el de la posició defensiva dels mateixos professionals que fan ús, de manera creixent, de procediments preventius davant de possibles amenaces o denúncies dels seus pacients. La por es converteix així en un ressort clau que condiciona la pràctica assistencial les conseqüències de la qual, com veurem tot seguit, no són banals.

Aquests dos factors tenen conseqüències, la més important: la pèrdua de qualitat i quantitat del vincle clínic-pacient. Aquest diàleg basat en l'escolta de la singularitat de cada cas, i que requeria una trobada cara a cara, amb certa constància i regularitat, s'ha transformat en una trobada, cada vegada més fugaç, de curta durada i sempre amb la mediació d'alguna tecnologia (proves, ordinador, prescripció). L'estil “assistencial” que descriu Berger, sobre el metge rural John Sasall¹, queda ja com una relíquia si ho comparem amb el protocol actual de visita a l'atenció primària, en la qual el metge presta més atenció als requeriments de l'aplicatiu informàtic que no pas a escoltar el pacient, a qui amb prou feines mira.

El quart tret, correlatiu de l'anterior, és l'augment notable de la burocràcia en els procediments assistencials. La quantitat d'informes, qüestionaris, aplicatius, que un especialista *psi* –i de qualsevol altre àmbit de l'atenció a les persones– ha d'omplir supera ja el temps dedicat a la relació assistencial pròpiament dita. I tot això sense que el benefici d'aquests procediments estigui assegurat, com veurem més endavant. On hi havia el judici, apareix el tutorial.

Aquestes característiques configuren una nova realitat marcada per una pèrdua notable de l'autoritat del professional, derivada de la substitució del seu judici propi (element clau en la seva praxi) en detriment del protocol monitoritzat, una reducció del subjecte atès a un element sense propietats específiques (homogeni), i que respon amb el rebuig ja esmentat (boicot i violència), i una sèrie d'efectes en els professionals diversos i greus: *burn-out*, episodis depressius recurrents, mala praxi. Cal puntualitzar que quan parlem d'autoritat ens remetem al seu origen etimològic (*auctoritas*), que deriva d'*autor*, aquell que és capaç d'invençió, d'enteniment i de resolució de problemes, no el que basa el seu acte en l'exercici del poder (*potestas*).



Aquesta nova realitat és la conseqüència d'un ampli i il·lusori afany reduccionista que tracta la complexitat real que abordem mitjançant raonaments i procediments simplificats

Aquesta nova realitat és la conseqüència d'un ampli i il·lusori afany reduccionista que tracta la complexitat real que abordem mitjançant raonaments i procediments simplificats. Això es tradueix en transformacions profundes a tres nivells: el supòsit epistemològic, que defineix una concepció determinista del saber i del subjecte humà com a home neuronal, el supòsit metodològic, que implica una manera d'interacció entre les disciplines que aspira a esborrar qualsevol diferència, i finalment el supòsit organitzatiu, que respon cada vegada més a operacions de vigilància i control, disfressades de mesures d'optimització de recursos.

El paradigma neuro

Un paradigma funciona i il·lumina el nostre enteniment perquè institueix els conceptes clau (significants amo) i la relació lògica que mantenen entre ells. Aquest fet ordena de manera no sempre visible les concepcions teòriques, i les teories científiques esdevenen deutes d'aquest paradigma. Un paradigma genera, per tant, una pragmàtica de l'acció i no és mai innoeu. Analitzarem a continuació alguns d'aquests significants clau i la seva interrelació per a captar-ne millor les conseqüències.

L'home neuronal

Allò neuro és avui un veritable significant amo de l'època, que s'afegeix a la xarxa, un altre significant clau actual, i junts formen la xarxa neuronal. De fet, comparteixen molts significants com deslocalització, descentralització, flexibilitat, plasticitat o connexió en xarxa, que al seu torn formen part del camp semàntic del capitalisme neoliberal. Allà on Max Weber associava l'ètica protestant al capitalisme incipient, ara l'home neuronal i el neoliberalisme són indistingibles. Com ens recordava la psicoanalista Marie Helene Brousse, "avui tothom busca imposar el significant miraculós que els permetrà controlar maneres de gaudir" (Brousse, 2018). Allò neuro aspira, sens dubte, a ser aquest significant miraculós.

Tota la imatgeria cerebral, cada dia més potent, no pot amagar la impossibilitat d'una relació precisa entre causa i efecte. Impossibilitat que només des de la psicoanàlisi podem situar en relació amb el símptoma, cosa que s'escapa a qualsevol càlcul i resisteix en els aprenentatges, en les relacions personals o col·lectives, no absorbible en l'èxit mite del neurocentrisme.² Assistim, cada dia, a la proliferació d'investigacions sobre la genètica humana, els fonaments biològics dels seus processos mentals, afectius i relacionals. Aquestes investigacions pretenen explicar, a partir de la nostra neuroquímica cerebral o de la nostra fisiologia neuronal, com és possible que algú triï una parella, decideixi les seves inversions en borsa o s'afiliï a

un partit polític. Tot això es basa en la idea de l'home neuronal, un subjecte sense consciència, o en tot cas amb una consciència ja programada i amb un funcionament aliè a la seva voluntat, decidit per misterioses sinapsis (Pérez Álvarez, 2011). Aquestes tesis enalteixen la idea d'un individualisme irresponsable ja que els seus actes estarien prèviament determinats per causes alienes a aquest individualisme (bioquímica cerebral, dotació genètica). En l'origen de tot això suposem que hi ha una causa genètica que, per bé que és indemostrable (autisme, esquizofrènia, etc.), apareix com la garantia final, l'evidència científica de tot el discurs (Tizón, 2009). L'aparició del DSM V el 2014 no va fer sinó confirmar aquesta idea (Frances, 2010).



Aquestes tesis *neuronal*s abracen també l'àmbit de la intervenció social, per bé que amb menys intensitat que en altres àmbits com el de la salut o l'educació. Es parla ja de la *neurona de Wall Street* per a explicar el comportament humà amb el paradigma del liberalisme econòmic, com si actuéssim de manera isomòrfica en el sistema capitalista (Pérez Álvarez, 2011). Es pretén així trobar les bases neurològiques de les pràctiques socials en un moment en què assistim a un declivi evident de les ciències humanes i socials (Llovet, 2011).

Aquesta pseudociència es presenta com un alliberament del *re-ligare* d'allò antic. Recolza en el poder de la ciència, exorcitzadora dels lligams i les contaminacions dels vells procediments que implicaven una "confusió" entre subjecte i objecte. La paradoxa és que aquesta ciència abusiva, o sigui el científicisme, acaba donant forma sòlida a una nova religió pel seu caràcter holístic.

Evidències que no són tan evidents

La segona gran transformació de la nova realitat assistencial fa referència als seus procediments i a la tecnologia en ús. El privilegi atorgat a algunes tècniques, com les ja esmentades de la imatgeria cerebral, se sustenta en l'axioma de les evidències científiques. Avui no hi ha un sol programa assistencial que no posi de manifest aquesta exigència d'*evidències científiques* per a les tècniques de tractament admeses. De fet el sintagma *evidències científiques* s'ha convertit en una mena de contrasenya necessària per al finançament del projecte assistencial però la demostració esdevé, sovint, prescindible. Sembla més una pràctica de consens i d'adhesió (hi hauria el bàndol de les *evidències científiques* i el dels altres) que la verificació d'un requisit veritablement deduït del mètode científic (Ubieto, 2010).

No insistirem en les crítiques a l'abús del concepte d'*evidència científica* (la primera paradoxa la trobem en el terme mateix d'*evidència*, "falsa" traducció del terme anglès *evidence* que caldria traduir més aviat com a prova), però cal preguntar-se pel seu èxit (Ubieto, 2010). Sens dubte és una conjunció de factors que mostren com el (mal) ús que han fet algunes d'aquestes tècniques

del paradigma de la medicina científica moderna, fundada per Claude Bernard (1976), les arrecera de qualsevol crítica de xerrameca o pseudociència, quan efectivament es tracta d'un exercici de poder, revestit de científicisme, en els diversos àmbits: acadèmic, professional i institucional.

Avui veiem com la major part de la psiquiatria, una part de la psicologia i per descomptat una bona part de les neurociències aspiren a definir-se com a ciències de la conducta, excloent del seu objecte el subjecte mateix. Aquesta operació exigeix un xifrat absolut dels procediments, les proves diagnòstiques, els efectes de la terapèutica i els resultats dels programes. Xifrat que podem considerar necessari i adequat en algunes pràctiques mèdiques, en tot el que fa referència a la terapèutica, ja que en constitueixen l'essència mateixa, però resulta fal·laç i ridícul quan es tracta de prendre la mesura exacta d'aquesta part del subjecte que no és, ni pot ser-ho, xifrabla, per bé que tampoc no és inefable (Broggi, 2003). És el que el bioquímic Javier Peteiro (2010) ha anomenat, i ha mostrat amb encert, l'autoritarisme científic, propi d'una societat posthumanista.³

D'altra banda, el mètode que correspon a aquesta nova realitat assistencial configura una interacció entre les disciplines (psiquiatria, psicologia, medicina, ciències socials, educació) de tipus multidisciplinari, on cadascuna suma a l'anterior en termes d'addició, més que no pas d'interacció. No hi ha entre elles diàleg possible, sinó tan sols sumatori de dades o hipòtesis. L'ambició és un multiculturalisme professional, on cadascú fa sense retre comptes a l'altre i ocultant que sempre hi haurà una disciplina de rang superior que acabi ordenant el conjunt. En aquest cas són les neurociències, que són acrítiques, les que hi aporten la causa final.

Massa gestió mata la clínica i allò social

La tercera transformació fa referència als models organitzatius de la pràctica assistencial, actualment dominada per l'anomenada NGP (Nova Gestió Pública o *New Public Management*). Transforma els ciutadans en usuaris-clients i la tasca es mesura en funció de l'eficàcia (excel·lència) entesa com a eficiència i control dels actes professionals, la qual cosa és contradictòria, de vegades, amb criteris de qualitat i ètica. És sabut que la continuïtat dels professionals i l'ajust permanent a les necessitats, claus de la bona relació assistencial, entra de vegades en conflicte amb les exigències (i temps) de productivitat i amb la rigidesa dels protocols.

Alguns dels principis bàsics d'aquesta nova reenginyeria social són la jerarquització dels serveis; l'estandardització de pràctiques i processos (imposició del *one best way* com l'única manera de fer, plasmat en la imposició de guies, protocols i idealització acrítica de les "bones pràctiques"); mètodes importats directament del camp de la salut pública i la idolatria de l'acte,

com a índex sintètic de la mesura de gestió, és la clau. Ara ja no hi ha filosofia de l'acció, sinó d'economia de l'activitat. La tarificació pren l'acte com a referent, pensat com una imatge reduïda, homogènia i instantània dels intercanvis per a comparar-los i controlar-los financerament (Chauvière, 2007).

És una nova manera de fer que implica, sens dubte, un canvi en les relacions entre els professionals i els pacients/usuaris, basades en una concepció dels serveis professionals reduïts a una sèrie seqüencial d'actes tècnics que poden ser gestionats racionalment. És aquí on es justifiquen les disfuncions, i no en la manca de recursos o en les condicions de vida de les poblacions afectades. Aquests "clients" són objecte d'atenció estandarditzada però no són actors col·lectius o individuals del canvi.

Tradicionalment era funció del professional sortir-se'n amb tota la "contaminació" subjectiva, aquesta transferència del vincle que no podia deixar-lo mai indiferent. Avui el famós mètode Lean, que va donar l'èxit a la indústria automobilística japonesa i que després va ser importat a la nord-americana, serveix de base per a la millora de la gestió pública, aspira a crear sistemes de producció flexibles, àgils i que siguin capaços de respondre a la demanda dels clients (Kamata, 1993). Consisteix a eliminar qualsevol malbaratament, totes aquelles activitats que no aporten valor afegit i l'origen de les quals és triple: el malbaratament, la inestabilitat i la variabilitat dels procediments. La paraula, base de la conversa, és considerada un "contaminant" a suprimir perquè constitueix un malbaratament en la tasca assistencial.

No hi ha dubte que aquest nou model organitzatiu ha comportat alguns efectes positius com és l'afavoriment d'algunes xarxes assistencials integrades i l'ús de noves tecnologies, però és clar que en conjunt suposa un increment notable de les estructures de gestió i una accentuació de les formes de control i de la recerca permanent del rendiment, sense que els beneficis siguin evidents.

Confiar en el símptoma

Aquesta nova realitat assistencial, inspirada en les directrius de la NGP no és l'única manera d'abordar el malestar psíquic i social. De fet, conviu amb altres modalitats del vincle transferencial que aspiren a no renunciar a la subjectivitat, com a element específic del subjecte humà, allò que en certa manera ens fa inclassificables a cada un de nosaltres. Subjectivitat entesa com el fet innegable que el subjecte no és avaluable com a tal (una altra cosa és que ho siguin algunes de les seves performances o dels seus signes vitals), atès que el subjecte no compleix un dels requisits clau de l'avaluació: no és evident ni transparent. I no ho és perquè allotja en el seu interior un element d'opacitat que és allò íntim, que apunta a allò més real de cada un de nosaltres i és per això desconegut per al subjecte, mancat de sentit.



Confiar en el símptoma és una bona guia de pràctica clínica per recordar que aquest subjecte no està programat per les seves condicions genètiques

Confiar en el símptoma és una bona guia de pràctica clínica per recordar que aquest subjecte que atenem no està programat ni determinat per les seves condicions genètiques o neurològiques. Que continua sent, amb tot aquest bagatge, un subjecte responsable, capaç de respondre dels seus actes i el nostre interlocutor en el diàleg terapèutic. El seu símptoma ens parla de les significacions travades, reprimides i ocultes, però també de la seva empenta a la satisfacció, d'allò que l'anima sense que això suposi d'entrada un sentit clar. La hiperactivitat que observem en alguns subjectes no té més sentit que ella mateixa com a activitat pulsional, satisfacció del cos que cadascú habita. No és en va que vivim en una societat addictiva, on cadascú persevera en aquesta repetició pulsional sota diferents formes (tòxics, feina, menjar, joc).

Sense renunciar a les aportacions de les neurociències i d'altres disciplines, hem de recordar que el mètode clínic no és reductible ni equivalent al mètode experimental. Aquí, la tècnica principal continua sent la conversa que mantenim amb el subjecte sobre el seu malestar. Una conversa que té les seves pròpies regles (Ubieto, 2009) i que promou una interdisciplinarietat que no es redueix al sumatori de sabers, ja que compromet els professionals en l'abordatge d'aquest símptoma d'una manera cooperativa, sempre que això sigui possible i convenient.

Es tracta de prendre molt seriosament que és sempre el subjecte qui fa la seva primera construcció del cas, i en totes les solucions la seva decisió és fonamental

L'atenció de casos, basada en aquesta conversa regular, implica una comunitat d'experiència que es constitueix com un vincle social entre els serveis d'atenció social, educació i salut, a partir d'un territori comú i d'una realitat de treball compartida (infància en risc, violència de gènere, patologia mental). Els seus avantatges són evidents i van des d'una millor visió del cas (global i singular) fins a l'evasió de certs passatges a l'acte professional, limitats pels espais de supervisió i anàlisi de casos. En aquest model es tracta de prendre molt seriosament que és sempre el subjecte qui fa la seva primera construcció del cas, qui prescriu el símptoma a tractar, en la seva demanda inicial, i qui ens mostra que sempre hi ha una "pluralitat" de solucions més que no pas *la* solució, i en totes les solucions la seva decisió és fonamental (Ubieto, 2011).

Aquest mètode exigeix compromís i per tant implica riscos; el primer és que cal posar-hi el cos, atès que no és possible un vincle terapèutic sense implicació subjectiva (Di Ciaccia, 2001). El psi, a diferència de l'experimentador al seu laboratori, no és un personatge extern ja que pertany de ple a l'experiència. La "contaminació" subjectiva està assegurada perquè el vincle transferencial que estableix amb les persones que atén no és asèptic ni neutral, és un vincle de compromís en el qual posa el seu saber teòric, les seves competències i obligacions legals, però sobretot hi posa la seva implicació personal com a element clau en la gènesi de la confiança i de la seva autoritat professional.

L'establiment d'aquest vincle no és sense dificultats i tampoc no està garantit en tots els casos. L'ús de protocols en l'actuació clínic-social ha de respondre a una justificació més enllà de la purament administrativa. Un protocol pot esdevenir un instrument útil si contribueix a la gènesi d'efectes terapèutics en els pacients/usuaris i/o d'efectes de formació per als clínics i altres professionals que hi intervenen. Sense aquest benefici, el protocol esdevé un fi en si mateix i per tant és estèril en la praxi clínica.

El fracàs de la lògica del *one best way* que s'ofereix, sobretot per part de les agències de salut pública, com *la* solució és cada vegada més evident. Per això ens convé pensar en la promoció de la diversitat, en un mosaic de serveis ajustats a l'heterogeneïtat de situacions i demandes, oposat a l'afany homogeneïtzador del model de l'hospitalcentrisme i de les propostes de tractament únic, fundades en fal·laços arguments pseudocientífics.

Perspectives

La creació de xarxes professionals, flexibles en les seves connexions però fermes en la seva orientació, afavoreix la gènesi d'intercanvis professionals i la coresponsabilitat i participació dels diversos actors. Avui ja tenim experiències en curs, amb avenços importants, que donen bona fe de les possibilitats d'aquesta modalitat de relació assistencial (Ubieto, 2019).

Si pensem en el que vindrà els propers anys, l'opció de liderar un treball en xarxa no ens deixa gaire marge. Perquè l'alternativa seria una proposta de vida algorítmica on la decisió i l'elecció del subjecte (professional o usuari) queden eliminades en benefici del càlcul que l'algoritme fa del que ens convé. Sense ignorar tots els avenços realitzats, que no són pocs, hi ha també alguns aspectes molt millorables.

Si tot el que connectem són: etiquetes diagnòstiques, informes escolars, dades socials i algunes primeres hipòtesis del cas, no som una proposta gaire interessant per abordar les problemàtiques de la infància i l'adolescència, la violència familiar, els problemes de salut mental o la precarietat sociolaboral.

Hi ha un primer estadi de la feina en xarxa que requereix un treball intern entre les pròpies xarxes per consolidar una metodologia i un compromís que permeti fer de la construcció del cas un útil compartit. Aquesta construcció del cas és un element central en la nostra consideració de la feina en xarxa ja que és allà on es posa a prova la nostra capacitat per articular els sabers en joc de manera interdisciplinària, i no només com un sumatori de perspectives. No aspirem, quan ens ajuntem al voltant d'un cas, a saber més sinó a saber alguna cosa nova, alguna cosa que no hi era abans i que només pot ser el resultat d'una elaboració col·lectiva.



A partir d'aquesta primera autorització, cal aconseguir que els responsables institucionals avalin i reforcin aquesta opció professional tot comproment-s'hi ells també. És cert que això no és fàcil, però també ho és que no som al punt zero i que ja hi ha moltes iniciatives, fins i tot legals, que treballen en aquest sentit: circuits, protocols, projectes amb deu anys o més de durada. Per què continua constant tant ampliar aquestes iniciatives o reforçar i millorar les que existeixen? És només un problema institucional, d'acords polítics? Què hi tenim a veure els professionals i la universitat o els centres de formació amb aquest "retard"? Proposaré, a manera de debat, alguns eixos de discussió.

Individual *versus* col·lectiu?

Sembla haver-hi certa contradicció entre els encàrrecs institucionals que promouen accions col·lectives, ja siguin grupals, comunitàries o en xarxa i que, alhora, prioritzen l'atenció individual amb processos burocràtics cada vegada més pesats i exigents. És com si allò individual i allò col·lectiu no trobessin cap tipus d'articulació i fossin registres aïllats, fet que contradiu la idea mateixa que ens fem, i que ja Freud (1997) va assenyalar en el seu assaig *Psicologia de les masses*, que allò individual no és pensable sense el col·lectiu, i el mateix passa a l'inrevés.

Per què, doncs, insisteix aquesta contradicció no resolta i que es repeteix cada vegada que parlem de les dificultats d'anar més enllà de l'atenció individualitzada? Una hipòtesi és que obeeixi a una desconfiança dels polítics en les respostes professionals, considerant-los incapaços d'abordar els problemes reals si no és sota la modalitat de l'un per un i de la demanda-resposta.

També podria ser una desconfiança dels responsables polítics en les seves pròpies polítiques socials i en l'impacte electoral de qualsevol ensopagada, derivat d'accions col·lectives impulsades pels seus propis departaments. Però tampoc no caldria descartar les dificultats dels equips professionals a generar noves maneres d'articular allò individual i allò col·lectiu, sigui per por o per manca de formació.

La xarxa com a ideologia

Juntament amb aquesta paradoxa del doble encàrrec, hi ha també les dificultats que la mateixa administració té a l'hora de fer efectiu el seu ideal de treball en xarxa. Quan s'autoritzen o s'impulsen projectes, poques vegades s'implementen els recursos necessaris, sobretot els que fan referència a la coordinació, que és un element clau per a la sostenibilitat de qualsevol pràctica col·laborativa. Sense aquesta funció específica, les sinergies deixen de convergir per aïllar-se o entrar en conflicte. ¿Es tracta, pel que fa a aquesta

dificultat, de qüestions econòmiques (el plus que suposa la coordinació), rivalitats institucionals (poder) o la mateixa concepció de l'administració com a organització vertical i poc transversal?

El treball en xarxa –i la idea mateixa de xarxa– sembla concebre's com una ideologia que emmascara lògiques de poder revestides d'ideals (col·laborar, compartir, transparència) formulats com a principis, que després difícilment s'adeqüen a les pràctiques reals d'assignació de recursos efectius o d'establiment de prioritats. Per això, un altre repte de la feina en xarxa és trobar *partenaires* més enllà de l'administració, que amplii la xarxa que dona cobertura a aquestes pràctiques i que facilitin un intercanvi de recursos (econòmics, personals, de coneixement).

En una societat tan canviant com la nostra és impensable desvincular la pràctica de la investigació. Hi ha moltes realitats noves per a les quals cal pensar també noves respostes (realitat digital, canvis familiars, precarietat laboral i d'habitatge). Si no ho fem nosaltres, el que ja està passant és que se'ns imposen sense que ens n'adonem, fórmules pensades amb paradigmes assistencials molt diferents. Des de robots i *apps* per a l'assetjament escolar, fins a terapeutes virtuals, sessions de *neurofeedback* o realitat virtual, ampliació de la medicació, generalitzada ja sense límit d'edat. Si no participem en el disseny d'aquesta investigació-acció acabarem tancats en les nostres pròpies muralles i en una posició defensiva de curt recorregut. Institucions científiques (universitats, centres de formació), comunitats professionals (col·legis, associacions) i fundacions de recerca són *partners* necessaris per a la nostra feina i la nostra xarxa assistencial.

La suggestió en el lloc de la formació

Un tercer aspecte té a veure amb la baixa implicació d'alguns professionals en les pràctiques col·laboratives. Aquí sempre hi ha la hipòtesi de la posició personal de cadascú, que fa que alguns es resistixin a compartir el seu treball per temors diversos: exposició de si mateix, acceptació de les crítiques, por de perdre estatus. Però també cal tenir en compte aspectes més col·lectius com les deficiències de formació en unes pràctiques que rarament s'ensenyen a la universitat.

Les institucions i els mateixos professionals ¿tenen en compte avui aquestes deficiències en la programació de la formació permanent o opten per propostes de moda que, més enllà de l'impacte emocional immediat, deixen poca empremta en el saber fer i en l'aplicació a la praxi de cadascú?

Les propostes diverses d'autoajuda i les tècniques de relaxació, per exemple, poden ser útils per a cadascú a nivell personal però poques vegades es connecten a la tasca professional. Creiem, en canvi, que hi ha aspectes



Un altre repte de la feina en xarxa és trobar *partenaires* més enllà de l'administració, que amplii la xarxa que dona cobertura a aquestes pràctiques i que facilitin un intercanvi de recursos

bàsics com el maneig d'entrevistes, especialment en situacions complicades (violència, salut mental, adolescents), la direcció de grups o el lideratge de xarxes que compten poc en les activitats formatives que es proposen.

Aquesta orientació sembla que fa prevaler la suggestió, la recerca d'un fals "sentir-se bé" en detriment d'un treball d'elaboració dels interrogants que constitueixen tota praxi que afronta allò real del malestar quotidià.

Comunitats de discurs

Tradicionalment s'ha contemplat la comunitat com un concepte genèric que definia un ens abstracte que acabava reduït a alguns agents que operaven en el territori (agències públiques o concertades, associacions veïnals), el caràcter representatiu dels quals era discutible. La comunitat és, sens dubte, el territori però també els discursos que hi operen. La idea que ens fem de la infància i de les seves dificultats –ja sigui a partir de models biologicistes que ignoren les claus socials o a partir de visions deterministes socials que menystenen aspectes familiars o personals– "fabrica" comunitat de discurs i incideix molt directament en les nostres respostes a les dificultats d'aquesta infància i adolescència (abús de medicació, etiquetatge segregatiu).

Per això, un aspecte més innovador, i poc contemplat perquè suposa haver assegurat primer l'anterior, és la inserció en la comunitat d'aquest treball en xarxa professional. Avui ja no és pensable abordar problemàtiques d'infància i adolescència: conflictes paterno-filials per l'ús dels mòbils, fenòmens d'assetjament escolar, comportaments incívics, patologització d'aspectes quotidians (TDAH, TC), noves identitats sexuals, exercici de la maternitat i la paternitat, sense tenir en compte altres agents, a més dels serveis assistencials. Des de les biblioteques fins als casals infantils, passant per les AMPA, els centres oberts o les fundacions privades, són tots ells llocs on es crea opinió i es treballa quotidianament amb infants i adolescents.

La nostra experiència i el nostre saber són un capital social que hem de compartir amb ells i obtenir-ne beneficis mutus, sense que això ens faci confondre l'especificitat de cada pràctica. Treballar directament amb ells té un impacte directe en la població a què atenem. Això inclou també els mitjans de comunicació. Tenim prou en compte la nostra capacitat de crear discurs sobre les problemàtiques que abordem?

En primera persona

Foucault (2007) va plantejar la biopolítica el 1980 com la filosofia principal en la salut mental: redueix la persona que pateix una malaltia mental a un organisme alterat. Elideix el subjecte, el converteix en objecte passiu de cures i atencions i fa tot el possible per desconèixer la veritat del seu patiment.

La nostra experiència i el nostre saber són un capital social que hem de compartir amb ells i obtenir-ne beneficis mutus, sense que això ens faci confondre l'especificitat de cada pràctica

El pacient de la biopolítica és un organisme cominat a funcionar o a ser nominat i controlat. Amb el pas de segle, la biopolítica es troba amb un nou moviment social i científic de resposta. Es tracta de *la salut mental* comunitària en la qual la insatisfacció dels pacients, dels seus familiars i de les associacions sociosanitàries es fa present. La mateixa OMS reconeix que el 75% dels factors positius que intervenen en la cura i el benestar dels malalts mentals són no sanitaris. La vida activa en la comunitat, l'ocupació i l'habitatge dignes són les esferes principals d'aquest nou moviment sociosanitari.

Aquests moviments en primera persona són possibles si els ciutadans amb trastorns mentals temporals o de llarga durada es converteixen en protagonistes de la seva vida i defensors, més enllà de les necessitats, de les seves conveniències com a ciutadans. Organitzacions com VEUS⁵ a Catalunya i altres similars a l'Estat espanyol⁶ agrupen les persones amb experiència pròpia en la malaltia mental. Són el seu altaveu en les polítiques públiques. Promouen xarxes de protagonistes, coprotagonistes i agents sociosanitaris que donen veu a una nova salut mental on la comunitat reconeix i acompanya les conveniències dels ciutadans amb fragilitat mental i personal. Defensen els drets cívics d'aquestes persones. Lluiten contra una visió de la bogeria que permet els tractaments involuntaris, les contencions mecàniques, la violència institucional, la segregació i l'estigmatització.

No hi ha xarxa sense xarxes

Finalment, en un món digitalitzat ja no és pensable el treball en xarxa desconnectat de les xarxes socials. Hem de trobar la bona forma d'articular aquestes dues idees de xarxa, de tal manera que l'efecte sigui beneficiós per al nostre objectiu d'atenció i acompanyament de les realitats socials més vulnerables.

Avui l'*altre social*, entès com un interlocutor possible de les persones més enllà del seu entorn familiar i cap al qual dirigir, preguntar i demanar respostes, on recolzar-se per afrontar les múltiples solituds, es diu xarxa: xarxa social o xarxa professional. Entendre aquesta nova realitat digital és un desafiament i una necessitat que no podem defugir. Les estratègies vinculars (WhatsApp, correu, xats), les comunicatives (webs, blocs, *newsletter*, grups de discussió, xarxes socials) o les d'intercanvi (informació, dades, recerca de feina) passen avui ja per l'àmbit digital. Com deia el filòsof Heidegger (1994) quan feia referència a la tècnica, cal fer-ho amb serenitat: no renunciar a les novetats tècniques però tampoc a cap dels nostres principis (participació, corresponsabilitat, privacitat).



Som en allò que connectem vol dir que la nostra aportació al benestar de les persones depèn també de la capacitat que tinguem per implicar els altres

Som en allò que connectem vol dir que el nostre ésser professional, la nostra aportació al benestar de les persones que atensem, depèn no només de nosaltres mateixos sinó també de la capacitat que tinguem per implicar els altres: les famílies i els subjectes primer, però també altres agents de la comunitat (associacions, entitats). Implicar-los en la definició del problema, en la valoració i sobretot en les vies d'abordatge

José Ramón Ubieta Pardo
Psicoanalista
Professor de la Universitat Oberta de Catalunya
jubieto@uoc.edu

Bibliografia

- Bernard, C.** (1976). *Introducción al estudio de la Medicina Experimental*. Barcelona: Fontanella.
- Broggi Trias, M.** (2003). Gestión de los valores “ocultos” en la relación clínica. *Medicina clínica*, vol. 121 (18), p. 705-709.
- Brousse, M. H.** (2018). Le triomphe des objets. *Lacan Quotidien*, 806. Recuperat de: <https://www.lacanquotidien.fr/blog/2018/12/lacan-quotidien-806/>
- Chauviere, M.** (2007). *Trop de gestion tue le social*. Paris: La Decouverte.
- De La Boétie, E.** (2008). *Discurso de la servidumbre voluntaria*. Madrid: Trotta.
- Di Ciaccia, A.** (2001). Una práctica al revés. En Guerrini, A. et al. *Desarrollos actuales en la investigación del autismo y psicosis infantil en el área mediterránea*, p. 73-92. Madrid: Ministerio Affari Esteri -Ambasciata d'Italia.
- Foucault, M.** (2007). *El nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-79)*. Buenos Aires: FCE.
- Frances, A.** (2010). Abriendo la caja de Pandora. Las 19 peores sugerencias del DSM5. *Psychiatric Times*, 11, Febrer. Recuperat de: <https://www.seppna.com/documentos/criticas-dsm-v.pdf>.
- Freud, S.** (1997). Psicología de las masas y análisis del yo [1921]. *Obras completas*, vol. VII, p. 2563-2610. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gabbard, G.; Kay, J.** (2002). Destino del tratamiento integrado: ¿qué fue del psiquiatra biopsicosocial? *The American Journal of Psychiatry* (ed. espanyola), vol. 5 (3), p. 129-136.
- Heidegger, M.** (1994). *Serenidad*. Barcelona: Ediciones del Serbal.
- Kamata, S.** (1993). *L'altra cara de la productivitat japonesa: Nissan, Toyota*. Barcelona: Columna.
- Lacan, J.** (1988). Conferencia de Ginebra. En Lacan, J. *Intervenciones y textos 2*, p. 125-126. BBAA: Manantial.
- Llovet, J.** (2011). *Adiós a la Universidad. El eclipse de las humanidades*. Barcelona: Galàxia Gutenberg. Círculo de Lectores.

- Miller, J. A.** (2004). *La experiencia de lo real en la cura analítica*. BBAA: Paidós.
- Pérez Álvarez, M.** (2011). El magnetismo de las neuroimágenes: moda, mito e ideología del cerebro. *Papeles del Psicólogo*, vol. 32 (2), p. 98-112.
- Peteiro, J.** (2010). *El autoritarismo científico*. Málaga: Miguel Gómez.
- Serra, C.** (2010). La violencia en el trabajo en el sector sanitario. Servicio de Salud Laboral. *Ponencia Primeras Jornadas de Psicología Laboral OSALAN. Barakaldo, 28 i 29 d'octubre del 2010*. Recuperat de: <http://www.osalan.euskadi.net/s94-osalan/es/>
- Soares, A.** (2010). *La qualité de vie au travail – La santé malade de la gestion*. Montreal : UQUAM.
- Tizón, J.** (2009). Asistencia basada en pruebas y psicoterapia: ¿es evidente la evidencia? *Quaderns de Salut Mental*, 6, p. 8-40.
- Ubieta, J. R.** (2009). *El trabajo en red. Usos posibles en educación, salud mental y servicios sociales*. Barcelona: Gedisa.
- Ubieta, J. R.** (2010). ¿Vamos hacia un modelo de “tratamiento único” del malestar psíquico? *Revista del COPC*, 226, p. 9-13.
- Ubieta, J. R.** (2011). *La construcción del caso en el trabajo en red*. Barcelona: EDIUOC.
- Ubieta, J. R.** (ed.) (2019). *Del Padre al iPad. Familias y redes en la era digital*. Barcelona: Ned.



- 1 Dietari de viatge del periodista, acompanyant un metge rural a l'Anglaterra de la postguerra: *Un hombre afortunado*, editat per Alfaguara (2009).
- 2 Mite que caldria atribuir només a una part de les neurociències, a la qual, sota el títol de neurociència cognitiva, disciplina dominant en la psicologia contemporània, aspira a identificar els mecanismes biològics de la cognició, especificant les funcions psicològiques en termes neuronals.
- 3 Avui tot apunta que les tendències actuals de la ciència condueixen més aviat a conceptes “tous”: la incertesa i la indecidibilitat a partir de les aportacions d'Heisenberg sobre les relacions d'incertesa, on s'afirma que la precisió amb què es pot mesurar simultàniament la posició i la velocitat d'un element material és necessàriament inferior a un cert llindar. O del mateix Gödel, que planteja que tota teoria, per molt rica que en sigui l'axiomàtica, condueix necessàriament a proposicions “indecidibles”: no és possible demostrar ni que siguin veritables ni que siguin falses. El mateix passa en les recerques serioses sobre genètica o neurociències.
- 4 Fins avui sembla que hi ha poc acord sobre la naturalesa d'aquestes millors pràctiques ja que per a uns es tracta d'estàndards a transportar, un cop formalitzats, i per a d'altres d'experiències que només són verificables en la seva posada en obra i per tant no generalitzables, només mètodes d'observació i reflexió.
- 5 Recuperat de: <https://veus.cat/es/quienes-somos/>.
- 6 SAPAME (salud para la mente) a Granada o DIVERSAMENTE, que agrupa iniciatives a l'Estat espanyol: “La salud mental en primera persona. Los comités de personas expertas”. Recuperat de: <https://diversamente.es/salud-mental-primera-persona-comites-personas-expertas/>

Resum

Actualment es considera el trastorn per ús de substàncies (TUS) com una tipologia de trastorn mental, això no obstant, al llarg de l'article es reflecteixen els conceptes de salut mental i de drogodependències separats, atès que s'atenen des de circuits diferenciats com el CAS (Centre d'Atenció i Seguiment) i el CSMA (Centre de Salut Mental d'Adults). El concepte de patologia dual es té cada vegada més en compte en recursos tant d'atenció a drogodependències com de salut mental. Com es destaca a l'article, hi ha una tendència a unificar aquestes dues xarxes creant una atenció més específica i individualitzada. Cal subratllar que tant l'accessibilitat cada vegada més gran a les substàncies tòxiques com un augment de la manipulació d'aquestes substàncies, amb la qual s'aconsegueixen més efectes amb menys quantitat, incideixen en l'aparició i/o augment de malalties mentals. Així, l'atenció tant hospitalària com en entitats socials canvia a marxes forçades i dona pas a la creació de recursos especialitzats i a la necessitat d'una formació continuada per part dels professionals. Aquest article posa de manifest la prevalença en diagnòstics de patologia dual i descriu les vivències i situacions que experimenten les persones diagnosticades, rescatant experiències professionals i recursos de diferents àmbits destinats a aconseguir estabilitat i tenir cura de la dignitat de les persones implicades.

Paraules clau

Salut mental, drogodependències, intervenció integral, autoconeixement, rehabilitació.

Patología dual. Definición, historia y recursos

Hoy en día se considera el trastorno por uso de sustancias (TUS) como una tipología de trastorno mental, sin embargo, a lo largo del artículo se reflejan los conceptos de salud mental y de drogodependencias separados, ya que se atienden desde circuitos diferenciados como el CAS (Centro de Atención y Seguimiento) y el CSMA (Centro de Salud Mental de Adultos). El concepto de patologia dual se tiene cada vez más en cuenta en recursos tanto de atención a drogodependencias como de salud mental. Como se destaca en el artículo, existe una tendencia a unificar estas dos redes creando una atención más específica e individualizada. Cabe subrayar que tanto la accesibilidad cada vez mayor a las sustancias tóxicas como una mayor manipulación de las mismas, con la que se consiguen más efectos con menos cantidad, inciden en la aparición y/o aumento de enfermedades mentales. Así, la atención tanto hospitalaria como en entidades sociales cambia a marchas forzadas dando paso a la creación de recursos especializados y a la necesidad de una formación continuada por parte de los profesionales. Este artículo pone de manifiesto la prevalencia en diagnósticos de patologia dual y describe las vivencias y situaciones que experimentan las personas diagnosticadas, rescatando experiencias profesionales y recursos de diferentes ámbitos destinados a lograr estabilidad y cuidar la dignidad de las personas implicadas.

Palabras clave

Salud mental, drogodependencias, intervención integral, autoconocimiento, rehabilitación.

Dual pathology. Definition, history and resources

Nowadays, substance use disorder (SUD) is considered a type of mental disorder. Nevertheless, this article discusses the concepts of mental health and drug addiction separately, as care for them is provided in Catalonia by different systems: CAS (Care and Monitoring Centres); and CSMA (Adult Mental Health Centres), respectively. The concept of dual pathology is taken more and more into consideration in resources both for drug addiction and mental health services. As noted in the article, there is a tendency to unify these two networks in order to provide more specific and individualised care. The article notes that both ever-greater accessibility to toxic substances and the increasing manipulation of them, with the result that users obtain more effect from less quantity, has an effect on the appearance and/or increase of mental illness. Consequently, the care provided by both hospitals and associations is changing at a rapid pace, with the creation of specialised resources and the need for continuous worker training. This article highlights the prevalence of dual pathology in diagnoses and describes the experiences and situations of people diagnosed with it, as well as describing professional experiences and resources from different areas, all aimed at achieving stability and safeguarding the dignity of the people involved.

Keywords

Mental health, drug addiction, integrated intervention, self-awareness, rehabilitation.

Com citar aquest article:

González Méndez, Gemma (2020).
Patologia dual. Definició, història i recursos.
Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 75, 77-92.

▲ Breu ressenya històrica

L'atenció a la salut mental va experimentar un punt d'inflexió quan es va produir un canvi de visió vers les persones que patien un trastorn mental. Un canvi que va passar de la institucionalització, la marginació i la posterior privació de drets a una visió inclusiva, humana i que respectava els drets de les persones afectades d'un trastorn mental.

Amb la Llei de 1904 es protegia la societat de les persones diagnosticades amb algun tipus de trastorn mental. S'encomanava a un metge que certifiqués el diagnòstic mental, i la justícia local s'encarregava de privar la persona de tots els seus drets (Torreblanca, Amorós i Crende, 2004).

El canvi es va produir el 1971, any en què Franco Basaglia (Ruiza, Fernández i Tamaro, 2004), metge italià, assumeix la direcció d'un hospital de psiquiatria a Trieste, Itàlia, i proposa canvis per als interns, fet que va donar pas a una reforma psiquiàtrica que es concreta en la Llei 180/1978, de 13 de maig de 1978, a Itàlia (Muniz Pérez, 2017; Correa, Evia-Mónica, Jiménez-Alicia, Piazza-Natalia i Rodríguez-Tamara, 2015).

A Itàlia aquests esdeveniments van donar lloc a la definició de funcions i serveis entre administracions i departaments de salut mental, retornant els drets a les persones internades (Ruiza, Fernández i Tamaro, 2004).

Aquests canvis tingueren repercussions, algunes de les quals es van veure reflectides en el canvi de perspectiva i en l'atenció prestada a les persones diagnosticades de malaltia mental. Es va deixar d'internar persones que no donaven el seu consentiment, es van suprimir les teràpies invasives i els sistemes de contenció física i es van crear espais mixtos durant l'internament, entre altres mesures aleshores prou revolucionàries

En aquest període, el Dr. Basaglia proposa com un probable factor de risc per patir un trastorn mental el conflicte social que pugui patir una persona. Aquesta proposta condueix a hipòtesis segons les quals el consum o abús de substàncies tòxiques, majoritàriament produït en contextos socials desadaptatius, pot tenir el seu origen justament en aquests contextos socials –sumat a altres factors de risc– i pot estar estretament relacionat amb el debut d'altres patologies mentals comòrbides en produir-se un deteriorament social significatiu durant el consum prolongat de substàncies tòxiques (García, 1978).

Malgrat que la població pugui tenir, en general, la percepció que el consum puntual o experimental de substàncies no genera un trastorn per ús de substàncies (TUS) o altres diagnòstics mentals, com abans s'inicia el consum, més probabilitat hi ha d'augmentar-ne la quantitat i la varietat, fet que pot instaurar patrons de dependència i en alguns casos pot desencadenar els trastorns esmentats (Vicario i Romero, 2005).

El consum d'una substància per aconseguir un objectiu pot arribar a generar mecanismes interns de dependència, tot i que la persona consumidora consideri que aquest consum és experimental, no tingui consciència d'addicció i no tingui diagnosticat un trastorn mental.

Les drogues en general són substàncies capaces de modificar respostes físiques i químiques dins l'organisme mitjançant una acció directa en el sistema nerviós central que altera les diferents estructures fisiològiques normals (Domenech, Mann, Strike, Brands i Khenti, 2012, p. 146, cit. en Morera *et al.* 2015).

Pel que fa a les drogodependències, a finals dels anys seixanta ja s'havia detectat un increment notable del consum d'alcohol en la societat espanyola. És a partir del 1975 que s'observa una expansió massiva en el consum de drogues il·legals, entre les quals destacava l'heroïna, especialment a principis de la dècada dels vuitanta. Deu anys més tard, el 1986 s'aprova el Pla Nacional sobre Drogues al país davant la gran demanda de necessitat assistencial i de la creació de recursos especialitzats en la matèria, coincidint amb un procés de canvi cap a la democràcia. Cal destacar en aquesta època les comunitats de Catalunya i el País Basc, ja que van ser les primeres regions a iniciar una assistència integral entre diversos professionals i a connectar diferents xarxes i recursos (Martín, 2007). L'atenció es presta, entre d'altres, en les anomenades granges (Proyecto Hombre, 1984; Reto, 1985; Nueva Frontera, 1993), on es tractaven les persones amb addiccions lluny dels entorns urbans i del sistema familiar i social que coneixien. Alguns d'aquests centres tenien un caràcter i una vinculació religiosos i s'establien i es diferenciaven per tipologia d'addiccions i de professionals, per problemàtica social i/o per causes personals; per exemple, la Fundació Salut i Comunitat tractava específicament l'addicció a l'alcohol i a la cocaïna.¹ La comorbiditat entre un trastorn per ús de substàncies i altres trastorns mentals continua la seva evolució i encara no s'hi albira un final.

Algunes persones que pateixen un trastorn mental fan servir les drogues legals per suportar alguns símptomes produïts pel trastorn i viceversa, algunes persones amb addiccions acaben desenvolupant patologies mentals que les converteixen en usuàries de recursos específics com els que tracta aquest article. La relació de causa i efecte entre addiccions i altres trastorns mentals pot ser vista, en alguns casos, com una espiral que no s'atura mai.

Sol passar que la persona té períodes més estables, motiu pel qual pot tenir una sensació de control de la seva vida i, en altres períodes, a causa de l'evolució de la malaltia, de l'augment de consum, d'un canvi en l'ús de les substàncies o per causes sistèmiques o de l'entorn, la persona pot caure en picat. Aleshores cal valorar si preval l'addicció o el trastorn mental i s'ha de decidir si se la interna o si es fa ús dels recursos d'una xarxa o d'una altra.



El consum d'una substància per aconseguir un objectiu pot arribar a generar mecanismes interns de dependència, tot i que la persona consumidora consideri que aquest consum és experimental

Cal valorar si preval l'addicció o el trastorn mental i s'ha de decidir si se la interna o si es fa ús dels recursos d'una xarxa o d'una altra

Què entenem per patologia dual?

Parlem de patologia dual quan una persona pateix dues patologies alhora. Així doncs, tenen patologia dual les persones que pateixen un trastorn per ús de substàncies (TUS) o addiccions comportamentals i un altre tipus de patologia mental al mateix temps. Les addiccions no només fan referència a les drogodependències, legals o no, sinó també a addiccions de tipus comportamental com la ludopatia, la vigorèxia, l'addicció a Internet, etc. (Szerman i Martínez-Raga, 2015).

Quant als trastorns mentals, podem parlar, d'una banda, de persones que no patien cap trastorn o no havien estat diagnosticades i, com a conseqüència del consum de drogues, l'han desenvolupat; i, d'altra banda, de persones que ja havien estat diagnosticades d'alguna malaltia mental i, quan desenvolupen una addicció, sigui perquè patien aquest trastorn o no, han necessitat un nou diagnòstic en salut mental atès que han desenvolupat un altre trastorn diferent al que tenien o han potenciat el que ja patien prèviament.

Es tracta de pacients complexos atesa la dificultat del tractament, tant pels trets de personalitat que els caracteritza com pels diferents escenaris que ambdues patologies poden presentar.

A continuació citarem algunes de les realitats amb què ens podem trobar en la pràctica professional.

- La persona pot ser més vulnerable a patir un trastorn mental, fet que pot desencadenar que comenci a consumir drogues. Pot assumir i/o reconèixer-se com a beneficiari d'atenció en salut mental però no de tractaments en drogodependències pel fet de no identificar-se com a drogodependent.
- La persona pot desenvolupar una addicció i, a causa del consum de substàncies, pot produir-se una patologia mental, però pot ser que no ho assumeixi ni que s'hi identifiqui i que mantingui un consum desenfrenat.
- La manca d'informació o formació i una possible incomprensió de l'entorn familiar pot agreujar les dues patologies.
- Sovint la família o els referents claudiquen o continuen acompanyant, esgotats pel procés de la persona, observant en massa casos una autodestruïció del seu ésser estimat.
- La dificultat de relació amb la persona com a conseqüència de la seva conducta en l'entorn familiar pot desencadenar processos judicials d'incapacitació. Aleshores passa a ser una entitat o un fundació tutelar la que assumeix la responsabilitat de tenir-ne cura.
- El fracàs, l'abandó, el cessament o baixa d'un recurs de drogodependències sovint es pot produir com a conseqüència mateix de la malaltia mental. Passa el mateix en recursos de salut mental quan la persona té una recaiguda o no demostra una abstinència consolidada.

- Sovint el nivell d'autonomia i autoconeixement per al qual es treballa en recursos de reinserció de drogodependències és difícil de mantenir al llarg del tractament o impossible d'assolir.
- La persona es cansa d'entrar i sortir d'unitats hospitalàries de psiquiatria i/o de recursos socials d'atenció a les dues xarxes sense acabar de trobar quin és el seu lloc.

De vegades el recorregut s'allarga i no s'albira un final des del moment en què la persona comença a consumir, primer amb un consum experimental o ocasional usant certes substàncies, passant a realitzar consums habituals i compulsius, creant així una dependència, fins que desenvolupa algun tipus de trastorn mental, més lleu o sever.

Sobre trets de personalitat, Marquez-Arrico i Adan (2013) citen les característiques següents: més recerca de sensacions, impulsivitat i craving sever, evitació del dany i neuroticisme i menys persistència, influint a mantenir una abstinència prolongada i a obtenir èxit en tractaments establerts, autodirrecció, autotranscendència i cooperació, donant lloc a conductes més desadaptatives que a categories úniques de persones diagnosticades només de trastorn mental o de trastorn per ús de substàncies.

Cal afegir-hi, amb tot, una manca de consciència d'addicció i/o de malaltia mental i una dificultat en el maneig de la seva malaltia mental amb un descoconeixement sobre com anticipar-se a les crisis que puguin patir.

En quin punt som actualment?

L'evolució, tant de la xarxa d'atenció sanitària i recursos socials per a persones diagnosticades amb alguna malaltia en salut mental com la xarxa de drogodependències i la mobilització de persones i familiars afectats dona el seu fruit i assenta moltes de les bases que encara existeixen avui dia. Però bé que encara hi ha una part de totes dues xarxes que encara està separada, cada vegada són més els recursos que s'adapten i canvien, ampliant una visió integradora i obrint-se a persones diagnosticades en patologia dual. I malgrat que cada recurs dels que enumerarem pertany a la seva xarxa i al seu àmbit, en tots els centres podem trobar persones que han tingut o tenen recorregut en un àmbit i en l'altre.

A Catalunya disposem de diversos recursos especialitzats en salut mental?: unitats hospitalàries d'aguts, unitats de subaguts, unitats d'alta dependència, residències, pisos tutelats, unitats de psicogeriatría, hospitals de dia, serveis de rehabilitació comunitària, centres de dia, clubs socials, reinserció socio-laboral específica, entitats dedicades a l'esport integrat, grups d'autoajuda i activitats socials on les persones s'interrelacionen, comparteixen i posen de manifest els seus drets. Hi ha associacions de familiars de diferents trastorns



Cada vegada són més els recursos que s'adapten i canvien, ampliant una visió integradora i obrint-se a persones diagnosticades en patologia dual

per donar-se suport, rebre formació, fer reivindicacions al sistema perquè els recursos siguin cada vegada més específics i perquè la veu de les persones que tenen a càrrec sigui escoltada.

Cada vegada es dona més visibilitat a la comunitat, participant en programes de televisió i ràdio, en esdeveniments socials, festes de barri o en districtes de les ciutats. Es fan tallers de prevenció i de presentació de malalties mentals en instituts d'educació secundària i batxillerat i cal destacar que cada vegada són més visibles les empreses que incrementen la reinserció social contractant o creant llocs de treball específics per a persones amb alguna discapacitat. La xarxa de professionals creix i s'estableix en reunions de circuit on, de manera continuada, es reuneixen professionals de les diferents fases per les quals pot passar la persona afectada, sigui ingressada de manera hospitalària i assistencial, ambulatoria, lúdica i/o social.

Pel que fa als recursos en drogodependències³, les entitats socials guanyen protagonisme. Les antigues granges passen a anomenar-se comunitats terapèutiques i es crea la Federació Catalana de Drogodependències (FCD), nascuda el 1985 per professionalitzar aquests centres i donar veu als familiars d'usuaris i consumidors de drogues, així com per visibilitzar la problemàtica a nivell polític i social. Actualment està formada per unes vint-i-cinc entitats que duen a terme prevenció, atenció, tractament i inserció social. Es tracta d'entitats que assegurin una atenció especialitzada, debatuda i desenvolupada a consciència tot aplicant criteris d'ètica professional. Per tal de donar a conèixer el treball que s'ha dut a terme, aquestes entitats organitzen jornades en què també visibilitzen les necessitats en què encara cal continuar treballant. A nivell hospitalari es consoliden els centres d'atenció i seguiment a persones drogodependents (CAS), els programes de reducció de danys, les unitats mòbils i les sales de venopunció i consum. Hi ha també les unitats de desintoxicació i els programes pilot, com ara la unitat de crisi, l'hospital de dia d'addiccions i centres de dia, les entitats dedicades a l'esport especialitzat, els pisos de reinserció, els programes de suport a la vida autònoma, els clubs socials i l'atenció en reinserció. En tots s'hi intervé tant en prevenció a nivell comunitari, assistint a diferents escoles i instituts, com en reducció de danys, en tractament del consum de drogues i d'addiccions comportamentals tant a nivell individual com familiar. S'estén tot professionalitzant-se en sectors de població que poden ser considerats fràgils o d'alt risc, com discapacitats intel·lectuals, menors o persones consumidores amb menors a càrrec, dones i violència de gènere associada al consum de drogues, etc.

La intervenció amb pacients diagnosticats de patologia dual pot requerir més recursos dels previstos inicialment i pot acabar amb l'abandó voluntari o el cessament del tractament, cosa que comporta en alguns casos la pèrdua del sentit i de la confiança de la persona i pot generar impotència pel fet de no saber què fer o com actuar. D'una banda, això fa palès la importància de l'enfocament d'un tractament tant per a la persona diagnosticada com per al sistema i els referents que l'envolten, de manera que la perso-

na es vegi immersa en el tractament fixant objectius comuns en el seu pla d'intervenció. D'altra banda, ens convida a reflexionar sobre la flexibilitat o la temporalitat de les estades en recursos tant socials com sanitaris per poder abordar les dificultats que es puguin produir.

I és que, com bé s'ha dit anteriorment, tant en salut mental com en drogodependències existeixen dues problemàtiques. Si veiem el perfil d'algun hospital de dia de psiquiatria, hi trobem persones que consumeixen en l'actualitat o han consumit, i això és un objectiu a tractar en el pla de tractament individual dins de la seva patologia. Els centres de drogodependències constaten cada cop més com a centres especialitzats en aquestes dues patologies. Així mateix, als hospitals es creen unitats de patologia dual específica o llits amb aquesta finalitat per tractar-hi diagnòstics duals. Segons dades aportades al *Libro blanco sobre los recursos para pacientes con patologia dual en España* (2015, p. 8):

S'estima que un 27% de la població adulta, d'entre 18 i 65 anys, ha experimentat com a mínim un trastorn mental durant l'any passat, incloent-hi trastorns relacionats amb el consum de substàncies, les addiccions, psicosi, depressió, ansietat i trastorns alimentaris (OMS www.euro.who.int).



Unitats de patologia dual (UPD) i creació del centre de salut mental i addiccions (CSMIA)

Tal com s'ha esmentat anteriorment i tenint en compte la necessitat i demanda creixent d'atenció per a persones amb patologia dual, el 2001 es crea, a l'Hospital Sagrat Cor de Martorell, una primera unitat de patologia dual integrada en unitats de psiquiatria amb finançament públic, destinada a atendre casos de trastorns mentals comòrbids amb els derivats d'altres substàncies com l'alcohol. El 2002 a la mateixa entitat, es presenta una nova unitat de patologia dual i alcoholisme de Benito Menni (complex assistencial en salut mental, Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús) a Sant Boi de Llobregat (San Molina, Solé Puig, 2003).

Avui dia podem trobar unitats hospitalàries d'aquest tipus a Reus (Clínica Psiquiàtrica Universitària, Institut Pere Mata), a Girona (Institut d'Assistència Sanitària) i a Barcelona, dues unitats, al Centre Dr. Emili Mira i al Centre Fòrum (Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions del Parc de Salut Mar).

Els fets esmentats orienten i desenvolupen una atenció integral de les dues patologies a nivell hospitalari. Sorgeix també la unió entre els dos serveis que donen suport de manera ambulatoria a pacients de centres de salut mental per a adults (CSMA) i de centres d'atenció i seguiment a drogodependents (CAS). Així es va crear el 2012 el centre de salut mental i addiccions (CSMIA) que pertany a l'Hospital Mare de Déu de la Mercè, situat al districte de

Gràcia (Barcelona), on se segueix de manera ambulatoria pacients de salut mental, de drogodependències o de patologia dual. La demanda creixent de llocs per a pacients de patologia dual, segons cita la Dra. Guasch, doctora i coordinadora del dispositiu, provoca que el 2017 s'ampliï a un segon CS-MIA⁴ al mateix districte de la ciutat (Metròpoli Abierta, 2020). Amb aquest nou concepte de recurs, l'atenció passa a ser integrada i complementària, evitant una duplictat de recursos i de professionals i buits assistencials, que es podien donar quan aquests casos estaven en terra de ningú.

El 19 d'abril del 2018 en Acta Sanitària (Irun, 2018) se cita Espanya com a país pioner i referent mundial en l'atenció a patologia dual després de la celebració de les XX Jornadas Nacionales de la Sociedad Española de Patología Dual (SEDP), fent referència a l'increment de persones diagnosticades i a l'augmentant l'estudi de casos. Aquest tipus de diagnòstic "es dona en un 70% dels pacients que acudeixen als serveis de salut mental i és un repte que els clínics han d'assumir, ja que genera necessitats diagnòstiques i de tractament" (Roncero, 2018).

Aquest tipus d'intervenció dual fa que les dues xarxes es plantegin de manera conjunta –malgrat que avui dia encara sigui una assignatura pendent de la configuració de l'estructura del sistema sanitari–, realitzant una atenció global de la persona diagnosticada i aportant una visió integradora. Així mateix, augmenta la visibilitat d'addiccions comportamentals, ja que també s'integren dins d'aquest diagnòstic dual.

Intervenció de la persona amb patologia dual

El perfil de diagnosticats de patologia dual abasta totes les edats, des d'adolescents i joves fins a persones que porten un recorregut força ampli en la xarxa de salut mental o en la de drogodependències.

En primer lloc, per protocols establerts per a una primera entrevista d'exploració (López, 2010, p. 67) podem començar recollint dades biogràfiques relatives a la família, referents, rols, aliances, situacions de crisi que s'hagin pogut experimentar, malalties sofertes, etc.; dades relatives al consum i a la seva salut mental, com ara identificar patrons repetitius o diversos patrons i vies de consum, desenvolupament i canvis en el tipus de consum al llarg de diferents etapes de vida, tipus de substàncies, rituals emprats, consum acompanyat o en solitari, per a què utilitza les substàncies o quan es desencadenen addiccions comportamentals, fets vitals desencadenants tant en consum com en trastorn mental, primers diagnòstics en salut mental, nombre d'ingressos en unitats hospitalàries de les dues xarxes, així com de centres de rehabilitació i reinserció social, etc.; dades formatives i professionals, com ara fites assolides, rendiment acadèmic i formació i vida laboral, esdeveniments importants en aquest sentit, vivències en empreses i escoles,

etc. En aquesta entrevista d'exploració, ens podem trobar amb persones que se senten còmodes explicant la seva situació i història de vida o amb persones a les quals els cansa i els esgota escampar la seva biografia de consulta en consulta, segons diversos relats de persones ateses que, tot i que no poden ser considerades com a grup d'estudi significatiu, considerem que són il·lustratius. Això ens porta a reflexionar sobre com trobar els mecanismes per demanar la informació requerida pel servei al qual es pertany i des del qual s'intervé i com vincular de manera constructiva i positiva la persona (Bermejo, 2012, p. 21).

És el moment de veure en quina etapa es troba la persona, atès que els professionals de vegades podem tendir a anticipar-nos sobre el que necessita o sobre el que li aniria bé, però pot ser que no estigui per la feina, que no se sàpiga veure en un tipus de recurs o en un altre, que senti que no està preparada, que ens comuniqui que no està disposada a renunciar al tipus de vida que du o que no vegi la gravetat de l'assumpte, pot ser que tingui por i inseguretat a l'hora de facilitar les dades que administrativament es requereixen per poder realitzar la història clínica i que poden dificultar l'inici del vincle. Frases com "ha de caure més baix" o "ha de perdre més coses" o "si sempre se'l salva no renunciarà mai a res" de vegades omplen les parets dels nostres despatxos amb resignació. I és que la dificultat amb què ens trobem sovint és que fins que no es donen les conseqüències dels actes produïts pel consum o la malaltia mental sota els efectes de substàncies, la persona pot sentir que no té la capacitat d'afrontar que realment s'ha de tractar. En el fons, ha de confiar en nosaltres i en el fet que pot enfocar-se cap a un altre tipus de vida. Es podria donar una falsa seguretat en el control del consum, la dificultat de la manca de consciència i d'acceptació del trastorn mental pot portar la persona a un camí tardà en la consciència de l'addicció i en la necessitat de posar-se en mans de professionals.

Podem trobar moltes formes d'intervenir-hi, tantes com persones hi ha. Plasmar el recorregut de vida de la persona i veure en quin punt està, ajudant-la a crear i veure un futur que ella mateixa esculli, formaria part de començar a treballar des d'un altre tipus de referent, lliure de pesos i vivències del passat. Treballar la consciència, la forma com es prenen les decisions en funció de si s'està sota l'efecte de substàncies o no i generar un espai perquè torni a creure en ella mateixa i pugui crear un nou camí és una tasca significativa per començar a construir un altre tipus d'imatge interna diferent a la coneguda.

Tingues cura dels teus pensaments perquè esdevindran actes.
Tingues cura dels teus actes perquè es faran costum.
Tingues cura dels teus costums perquè formaran el teu caràcter.
Tingues cura del teu caràcter perquè formarà el teu destí.
I el teu destí serà la teva vida.

Gandhi.



Aquest tipus d'intervenció dual fa que les dues xarxes es plantegin de manera conjunta, realitzant una atenció global de la persona diagnosticada i aportant una visió integradora

Un dels primers objectius podria ser treballar l'autoconeixement i el creixement personal perquè la persona es permeti escollir qui vol ser i, després, dotar-la d'eines per aconseguir-ho

Rescatant relats d'experiència professional, quan parlem amb els pacients, n'hi ha que arriben a comentar que no recorden com són o qui han estat sense les substàncies o sense l'etiqueta de malalt mental i es veuen incapaços de construir un altre tipus de vida. Potser, un dels primers objectius podria ser treballar l'autoconeixement i el creixement personal perquè la persona es permeti escollir qui vol ser i, després, dotar-la d'eines per aconseguir-ho tant com les seves capacitats i la seva etapa vital li ho permetin.

Les unitats hospitalàries de desintoxicació (UHD) ens brinden l'accés a aturar el consum actiu de substàncies i poder veure el trastorn mental que hi hagi sota l'efecte d'aquestes substàncies o quan ja no estan actives al cos. Quan es passa a unitats psiquiàtriques o de patologia dual (UPD) d'estada més llarga es pot elaborar un diagnòstic mental més ajustat que al de l'inici. En aquest punt, en la majoria dels casos se sol donar una estabilitat tant física com emocional quan la persona sent que la institució la protegeix i la sosté. De vegades cobrir necessitats fisiològiques com dormir, menjar amb horaris establerts i estar atès per diversos professionals són un inici perquè la persona pugui comprovar que se sent d'una altra manera i que va sent propietària de petites decisions. Hi ha casos en què la persona pot ser que no sigui capaç de sostenir aquesta rigidesa pel que fa a normatives i horaris i demani una alta voluntària. Aleshores el metge referent del cas pot cursar un ingrés involuntari activant vies judicials per preservar-ne el benestar.

Quan es passa a recursos com ara les comunitats terapèutiques, on l'estada ja és de sis mesos o més i completament voluntària –llevat que s'imposi una mesura penal com a alternativa a mesures privatives de llibertat–, s'allunya la persona de l'entorn que l'ha pogut influenciar, que sovint ha estat autodestractiu i ha generat una espiral de la qual la persona –segons relats de la pràctica professional– sent que no pot sortir pels seus propis mitjans. Avui dia, tal com va descriure J. Morillo en la conferència “Tractament residencial en comunitat terapèutica per a persones drogodependents”, realitzada el 3 d'octubre del 2019 a la Facultat d'Educació Social i Treball Social Pere Tarrés, Universitat Ramon Llull,⁵ les comunitats terapèutiques han hagut d'adaptar els tractaments que oferien, ja que més de la meitat dels casos atesos, segons narren els professionals dels centres que formen la Federació Catalana de Drogodependències, són persones diagnosticades en patologia dual. Alguns d'aquests canvis s'han dut a terme flexibilitzant horaris, adaptant objectius terapèutics en el pla individualitzat de tractament integral (PTI), formant les persones no només perquè entenguin els seus processos i mecanismes de consum sinó perquè entenguin i assumeixin la patologia mental que pateixen, entre d'altres. Quan se suma temps i pràctica diària sense consum i estabilitzant el diagnòstic mental inicial amb la medicació pautaada, moltes vegades caldria tornar a diagnosticar la persona i adaptar-hi la pauta de medicació, atès que pot deixar de presentar símptomes i conductes que tenia al principi o pot presentar-ne de diferents. Això pot ser conseqüència d'una abstinència prolongada en el temps, de l'estabilitat del trastorn mental i de la presa d'una medicació adequada, de tenir cobertes les necessitats bàsiques

durant un temps i no estar en estat d'alerta o de supervivència, d'endregar aspectes de la trajectòria de vida que estaven sense resoldre o sense ordenar i de la tasca terapèutica proporcionada tant pels professionals a nivell interdisciplinari com per la força del grup d'iguals, etc.

En aquesta etapa, hi ha usuaris que poden sostenir aquest tipus de tractament i passar a programes de reinserció i, posteriorment, a programes de suport a la vida autònoma. Hi pot haver altres casos que cursen alta voluntària, casos que incompleixen acords fins a ser cessats i acaben deixant el tractament o casos que tornen a descompensar-se psiquiàtricament i necessiten un reingrés en alguna unitat hospitalària per tornar a ser estabilitzats, i pot ser que vulguin tornar a la comunitat terapèutica o que no hi vulguin tornar. I és que a vegades ens trobem que les persones han de passar diverses vegades per centres hospitalaris i per recursos socials de tractament i reinserció perquè les intervencions realitzades i l'experiència amb ella mateixa pel que fa a entrades i sortides de recursos deixin empremta, es plantin llavors i comencin a sortir els primers fruits: les primeres etapes de creixement personal i un estil de vida en el qual la persona senti que du les regnes.

De la mateixa manera, cal assenyalar que en cada estada hospitalària o de reinserció, ambulatoria o interna, els professionals que actuem en primera línia apostem per la reinserció de les persones amb què tractem, i creiem que podem oferir-los un espai on es puguin tornar a dibuixar en altres escenaris més ecològics, conscients i conseqüents, on sentin que son propietàries de les seves vides, malgrat que això representi anar i venir del sistema o malgrat que es visquin etapes tan impulsives o d'autodestrucció que no sigui possible intervenir-hi per aconseguir-hi millores.

Conclusions

Pel que fa a les descripcions aportades sobre perfils de persones diagnosticades de patologia dual podem assenyalar la necessitat de recursos assistencials i d'un tractament continuat de rehabilitació i reinserció social especialitzat amb una atenció integral.

Els professionals han d'estar formats i disposar d'espais per a reciclar-se, això no obstant, sovint no es disposa ni de temps ni de recursos materials o econòmics per proporcionar aquesta formació. Els circuits d'assistència sanitària, de tractaments, de reinserció i lúdics han d'estar relacionats i tenir objectius comuns amb la finalitat d'aconseguir la màxima autonomia i capacitat en l'individu. La xarxa de professionals i de recursos ha de conèixer-se i establir-se en grups de treball i reunions de circuits i protocols d'actuació i de crisi. Els professionals, tot i que pertanyin a diferents recursos, entitats, empreses, fundacions o associacions, han d'actuar com a companys de treball i han de formar equip.



La mirada s'ha d'apropar de forma imminent a una amplitud sistèmica i integral de les dues patologies, atès que la intervenció va coixa si només s'enfoca des d'una patologia o una altra o només es vol treballar una àrea de la persona.

El treball amb les famílies i referents ha de ser de vital importància per salvaguardar les persones que sostenen i dotar-les d'habilitats i capacitats

El treball amb les famílies i referents ha de ser de vital importància tant per salvaguardar les persones que sostenen i dotar-les d'habilitats i capacitats perquè ho puguin fer, com per acompanyar i pal·liar sensacions de culpa, impotència, ràbia i frustracions pel que fa a la criança i el desenvolupament dels seus éssers estimats.

El treball consisteix a atendre les persones que pateixen aquests avenços i retrocessos tant pel que fa a crisis en salut mental com en recaigudes de consum drogues o addiccions comportamentals i, en el mateix sentit, a donar suport al sistema en el qual es trobi immersa la família, la parella i els referents vitals en el seu dia a dia. La mirada ha de ser flexible, fugint de normatives rígides que puguin fer saltar les persones de recurs en recurs, esgotant oportunitats i estades. Per això cal que la dotació econòmica al sistema sanitari i social estigui en consonància amb les necessitats que sorgeixen en el moment en què ens trobem, ja que molts dels casos de patologia dual són atesos dins el sistema, però n'hi ha que no hi arriben mai i romanen invisibles a la societat. Aquests casos només són tractats quan es veu la punta de l'iceberg i s'activa l'engranatge de sistemes judicials amb conseqüències de penes privatives de llibertat o mesures penals alternatives.

Encertar el recurs o la unitat que cal assignar en funció de la patologia o del moment vital de la persona és clau per contribuir a un èxit o sumar més fracassos a la seva història de vida. La intervenció a nivell comunitari i social encara és precària si tenim en compte el nombre de casos que hi ha a les unitats de patologia dual o de CSMIA i en els quals moltes famílies estan immerses.

Gemma González Méndez
Centre de salut mental i addiccions (CSMIA)
Districte de Gràcia - Barcelona
Hospital de Psiquiatria Mare de Déu de la Mercè
Professora associada
Facultat d'Educació Social i Treball Social Pere Tarrés
Universitat Ramon Llull
ggonzalez@peretarres.url.edu

Bibliografia

- Arias, F.; Szerman, N.; Vega, P.; Mesias, B.; Basurte, I.; Morant, C.; Babin, F.** (2013). Alcohol abuse or dependence and other psychiatric disorders. Madrid study on the prevalence of dual pathology. *Mental Health and Substance Use*, 6(4), 339-350.
- Arpana, A.; Neale, M. C.; Prescott, A. C.; Kendler, K.** (2004). A twin study of early cannabis use and subsequent use and abuse/dependence of other illicit drugs. *Psychological Medicine*, 34, 1227-1237. doi: 10.1017/S0033291704002545
- Belin, D.; Mar, A. C.; Dalley, J. W.; Robbins, T. W.; Everitt, B. J.** (2008). High impulsivity predicts the switch to compulsive cocaine-taking. *Science*, 320, 1352-1355. doi: 10.1126/science.1158136
- Bermejo, G.** (2012). Protocolo de intervención desde el trabajo social en los centros de atención a las drogodependencias del instituto de adicciones. Documento Técnico del Instituto de Adicciones. Madrid. Recuperat de <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/buenasPracticas/protocolos/pdf/ProtocoloInterv-Social.pdf>
- Casas, M.** (2014). *Breve historia de la Patología Dual*. Recuperat de <http://www.fundacionacorde.com/breve-historia-pd.html>
- Casas, M.; Guardia, J.** (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*. 2 (1).195-219.
- Cloninger, C. R.; Przybeck, T. R.; Svrakic, D. M.; Wetzel, R. D.** (1994). *The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis: Washington University Center for Psychobiology of Personality.
- Correa, A. C. M. C. N.; Evia-Mónica, V.; Jiménez-Alicia G. B. I. A.; Piazzza-Natalia, M. F.; Rodríguez-Tamara, R. D. T. M.** (2015). *Salud mental, psicología y comunicación participativa*.
- Evren, C.; Durkaya, M.; Evren, B.; Dalbudak, E.; Cetin, R.** (2012). Relationship of relapse with impulsivity, novelty seeking and craving in male alcohol-dependent inpatients. *Drug and Alcohol Review*, 31, 81-90. doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00303.x
- Federació Catalana de Drogodependències.** Recuperat de <http://www.fcd.cat>
- Garcia, A.** (1978). Franco Basaglia: Debajo de toda enfermedad psíquica hay un conflicto social. Recuperat el 22/08/2019 de <https://primeravocal.org/franco-basaglia-debajo-de-toda-enfermedad-psiquica-hay-un-conflicto-social/>
- Hasin, D.; Fenton, M. C.; Skodol, A.; Krueger, R.; Keyes, K.; Geier, T.; Grant, B.** (2011). Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Archives of general psychiatry*, 68(11), 1158-1167.
- Irún, G.** (19/04/2018). *España es pionera y referente mundial en la atención a la patología dual*. Recuperat de <https://www.actasanitaria.com/espana-pionera-patologia-dual/>



- Kessler, R. C.** (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological psychiatry*, 56(10), 730-737.
- Kessler, R. C.; Nelson, C. B.; McGonagle, K. A.; Liu, J.; Swartz, M.; Blazer, D. G.** (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *The British journal of psychiatry*, 168(S30), 17-30.
- Libro Blanco de Patología Dual. Recursos para pacientes con Patología Dual en España.** (2015). Recuperat de <https://patologiadual.es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual.pdf>
- López Peláez, A.** (2010). *Técnicas de diagnóstico, intervención y evaluación social*. Madrid: Universitas.
- Márquez-Arrico, J. E.; Adan, A.** (2013). Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo. *Adicciones*, 25(3), 195-202. Recuperat de <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/46>
- Martín, E.** (2007). Psicología y atención a la drogodependencia en España: una visión histórica. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 41-48. Recuperat de <https://www.redalyc.org/pdf/778/77828106.pdf>
- Metrópoli Abierta ((2020)).** *Trasladan el primer CSMIA de Barcelona al Hospital d'Esperança*. Recuperat el 23/01/2020 en https://www.metropoliabierta.com/el-pulso-de-la-ciudad/sanidad/trasladan-csmia-barcelona-hospital-esperanca_23424_102.html
- Morera, J. A.; Noh, S.; Hamilton, H.; Brands, B.; Gastaldo, D.; Wright, M. G.** (2015). *Factores socioculturales y consumo de drogas entre estudiantes universitarios Costarricenses*. Texto & Contexto Enfermagem, 24, 145-153.
- Muniz Pérez, T.** (2017). *Legislación en Salud Mental en Uruguay: hacia un abordaje integral en perspectiva de derechos*.
- Piedras, A.** (2015). *La reforma psiquiátrica: Del encierro a la inserción*. Recuperat el 13/03/2015 de https://psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/la-reforma-psiquiatrica-del-encierro-a-la-insercion/
- Pulay, A. J.; Stinson, F. S.; Ruan, W. J.; Smith, S. M.; Pickering, R. P.; Dawson, D. A.; Grant, B. F.** (2010). The relationship of DSM-IV personality disorders to nicotine dependence-results from a national survey. *Drug and alcohol dependence*, 108(1-2), 141-145.
- Regier, D. A.; Farmer, M. E.; Rae, D. S.; Locke, B. Z.; Keith, S. J.; Judd, L. L.; Goodwin, F. K.** (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *Jama*, 264(19), 2511-2518.
- Rodríguez-Llera M. C.; Domingo-Salvany A.; Brugal M. T.; Hayes N.; Vallés N.; Torrens M.; Alonso J.** (2002). Prevalencia de patología dual en jóvenes consumidores de heroína: resultados preliminares. *Gaceta Sanitaria*.
- Roncero, C.; Barral, C.; Grau-Lopez, L.; Bachiller, D.; Szerman, N.; Casas, M.; Ruiz, P.** (2011). Protocols of dual diagnosis intervention in schizophrenia. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 10(3), 131-154.
- Roncero C.; Vega P.; Grau-López L.; Mesías B.; Barral C.; Basurte I.;**

- Rodríguez-Cintas L.; Martínez-Raga J.; Piqué N.; Casas M.; Szerman N.** (2015). Relevant differences among Spanish autonomous communities in professionals perception and degree of knowledge on the existence of resources for dual pathology patients. *Actas Españolas de Psiquiatría* (in press).
- Ruiza, M.; Fernández, T.; Tamaro, E.** (2004). *Biografía de Franco Basaglia*. En *Biografías y Vidas*. La enciclopedia biográfica en línea. Barcelona. Recuperat de <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/b/basaglia.htm> el 13 d'abril de 2020.
- Rush, B.; Koegl, C. J.** (2008). Prevalence and profile of people with co-occurring mental and substance use disorders within a comprehensive mental health system. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 810-821.
- San Molina, L.; Solé Puig, J.** (2003). Unidad de patología dual-alcoholismo de Benito Menni C.A.S.M. de Sant Boi de Llobregat. *Informaciones psiquiátricas*, tercer trimestre 2003. Número 173. Recuperat de http://www.informacionespsiquiaticas.com/anteriores/info_2003/03_173_01.htm
- Swendsen, J.; Conway, K. P.; Degenhardt, L.; Glantz, M.; Jin, R.; Merikangas, K.; Kessler, R. C.** (2010). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*, 105(6), 1117-1128.
- Szerman, N.; Lopez-Castroman, J.; Arias, F.; Morant, C.; Babín, F.; Mesías, B.; Baca-Garcia, E.** (2012). Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Substance use & misuse*, 47(4), 383-389.
- Szerman, N.; Casas, M.; Bobes, J.** (2013). Perception of Spanish professionals on therapeutic adherence of dual diagnosis patients. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(6), 319-29.
- Szerman, N.; Martínez-Raga, J.; Peris, L.; Roncero, C.; Basurte, I.; Vega, P.; Casas, M.** (2013). Rethinking dual disorders/pathology. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 12(1), 1-10.
- Szerman, N.** (2017). *7 de cada 10 personas adictas a drogas sufren algún trastorno mental*. Recuperat el 23/03/2017 de <http://www.fundacionacorde.com/siete-de-cada-diez.html>
- Torrijos Martín, M.** (2015). Patología dual y enfermería: Revisión bibliográfica. Recuperat de http://repositori.urv.cat/estatic/TFG0011/es_TFG764.html
- Torreblanca, S.; Amorós, F.; Crende, F.** (2004). Daños causados por personas con trastornos mentales. *Indret*, 2, 12-15.
- Vicario, H.; Romero, A. R.** (2005). Consumo de drogas en la adolescencia. *Pediatría Integral*, IX, 2, 137-135.
- Weaver, T.; Madden, P.; Charles, V.; Stimson, G.; Renton, A.; Tyrer, P.; Paterson, S.** (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *The British Journal of Psychiatry*, 183(4), 304-313.
- Zuckerman, M.** (2002). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ): An alternative five-factor model. En De Raad, B. i Perugini, M. (Eds), *Big five assessment* (p. 377-396). Seattle, WA: Hogrefe & Huber.



- 1 Font: <https://www.fsyc.org/proyectos/comunidad-terapeutica-can-coll/>
- 2 Salut Mental a Catalunya. Mapa de Recursos en Salut Mental a Catalunya en matèria d'assessorament i orientació, formació i capacitació, recursos socials, habitatge i tuteles i treball. recuperat de <https://www.salutmental.org/salut-mental/mapa-de-recursos-i-serveis-nivel1/>
CatSalut. Servei Català de la Salut. Atenció a la salut mental i addiccions. Actualitzat el 10/02/2020 Recuperat de <https://catsalut.gencat.cat/ca/serveis-sanitaris/atencio-salut-mental-addiccions/>
- 3 Generalitat de Catalunya. Drogues. Xarxa assistencial de recursos d'atenció a les drogodependències. Actualitzat el 26/04/2017. Recuperat de http://drogues.gencat.cat/es/professionals/tractament/xarxa_de_recursos_assistencials/
- 4 Hermanas Hospitalarias, Hospital Mare de Déu de la Mercè. *Entra en funcionamiento el CAP Vila de Gràcia Cibeles*. Recuperat el 21 de novembre del 2017 de <https://hospitaldelamerce.com/2017/11/21/hola-mundo-4/>
- 5 Font: <https://www.url.edu/es/sala-de-prensa/agenda/conferencias-y-jornadas/2019/conferencia-tratamiento-residencial-en-comunidad-terapeutica-para-personas-drogodependientes>

Per a una altra semàntica del subjecte i el patiment psíquic. Pensar la salut mental des de l'educació social

Ricard Giménez

Recepció: 14/04/2020 Acceptació: 28/05/2020

Resum

Aquest article cerca explorar algunes claus teòriques que, allunyades del discurs biomèdic, puguin ser útils a l'educació social per construir pràctiques inclusives en el camp de la salut mental. Per a això, duem a terme una mirada a algunes disciplines de les ciències socials, que ens poden aportar eines teòriques i metodològiques susceptibles de ser transformades i incorporades als dispositius educatius en salut mental. Proposem la necessitat de situar aquestes pràctiques en una perspectiva comunitària i col·lectiva, en la qual s'atorgui un lloc fonamental a la paraula del subjecte que pateix un sofriment psíquic que li permeti elaborar la seva pròpia narrativa sobre el que li passa, tot assumint un paper protagonista en el seu procés per a un estar millor.

Paraules clau

Salut mental comunitària, discurs biomèdic, educació social crítica, patiment psíquic.

Para otra semántica del sujeto y el sufrimiento psíquico. Pensar la salud mental desde la educación social

El presente artículo busca explorar algunas claves teóricas que, alejadas del discurso biomédico, puedan ser útiles a la educación social para construir prácticas inclusivas en el campo de la salud mental. Para ello, llevamos a cabo una mirada a algunas disciplinas de las ciencias sociales, que nos pueden aportar herramientas teóricas y metodológicas susceptibles de ser transformadas e incorporadas a los dispositivos educativos en salud mental. Proponemos la necesidad de situar dichas prácticas en una perspectiva comunitaria y colectiva, en la que se otorgue un lugar fundamental a la palabra del sujeto que padece un sufrimiento psíquico que le permita elaborar su propia narrativa sobre lo que le ocurre, asumiendo un rol de protagonista en su proceso para un mejor estar.

Palabras clave

Salud mental comunitaria, discurso biomédico, educación social crítica, sufrimiento psíquico.

For another semantics of the subject and psychological suffering. Thinking about mental health from the social education perspective

This article explores certain theoretical keys that, far removed from biomedical discourse, may be useful in social education to construct inclusive practices in the field of mental health. To this end, we look at various social science disciplines, which provide us with theoretical and methodological tools that can be transformed and incorporated into mental health education provisions. We propose that these practices should be located within a community and collective perspective in which great importance is attached to the word of the subject affected by psychological suffering. This will enable subjects to construct their own narrative about what is happening to them, giving them a key role in their process with a view to building a better life for themselves.

Keywords

Community mental health, biomedical discourse, critical social education, psychological suffering.

Com citar aquest article:

Giménez Martret, Ricard (2020).

Per a una altra semàntica del subjecte i el patiment psíquic. Pensar la salut mental des de l'educació social.

Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 75, 93-115.



Introducció

L'educació social treballa habitualment en llocs on conviu amb la presència del diagnòstic psiquiàtric. És comuna la figura de l'educador en hospitals de dia, centres d'acollida, centres residencials de menors i molts d'altres en què la institució està permanentment travessada per diverses manifestacions del patiment psíquic de les persones amb què treballem.

La pràctica educativa en qualsevol dels àmbits que li són propis, però més específicament si és possible en l'àmbit de la salut mental, du aparellada una certa desesperança deguda a les dificultats de veure els resultats de la feina feta (Julià, 2005). Això és, en bona mesura, perquè es tracta d'un camp d'acció en què intervien diferents disciplines que, lamentablement, massa vegades estan desconnectades entre si (psiquiatres, psicòlegs, educadors i pedagogs, terapeutes diversos, etc.). Disciplines que sovint estan sotmeses a pràctiques de jerarquia professional en què certs discursos operen arrogant-se un protagonisme excessiu i, de vegades, amb pretensions d'exclusivitat, mentre exerceixen un desdeny cap a altres sabers.

Això no obstant i potser precisament per aquesta raó, ens sembla innegable que l'educació social ha d'establir un diàleg amb altres disciplines per bastir un discurs propi que afronti la complexitat de la salut mental.

Per això farem, en primer lloc, un breu acostament a alguns corrents teòrics de la sociologia, l'antropologia mèdica, la filosofia o la pedagogia amb la intenció de conèixer la idea de subjecte o les mirades a la salut i la malaltia mental que preval en cadascuna i que ens poden donar pistes per pensar una pràctica educativa transformadora en el camp de la salut mental i el patiment psíquic.

Ara bé, passar de la teoria a la praxi implica pensar també com s'han d'articular tots aquests sabers amb la pràctica específica de l'educació social i des de l'educació social. Coneixent la dificultat d'exercir pràctiques educatives en aquelles institucions on les jerarquies del discurs *psi* consideren altres disciplines com a subalternes, no és una tasca fàcil sostenir la convicció que també tenim *alguna cosa* a dir en el camp de la salut mental. Aquesta dificultat augmenta si tenim en compte com la mateixa pedagogia i les pràctiques educatives estan sent, en gran mesura, colonitzades per un discurs psicologista, al servei de "l'engegada dels mecanismes de captació de valor de l'economia postfordista del desig o, el que és el mateix, la mercantilització directa de la subjectivitat" (Solé i Moyano, 2017, p. 2).

Entenem que una de les funcions de l'educació social és la de tractar d'incloure socialment a tot subjecte, sempre, és clar, que desitgi ser-hi inclòs, però també és indubtable que hem de sostreure'ns a la perversa lògica de la inclusió tant sí com no, partint del que *hauria de ser i no és* (Pié, 2015). En

conseqüència, se'ns presenta com a ineludible pensar com fer-ho per a transitar entre la llei i el desig, entre la subjecció i la resistència (García Molina, 2011).

Ens sembla important destacar que, en aquest treball, fem una distinció entre malaltia i patiment, ja que la noció de malaltia està estretament relacionada amb el camp biomèdic i s'orienta cap a la interpretació de determinats estats emocionals com a anomalies funcionals del sistema orgànic (Saavedra i Berenzon, 2014). El patiment, en canvi, apunta a la percepció subjectiva que una persona té sobre la seva pròpia experiència de dolor, que tot i ser una expressió individual és també un fet plenament social ja que aquesta percepció està modelada per una mediació de significants materials i simbòlics. Les dues nocions constitueixen models explicatius que operen en els processos que fan referència a l'organització i la construcció de sentit per a aquelles experiències vitals que causen patiment. En aquest article pretenem argumentar el perquè d'una presa de posició com a educadors orientada a defensar la idea que tot subjecte té algun grau de responsabilitat respecte al que fa amb allò que li passa. Posicionament contrari, per tant, a la consideració com a malaltia del que és el patiment o el sofriment psíquic d'un subjecte.



L'educació social ha d'establir un diàleg amb altres disciplines per bastir un discurs propi que afronti la complexitat de la salut mental

Explorant altres territoris conceptuals

Mentre les visions biomèdica i psicològica sobre les malalties mentals tendeixen a individualitzar el patiment psíquic, les ciències socials són propenses a socialitzar-lo. Per a desenvolupar aquesta afirmació ens aproximarem a alguns corrents teòrics de diferents disciplines de les ciències socials, fet que pot permetre'ns entreveure la noció de subjecte que opera en cadascuna d'elles. La pretensió no és aprofundir-hi, sinó projectar només una mirada que serà inevitablement molt general, però que potser ens pot oferir algunes eines conceptuals perquè cadascú prengui les que consideri oportunes per a adaptar-les a les particularitats del context socioeducatiu en el qual desenvolupi la seva pràctica professional.

El funcionalisme sociològic

Una aportació pionera a pensar la malaltia com un fet més social que individual fou la de Durkheim, en considerar les causes socials d'una conducta com el suïcidi. Segons el sociòleg francès, podia ser de tres tipus, però sempre obeint a causes socials, com ara la pressió social dels valors; l'individualisme, que és producte d'una determinada forma d'organització social; o l'*anomia*, entesa com una disfunció del sistema de normes socials. És l'estructura organitzativa de la societat la que conforma les regles i normes mitjançant el *consens social*. El poder que allò social exerceix sobre la subjectivitat i el

cos, la salut o la malaltia, és tan determinant que per a Durkheim l'individu esdevé subjecte passiu, sotmès a allò social, més que no pas subjecte actiu que participa de la construcció d'allò social.

El funcionalisme és procliu a considerar que la *normalitat* conductual és fruit del consens adaptatiu, mentre que el conflicte, les conductes *desviades* de la norma (com la malaltia) són una anomalia, és a dir, considera la malaltia com una disfunció normativa i, per tant, social. Per la seva banda, Foucault (2016) considera que aquest enfocament no és sinó una “il·lusió cultural”, comuna a la sociologia de Durkheim i a la psicologia, en què “la societat no vol reconèixer-se en aquest malalt a què persegueix i tanca” i, per tant, diagnosticant la malaltia, exclou el malalt. En aquest sentit, la bogeria té més a veure amb l'home i amb la veritat de si mateix que el boig sap percebre (Foucault, 2006) i és sentida com una mena de mirall que ens confronta amb allò nostre que ens neguem a veure. Aquesta negació arriba també a la paraula, atès que, com ja ens va advertir Artaud (2007), “un alienat és en realitat un home al qual la societat es nega a escoltar i al qual vol impedir que expressi algunes veritats insuportables” (p. 77).

En aquest sentit, la noció dominant en la sociologia durkheimiana, la del consens com a eina reguladora de la convivència social, ens sembla qüestionable ja que, en un model d'organització social on les relacions són essencialment d'exploatació, el conflicte és de classe i, per tant, és permanent i inherent al sistema social i no una transgressió puntual d'una norma social com pretén el funcionalisme.

La influència de la teoria social de Durkheim es deixa veure en posteriors elaboracions teòriques com en la sociologia mèdica de Talcott Parsons. Seguint Martínez Hernández (2016), de la influència funcionalista se'n desprenen dos conceptes que en l'antropologia mèdica tenen un lloc primordial, el *paper del malalt* i la *carrera del malalt*. Parsons (1982) sosté una noció de *paper del malalt* que considera la malaltia com una pertorbació en l'individu que opera a dos nivells, el biològic i el d'*ajust* social, desajust que suposa una ruptura de les obligacions socials de l'individu. Per a Parsons, emmalaltir implica una suspensió de les obligacions i rols del subjecte malalt, en la mesura que se'l considera incapaç i dependent. Així, no es considera que el subjecte tingui responsabilitat en allò que li passa i ha de buscar i acceptar l'ajuda d'un especialista, mentre està obligat a col·laborar en la resolució de l'anomalia per reincorporar-se a la normalitat social.

Un autor que, si bé en certa manera pren alguns dels postulats del funcionalisme, no pot ser classificat dins d'aquest corrent és Erving Goffman, el qual, partint de diverses influències teòriques, proposa una elaborada distinció entre malalties físiques i psíquiques. Els símptomes mèdics fan referència a una disfunció en la normalitat biològica (entenent norma com una noció orgànica, amoral i asocial). En canvi, els símptomes psíquics deriven de les obligacions i valors socials i del fet de transgredir-los. Per a Goffman (2001)

aquesta transgressió provoca una disrupció en l'ordre organitzatiu social que condueix a unes pràctiques institucionals de coerció o fins i tot de confinament del *malalt* transgressor, el qual patirà un *procés d'expropiació* de relacions i drets, de *mortificació del jo*. Com a resultat de l'estigma a què són sotmesos alguns grups socials a partir de determinades característiques individuals diferencials, es produeix el que Goffman anomena *identitat deteriorada*. En relació amb això, sabem que l'educació social es mou en camps en els quals habitualment circulen l'estigma i els prejudicis i els estereotips que s'hi associen, que es retroalimenten mútuament. Com desenvoluparem més endavant, una pràctica educativa que pretengui ésser inclusiva hauria de donar espai a la construcció d'un relat propi per part del subjecte perquè pugui configurar una nova identitat no patologitzada.



Per a Goffman les conductes *anormals* no signifiquen una absència de normes. Les normes hi són presents en forma de comportaments i accions socialment esperats dels afectats de trastorn psíquic, que busquen respondre a aquestes expectatives d'alguna manera. En aquest sentit, Goffman fa referència als *ajustos secundaris* com a les estratègies desenvolupades pels *divergents*, per tal d'estar millor, estratègies que, sense això, sovint no solen coincidir amb les expectatives de la institució pel que fa al seu nou jo.

Una crítica a certs aspectes de la teoria de Goffman posa l'èmfasi en la separació radical que l'autor fa entre malaltia psíquica i física, atès que ha quedat demostrat que també en la malaltia física tenen un paper important les categories socials, normatives i morals. En veiem un exemple en la construcció social de la mal anomenada discapacitat, que assenyala allò que es considera una falta, una mancança o un dèficit, negant les diverses formes possibles de funcionalitat corporal i atorgant així un valor superior a unes capacitats davant d'unes altres.

El model biomèdic

La concepció del model biomèdic sobre la malaltia i la manera d'afrontar-la se situa en explicacions purament biologicistes sobre la causalitat dels patiments físics o psíquics i oferint solucions psicofarmacològiques, adreçades a l'eliminació del símptoma, convertint en malaltia fets i comportaments de la vida quotidiana dels subjectes (Menéndez, 2009). Es tracta d'una mutilació del jo (Goffman, 2001) que deriva en una abolició de la subjectivitat i d'aquesta manera el discurs biomèdic tanca un complex entramat de sentiments i experiències personals, en el reduccionisme simplificador d'una categoria única, expressable en un sol concepte. Aquest concepte, al seu torn, es converteix en un significant que circula per l'espai social, simbòlicament carregat, la majoria de les vegades, de prejudicis i connotacions negatives. El discurs biomèdic, estigmatitzant i exclouent altres sabers, es legitima a si mateix atribuint-se una eficàcia més que qüestionable des d'altres perspectives

(Menéndez, 2009). Així, quan considera la malaltia com una disfunció orgànica, rebutja implícitament que el context socioeconòmic, polític, familiar, relacional, etc., del subjecte que expressa un patiment psíquic s'hagi de tenir en compte en l'abordatge del patiment.

La fenomenologia existencialista

La fenomenologia i l'existencialisme s'han preguntat per la vivència existencial del cos com a experiència intersubjectiva i social

La fenomenologia i l'existencialisme s'han preguntat per la *dimensió im-personal de l'experiència* (Garcés, 2013). Des d'aquestes corrents, el lloc de centralitat no l'ocupa la malaltia sinó el cos, la vivència existencial del cos com a experiència intersubjectiva i social. El cos és entès des d'una dimensió diferent segons cada epistemologia existencialista: la individualitat del *jo corporal* (fenomenologia), el cos com a objecte social (estructuralisme) i el cos com a objecte polític, en qualitat de producte social (postestructuralisme). Més enllà de les diferències epistemològiques, els tres nivells diferents d'aproximació al cos reconeixen, tanmateix, l'existència de les dimensions culturals, socials i polítiques de la corporalitat (Martínez Hernáez, 2016) i, en conseqüència, rebutgen implícitament la idea de *cos segmentat* propi de la tradició cartesiana occidental. En la superació de la falsa dicotomia cos-ment, l'emocionalitat compleix un paper de mediació entre els diferents nivells esmentats (Scheper-Hughes i Lock, 1987).

Així mateix, com assenyala Merleau-Ponty (1981), la universalitat i el món són al cor de la individualitat i del subjecte; així, en tant que és la intersubjectivitat la que ens constitueix, la subjectivitat ja no pot ser pensada només com quelcom individual (Garcés, 2013).

Per la seva banda, Csordas (1994) estableix una distinció entre *cos* i *corporalització (embodiment)* o dit altrament, el cos entès com a territori físic on l'experiència s'encarna, es corporalitza. Així, es considera l'experiència com a base existencial del subjecte, és a dir, existim en tant que experimentem vivències. Es tracta de vivències intervingudes per allò social, que és previ a la nostra pròpia existència objectiva i subjectiva, per un món de valors i normes que, tot i que ens condiciona, no ens determina. És a dir, si acceptem la premissa que l'existència és prèvia a l'essència, no som subjectes predeterminats, sinó que ens construïm socialment de manera continuada. Csordas al seu torn estableix també una distinció entre l'*antropologia del cos*, que entén el cos com a objecte etnogràfic de què parteix l'estudi, i l'*antropologia des del cos*, l'experiència encarnada corporalment com a punt de partida metodològic de l'anàlisi.

L'hermenèutica. El subjecte, un enigma a desxifrar

L'hermenèutica mira de desentranyar els significats implícits en el llenguatge, inclòs el simbòlic, que varia d'un context cultural a un altre. Aquesta interpretació de les particularitats de cada sistema cultural permet establir nocions com la de patrons de comportament, la consideració que certes pràctiques desviades no són sinó síndromes dependents de la cultura (Martínez Hernáez, 2016). És a dir, cada sistema cultural té les seves pròpies formes de regular les conductes, incloses aquelles desviades, però aquestes formes només poden ser compreses per l'observador, si és capaç d'interpretar i aprehendre el sentit de l'univers de significats, propi d'aquesta cultura. Així, aquest corrent considera que cultura, individu i comportament estan íntimament relacionats.

Des de l'hermenèutica es dona molta importància a la narrativa experiencial del subjecte sobre el seu sofriment. D'aquesta manera, la comprensió d'aquesta narrativa serà possible no només captant el significat simbòlic del context cultural sinó també el sentit que hi atorga el subjecte de la narració. En paraules de Martínez Hernáez (2016), "aventurar-se en la dimensió significativa de les expressions de l'informant" (p. 36) permet descobrir com en un mateix marc cultural conviuen diferents sabers, als quals el subjecte atorga un valor propi en el procés d'enfrontar el seu malestar. En aquesta línia, que l'educador social assumeixi aquesta funció exegeta de l'hermenèutica permet pensar altres formes possibles d'actuació socioeducativa en l'àmbit de la salut mental que no passin per la dessubjectivació.

En relació amb això, Pié (2014) proposa que en la mesura que la interacció social està altament condicionada pels cossos, la idea d'allò *extraestètic* com a fórmula per a ressementitzar la discapacitat permet pensar-la des d'un altre lloc, fent del cos "un nou text d'escriptura on altres significats es posen en joc" (p. 107). Assenyala Pié, seguint Foucault, que el *cos-essència no existeix*, ja que està travessat pel biopoder i en incessant reconstrucció. Això obre, per a aquells cossos (i ments) capturats per la imposició normativa, una possibilitat amb molt potencial polític en tant que són cossos refractaris a la normalització, potència i possibilitats que, segons el nostre parer, haurien de ser impulsades per les pràctiques de l'educació social, tal com desenvoluparem a l'apartat final.

Una perspectiva marxista

Des d'un enfocament marxista, els símptomes es consideren signes de relacions socials naturalitzats. Són les relacions socials capitalistes, històriques i situades les que produeixen malaltia, però la biomedicina, deshistoritzant i desocialitzant la malaltia, aconsegueix emmascarar-ne l'origen social amb l'objectiu de reproduir l'ordre capitalista dominant. El resultat d'aquesta na-



turalització és la *reificació mútua d'objecte i subjecte* (Lukács, 1969), és a dir, el malalt es reifica i la cosa es personifica, i com a conseqüència les persones afectades pel patiment psíquic han estat històricament excloses i la seva veu, sistemàticament negada i silenciada.

Els conceptes gramscians d'*hegemonia* i *subalternitat* han tingut una influència notòria en alguns corrents antropològics. Per a Gramsci (1967) la funció *hegemònica* que el grup dominant exerceix sobre tota la societat seria una relació basada en un suposat *consens espontani* que la massa subalterna atorga al *grup bàsic dominant*. Aquest consens sorgeix del *prestigi* originat pel mateix grup dominant i el seu rol en les estructures de producció de pensament. Ara bé, que es produeixi aquest consens no implica que la coerció desaparegui, ja que com afirma Gramsci (1967) l'aparell estatal "s'assegura *legalment* la disciplina dels grups activament o passivament en *desacord* [o] quan el consens espontani declina".

La relació entre hegemonia i subalternitat és una tensa relació de forces. És des d'aquestes mateixes estructures dominants que opera la *producció de significats* (Bourdieu i Boltansky, 2009), que els subalterns assimilen acríticament, fent-se seus valors i cosmovisions pròpies dels dominants. Aquesta adhesió del dominat al dominant sorgeix de l'*habitus* (Bourdieu, 2000) entès com el conjunt de disposicions, formes d'actuar i d'atorgar sentits que els subjectes internalitzen al llarg de la vida. Aquests esquemes funcionen alhora com a formes de reproducció social dels esquemes mateixos, que com que no són res més que la forma assimilada de la relació de dominació fan que aquesta relació sembli natural (Bourdieu, 2000). Així i de forma no conscient, els subalterns construeixen la relació de dominació i explotació de la qual formen part. És producte d'aquesta dialèctica de tensions i resistències implícites en l'hegemonia el sorgiment d'aquest consens artificios que anomenem *normalitat* i que genera una manera de veure i sentir el món compartit en comú, una espècie de *sentit comú*, el qual és sacsejat i qüestionat per les diferents formes que pren això que hem anomenat *la bogeria*. Des d'aquesta perspectiva crítica es pot afirmar, com desenvoluparem més endavant, que els modes de producció i relació capitalistes són essencialment malaltisses.

La pedagogia de l'oprimit

Paulo Freire (1979) desenvolupa la seva filosofia pedagògica al voltant d'un eix central, la dialèctica opressor-oprimit. L'opressió, mitjançant diferents mecanismes, reproduceix l'ordre dominant i ho fa mitjançant l'*alienació objectiva* en la qual "el subjecte alienat és devorat per la seva existència alienada" (Marcuse, 1968). Això produeix el que Freire anomena *adherència* dels subjectes oprimits, mitjançant la qual no només no són conscients de les causes de la seva opressió, sinó que, a través de la *prescripció*, és a dir, la interiorització i assimilació acrítica dels principis i valors del dominant, els

primers els reproduïen socialment. Així, a través d'aquesta naturalització de les causes de l'opressió, es perpetua la relació de dependència opressor-oprimit, que al seu torn genera un bucle de més dependència.

Aquesta interiorització de l'opressió pels oprimits es produeix mitjançant l'educació *bancària*, la naturalesa de la qual és *narrativa i discursiva*, narració que necessita un *subjecte que narri* i un *objecte que escolti*, un receptor passiu. El discurs educatiu bancari transmet una idea de la realitat com una cosa *aturada, estàtica* i que per tant no pot ser d'una altra manera a com ja és. És, així, una educació concebuda com l'acte *dipositari* de transmetre els valors i coneixements de la minoria dominant, una educació entesa com a mecanisme de la ideologia de la dominació al servei de l'absolutització de la ignorància (Santos, 2008).

La conseqüència fonamental d'això és, per a Freire, que com més s'acostumin els oprimits a aquesta passivitat, més gran serà la tendència a l'adaptació en lloc de la tendència a la transformació del món i menys podran desenvolupar la consciència crítica mitjançant la qual s'hi produiria la *inserció*.

La pedagogia de l'oprimit té quelcom de *procés socràtic* (Santos, 2008) que desvetlla la saviesa oculta dels oprimits presumptament ignorants. Un *cerce de la potència* (Ranciè, 2010) que, posant en valor el *no-saber* dels oprimits, instaura la percepció crítica en la mateixa acció (Freire, 1979) i, en obligar-lo a fer servir la seva pròpia intel·ligència, el subjecte es va comprometent en la praxi transformadora cap a l'emancipació. Ara bé, perquè l'acció esdevingui autèntica praxi, el saber que en resulti ha de ser objecte de reflexió crítica, perquè sigui una praxi constituent de la *raó nova de la consciència oprimida* (Freire, 1979). Només la reflexió i l'acció poden permetre superar la contradicció opressor-oprimit. En el mateix sentit, afirmava Horckheimer (1974) que la teoria crítica "no obra al servei d'una realitat ja existent: només n'expressa el secret" (p. 248), és a dir, el pensament crític ha de servir per desvetllar allò que la realitat amaga, per convertir-se en pràctica antagònica per a l'alliberament. Freire entén aquest alliberament com la *restauració de la intersubjectivitat*, per a la qual cal establir una pràctica dialògica, escoltar i ser escoltat. D'aquí la importància de la paraula en l'acte educatiu.

Fins aquí, la breu aproximació a certes teories que des de les ciències socials poden dotar-nos d'algunes eines conceptuals que ens permetin articular una pràctica educativa particular, una pràctica que ens possibiliti incidir d'alguna manera en la realitat que ens envolta. Com apuntàvem a l'inici, deixem a cadascú la tasca de discernir què, del que hem esbossat, pot ser-li útil en la seva pràctica quotidiana.



Per a Freire, com més s'acostumin els oprimits a aquesta passivitat, més gran serà la tendència a l'adaptació en lloc de la tendència a la transformació del món

La paraula (dita i escoltada)

En el circuit institucional el subjecte queda *absorbit com a objecte* (Basa-glia, 1973) i una resposta passaria per situar la persona al centre del procés per recuperar el *lloc de subjecte* que mai no hauria d'haver perdut. Això, que és fàcil d'enunciar, és més difícil d'implementar. Per a això caldria [re] inventar nous contextos en què el valor de la paraula i de l'escolta ocupi un lloc primordial com a condició perquè pugui emergir allò que el subjecte diagnosticat hagi de dir sobre si mateix, que pugui explicar la seva història amb *les seves* paraules perquè, resignificant la seva experiència, pugui construir una nova narrativa (la pròpia) que el situï en un lloc diferent al que tenia prèviament assignat com a *malalt*. Els subjectes d'això anomenat bogeria estan *subjectats* per una semàntica –construïda per d'altres– que els manté *fixats* i, per tant, immobilitzats. Esdevé necessari, llavors, obrir espais on es pugui allotjar el dolor del subjecte tenint en compte la dificultat que pot suposar per a ell trobar les maneres de verbalitzar conceptes que puguin expressar a altres subjectes la seva experiència íntima de patiment. Malgrat aquesta dificultat, la paraula pot tenir la possibilitat de sorgir només si existeix aquest context on es doni un valor fonamental a l'escolta.

Donar la paraula

Donar la paraula al subjecte (i escoltar-ne la seva) és el que pot permetre-li accedir a un altre lloc simbòlic

Això que hem anomenat *la realitat* només pot ser transformada d'alguna manera inserint-s'hi críticament, mitjançant una lluita en la qual els oprimits o els alienats siguin subjectes de paraula i d'acció, en tant que la “paraula resulta inseparable de l'acció i de la reflexió amb què construïm el món” (Salas, 2016, p. 84). Per això la importància que Freire dona a la comunicació i el diàleg, que és una *exigència existencial* i condició indispensable per a la transformació. Considerem que molts dels aspectes de la pedagogia de l'oprimit que va proposar Freire continuen tenint plena vigència i actualitat. En conseqüència, esdevé imprescindible i urgent una educació per a l'emancipació que generi *subjectivitats rebels i resistents* (Salas, 2016), una educació que, com proposava Freire, recuperi per a l'ésser humà la *vocació ontològica* d'humanitzar-se, de *ser més*. Això pressuposa entendre l'educació com un ofici obert a l'esdevenidor (a allò que pugui venir), obertura que possibiliti l'acte educatiu entès com “un esdeveniment ètic que permet diluir la dicotomia unidireccional de la relació *subjecte/agent*, establint altres formes de relació educativa bidireccionals mitjançant les quals tots dos ensenyen i aprenen” (Giménez Martret, 2017, p. 77). Donar la paraula al subjecte (i escoltar-ne la seva) és el que pot permetre-li accedir a un altre lloc simbòlic, ubicar-se d'una manera diferent al món.

Partint d'una perspectiva que entén la salut mental comunitària com un procés continuat de creació de condicions de salut en què es participa tant des de la clínica com des de l'àmbit social, es pot parlar de camps en diàleg. L'ar-

ticulació d'aquests camps permet operar per minvar el patiment psíquic i l'estigma social, així com per produir subjectivitats i recursos simbòlics.

Pensem la noció de clínica com a dispositius oberts a l'imprevist, una clínica oberta a allò inesperat i a l'esdeveniment, una *clínica de la sorpresa* (Olivera, 2016), que obre la possibilitat a la producció de continguts que circulen oberts cap a una multiplicació inacabada de sentit, perquè no oblidem que una gran part de la clínica dominant està colonitzada per un *cientifisme* que pretén desposseir-la de la seva dimensió subjectiva (Martínez Westerhausen, 2013).

Aquesta perspectiva en relació amb les nocions de donar lloc a l'inesperat, a allò que pugui esdevenir-se, ens remet a una pràctica educativa que en la tasca quotidiana del nostre ofici reivindicuem obertament, la de Fernand Deligny (1971), que, malgrat que estava situada fora de l'àmbit psiquiàtric, sí que estava relacionada amb el treball amb les psicosis i obria la possibilitat a “deixar que entri en joc l'imprevist, que pugui esdevenir-se *el que sigui*”.

Escoltar la paraula

Els trastorns mentals en general, i les psicosis en particular, ens obliguen a pensar en les diferents formes de relació de l'ésser parlant amb la paraula, tal com proposa Percia (2004), per a qui la paraula “no és porta d'entrada a una pretesa interioritat”, sinó que de vegades és una crida que convoca a una relació possible. No és una meta sinó un punt de partida possible.

Les psicosis i encara més l'esquizofrènia vertebrèn, segons Geekie (2006), els eixos centrals a partir dels quals orbiten epistemologies i pràctiques en la salut mental occidental. Com que són molt diverses i de vegades antagòniques, també ho són les explicacions sobre la naturalesa de les psicosis. En la majoria de casos, aquests corrents teòrics tenen quelcom en comú, construeixen el seu discurs explicatiu sobre *què és* la psicosis, des d'un saber pretesament científic elaborant nosologies que exclouen el subjecte que ha experimentat l'episodi psicòtic.

Aquesta marginació del pacient en la construcció del sentit de l'experiència psicòtica té, entre altres conseqüències, el fet de disposar d'una terminologia molt reduïda per a referir-se a una experiència que els qui que la viuen expressen de maneres molt àmplies i diverses (Geekie, 2006). És una qüestió de principis ètics, però també una forma de desactivar els discursos hegemònics donant veu als *coneixements subjugats*, el fet de potenciar que siguin els subjectes que han viscut l'experiència psicòtica els qui construeixin models explicatius a partir del seu coneixement vivencial. La importància que per als subjectes té poder narrar la seva història i dotar-la d'un sentit propi queda reflectida a l'estudi realitzat per Geekie. L'autor mostra, a través de dades



Aquests corrents teòrics construeixen el seu discurs explicatiu sobre *què és* la psicosis, des d'un saber pretesament científic

recollides en la seva pràctica clínica, la variada diversitat, en fons i forma, dels significats i causalitats que els pacients atorguen a la seva experiència personal. En un intent de desvetllar la naturalesa de l'experiència psicòtica, els participants narren el *què* i el *perquè* de la seva experiència. Les explicacions apunten a causes multifactorials de tipus psicològic, biològic, social i interpersonal. Pel que fa al significat subjectiu que l'experiència té, abasta qüestions ètiques, espirituals i existencials. És a dir, hi ha una profunditat de reflexió i qüestionament sobre la *naturalesa del jo*, aspectes que com assenyala Geekie (2016) estan pràcticament absents de la literatura científica sobre les psicosis. Una cosa és autoexplicar l'experiència i una altra de diferent compartir-la amb els altres, de manera que l'autor destaca la necessitat expressada pels mateixos subjectes quant a poder narrar la seva experiència, donant-hi un sentit. És a dir, que puguin ser *autors* de la seva pròpia narració, malgrat que en alguns casos es pot produir una anul·lació quan el subjecte que narra sent que s'infravalora el seu punt de vista.

Sens dubte, donar la veu als afectats implica posar en qüestió el discurs hegemònic i les pràctiques professionals que s'hi relacionen, raó per la qual la psiquiatria dominant prefereix ser qui expliqui als subjectes què els passa i per què. Aquesta negació del saber, *profà* però directe, del subjecte que ha viscut l'experiència psicòtica impedeix *aportar llum sobre l'experiència* al mateix temps que obtura la possibilitat d'ampliar els límits dels coneixements sobre les psicosis, que la mirada des de diferents perspectives i el diàleg entre sabers tecnocientífics i llecs podria permetre i potenciar.

Una proposta pràctica de salut mental col·lectiva

Un exemple viu i dinàmic de com la paraula pot donar-se, encarnar-se i circular és l'experiència de Radio La Colifata, nascuda el 1991 a la ciutat argentina de Buenos Aires i que va ser la primera ràdio de la història a emetre des d'una institució psiquiàtrica, això que Goffman (2001) va anomenar *institucions totals*. La Colifata ens mostra, entre altres coses, que aquesta totalitat mai no és absoluta, atès que malgrat el tancament sempre resta quelcom del subjecte que no es deixa capturar, una cosa inaprehensible que resta fora d'aquesta pretesa totalitat.

Els èxits i la repercussió obtingudes van ser tan importants, que la seva experiència va ser replicada en diferents llocs del món. Per bé que no pretenem establir-hi un paral·lelisme, atès que hi ha diferències significatives en les quals no entrarem, si que volem apuntar una experiència molt important que convidem a conèixer. Es tracta de Ràdio Nikosia, que en les seves pròpies paraules “lluita perquè la bogeria, habilitada en la diferència, pugui ser vista com un espai possible, una part més del mapa heterogeni de tota comunitat” (Correa Urquiza, Arqués i Gonzalo, 2005).

El cas de Radio La Colifata

En una primera anàlisi del naixement de Radio La Colifata crida poderosament l'atenció una qüestió que, a parer nostre, esdevé fonamental. Allò que a l'inici era percebut com una mancança, com una falta, és precisament el que, paradoxalment, permetrà al dispositiu constituir-se com una metodologia innovadora. És el fet de no disposar d'aparells de transmissió radiofònica allò que estableix les claus que marcaran la diferència. Molt probablement si haguessin tingut un equip des de l'inici, la producció resultant hauria estat diferent de la que ha estat. El fet de gravar els programes a l'interior de l'hospital i la posterior necessitat de cercar una sortida a l'exterior, mitjançant la difusió en ràdios, públiques o comercials, possibilita que la paraula dels interns, sempre ignorada i marginada, trobi una via de circulació social en la comunitat.

Un altre aspecte clau és el fet que aquestes ràdios gravaven l'emissió a l'aire, al costat de les aportacions i preguntes dels oients, gravacions que, al seu torn, eren retornades a La Colifata. Això va generar una comunicació bidireccional interior-exterior, desdibuixant en bona mesura els límits dins-fora dels murs. És a partir d'aquesta particular dinàmica comunicacional que s'institueix el *dispositiu obert radiofònic* i també del saber fer del psicoanalista, membre de l'equip, que hi intervé i escolta. La veu de l'oient, que mitjançant els enregistraments entra posteriorment a l'hospital, és escoltada pels *interns*, però no és una escolta neutral i asèptica. En tant que la paraula d'un *altre* (l'oient) interpel·la l'íntern, es converteix en una paraula fundacional, que li atorga una existència de subjecte, el reconeix socialment com a tal.

Ara bé, al voltant d'un 90% dels interns participants a la ràdio estan clínicament categoritzats dins la psicosi, aquesta forma específica de *pèrdua de la realitat*, que construeix el deliri com una temptativa de cura. A la base de tot procés psicòtic hi ha el fracàs de la *metàfora paterna*, allò que Lacan anomena la *forclusió* del *Nom del Pare*, aquest *tercer simbòlic* la funció del qual és regular la inestabilitat fonamental de l'equilibri imaginari amb l'*altre* (Chemama, 2004). Si l'inconscient del *neuròtic* és fundat per un mecanisme de repressió i estructurat com un llenguatge, en les psicosis aquesta repressió no opera per l'absència d'aquest mecanisme, de la mateixa manera que el subjecte no entra en la simbolització pel llenguatge. Dit d'una altra manera, així com el neuròtic ho és en el discurs, es diu que el psicòtic ho és *fora* del discurs (Peusner, 2010).

En la psicosi, o més ben dit com puntualitza Olivera (2016), en la *irrupció del brot psicòtic*, el que falla “és la capacitat d'utilitzar el llenguatge com a representació que produeixi sentit a l'existència”. En paraules seves, la *metàfora delirant* és una temptativa de reemplaçar la no-inscripció de la metàfora paterna. Essent així, es pregunta de quina manera un *dir delirant* (Olivera,



En la psicosi, el que falla “és la capacitat d'utilitzar el llenguatge com a representació que produeixi sentit a l'existència”

2016) pot aconseguir un *valor de missatge* per esdevenir comprensible per a l'*altre* social que escolta, per arribar a la *normalitat* social dominant representada pel neuròtic.

Per a Percia (2004), La Colifata es constitueix com un lloc “d’enunciació i recepció col·lectiva. Un espai per a paraules encara no pronunciades. Suport per a una metàfora que parla” (p. 129). Hi contribueix la paraula de l’oient, que anomenant l’altre internat produeix uns efectes d’*acotament del gaudi* (Olivera, 2016) que en certa manera pot operar com un intent d’*inscripció en allò simbòlic*. D’altra banda, l’intern, en instal·lar preguntes on habiten les certeses, opera sobre l’imaginari social, possibilitant la deconstrucció de mites i prejudicis culturals sobre la bogeria. En aquest sentit, es pot parlar sense dubte de dispositiu per al treball en salut mental col·lectiva, atès que cada participant, des de dins o fora dels murs, solidàriament, posa quelcom de la seva part al servei d’un altre o, el que és el mateix, es dona una mútua producció de subjectivitat. La resposta que la proposta de La Colifata ha obtingut per part de la comunitat és una demostració que el dispositiu no apunta només a una necessitat de salut dels interns, sinó també a la de moltíssima gent. Tot ésser humà, sigui quina sigui la seva estructuració psíquica, necessita *reparar* alguna cosa, cap endins i cap enfora (Olivera, 2016). Reconèixer això és en certa manera *normalitzar*, igualar-nos en el patiment, encara que les formes d’expressió siguin diferents.

Una clau fonamental en tot el procés és, com apunta Olivera, l’acció que realitzen els oients d’invertir libidinalment la paraula del psicòtic, atès que *libidinitzar* el discurs és una manera d’ajudar a produir-lo. Perquè això sigui possible, és indispensable que el dispositiu sigui tan obert que permeti que es puguin donar les condicions de comunicabilitat d’allò que qui arriba porta amb si mateix, malgrat que sigui un deliri.

En resum, podem concloure que Radio La Colifata és un projecte polític en tant que el seu accionar té com a efecte la transformació profunda de les institucions de salut mental (macro), planteja i construeix maneres diferents d’interrelació (micro), al mateix temps que la presa de decisions s’emmarca en un procés de treball col·lectiu. És, doncs, un projecte *ètico-terapèutic*, perquè sorgeix d’una ètica que, partint de l’*apriorisme de reconèixer l’altre* com a subjecte capaç de produir diferència, genera recursos de producció de subjectivitat. Així, ètica i política unides en l’acció educativa mostren que tenen un potencial amb efectes terapèutics.

Microresistències possibles des de l’educació social

Les microresistències dels subjectes desajustats al que socialment se n’espera, les persones amb diagnòstic psiquiàtric que es resisteixen a sotmetre’s a l’etiqueta reduccionista de la malaltia i els professionals que renuncien a operar des d’una lògica *monològica* (Martínez Hernáez, 2008) constitueixen en si mateixes pràctiques polítiques. Es poden considerar polítiques en la mesura que reivindiquen la legitimitat d’aquests processos de *desajust* com a part de la capacitat d’*agència* del subjecte i de decisió sobre si mateix, donant un lloc de centralitat al recorregut biogràfic de la persona perquè pugui construir una nova narrativa despatologitzada sobre si i actuant sempre, com a dispositius, sota la premissa del rebuig absolut a tota forma de “normalització, ordre i estructura impositiva (Pié, 2015, p. 84), a tota dinàmica que impliqui la subjecció de l’altre, subjecció que no és altra cosa que un *esborrar-lo* com a subjecte.

El malestar individualitzat, patològitzat i medicalitzat és despolititzat pel poder terapèutic (López Petit, 2007), en canvi, si és col·lectivitzat esdevé un malestar polititzat. En paraules del psiquiatre Guillermo Rendueles (2011):

Polititzar les tristeses [...] requereix perdre l’esperança de millorar amb els fàrmacs o els consells que s’hi prescriuen per descobrir l’etiologia del dolor. Confiar en les persones properes més que en un professional llunyà perquè alleugi els meus duels requereix temps de convivència junts (p. 96).

Així, col·lectivitzar el malestar i les pràctiques per a un *estar millor* ja són en si mateixes pràctiques polítiques i, a parer nostre, l’única forma possible de pensar el treball educatiu en salut mental.

Això implica necessàriament que els professionals s’han de situar en un lloc diferent i sostenir aquesta posició d’horizontalitat que permeti qüestionar i dubtar de la pròpia praxi, conferir la marca de singularitat als mínims gestos i trobades (Guattari, 1996), evitant de caure en posicions de producció i reproducció de pràctiques de dominació.

Horizontalitat que no és sinònim de simetria, sinó de posició que estableix una relació que, tot i ser asimètrica, no ha de ser necessàriament jeràrquica (Giménez Martret, 2017) i a través de la qual, com ens va mostrar Freire, no es busca la creació d’un ésser-objecte, sinó d’un ésser-subjecte. Perquè això sigui possible, cal desvincular-se d’aquelles pràctiques paternalistes o assistencialistes basades en la generació de dependències, que no són sinó posicions de poder i dominació, per dotar-les d’aquesta paritat que reconeix subjectes de dret i, amb això, el potencial humanitzant de l’acte educatiu. És en aquest sentit que Cornu (2017) afirma que “si es busca tendir a l’emancipació per sobre de les desnivellacions que alimenten les dependències, cal un tomb complet: sostenir una igualtat en l’asimetria de llocs” (p. 101).



Es professionals s’han de qüestionar i han de dubtar de la pròpia praxi, conferir la marca de singularitat als mínims gestos

Pensar el treball col·lectiu des de fora d'un marc conceptual clínic permet situar-se en un espai social comunitari, entès com a productor de nous sentits per als subjectes de la bogeria. A partir de les praxis que sorgeixen d'aquests contextos col·lectius es pot facilitar que el subjecte elabori una nova narrativa sobre si mateix que, allunyant-lo de la identitat patologitzada, el situï en un lloc diferent, desemmaltant la seva identitat, és a dir que pugui ser construïda i contemplada més enllà de la noció de malalt mental (Correa-Urquiza, 2012). En aquest sentit, podríem dir que allò terapèutic (si és que s'esdevé) no seria l'objectiu original de la tasca educativa, sinó un efecte possible del fet de sentir-se part integrada de la comunitat.

En aquest sentit, assenyala Pié (2011, p. 263) que l'educador no educa, sinó que “articula territoris que fan possible experiències vitals que són les que veritablement eduquen”. En aquesta línia, podríem dir que l'educador no *cura* però habilita escenaris que possibiliten *experiències vitals* que potser (i només potser) poden tenir efectes terapèutics. En relació amb això, Olivera (2016) parla d'espais *en salut* i no *de salut*, en tant que la salut no és produïda per l'espai sinó per les condicions que puguin articular-s'hi. Així doncs, des de l'educació social hauríem d'apostar per habilitar dispositius educatius en què l'etiqueta diagnòstica amb què carreguen els participants resti en suspens, expulsada de l'espai col·lectiu. Això no significa negar l'existència de la “malaltia” com a tal, sinó rebutjar obertament que constitueixi la identitat de la persona amb patiment psíquic, al mateix temps que es reivindica que el subjecte sigui l'eix i el protagonista del seu propi procés. Perquè això sigui possible, s'ha de produir una conjunció de sabers que imprescindiblement inclogui el reconeixement del *saber profà* (Correa-Urquiza, 2009), el que sorgeix de l'experiència de patiment en el propi cos, “un saber que és producte de l'elaboració de les vivències que determinen i corporitzen el patiment, que constitueix en si mateix un tipus de coneixement amb possibles aplicacions pràctiques i efectives” (Correa-Urquiza, 2014).

Desenvolupar espais col·lectius d'atenció que operin des de lògiques diferents de la manicomial suposa, en paraules de Correa-Urquiza (2012), crear

nous dispositius d'escolta i acció social que funcionin dins de la comunitat des de lògiques relatives a allò comunitari. Això implicaria que el subjecte accedeixi a l'oportunitat d'abandonar els seus estatus i rols de pacient, de malalt mental, per tornar a ser fonamentalment persona, per accedir a l'opció de re-articular la seva identitat, de decidir què, qui i com vol editar i reestructurar la seva presència social. El seu lloc en el tot col·lectiu (p. 3).

Entenem en aquest context la idea *accedir* des de la doble accepció del terme, que no se li impossibilita l'accés i que el subjecte, per la seva banda, hi accedeixi, és a dir, que consenti a traspassar aquest llinar que mena de la passivitat del pacient al paper actiu de l'actor del procés. En relació amb això, és important destacar, com fa Correa-Urquiza (2012), que la possibilitat de prendre aquest rol actiu i una resignificació de la pròpia identitat passa

inevitablement per alliberar la paraula de la càrrega semàntica dominant pel que fa a la bogeria. Només la proposició i la circulació de nous sentits i significats pot fer quelcom per desactivar el gran pes d'estigmatització social que aquesta semàntica promou.

En aquest sentit, podem dir que el vell discurs assistencial, l'exclusió de la bogeria, la lògica de tancament del manicomi, etc., continuen avui operant amb la mateixa intensitat, malgrat que sigui sota diferents formes estructurals i simbòliques. Certament, en l'actualitat es tanca menys els subjectes entre murs institucionals físics, atès que han estat substituïts, principalment, pels *murs neuroquímics* (Martínez Hernáez, 2013) i les camises de força reemplaçades per una àmplia oferta de neurofèrmacs, ansiolítics i altres drogues farmacològiques, substàncies que, camuflant els símptomes, impedeixen que puguin ser entesos com un missatge del subjecte que *n'espera un desxiframent* (Baldiz, 2007), amb la qual cosa sembla innegable que continua operant la lògica de *silenciar l'angoixa per prescripció mèdica* (Pié, 2012). Això comporta, a més, la condemna a un tancament dins de si mateixos, en la individualitat més ferotge. Una individualitat tan internalitzada com a instrument de dominació invisible, que fins i tot és reclamada i exigida per grans capes de la societat. És el que Correa-Urquiza (2015) defineix com una fusió entre les *tècniques de dominació* i les *tècniques de si mateix*, les quals comporten avui un efecte d'autodominació en el subjecte. En aquest sentit, Marcuse (1968) ja ens va advertir que “la lliure elecció d'amos no suprimeix ni els amos ni els esclaus” (p. 38). El fet de poder revelar aquesta certesa fa més necessari que mai l'exigència ètica de recuperar allò polític, *retornant al subjecte la seva història* (Correa-Urquiza, 2015).

Un malestar que és polític

Actualment podem afirmar sense objeccions que el capitalisme és causa de malaltia. Com ens recorda Lipovetsky (2010), “com més triomfa el *consum-món*, més es multipliquen les desorganitzacions de la vida mental, el patiment psicològic, l'esforç de viure” (p. 192). D'aquesta manera, soscar a poc a poc el monopoli governamental de la realitat (Foucault, 1996) que avui dia ja no és en mans dels governs, sinó del capital, significa comprendre que realitat i capital són avui una mateixa cosa, una realitat òbvia en tant que se'ns presenta com a única i insuperable (López Petit, 2003). Aleshores, poder superar l'obvietat d'aquesta realitat plenament capitalista (López Petit, 2009) o, com a mínim, una temptativa de soscar-la, passa necessàriament per la construcció d'espais, dispositius i sabers col·lectius i comunitaris, tant en l'àmbit de la salut mental com en qualsevol altre àmbit d'allò social en què tingui lloc l'educació social. Com assenyala Barthes (1992), “no és possible pensar en una societat lliure si s'accepta d'entrada preservar-hi els antics llocs d'escolta: els del creient, del deixeble i del pacient” (p. 255).



Només la proposició i la circulació de nous sentits i significats pot fer quelcom per desactivar el gran pes d'estigmatització social que aquesta semàntica promou

Pensar una institució o estructura social la finalitat de la qual, com proposa Basaglia (1973), no estigui dirigida a la producció, entesa en el sentit econòmic clàssic, si no orientada al subjecte i les seves condicions de vida, produeix sens dubte efectes diferents. També caldrà entendre, per intentar transformar-les, la manera com algunes pràctiques, sabers i discursos ens “fan ser” d’una forma determinada, per a poder pensar altres formes possibles de ser (Jordana, 2018).

Resignificar políticament la noció mateixa de malaltia pot permetre produir altres efectes que contribueixin a un *estar millor* del subjecte

Per a obrir-se a aquest món de possibilitats noves, entenem que l’educador ha de prendre necessàriament un posicionament que li permeti no sucumbir al *sociototalitarisme de la normalitat* (Leo, 2010) que imposa el discurs hegemònic. En la mesura que el discurs psiquiàtric dominant, això que Artaud (1988) va definir com *jurisdicció sobirana i terrible*, que dona a la psiquiatria el *dret de mesurar l’esperit*, és un discurs que defensa els límits de la norma, sembla obvi que hi ha una relació entre psiquiatria i política (Basaglia, 1973). Coincidim amb l’autor en el fet que la política no cura, però sí que fa emmalaltir amb una definició que té un significat polític i, per tant, uns efectes també polítics. Si això és així, aleshores resignificar políticament la noció mateixa de malaltia, dotar d’un altre sentit el significat, repolitzar-lo, ens pot permetre produir altres efectes que –si bé potser no curen (o potser sí)– contribueixin a un *estar millor* del subjecte.

Renunciar a les solucions de caràcter assistencialista requereix alhora inventar espais en què sigui possible acollir els *estats de conflictivitat* (Percia, 2004). Al mateix temps, proposem fer extensible la idea de conflictivitat als educadors, pensar si som creadors de solucions o, més aviat, si determinades pràctiques que es pretenen educatives són, en si mateixes, part del problema generador d’exclusions diverses. En definitiva, com poèticament ens proposa Skliar (2014), “la qüestió a indagar és el si mateix, el problema és el nosaltres mateixos, cada vegada que allò igual, allò comú i allò normal són pronunciats com a origen i centre de l’univers” (p. 27). Pensar-nos a nosaltres mateixos com a part del problema pot permetre’ns, potser, ser-ne part de la solució.

Entendre l’educació social com una presa de posició, que dona la paraula més que no pas la pren, que escolta la de l’altre en lloc d’imposar la seva, que valora el subjecte contra l’objecte, allò heterogeni sobre allò homogeni, allò particular davant d’allò universal. Una universalitat que no té res a veure ja amb l’ideal kantiana, atès que avui “l’única cosa que és universal en el capitalisme és el mercat” (Deleuze i Guattari, 2001, p. 107). Davant d’això, si es pretén una acció educativa que incideixi en els processos de transformació subjectiva –la pròpia i la d’aquells amb qui treballem– no hi ha cap altra opció que, com ens suggereix Deleuze (2012), “apel·lar a produccions de subjectivitat susceptibles d’oferir resistències a aquesta nova forma de dominació [la del control obert i constant] molt diferent a la disciplinària” (p. 22). En un sentit similar, Leo (2011) ens anima a “no considerar el subjecte de l’educació com un ésser diagnosticat, adjectivat, sabut per endavant, sinó

a manera d’enigma, com una hipòtesi i una pregunta a resoldre que ens convida a treballar” (p. 135). És des d’aquesta posició hermenèutica de *mirar l’altre* com un enigma a desxifrar que s’obren noves possibilitats i escenaris per treballar, des de l’espai educatiu, en l’àmbit de la salut mental col·lectiva.

En conseqüència, entenem que l’educació social ha de defugir de la idea, que ha acabat convertint-se en dogma suposadament progressista, que pretén que ens hem de posar en el lloc de l’altre. Per contra, pensem que l’essència de la tasca de l’educador és, sobretot, no renunciar en cap cas a assumir la responsabilitat de ser l’altre que el subjecte de l’educació (i qualsevol subjecte) necessita per poder ser “un altre” (Fryd i Silva, 2010, p. 14). Renunciar a ocupar aquest lloc implica que l’educador dimiteix de la funció més essencial del seu ofici.



Conclusions

Aquest treball tenia com a objectiu pensar maneres possibles de mirar la salut mental des de l’educació social, explorar quines nocions d’altres disciplines ens poden servir per bastir un discurs que permeti sostenir unes pràctiques que puguin ser integradores i habilitadores del subjecte. Hem fet incursions en altres territoris com l’antropologia, la sociologia, la filosofia i, per descomptat, la pedagogia.

Hem conclòs que només poden ser pràctiques integradores aquelles que posin el subjecte de la salut mental al centre de l’acció, atès que no hi ha inclusió possible sense un reconeixement actiu del subjecte. Aquest reconeixement passa necessàriament per donar valor a la paraula del subjecte i a l’escolta de la paraula, posant en qüestió les pràctiques discursives hegemòniques. Per a això cal habilitar o (re)inventar espais i dispositius on aquesta paraula pugui ser enunciativa i posada en circulació.

Hem mostrat com aquests plantejaments teòrics es materialitzen en un cas pràctic com el de Radio La Colifata.

Així mateix, ens ha semblat fonamental distingir entre la noció de malaltia, vinculada a la semàntica biomèdica, per a oposar-hi la noció de patiment psíquic, orientada a la percepció subjectiva (Saavedra i Berenzon, 2014). Aquesta segona posició permet, a més, que el subjecte pugui elaborar una nova narrativa despatologitzada sobre si mateix i sobre allò que li passa, posant així en valor el *no-saber* dels oprimits (Freire, 1979). Considerem necessària una certa noció hermenèutica que permeti descodificar els signes lingüístics i simbòlics que existeixen en tota construcció discursiva, per a aconseguir tant com sigui possible una comprensió de la lògica operant en cada pràctica. Rescatem la noció de concebre el cos com un objecte polític socialment construït i la necessitat que una deconstrucció de la lògica domi-

nant només pot venir d'una pràctica que ha de ser també necessàriament política. Acceptant i compartint la idea que el capitalisme emmalteix, aquesta pràctica política, en conseqüència, ha de fomentar processos de producció de sentit i de relació social, radicalment diferents als promoguts pel model capitalista.

Una praxi que atorgui un lloc de centralitat a les persones, acollint-les, escoltant-les, no posant-hi obstacles, ni simbòlics, ni teòrics ni pràctics, possibilitant que siguin els autors de les seves pròpies narratives experiencials, sent copartípcips –ells i nosaltres– de la construcció de múltiples sabers compartits.

Defensem una educació experiencial oberta a l'esdeveniment inesperat, al fet que l'imprevist pugui esdevenir-se, una educació emancipadora

Defensem, en definitiva, una educació experiencial (i experimental) oberta a l'esdeveniment inesperat (Olivera, 2016), al fet que l'imprevist pugui esdevenir-se (Deligny, 1971), una educació emancipadora que només pot ser aquella que generi subjectivitats rebels i resistents (Salas, 2016). Una educació social crítica, entesa com a exercici de resistència enfront dels discursos i les pràctiques de dominació, posant en joc microresistències quotidianes que s'oposin a la irrefrenable tendència cap a "la ficció sanitària i la psiquiatrització de la vida quotidiana" (Solé i Moyano, 2017, p. 105) que envaeix els discursos i els espais educatius. Davant d'això, una forma de resistència eficaç ens sembla sens dubte la que planteja Pié (2015), la de ser un educador *hermeneuta*, capaç d'interpretar la *multidimensionalitat* entesa com a canvi radical en la teoria explicativa del com i el perquè del procés social, econòmic i polític d'emmalaltir.

Ricard Giménez Martret

Educador social

Professor del grau d'Educació Social

Universitat Oberta de Catalunya

Membre de la Taula de Reflexió en Educació Social (La TreS)

Membre del grup Clínica i Educació (CiE)

rgimenezmart@uoc.edu

Bibliografia

- Artaud, A.** (2007). *Van Gogh, el suicidado por la sociedad*. Buenos Aires: Argonauta.
- Artaud, A.** (1988). Carta a los directores de asilos de locos. En *Cartas a los poderes*. Buenos Aires: Argonauta.
- Baldiz, M.** (2007). El psicoanálisis frente al discurso del Amo contemporáneo. En *La sociedad terapéutica. Espai en Blanc. Materiales para la subversión de la vida 3-4*. Barcelona: Espai en Blanc, Bellaterra, 105-118.
- Barthes, R.** (1992). *Lo obvio y lo obtuso*. Barcelona: Paidós.
- Basaglia, F.; Basaglia Ongaro, F.** (1973). *La mayoría marginada. La ideología del control social*. Barcelona: Laia.
- Bordieu, P.** (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bordieu, P.; Boltanski, L.** (2009). *La producción de la ideología dominante*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Correa-Urquiza, M.** (2014). Radio Nikosia: Motín en la nave de los locos. En *Rethinking Madness. Interdisciplinary and multicultural reflections*. InterDisciplinary Press. Oxford-United Kingdom.
- Correa-Urquiza, M.** (2012). Salud mental: nuevos territorios de acción y escucha social: saberes profanos y estrategias posibles. En Desviat, M.; Moreno, A. [eds]. *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 885-894.
- Correa-Urquiza, M.** (2009). *Radio Nikosia. La rebelión de los saberes profanos. Otras prácticas, otros territorios para la locura*. Tesis doctoral. Universitat Rovira Virgili: Tarragona.
- Correa-Urquiza, M.; Arqués, E.; Gonzalo, N.** (2005). Pròleg. Emitiendo en el vaivén. En Diversos autors. *El libro de Radio Nikosia. Voces que hablan desde la locura*. Barcelona: Gedisa.
- Chemama, R.; Vandermersch, B.** (2004). *Diccionario del psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cornu, L.** (2017) Acompañar: el oficio de hacer humanidad. En Frigerio, Korinfeld, Rodríguez (coords.). *Trabajar en instituciones: los oficios del lazo*. Buenos Aires: Noveduc, 101-116.
- Csordas, T.** (1994). *Embodiment and Experience*. Cambridge: Harvard University Press.
- Deleuze, G.** (2012). ¿Qué es un dispositivo? En Deleuze, Tiquun. *Contribución a la guerra en curso*. Madrid: Errata Naturae, 9-25.
- Deleuze, G.; Guattari, F.** (2001). *¿Qué es la filosofía?* Barcelona: Anagrama.
- Deligny, F.** (1971). El grupo y la demanda. A propósito de la Gran Cordada. En Deligny, F. *Los vagabundos eficaces*. Barcelona: Estela.
- Foucault, M.** (2016). *Enfermedad mental y psicología*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M.** (2006). *Historia de la locura en la época clásica*. Madrid: FCE.
- Foucault, M.** (1996). *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira.
- Freire, P.** (1979) *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI.



Fryd, P.; Silva, D. (2010). Una experiencia de producción de conocimiento en educación social. En Fryd, Silva (coords.). *Responsabilidad, pensamiento y acción*. Barcelona Gedisa, 11-17.

Garcés, M. (2013). *Un mundo común*. Barcelona: Bellaterra.

García Molina, J. (2011). Agentes dobles. En Sáez, García. (coords). *Metáforas del educador*. Valencia: Nau Llibres, 15-20.

Geekie, J. (2006). Escuchar las voces que oímos. La comprensión de los clientes de las experiencias psicóticas. En Read, Moshe, Bentall [comps] *Modelos de locura*. Barcelona: Herder, 181-195.

Giménez Martret, R. (2017). *Pensamiento libertario y educación social*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya. Laboratorio de educación social.

Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Gramsci, A. (1967). *La formación de los intelectuales*. México: Grijalbo.

Guattari, F. (1996). *Caosmosis*. Buenos Aires: Manantial.

Horkheimer, M. (1974). *Teoría crítica*. Buenos Aires: Amorrortu.

Jordana, E. (2018). Gobierno biopolítico del malestar e infraestructuras de cuidado. En Solé, J. y Pié, A. [coords.]. *Políticas del sufrimiento y la vulnerabilidad*. Barcelona: Icaria, 73-108.

Julià, A. (2005). La salud mental en el corazón de la educación social. En *Revista de Educación Social, núm. 3, gener 2005* [Monogràfic Salut mental y educación social].

Leo, J. M. (2010). El encuentro con la psicosis, el trabajo del educador. *L'interrogant, núm. 11*. Barcelona: Fundació Nou Barris, 38-40.

Lipovetsky, G. (2010). *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo*. Barcelona: Anagrama.

López Petit, S. (2009). *La movilización global. Breve tratado para atacar la realidad*. Madrid: Traficantes de Sueños.

López Petit, S. (2007). Politizaciones apolíticas. En *La sociedad terapéutica. Espai en Blanc. Materiales para la subversión de la vida* 3-4. Barcelona: Espai en Blanc; Bellaterra, 15-34.

López Petit, S. (2003). *El infinito y la nada. El querer vivir como desafío*. Barcelona: Bellaterra.

Luckács, G. (1969). *Historia y conciencia de clase. Estudios de dialéctica marxista*. México: Grijalbo.

Marcuse, H. (1968). *El hombre unidimensional*. Barcelona: Seix Barral.

Martínez Hernández, A. (2016). Contribuciones antropológicas a la salud mental. En Pié, A. [coord]. *Estrategias antropológicas y pedagógicas en salud mental*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya, 13-70.

Martínez Hernández, A. (2013). Fuera de escena: la locura, lo obscuro y el sentido común. En Martínez Hernández; DiGiacomo; Masana (Eds.). *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*. Tarragona: Universitat Rovira Virgili, 199-220.

Martínez Hernández, A. (2008). *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

Martínez Westerhausen, A. (2013). El autismo no es una epidemia del siglo XXI. En Monseny, J. [coord]. *El autismo, un reto para la colaboración entre clínicos y pedagogos*. Barcelona: Horsori, 9-20.

Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Merleau-Ponty, M. (1981). *La fenomenología de la percepción*. Barcelona: Gedisa.

Olivera, A. (2016). *Experiencias innovadoras en el ámbito de la salud mental*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

Parsons, T. (1982). *El sistema social*. Madrid: Alianza.

Percia, M. (2004). *Deliberar las psicosis*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Peusner, P. (2010). *Reinventar la debilidad mental. Reflexiones psicoanalíticas en torno a un concepto maldito*. Buenos Aires: Letra Viva.

Pié, A. (2015). Hegemonía, subalternidad y participación social. En Pié, A. (coord). *Salud mental colectiva I. Participación, inclusión y ciudadanía*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya, 63-125.

Pié, A. (2014). *Por una corporeidad postmoderna. Nuevos tránsitos sociales y educativos para la interdependencia*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

Pié, A. (2012). Diálogos entre juventud y locura. En García Molina (coord). *Pensar, mirar, exponerse*. València: Nau Llibres, 153-160.

Pié, A. (2011). Manifiesto contrapedagógico. En Moyano; Planella [coords]. *Voces de la educación social*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya, 255-268.

Rancière, J. (2010). *El maestro ignorante. Cinco lecciones sobre la emancipación intelectual*. Barcelona: Laertes.

Rendueles, G. (2011). El estado de malestar. En *El Estado Mental I. Tenemos que hablar*. Madrid: El Estado Mental, S.L., 81-96.

Saavedra, N.; Berenzon, S. (2014). Tés, medicamentos, grupos de autoayuda. Trayectorias de atención y salud mental en la Ciudad de México. En Brigidi, S.; Comelles, J.M. [eds.] (2014). *Locuras, culturas e historia*. Tarragona: Universitat Rovira Virgili, 105-128.

Santos, M. (2008). Ideas filosóficas que fundamentan la filosofía de Paulo Freire. En *Revista Iberoamericana de educación*, 46, 155-173.

Salas, M. (2016). Freire y la locura: estrategias pedagógicas desde saberes hechos de experiencia. En Pié, A. [coord]. *Estrategias antropológicas y pedagógicas en salud mental*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya, 71-112.

Scheper-Hughes, N.; Lock, M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1.

Skliar, C. (2014). La belleza deficiente. Prólogo. En Pié, A. (2014). *Por una corporeidad postmoderna. Nuevos tránsitos sociales y educativos para la interdependencia*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya, 19-30.

Solé, J.; Moyano, S. (2017). La colonización Psi del discurso educativo. En *Foro de Educación*, v. 15, núm. 23, juliol-desembre 2017, 101-120.



Resum

Centenars de joves menors d'edat nascuts al Magrib arriben cada any a Espanya a la recerca d'un futur millor. La realitat d'aquests joves des que prenen la decisió d'emigrar cap a un país que pugui donar resposta a les seves esperances sovint esdevé un descens cap a l'exclusió, pel camí del patiment personal en totes les seves àrees (social, psicològica, física, espiritual i cultural). L'objectiu d'aquest article és fer confluïr diversos tòpics rellevants per a la descripció dels elements que constitueixen factors de risc de patir problemes de salut mental: des del risc mortal no reconegut d'un viatge cap al nostre país, fins al contacte amb el sistema de protecció que deixarà molts d'aquests nois fora, al carrer. Un cop són en situació de sensellarisme, els estressors previs i posteriors s'acumulen en cada jove i generen una situació de tant estrès que provoca un alt risc que tinguin un perjudici en la seva salut mental amb conseqüències que podrien acompanyar-los tota la vida.

Paraules clau

Joves extutelats, immigració, sensellarisme, salut mental, drogodependències.

Salud mental, sinhogarismo y vulnerabilidad de jóvenes extutelados

Centenares de jóvenes menores de edad nacidos en el Magreb llegan cada año a España en busca de un futuro mejor. La realidad de estos jóvenes desde que toman la decisión de emigrar hacia un país que pueda dar respuesta a sus esperanzas se torna en muchos casos un descenso hacia la exclusión, por el camino del padecimiento personal en todas sus áreas (social, psicológica, física, espiritual y cultural). El objetivo de este artículo es hacer confluír varios tópicos relevantes para la descripción de aquellos elementos que constituyen factores de riesgo de padecer problemas de salud mental: desde el riesgo mortal no reconocido de un viaje hacia nuestro país, hasta el contacto con el sistema de protección que dejará a muchos de estos chicos fuera, en la calle. Una vez están en situación de sinhogarismo, los estresores previos y posteriores se acumulan en cada joven generando una situación de tal estrés que provoca un alto riesgo de que tengan un perjuicio en su salud mental con consecuencias que podrían acompañarlo de por vida.

Palabras clave

Jóvenes extutelados, inmigración, sinhogarismo, salud mental, drogodependencias.

Mental health, homelessness and vulnerability of young former state wards

Hundreds of minors born in the Maghreb come to Spain every year in search of a better future. The reality of these young people after taking the decision to migrate to a country that might fulfil these hopes often entails a descent into exclusion, a trajectory of personal suffering in all areas (social, psychological, physical, spiritual and cultural). This article discusses several relevant topics for describing the elements that constitute risk factors for mental health problems: from the unrecognised risk to life of the journey to our country to contact with a system of protection that will leave many of these boys on the street. Once they are in a situation of homelessness, pre- and post-stressors accumulate in each young person and generate a situation of such stress that there is a high risk of damage to their mental health, with consequences that they may have to live with for the rest of their lives.

Keywords

Former state wards, immigration, homelessness, mental health, drug addiction.

Com citar aquest article:

Calvo, Fran; Shaimi, Mostafà (2020).
Salut mental, sensellarisme i vulnerabilitat de joves extutelats.
Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 75, 117-144.

▲ Introducció

El periple de joves marroquins

Any rere any arriben a Espanya centenars de joves sols, menors de divuit anys o amb la majoria d'edat acabada de fer. Els motius d'aquesta arribada no estan desvinculats de les causes generals de les migracions contemporànies (des de les qüestions postcoloniales i les desigualtats econòmiques a nivell global, passant pel fracàs dels estats, dels països d'aquests joves, per crear processos democràtics, fins al reflex en forma d'anhel d'allò que es diu *Occident*) i que tendeixen a generar, en els països empobrits, la *cultura del migrar* (la idea permanent i constant de voler partir). De fet, la realitat d'aquests joves és un bon termòmetre per saber quines dinàmiques i quin volum de migracions es pot arribar a produir en un futur immediat. És a dir, el malestar i l'estancament de possibilitats d'un futur digne són un bon indicador, que caldria tenir en compte si el que es vol és prevenir que marxin del seu país d'origen.

La seva fortalesa d'ésser joves amb ganes de trobar un futur millor es transforma en un element de fragilitat i inestabilitat

Això no obstant, aquest fenomen també té unes característiques pròpies que el diferencien de les migracions de les persones adultes. El fet de ser joves, i alguns d'ells menors d'edat, els fa més vulnerables en el nou context. Alguns ja vivien situacions de vulnerabilitat al seu país d'origen, però l'acumulació de violències (des de l'abandonament del seu entorn i els seus vincles familiars i comunitaris, passant per la manera com marxen –jugant-se la vida a sota d'un autocar o en una pastera–, fins que veuen com les seves expectatives es fonen un cop arriben al seu destí somiat i experimenten una profunda frustració i inseguretat dins el sistema de protecció) fa que la frustració, el bloqueig i la desorientació en diferents nivells es converteixin en una realitat estructural en les seves vides. D'aquesta manera, precisament la seva fortalesa d'ésser joves amb ganes de trobar un futur millor es transforma en un element de fragilitat i inestabilitat. Amb un risc elevat de patir (o estar patint ja) exclusió residencial i, per tant, de patir problemes de salut mental (Fazel, Geddes i Kushel, 2014), el jove es troba en una de les situacions d'exclusió social més greus de la nostra societat.

Objectius i mètode

L'objectiu d'aquest article és fer una reflexió sobre alguns dels elements que intervenen quan s'inicia el periple migratori d'un jove menor d'edat no espanyol, des que parteix de la seva terra fins que arriba al seu destí, passant pel sistema de protecció de la infància i l'adolescència, i entrant en contacte amb equips professionals que saben que en molts casos el seu futur passarà irremediament per l'expulsió del sistema i per viure situacions extremes de desesperament i exclusió social.

També reflexionarem sobre el concepte de sensellarisme i sobre si aquests joves han de ser inclosos en aquesta categoria *mentre* són tutelats o no. També sobre els riscos que amenacen la seva salut mental i la possibilitat que es generi una espiral *patològica* d'exclusió-malaltia, de difícil escapadòria i pitjor pronòstic.

Per fer-ho, s'ha dut a terme un discurs reflexiu crític i teòric-documentat que s'ha reforçat amb la inclusió dels testimonis directes en forma d'històries de vida, de set persones. D'una banda, cinc joves extutelats en diferents centres de menors a Catalunya amb edats compreses entre els 18 i els 20 anys i tres persones sense llar (PSL) de la ciutat de Girona d'entre 31 i 51 anys. S'han analitzat les seves reflexions i els seus cometaris, una part dels quals s'inclouen a l'article. Per això se'ls va proposar una breu entrevista d'entre trenta i noranta minuts de la qual es van prendre notes, amb l'objectiu d'explicar qüestions que els van afectar, relatives al sistema de protecció o a l'experiència de sensellarisme. Les entrevistes als joves extutelats es van fer en àrab i es van traduir. Els participants van donar el seu consentiment perquè es transcrivessin les seves opinions i s'inclouessin en aquest article, sempre de forma anònima i confidencial.

Aquest treball s'ha dut a terme complint amb els principis ètics per a la recerca amb éssers humans, proposats a la Declaració d'Hèlsinki de 1964 i revisats a la 64a Assemblea General de l'Associació Mèdica Mundial a Fortaleza (Brasil) el 2013.

La visió del sistema de protecció a la infància i l'adolescència des de la perspectiva dels joves

Tot i que el fenomen dels joves menors d'edat immigrants sols té presència al nostre país des de fa més de dues dècades, cada any les administracions es desborden per l'arribada de més joves. Hi ha prou elements que ens porten a qüestionar, sempre en termes qualitius, el model de protecció; un model que té símptomes d'estancament o, dit d'una altra manera, evidències de fracàs que van més enllà d'errors puntuals en la gestió o desajustos en l'aplicació. La qüestió del desbordament del sistema d'atenció és la part més visible d'un problema de fons. És la punta de l'iceberg que indica la magnitud del problema. ¿Quins són els problemes més importants que té el model d'atenció¹ que ens porta a afirmar que el model ha fracassat o, almenys, que no dona respostes satisfactòries per a aquests joves?

Per respondre a aquesta pregunta no farem una anàlisi dels dispositius de les administracions per veure la qualitat dels serveis i avaluar els protocols d'actuació i els mecanismes emprats per a garantir una bona atenció a aquests



La qüestió del desbordament del sistema d'atenció és la part més visible d'un problema de fons

joves. Tampoc no avaluarem la intervenció socioeducativa (això requeriria una atenció i un disseny d'investigació específics i va més enllà dels objectius d'aquest article). El que farem en aquesta primera part serà: *i)* valorar fins a quin punt aquest sistema de protecció assoleix els objectius que s'ha fixat (protecció, autonomia i emancipació dels joves), entenent que si no es compleixen de manera satisfactòria el resultat tindrà una repercussió molt negativa sobre els joves, probablement irreversible, i *ii)* veure quina repercussió (material, social i emocional) té el model en els joves, tenint en compte l'opinió i la valoració que fan del sistema que té la missió de protegir-los i oferir-los itineraris segurs que els permetin encaixar a la societat. El nostre enfocament de l'impacte de les polítiques, l'acció i la intervenció sobre aquests joves no pretén minimitzar o posar en segon ordre aquestes polítiques. De fet, és evident que hi estan vinculades. Diríem més: la violència exercida des de l'acció política és un dels factors determinants de destrucció dels projectes d'aquests joves.

MENA: categoria política de conseqüències fatals

Abans d'entrar a identificar les situacions concretes que generen en els joves desconcert, inseguretat, desorientació i rebuig al sistema de protecció, volem assenyalar dos aspectes de caràcter general que delimiten l'horitzó de sentit de l'acció política i marquen la pauta de la intervenció envers ells.

La primera qüestió que volem assenyalar és la mirada i la concepció que el sistema de protecció té d'aquests joves i que és eminentment paradoxal. D'una banda, el sistema els ofereix protecció immediatament, un cop són en territori espanyol. Pel fet de ser menors d'edat –nens i nenes– s'activen els protocols de protecció a la infància. La Llei 26/2015, de 28 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i adolescència, a l'article 9 cinquè del capítol III, diu: “Els menors estrangers que siguin a Espanya tenen dret a l'educació, assistència sanitària i serveis i prestacions socials bàsiques, en les mateixes condicions que els menors espanyols”. Aquesta equiparació entre els menors d'edat espanyols i els estrangers, en termes de dret, que es manifesta en aquesta part de l'article conté una diferència implícita en termes de categoria jurídica que s'explicita immediatament en el paràgraf següent del mateix article: “Els poders públics, en el disseny i elaboració de les polítiques públiques, tindran com a objectiu aconseguir la plena integració dels menors estrangers en la societat espanyola, mentre romanguin en el territori de l'Estat espanyol, en els termes que estableix la Llei Orgànica 4/2000, d'11 de gener, sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social”.

Aquesta concepció paradoxal infància-immigració atorga drets, però amb limitacions. El legislador vincula la situació dels joves menors d'edat sense referents a la llei d'estrangeria que està sota el paraigua de la gestió dels pro-

cessos migratoris a Europa. És a dir, la vincula a la legalitat administrativa, normatives d'estrangeria i regulació d'estada i residència. Concebre aquests joves com a immigrants menors d'edat i, per tant, inscrits intrínsecament al registre de l'estatus jurídicolegal d'estranger els posiciona en el límit de l'estat de dret tot estant dins del sistema de protecció infantil. L'objectiu que marca la llei –i que el col·loca com un deure de les administracions competents– d'aconseguir la plena integració d'aquests joves en la societat espanyola no es podrà materialitzar si no s'equiparen administrativament els seus drets als dels menors d'edat espanyols. Som davant la invenció d'una categoria jurídicopolítica: nens immigrants tutelats per l'Estat. Es pretén l'equiparació dels drets i, per tant, la igualtat d'oportunitats, però al seu torn es marca el terreny cap a una *desigualtat originària* que impossibilita aquesta equiparació. El legislador, dins el marc de l'estat-nació, pot introduir distincions entre espanyols i no espanyols, sobretot en el moment de l'arribada de les persones immigrants, i regular-ne l'inici de l'estada, però en cap cas aquesta distinció ha de ser basada en termes del dret. Aquesta categoria, en la qual hi ha aquests joves, no ha estat acompanyada per altres mecanismes facilitadors que els puguin ajudar a incorporar-se a la societat. S'ha produït una mena d'*aïllament jurídic* que ha provocat bloqueig, inseguretat i marginació i ha impedit i impedeix una bona evolució d'aquests joves en la nova societat.

La segona qüestió que condiciona la intervenció sobre aquests joves és que, en general, són vistos i concebuts com un problema social. El fet de deixar el seu país d'origen i les condicions dramàtiques del viatge els col·loca en una posició de *subjectes excepcionals* que compleixen amb el marc de problemàtica social (famílies desestructurades, contextos de pobresa, marginalitat, desequilibri emocional). És una conseqüència d'aquesta concepció considerar-los una unitat: MENA. Concebre que la seva presència és una anomalia influeix en la percepció i el tracte cap a aquests joves. La concepció com a *unitat-problema* fa que el tracte (institucional, personal, social, professional, en mitjans de comunicació) sigui en termes d'estigmatització i criminalització. Aquesta dinàmica influeix fins i tot la intervenció educativa, i molts dels conflictes que es generen entre els professionals que treballen amb aquests joves estan vinculats a aquesta percepció. D'aquesta manera es produeix *desconnexió* entre el professional i el jove i es perd la legitimitat que hauria de tenir el professional a l'hora de desenvolupar la seva acció educativa i el seu rol de referència. Aquesta concepció com a *unitat-problema* xoca amb el projecte dels joves i les ganes que tenen de viure a la nova situació. Els joves noten que hi ha una imatge creada sobre ells que els precedeix i els condiciona el tracte. Les expectatives es frustren els primers dies dins del sistema de protecció. Per a ells arribar a Europa és un petit pas cap al triomf, cosa que els il·lusiona i és la font que mou la seva energia i voluntat perquè perceben la possibilitat de complir els seus somnis. La incomprensió i desconnexió dels professionals i el fet que no es consideri els joves com a subjectes polítics que poden decidir i han de decidir sobre les seves pròpies vides fa que molts d'aquests joves entrin en espirals d'abandonament del



La incomprensió i desconnexió dels professionals i el fet que no es consideri els joves com a subjectes polítics que poden decidir fa que molts entrin en espirals d'abandonament

projecte. Així ho indicava un jove del Marroc que va arribar en pastera el 2018:

Quan vaig venir a Espanya tenia moltes ganes de conèixer *legwar* [els occidentals], tenir xicota, aprendre un ofici, treballar per enviar diners a la meva mare i viatjar. Volia visitar molts llocs a Europa. Però aquesta il·lusió es va anar apagant. Primer que quan explicava això, els educadors i les educadores se'n reien i em deien que com a molt aconseguiria treballar en un escorxador, igual que tots els marroquins. [...] Quan demanava alguna cosa als educadors o les educadores, com ara que volia anar al metge perquè em feia mal un queixal em deien que sempre tenia exigències. No es demana anar al metge per qualsevol cosa. I si hi insistia em deien: però si al Marroc no hi tenies res..., per això has vingut aquí. (Y. K., 18 anys).

Algunes estacions i aturades en el trajecte de la violència i el maltractament

Després d'exposar els condicionants generals que contextualitzen i delimiten el tracte amb els joves immigrants sense referents familiars a Espanya, ara dibuixarem el recorregut en el qual s'identifiquen algunes de les situacions que poden qualificar-se de vulneració de drets i, per tant, com a situacions de violència que afectaran negativament els joves a diferents nivells (emocional, d'expectatives, de convivència, sobre la seva concepció de la societat i sobre com encaixar-hi, entre d'altres).

L'acollida policial

Per a la majoria dels casos, la via d'entrada al sistema de protecció és a través del contacte amb agents de policia². És a dir, un jove s'ha de presentar en una comissaria de policia, manifestar que és menor d'edat i demanar protecció. Sovint la policia no acull el jove i li denega la petició sense que quedi constància d'aquest acte en cap registre. Un jove del Marroc que va arribar en pastera el 2019 relatava la seva experiència de feia cinc mesos amb les paraules següents³:

Em van dir que per anar a un centre havia d'anar primer a una comissaria. Tenia por d'anar a comissaria. No entenia per què hi havia d'anar si era menor i havia d'estar en un centre. [...] Alguns dels joves que coneixia em van indicar a quina comissaria havia d'anar perquè hi ha comissaries que expulsen els joves que demanen que els portin a un centre. Però com que volia anar a un centre on sabia que vivia un amic del meu barri del Marroc, vaig anar a una comissaria de [...] ⁴. Però el policia que em va atendre no em va deixar ni parlar. Li deia: "Jo... menor... centre". I ell em va demanar el passaport. Li vaig

ensenyar la partida de naixement i altres documents, però em va dir: "Això no... passaport..., si no, fora. Al final em va fer fora de la comissaria. Era ben entrada la tarda. Vaig dormir al carrer. (A. A., 18 anys).

Un altre jove del Marroc aportava la seva experiència de feia nou mesos d'aquesta manera:

Sabia que per entrar en un centre havia d'anar a una comissaria. Em feia por anar-hi sol. Com que no trobava ningú que m'hi acompanyés vaig trigar potser uns deu dies a presentar-m'hi. Sort que era estiu perquè vaig dormir en un parc. Al final, un home que venia a passejar el seu gos cada matí em va ajudar [...]. Em portava esmorzar i un dia em va preguntar si necessitava ajuda i li vaig demanar que m'acompanyés a la comissaria. Ens enteníem pel Google Translate® del seu mòbil. Em va acompanyar a comissaria. Recordo que va tenir problemes. La seva conversa amb el mossos d'esquadra no era amistosa [...]. Vaig estar tres dies a comissaria. No era gens agradable. Les mirades de la policia eren de menyspreu. Em van portar en un cotxe de la policia a un centre d'emergència. La sensació que tenia era de ser un delinqüent. (A. M., 18 anys).

Efectivament, aquesta via d'entrada no és la més adequada per ser el primer contacte que pot tenir un nen que necessita protecció. D'una banda, la policia no està preparada per atendre aquestes situacions i, de l'altra, és una via com a mínim intimidatòria per als joves. Una atenció de qualitat a un menor d'edat no pot començar pel pas del jove buscant l'atenció de les forces de seguretat, sinó per un servei tècnic adequat que pugui atendre'n les necessitats en un moment especialment fràgil. Cal tenir en compte que, segons a quins municipis o ciutats, els serveis policials estan en tensió constant amb aquests joves. Per als cossos de seguretat aquests joves responen a un perfil que ells han de controlar i vigilar. Per tant, quan se'ls atorga la funció de la primera acollida i entrada al sistema, es posa en risc als joves.

Els moros amb els moros a la muntanya

Les aglomeracions en els centres residencials de diferents tipologies són una gran barrera per a la incorporació d'aquests joves a la societat⁵. Molts d'aquests centres estan aïllats dels nuclis urbans i amb poques possibilitats (o cap) d'enllaç amb transport públic. Aquest aïllament genera un efecte negatiu per als joves. Molts d'ells tenen ganes d'interactuar amb altres persones. Les dificultats de trasllat del centre a la ciutat per manca de mitjans de transport privat dels mateixos centres agreugen encara més la situació. Les conseqüències d'aquest aïllament són múltiples: tensió en els centres, fugues constants i dificultats en l'aprenentatge de la llengua castellana o catalana perquè no es practica l'idioma en un entorn natural i significatiu, entre d'altres. La convivència en aquest context es fa molt difícil i la funció educativa



Les dificultats de trasllat del centre a la ciutat agreugen la situació: tensió en els centres, fugues constants i dificultats en l'aprenentatge de la llengua castellana o catalana

gairebé desapareix perquè es converteix en un constant marcar límits i aplicar expedients sancionadors per mantenir l'ordre al centre. Així ho relatava un jove que va arribar a Espanya l'any 2019, a sota d'un camió:

Quan vaig arribar aquí vaig estar quatre dies a comissaria amb quatre compatriotes, després vam estar tres setmanes a la muntanya, en una casa amb més de vint marroquins més. Des d'allà ens van portar a una casa de convivències també molt aïllada. En total érem trenta-quatre joves del Marroc que hi vam estar durant cinc mesos [...]. Sempre en grups de marroquins. Fa més de dos anys que soc aquí i no conec gent d'aquí a part d'educadors o altres persones que treballen al centre. (M. E., 17 anys)⁶.

En el mateix sentit, un altre jove que va arribar del Marroc el 2018 a sota d'un camió explicava el següent:

Vaig viure molt malament que ens portessin a [...]⁷, lluny de la ciutat. Jo, al Marroc, vivia en un poble petit i un dels meus somnis era viure a la ciutat. No trobava el sentit al fet de ser allà [...]. No hi havia transport públic i el centre tenia només una furgoneta i de vegades estàvem una setmana o més sense sortir de centre. De vegades, si hi havia alguna urgència i necessitaven la furgoneta, no ens portaven als cursos que teníem. Quan ens queixàvem ens deien que allò era el que teníem. Desitjava anar-me'n d'aquell centre. M'ha afectat molt a nivell anímic. Molts joves se n'anaven dos o tres dies i després tornaven al centre [...]. Estava fart que sempre ens portessin amunt i avall en grup, com un ramat. Érem molt visibles arreu on anàvem. (B. S., 18 anys).

Aquestes declaracions, que descriuen alguns aspectes de la vida d'alguns centres, no són casos excepcionals. És constant que, en molts centres, aquests joves visquin aquest aïllament amb molta tensió i violència, que els confronta amb els professionals del centre.

Relació entre joves i equips professionals

L'estada dels joves en els centres residencials no sempre és agradable i tranquil·la. La dinàmica dins dels centres, sobretot els de primera acollida o emergència, moltes vegades és de tensió i confrontació. És evident que l'acció educativa, de vegades, passa per moments de tensió. Tot allò que té a veure amb marcar límits, canviar conductes i hàbits té un punt de violència.⁸ La qüestió determinant aquí és el grau i durada d'aquesta *violència*. Quan aquesta tensió es converteix en la norma, no hi ha funció educativa possible. Cal tenir en compte que sovint aquesta tensió és provocada per la impossibilitat de trobar alternatives i recursos més adequats en cada moment i per a cada jove.⁹

És evident que l'objectiu de tots els dispositius que intervenen amb joves és garantir-ne els drets i treballar per protegir-los i inserir-los en la socie-

tat. Aquest fet es constata en la documentació, els escrits i els materials que s'elaboren per dissenyar els programes, projectes i línies d'actuació. També és evident que la formació que reben els futurs professionals i la formació continuada van en la mateixa direcció. Ara bé, la pregunta que cal fer-se és: ¿Hi ha una consecució de l'objectiu marcat? O, més ben dit, ¿el disseny dels programes i projectes té en compte la situació actual i dona resposta a la realitat i les necessitats d'aquests joves? ¿La formació que reben els estudiants d'educació social, treball social, psicologia, pedagogia, infermeria, teràpia ocupacional, medicina, entre d'altres, és adequada per fer front als contextos canviants i dinàmics en què han de treballar?, ¿fins a quin punt les condicions materials afavoreixen, garanteixen i ajuden a complir els objectius?, ¿la manca d'aquests recursos pot justificar l'incompliment dels objectius?

Cal analitzar tots aquests elements i posar-los en relació amb la consecució o no dels objectius. En aquest punt, ens fixem en una qüestió concreta: la desconexió que es genera entre el jove i el professional. I volem centrar l'atenció sobre l'explicitació de la repercussió i l'impacte que aquesta desconexió té en els joves.

Els professionals del sistema de protecció¹⁰ que atenen de forma directa els joves són, en certa manera, l'expressió concreta del sistema de protecció. És a dir, condensen l'expressió de l'ambivalència del sistema: *protecció i garantia de drets versus desprotecció i vulneració de drets*. I d'altra banda són la baula més feble d'aquesta estructura. Aquesta situació provoca tensió ètica i política (de vegades conflictiva) en alguns professionals, la qual els aboca a decidir (de vegades conscientment, de vegades no) sobre quin paper jugaran en aquest tauler de joc. Els professionals sobreviuen la contradicció de diferents formes: n'hi ha que busquen estratègies per driblar, tant com sigui possible, les parts violentes del sistema de protecció a favor del jove, però n'hi ha que, per garantir la seva continuïtat en el lloc de treball (o, per què no?, per complaure la institució prestadora de serveis i tractar d'ascendir-hi), tendeixen a responsabilitzar el jove del fracàs del sistema. Aquesta posició d'alienació professional es construeix amb el temps i no és essencial en el professional: es tracta d'una adaptació al context. La base formativa i la voluntat del professional és voler garantir els drets dels joves, però la violència estructural exercida pel sistema i les condicions concretes i quotidianes sovint corrompen la missió i la funció per a la qual ha estat contractat.

Aquesta violència, exercida també sobre el professional, és una de les matrius de la desconexió que hi ha entre jove i professional. No col·locar el jove al centre d'interès de tota acció del sistema de protecció genera un biaix d'ordenació. És evident que el jove és el responsable dels seus actes i, justament, el treball educatiu, que té com a objectiu fomentar l'autonomia i treballar per a la consecució de l'emancipació, passa per treballar aquesta responsabilitat fins a aconseguir aquests objectius. Així, responsabilitzar el jove del fracàs del sistema és símptoma d'impotència i incapacitat de gestió de conflictes.



La violència estructural exercida pel sistema i les condicions concretes i quotidianes sovint corrompen la missió i la funció per a la qual ha estat contractat el professional

La desconexió entre joves i professionals té diferents expressions, algunes de les quals, de caràcter general, ja s'han reflectit a l'inici d'aquest article. D'altres, les esquematitzem a continuació: *i)* poc coneixement sociopolític de la realitat del país d'origen, *ii)* poc reconeixement del que significa jugar-se la vida per arribar a Europa, *iii)* poca consciència de l'estat d'excepció que viuen aquests joves a diferents nivells, *iv)* no tenir consideració per les seves reivindicacions i opinions, *v)* no defensar els drets d'aquests joves quan són vulnerats per part d'un company professional, agents policials, etcètera, *vi)* la culturalització de totes les seves expressions i manifestacions i *vii)* la constant infantilització.

Totes aquestes qüestions provoquen que els joves no reconeguin l'autoritat dels professionals i entrin en una relació de manipulació i conflictivitat. Si el que es denomina *vincl*e amb el jove és el que facilita la consecució dels objectius, la manca d'aquest vincl e és allò que l'obstaculitza. Aquesta dinàmica provoca l'absència de l'acció educativa, atès que la presència del professional es destina, principalment, a la gestió de conflictes. Es polaritzen dos bàndols: professionals *versus* joves. Els professionals perden legitimitat i autoritat perquè no tenen el reconeixement dels joves i, d'aquesta manera, els professionals només poden exercir la seva autoritat sense aquest reconeixement, que és necessari, és a dir, a través de l'autoritarisme: opressió, coacció, aïllament i amenaces permanents. L'amenaça esdevé l'arma més utilitzada en la quotidianitat dels centres. Els expedients sancionadors i els informes negatius són la condemna d'aquests joves, que és el resultat de la sentència directa dictada pels professionals. Un exercici de poder en què la versió dels joves sobre els fets és inexistent. Davant la manca d'estratègies educatives, de transformació i gestió de conflictes, els professionals abusen del seu poder i de l'amenaça com a eina coercitiva que, de vegades, dona resultats immediats, però que genera problemes de convivència que menen a l'estancament de la relació professional-jove. La discussió acaba sent la norma. I finalment l'expulsió, considerada com el cessament de la protecció tot havent complert la majoria d'edat, esdevé la *solució*.

Així narrava un jove que va arribar en pastera l'any 2018 la seva interacció amb alguns professionals:

“Heu d'estar agraïts d'haver trobat un sistema que us aculli. Hi ha gent del país que no té el que teniu aquí. Si no us agrada el que hi ha, és molt fàcil: torneu al vostre país”. Em tractaven com a un nen petit, quan jo tenia disset anys i havia vist coses que ells mateixos, els educadors, no havien vist mai. Moltes vegades m'he sentit molt infantilitzat i poc considerat en allò que m'afectava. Hi havia coses que no tenien sentit per a mi, com per exemple anar-me'n a Figueres¹¹ des de Girona, a començar de zero, quan havia passat un any i mig allà; ja hi coneixia els recursos i hi havia establert relacions d'amistat. Quan qüestionava aquesta decisió, la resposta era: “No hi ha pisos a Girona, si no vols anar a Figueres te'n vas al carrer”. (M. O., 19 anys).

La manca d'aquest vincl e provoca l'absència de l'acció educativa, atès que la presència del professional es destina, principalment, a la gestió de conflictes

Un altre jove del Marroc que va arribar a Espanya a sota d'un autocar l'any 2016 explicava converses amb els professionals, quan vivia en un centre:

Els educadors amb què estava no em mereixen cap tipus de respecte perquè ells no em respectaven a mi. Semblaven altres joves com jo i em preguntava constantment si eren aquells nois els que m'havien d'ajudar a mi amb els meus assumptes. De vegades venia algun educador o educadora i jo mateix havia de explicar-li com funcionava el centre. De vegades venia algun professional dos o tres dies, se n'anava i ja no venia al centre mai més. A vegades veia discussions molt fortes i males formes entre els mateixos educadors i pensava si aquesta persona és un educador [...]. La de vegades que li he comentat a un educador un problema meu i no m'ha respost ni en el moment ni més tard. (K. B., 19 anys).



Un altre jove del Marroc que també va arribar a sota d'un autocar l'any 2016 deia:

Era en un centre que semblava una presó. Tot eren ordres. Has de fer això, ara has de fer allò altre. Ara, amb el temps, ho recordo i no sé com vaig poder aguantar-ho. Era com casa meua: hi menjava, hi dormia..., però alhora era com una presó. Vaig ser-hi molt dòcil però tot i així vaig tenir-hi problemes. Hi havia joves que tenien molts problemes i greus, és clar. Era impossible complir tantes ordres i normes [...]. Cada dia vivies amb tres torns d'educadors i educadores. Moltes vegades no s'adonaven de les coses que hi passaven. Molta descoordinació i molt mal ambient [...]. Molts sospitaven¹² de mi. Sempre pensaven que els mentia i em qüestionaven [...]. Quan fèiem Ramadà ens deien que això de fer Ramadà era retrògrad i em posaven nerviós. De més de trenta educadors que vaig conèixer en salvo tres o quatre. La resta no es mereixen ser educadors, tot i que jo sé que vaig ser el “noi ideal” per a ells. (H. C., 19 anys).

Al carrer! El kit de l'entrepà com el símbol grotesc de l'abandonament cap al sensellarisme

Quan el jove esdevé un problema per a un centre residencial, l'expulsió esdevé una solució necessària. Aquesta decisió conflictiva es dota d'un argumentari aparentment raonable i fonamentat per satisfer el desig de treure el problema fora. Extirpar el mal.

Aquesta expulsió està encofrada en la generació prèvia d'un expedient-monstre a còpia d'acumulació de fulls d'incidències, informes que sovint semblen més un atestat policial que un redactat professional de l'àmbit social, on la mala conducta del jove és el motor per generar una imatge de la impossibilitat d'aconseguir la tasca educativa i, per tant, l'única solució és l'expulsió. Els models d'intervenció social es valoren pels petits resultats obtinguts, tant qualitatiu com quantitatiu. Podem dir que si el model de protecció a

Si el model de protecció a la infància i l'adolescència acaba expulsant joves i condemnant-los al carrer, es tracta d'un model que manifesta incapacitat per fer front a les dificultats

la infància i l'adolescència acaba expulsant joves i condemnant-los al carrer, amb tot el que suposa una decisió d'aquest tipus, es tracta d'un model que té un greu problema, un model que manifesta incapacitat per fer front a les dificultats. I no s'hi aconsegueixen els objectius proposats: protecció, autonomia i emancipació. La conseqüència d'aquest fracàs és que el sistema no compleix les seves funcions bàsiques marcades per la llei però, sobretot, marcades per una missió suprema: la construcció d'una societat cohesionada sota els principis de la justícia i la dignitat social. L'acte d'expulsar joves al carrer, cap a una vida en condició de persona sense llar, és una dura condemna a la marginació més extrema, i provoca situacions generadores de rebuig, discriminació i racisme cap a ells. Un jove del Marroc que va arribar a Espanya en pastera l'any 2017 explicava el següent:

Un dia em diuen: “puja al despatx”. I allà em comuniquen que calia que recollís les meves coses i que me n'anés aquell mateix dia [...]. El motiu era que havia complert divuit anys i no hi havia places en pisos. Em van donar el formulari de sol·licitud de la prestació econòmica, la direcció de la Sopa¹³ i de Càritas de Girona i un entrepà. Em van preguntar que on volia que em portessin. Estava molt enfadat i els vaig dir que me n'anava sol. Que no necessitava que em portessin enlloc. (L. B., 20 anys).

En la mateixa línia, un altre jove marroquí que va arribar a Espanya en pastera l'any 2017 deia:

Reconec que soc una persona difícil. Però quan portes vuit mesos en un centre d'emergència i estàs fart de tot: no tens roba, no s'hi fa cap activitat, estàs aïllat, preguntes sobre temes de documentació i cursos de formació i et responen que fins que no arribi el dia que vagis a un centre d'acollida no es pot fer res del que demanes; els educadors i les educadores no t'entenen i et castiguen cada dos per tres. Quan no els fas cas, acabes perdent els papers i entrant en una roda negativa [...]. Però en cap cas pensava que quan fes divuit anys em farien fora. Va ser molt dur. Dormint al parc durant més de tres mesos. Robant per a menjar. La policia escorcollant-me davant de tothom cada dos per tres [...]. Al final he acabat consumint cola¹⁴. Comprava un tub per 1,25 euros i em durava un dia [...]. Mai no hauria pensat d'arribar a aquest extrem [...]. En total vaig estar al carrer vuit mesos dormint en parcs, pàrquings i a sota el pont de Fontajau¹⁵. Durant tot aquest temps he coincidit amb molts joves que han passat el mateix que jo [...]. Quan expulsaven un jove d'algun centre, venia amb nosaltres. (F. B., 19 anys).

L'organització dels joves en una època convulsa: entre el temporal Glòria i l'estat d'alarma provocat per la COVID-19

A finals de l'any 2019 aquest grup de joves extutelats a què es refereix l'últim testimoni va començar a organitzar-se en forma de moviment social per demanar millores en la seva situació. Comptaven amb el suport de diverses institucions i entitats de la societat civil i del veïnatge de la ciutat de Girona. Els joves, en la reivindicació d'un present i un futur millors, van prendre més consciència de la força que podien fer com a grup i van iniciar accions per reivindicar els seus drets com a persones que havien tingut algun tipus de contacte amb les institucions responsables de la protecció a la infància i l'adolescència.

En ple desenvolupament d'aquesta acció i durant els dies 19, 20 i 21 de gener de 2020, el temporal batejat amb el nom Glòria va passar per Espanya. Després d'això, tretze persones van perdre la vida i quatre continuen desaparegudes. El temporal es va acarnissar especialment a Catalunya, i concretament a Girona va provocar greus inundacions, desbordament de rius, trencament de ponts i diverses destrosses en el mobiliari públic i privat. L'equip especialitzat en intervenció en medi obert va computar que, un any abans a la ciutat de Girona, dormien a la intempèrie una seixantena de persones (Social. cat, 2019). Tenint en compte el creixement anual de persones que dormen a la intempèrie a la ciutat (Calvo, Carbonell i Badia, 2018), s'estima que en aquelles dates aproximades, a la ciutat de Girona, hi dormirien unes 120 persones, incloent-hi aquests joves marroquins del parc de Fontajau.

No es van prendre mesures excepcionals per a atendre aquestes persones, excepte que la policia es personés a les zones inundables de la ciutat, incloent-hi aquest parc, que travessa el riu Ter, per informar que havien d'abandonar-les per risc d'inundació. Davant d'aquesta situació, el grup de joves, conformat per uns trenta menors d'edat extutelats,¹⁶ es va poder allotjar en cases de veïns i veïnes mentre va durar el temporal. Aquesta acció veïnal va contribuir a l'empoderament d'aquest grup, que va continuar organitzant diverses accions de protesta, pacífiques i festives però reivindicatives, perquè es tingués en compte la seva situació i perquè el sistema de protecció donés respostes a les seves necessitats (*Diari de Girona*, 2020).

Deu dies després de l'inici d'aquesta situació d'organització pacífica dels joves, dissabte 14 de març de 2020, el Govern d'Espanya va implementar el segon estat d'alarma de la història recent del país. L'objectiu d'aquesta excepcionalitat fou mirar de contenir la propagació de la malaltia per coronavirus (COVID-19), provocada per la infecció del virus SARS-CoV-2 (Gorbalenya *et al.*, 2020). La principal mesura presa va ser la prohibició de la lliure circulació i la instància al confinament de persones en el propi domicili per tal de reduir el risc de contagi (BOE, 2020). Els joves extutelats



van ser acollits a l'alberg juvenil de la ciutat de Girona amb l'esperança de rebre una resposta positiva davant d'una situació de sensellarisme que podria tenir conseqüències devastadores per a la seva vida, inclosa la seva salut, especialment la salut mental.

És imprescindible destacar que, des del moment en què els joves es van posicionar com a subjectes més actius del seu procés i es van identificar amb un grup amb les mateixes necessitats, l'actitud davant la situació va canviar radicalment. Hi van trobar esperança, motius, raons i van contribuir a generar espais de debat a partir dels quals demanar canvis als responsables del sistema. Com a part de la ciutadania. Alguns d'aquests joves amb símptomes de problemes de salut mental (inclosos problemes relacionats amb consum de drogues) van millorar de forma significativa.

Val a dir que en el moment de redacció d'aquest article encara no s'ha solucionat la situació d'aquests joves.

Sensellarisme, cronicitat, salut mental i patologització de la pobresa

Fins aquí la descripció de la situació de molts joves i, concretament, del procés del grup de joves de Girona que els va portar des del seu país d'origen al confinament en un alberg, després d'haver estat expulsats del sistema de protecció i d'haver-se organitzat per a la defensa dels seus drets. Per avançar en l'anàlisi de la situació, el procés, la manera com ho viuen i la vulnerabilitat a la qual s'exposen les persones extutelades, creiem que ara cal introduir el concepte de sensellarisme. Això ens permetrà, més endavant, reprendre l'anàlisi de la situació dels joves respecte a la seva salut mental, des d'una nova perspectiva.

Però, què és exactament el sensellarisme?

“És una cosa tan senzilla com aquesta: jo no tinc unes claus de casa, tu sí” (J. P., durant una sessió grupal en un alberg per a PSL, 42 anys d'edat).

El sensellarisme és una situació d'exclusió social extrema relacionada amb la dificultat d'accedir a una llar digna o amb la manca d'una llar (Toro *et al.*, 2007). El terme, que consisteix en un neologisme fruit de la traducció del terme anglès *homelessness*, fa referència no només a situacions en què les persones viuen en l'espai públic, a la intempèrie o en estructures temporals, sinó que es tracta d'un fenomen més ampli, que inclou altres formes d'exclusió residencial (Springer, 2000).

L'any 2005, FEANTSA va publicar la *European Typology of Homelessness and Housing Exclusion*, anomenada també amb el seu acrònim, *classificació ETHOS* (FEANTSA, 2005). S'hi van proposar tretze subcategories per classificar les situacions de sensellarisme, repartides en quatre categories que inclouen no només les persones que viuen en l'espai públic, sinó diverses situacions d'exclusió residencial, com habitatges insegurs o inadequats.

La classificació ETHOS ha generat diverses controvèrsies. Una d'elles, de caràcter local, en relació amb la definició que el govern d'Espanya va proporcionar en el seu últim còmput de sensellarisme l'any 2012 i que considerava com a persona sense llar aquella amb divuit anys d'edat o més, que la setmana anterior a l'entrevista, realitzada per l'Institut Nacional d'Estadística, havia estat usuària d'algun centre assistencial o d'allotjament i/o restauració i havia dormit com a mínim un cop en algun d'aquests centres en municipis de més de dos-cents mil habitants (INE, 2012).

L'any 2016 l'Observatori Europeu de Sensellarisme va proposar una nova definició de persona en situació de sense llar amb la intenció de promoure un marc conceptual unificat a nivell internacional. D'aquesta manera, amb una diferència primordial pel que fa a la consideració de l'allotjament insegur o inadequat en les seves formes més extremes, va definir tres categories generals i disset subcategories (Busch-Geertsema, Culhane i Fitzpatrick, 2016). Vegeu en el quadre 1 les principals definicions de sensellarisme que s'han citat en aquest text.

Les contradiccions relacionades amb la conceptualització del fenomen són àmplies, complexes i generen una confusió que transcendeix la discussió acadèmica. Malgrat que no són l'objectiu final d'aquest text, sí que aclareixen el fet que per bé que moltes institucions que ofereixen serveis per a PSL a Espanya, inclosos serveis públics i concertats, s'adscriuen a la definició ETHOS, reben en gran part fons públics d'un estat que considera el fenomen amb una definició molt més reduccionista i àmpliament criticada per la comunitat científica (Calvo i Carbonell, 2018; Sales, 2015).

És evident que l'establiment d'una o altra definició amplifica o minimitza el fenomen de l'exclusió residencial i, per tant, l'expressió d'aquesta realitat. Aquesta divergència conceptual és tan marcada en matèria de sensellarisme, que fins i tot pot produir-se la paradoxa que en un mateix recompte oficial en una mateixa ciutat s'inclouin o no algunes de les subcategories d'ETHOS, generant diferències significatives pel que fa a la presència de persones sense llar. Així, per exemple, el 18 de maig del 2016 en el recompte municipal de la ciutat de Girona, la xifra oficial proporcionada per l'administració local va ser de 242 persones (Ajuntament de Girona, 2016), encara que un estudi vinculat a aquest mateix recompte va comprovar que la xifra ascendia a 283 (un augment del 17% del valor, sobre la xifra oficial). Quaranta-una persones que, estant ingressades a l'hospital o complint condemna al centre penitenciari aquella nit (i de les quals es tenien les dades, que van



L'establiment d'una o altra definició amplifica o minimitza el fenomen de l'exclusió residencial i, per tant, l'expressió d'aquesta realitat

ser proporcionades per les administracions responsables als organitzadors del recompte), no van tenir la consideració de persones sense llar per part de l'administració local, malgrat que el consorci prestador de serveis a PSL s'adscivia oficialment a FEANTSA i, per tant, a la classificació ETHOS (Calvo i Carbonell, 2017). ¿Quin interès pot tenir una administració local a excloure arbitràriament unes persones computades com a PSL per investigadors especialitzats quan s'adscriu de manera pública a una definició que inclou aquestes categories? Creiem que la resposta és clara i que s'ha de dir: el rèdit polític que comporta minimitzar un problema social greu, assumint el costós preu de silenciar els més vulnerats.

Quadre 1: Definicions més acceptades de *sensellarisme*

Font ^a	Descripció	Àmbit d'aplicació	Definició
FEANTSA, 2005	Tipologia Europea per al sensellarisme i l'exclusió residencial [European Typology of Homelessness and Housing Exclusion] (ETHOS) ^b	Europa	<p>A. Sense sostre (Roofless)</p> <ol style="list-style-type: none"> Viure en un espai públic (sense domicili). Pernoctar en un alberg i/o forçat a passar la resta del dia en un espai públic. <p>B. Sense habitatge (Houseless)</p> <ol style="list-style-type: none"> Estada en centres de serveis o refugis (hostals per a sense sostre que permeten diferents models d'estada). Viure en refugis per a dones. Viure en allotjaments temporals reservats als immigrants i als demandants d'asil. Viure en institucions: presons, centres d'atenció sanitària, hospitals, sense tenir on anar, etc. Viure en allotjaments de suport (sense contracte d'arrendament). <p>C. Habitatge insegur (Insecure housing)</p> <ol style="list-style-type: none"> Viure en un habitatge sense títol legal (viure temporalment amb familiars o amics de forma involuntària, viure en un habitatge sense contracte d'arrendament –se n'exclouen els ocupes–, etc.). Notificació legal d'abandonament de l'habitatge. Viure sota l'amenaça de violència per part de la família o de la parella. <p>D. Habitatge inadequat (Inadequate housing)</p> <ol style="list-style-type: none"> Viure en una estructura temporal o barraca. Viure en un habitatge no apropiat segons la legislació estatal. Viure en un habitatge massificat.
Institut Nacional d'Estadística, 2012	Descripció de persones sense llar a efecte de l'enquesta dirigida a establir-ne la prevalença	Espanya	Es considera persona sense llar aquella que té divuit anys o més, que la setmana anterior a la de l'entrevista ha estat usuària d'algun centre assistencial d'allotjament i/o restauració i ha dormit com a mínim un cop en algun dels següents allotjaments ubicats en municipis de més de vint mil habitants: alberg, residència, centre d'acollida, centres d'acollida a dones maltractades, centres d'ajuda al refugiat, centres per a demandants d'asil, pis facilitat per una administració pública, una ONG o organisme, pis ocupat, pensió pagada per una administració pública, una ONG o organisme, espai públic (estació de ferrocarril, d'autobusos, metro, aparcament, jardí públic, descampat, etc.), allotjaments de fortuna (vestíbul d'un immoble, cova, cotxe, etc.).

DSM-V, 2014 ^c	Categories diagnòstiques quan tenen un impacte sobre el tractament o pronòstic de l'individu	Internacional	<p>Persones sense llar. Codi V60.0 (Z59.0). La residència nocturna principal és un refugi per a gent sense llar, un refugi temporal, un refugi contra la violència domèstica, un espai públic (per exemple, un túnel, una estació de metro, un centre comercial), un edifici que no estigui destinat a un ús residencial (per exemple, una estructura abandonada, una fàbrica en desús), una caixa de cartró, una cova o qualsevol altra opció semblant.</p> <p>Allotjament inadequat. Codi V60.1 (Z59.1). Manca de calefacció (en climes freds) o d'electricitat, infestació per insectes o rosegadors, serveis de fontaneria i instal·lacions sanitàries inadequats, amuntegament, falta d'un lloc adequat per a dormir i soroll excessiu. És important considerar les normes culturals abans d'assignar aquesta categoria.</p>
Busch-Geertsema, Culhane i Fitzpatrick, 2016	Institute of Global Homelessness, Chicago, EUA	Internacional	<p>1. Persones sense allotjament (Persons without accommodation)</p> <ol style="list-style-type: none"> Persones que dormen als carrers o en altres espais oberts (parcs, terraplens, ponts, paviments, ribes de rius, boscos, etc.). Persones que dormen en espais o edificis públics ensostrats no destinats a l'habitació humana (estacions d'autobús i tren, parades de taxis, edificis abandonats, edificis públics, etc.). Persones que dormen en els seus cotxes, bici-taxis (<i>ricksaws</i>), bots de pesca oberts i altres formes de transport. Individus que viuen al carrer en un lloc regular, generalment amb algun tipus de coberta improvisada. <p>2. Persones que viuen en allotjament temporal o de crisi (People living in temporary or crisis accommodation)</p> <ol style="list-style-type: none"> Persones que s'allotgen en refugis nocturns (on els ocupants han de renegociar el seu allotjament totes les nits). Persones que viuen en albergs per a persones sense llar i altres tipus d'allotjament temporal per a persones sense llar (on els ocupants tenen un llit o habitació designada). Dones i nens que viuen en refugis per a les persones que fugen de la violència domèstica. Persones que viuen en campaments per a persones desplaçades internament, és a dir, que han fugit de les seves llars com a resultat de conflictes armats, desastres naturals o provocats per l'home, drets humans, violacions, projectes de desenvolupament, etc., però no han creuat les fronteres internacionals. Persones que viuen en campaments o centres de recepció/allotjament temporal per a sol·licitants d'asil, refugiats i altres immigrants. <p>3. Persones que viuen en allotjaments severament inadequats i/o insegurs (People living in severely inadequate and/or insecure accommodation)</p> <ol style="list-style-type: none"> Persones que comparteixen allotjament amb amics i familiars de forma temporal. Persones que viuen sota amenaça de violència. Persones que viuen en hotels barats, <i>bed and breakfast</i> i similars. Persones que ocupen de forma il·legal habitatges convencionals. Persones que viuen en habitatges convencionals que no són aptes per a l'habitació humana. Persones que viuen en remolcs, caravanes i carpes. Persones que viuen en condicions d'amuntegament excessiu. Persones que viuen en edificis no convencionals i estructures temporals, incloses les que viuen en barris arginals/assentaments informals.

a Per ordre cronològic.

b A la pàgina de FEANTSA es descriuen les categories operacionals. Incloure en la descripció: <https://www.feantsa.org/download/ethos2484215748748239888.pdf>

c S'han d'emprar les categories establertes al DSM-5 quan la manca de llar o una llar inadequada té un impacte sobre el tractament o pronòstic de l'individu.



Salut mental i addiccions en persones sense llar. Més enllà d'un diagnòstic i un tractament

“Al carrer, a Girona, quan tothom se'n va a dormir i només resten els llums grocs dels fanals i les ombres, els llops tenen dues cames” (P. F., persona sense llar durant vint anys, 51 anys d'edat).

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix *salut mental* com un estat de complet benestar físic, psicològic i social i no només d'absència d'afeccions o malalties (OMS, 2017). Parlar de salut mental i sense sostre implica fer una referència, com a mínim una pinzellada, a la situació ja no de l'ampli concepte de salut mental proposat per l'OMS, sinó de presència de patologia mental diagnosticada en un elevat nombre de PSL. Les PSL tenen una prevalença de trastorns mentals diagnosticats molt més elevada que la de la població general, superant el 70% de les PSL en alguns trastorns com els de personalitat, i arribant gairebé al 60% en el cas de trastorns per ús de substàncies (TUS) (Fazel, Geddes i Kushel, 2014). En el cas de la ciutat de Girona, la prevalença de trastorn mental diagnosticat es comprèn en un rang d'entre el 30% (Calvo, Fitzpatrick *et al.*, 2020) i el 80% (Calvo, Rived, Font-Mayolas i Carbonell, 2020).

Els problemes relacionats amb la salut mental i el patiment d'afeccions o trastorns mentals estan determinats per un conjunt de condicions socials en què la gent viu i treballa que s'anomenen determinants socials de la salut. En el cas del sensellarisme, les PSL es veuen exposades a un entorn hostil en el qual es donen alts nivells de solitud, invisibilitat social, incomunicació, por, sentiment de no ser percebut pels congèneres, entre d'altres. Es tracta, doncs, d'una de les situacions d'exclusió social més greus als països occidentals.

En la relació entre els trastorns mentals i el sensellarisme hi ha dos posicionaments complementaris al voltant de si el trastorn mental és causa o conseqüència de l'exclusió residencial (Burt, 1991). És a dir, el patiment d'un trastorn mental provoca o agreuja una situació de pobresa i aïllament que desemboca en alguna forma d'exclusió residencial o, per contra, un cop la persona està en situació de sensellarisme i a causa dels estressors descrits desenvolupa un trastorn mental. En tot cas hi ha un acord generalitzat en la relació existent entre ambdues situacions (Fazel, Khosla, Doll i Geddes, 2008).

Un altre debat existent és si els factors individuals són els més rellevants a l'hora de predir exclusió residencial o si hi tenen més pes els factors estructurals. A més dels problemes de salut mental, altres factors de risc individuals són haver patit maltractaments greus, abusos o pobresa severa durant la infància (Sundin i Baguley, 2015) i els problemes de salut mental tant en el si de la família d'origen com a l'inici de l'edat adulta (Milburn *et al.*, 2019). Els factors de risc estructurals més rellevants són la pobresa, la desocupació, unes polítiques d'accés a l'habitatge restrictives i un sistema de protecció social i sanitari exigü (Piat *et al.*, 2015). Malgrat el debat al voltant

de si prevalen més els uns que els altres, hi ha també un ampli acord que els factors de risc estructurals augmenten la vulnerabilitat de les persones en el seu context i, per tant, incrementen els factors individuals (Bainbridge i Carrizales, 2017).

En el cas de la ciutat de Girona, on el sensellarisme s'ha sextuplicat des de l'any 2006 fins a l'actualitat (com ha passat a tot Europa, amb alguna excepció), essent la causa principal l'augment de la desocupació i la pobresa (Calvo *et al.*, 2018), no es pot determinar si hi ha hagut canvis en l'anàlisi longitudinal sobre l'impacte en la salut mental de l'individu (Calvo, Fitzpatrick *et al.*, 2020).



Joves extutelats i sense llar

“És que ahir mateix era menor, protegit per l'administració, i avui sóc major d'edat i em diuen que me n'he d'anar del centre. Cap on vaig ara?, els dic. Què passarà amb mi?” (M. E., jove marroquí extutelat, 18 anys d'edat).

Dues qüestions relacionades amb els joves extutelats afecten la conceptualització del sensellarisme. En primer lloc, la classificació ETHOS en la seva sisena tipologia accepta com a PSL aquella persona que “viu en institucions com presons o centres d'atenció sanitària, sense tenir un lloc on anar, de forma imminent, un cop disposa de l'alta”. Indica, per tant, que si una persona, per exemple, està complint condemna en un centre penitenciari o està hospitalitzada (i diem *per exemple* fent al·lusió a l'adverbi *com* de la definició d'ETHOS, que indica que les casuístiques d'ingrés en centre penitenciari o hospital són alguns exemples de situacions de trànsit en institucions però no són les úniques) i mentre està ingressada en aquesta institució disposa de la informació fefaent segons la qual en el moment de la desinstitucionalització estarà en situació de sense llar, es considera en aquell moment PSL. Dit d'una altra manera, es considera PSL *mentre* està en aquesta institució. Així, l'hospital i el centre penitenciari no són *la llar* de la persona. Són llocs transitoris formals, voluntaris o involuntaris, però quan la persona en surti es trobarà en situació de sensellarisme. Fent un simple exercici d'empatia podem estar d'acord que els estressors de l'individu anticipant que estarà al carrer després de la desinstitucionalització, com a mínim, s'incrementen.

Ara bé, en el cas que des de les institucions de protecció a la infància i l'adolescència es tingués constància que el menor d'edat, en un futur immediat (quan sigui major d'edat), pogués no tenir un lloc on anar un cop finalitzés el procés, ¿pot ser considerat PSL segons la classificació ETHOS?

Per respondre aquesta pregunta hem de tenir en compte dues possibilitats. Inicialment, ¿es podria tenir constància des dels centres adscrits al departament de protecció de la infància i l'adolescència que persones en

El patiment d'un trastorn mental provoca o agreuja una situació de pobresa i aïllament o, un cop la persona està en situació de sensellarisme, desenvolupa un trastorn mental

situació de protecció per part de l'estat, en la seva condició de menor d'edat en el present, podrien estar en condició de sensellarisme de forma imminent després de sortir del sistema de protecció, en un futur? En el cas que la resposta a aquesta pregunta fos que sí, segons la classificació ETHOS, aquests menors d'edat estarien en condició de sensellarisme en aquell moment, mentre són protegits per l'administració. Menors d'edat tutelats en situació de sensellarisme¹⁷.

Podríem dir que no, que aquesta situació no és possible. Que la hipòtesi que formula que des dels equips d'intervenció directa dels serveis de protecció de menors d'edat es pugui tenir constància que en un futur imminent el menor d'edat pot estar en situació de sensellarisme és falsa. Aleshores, ¿això vol dir que en tots els casos, sempre, tots els menors d'edat surten del circuit de protecció a la infància amb un recurs residencial continu a què acollir-se?, ¿en cap cas no es pot preveure des dels centres de menors d'edat que un noi amb disset anys i mig (¿sis mesos fins als divuit anys es pot considerar una cosa imminent?) no tindrà un domicili digne a la sortida del recurs que el protegeix? Els casos exposats de testimonis de joves extutelats contrarien aquestes hipòtesis.

¿Amb quins recursos surt el no-menor d'edat d'un centre de protecció a la infància? Entenem que evidentment hi ha tantes casuístiques com itineraris individualitzats possibles, plans de treball previs, factors individuals, familiars i un gran etcètera, però podem considerar que una de les possibilitats per a aquests nois (no per a tots) és la de ser prestataris d'una ajuda econòmica que ronda els cinc-cents euros al mes (l'imprès per a tramitar-la pot ser lliurat al jove juntament amb un entrepà i una oferta de transport) amb què han de pagar una habitació en un pis compartit o allotjar-se en una pensió. Aquesta situació, com a mínim, hauria de ser explorada, ja que és susceptible d'encaixar amb alguna de les definicions de sensellarisme proposades. La prestació que podria arribar a cobrar un jove extutelat en sortir d'un centre de menors d'edat no deixa d'assemblar-se molt a la prestació d'excarceració de la qual són prestataris els penats després de passar per un centre penitenciari, i encara continuen sent considerats persones sense llar segons la classificació ETHOS.

Podríem argumentar que el jove, amb una prestació de cinc-cents euros al mes no està en situació de sensellarisme perquè amb aquests diners pot pagar-se una pensió, una habitació on viure i pot mirar de construir una vida digna, però no es pot obviar que la categoria 3c de la definició de l'Observatori Europeu de Sensellarisme indica que “viure en hotels barats o pensions és un criteri més de sensellarisme, com també ho és viure amb amics o familiars de forma temporal (3a) o viure en condicions d'amuntegament excessiu (3g)” quan els pisos són compartits per massa joves, atès que els preus de lloguer s'han encarat. Aquestes situacions d'habitabilitat no són una llar, especialment quan no són decidides en llibertat per un individu, i més quan aquest individu acaba de fer els divuit anys, amb tota la casuística d'aquests joves no nascuts a Espanya que hem anat relatant fins ara.

I un cop al carrer... Post-veritat i riscos de la patologització de la pobresa

“Jo no vull una paga. Jo no vull viure amb l'esquena dreta. Saps el que vull? Jo vull el mateix que tu. Un treball i dignitat” (N. M., dona en situació de sensellarisme, 31 anys d'edat).

Les persones amb experiència professional en l'àmbit del sensellarisme reconeixen ràpidament la lleugeresa en l'ús del terme *cronicitat* en fòrums especialitzats. La pràctica professional podria indicar que es considera persona sense llar crònica aquella que compleix amb unes determinades característiques de tipus temporal en situació de sensellarisme. Però l'establiment d'aquesta temporalitat atribuïble al que és i el que no és cronicitat no està determinat en cap definició acceptada, ni els criteris estan consensuats. ¿Quant de temps i quines condicions ha de complir una PSL perquè es consideri si la seva situació és crònica o no ho és?

El terme *cronicitat* té el seu origen en l'àmbit de les ciències de la salut. L'Organització Mundial de la Salut es refereix a cronicitat vinculant el concepte al de malaltia de llarga durada i, en general, de progressió lenta (OMS, 2017b). La conceptualització del terme ha generat àmplies discussions i intents de definició en la coocurrència amb altres conceptes igualment utilitzats en la pràctica clínica com, per exemple, pacient de *porta giratòria* o *cas perdut*; és a dir, aquell pacient que està fora del sistema i dels procediments d'intervenció habituals (Otero, 1998).

En absència d'una definició clara de sensellarisme crònic a Europa, cal analitzar la definició establerta pel Govern Federal dels Estats Units d'Amèrica, única definició de cronicitat associada al sensellarisme de la qual es té constància. La *Chronic Homeless Definition* del Department of Housing and Urban Development (HUD) (Department of Housing and Urban Development, 2016) va definir el concepte *chronic homelessness* com: i) persones sense llar no-acompanyades, amb una condició incapacitant (com un trastorn mental, de desenvolupament, orgànic o físic diagnosticable que limita per a la vida diària), que han estat en situació de sensellarisme durant un any o més; i ii) persones sense llar no-acompanyades, amb una condició incapacitant, que han estat en situació de sensellarisme almenys quatre episodis en els últims tres anys. Amb un episodi es refereix a un període substancial en situació de sensellarisme, diferent cada vegada i acompanyat d'incapacitat durant cada episodi (Department of Housing and Urban Development, 2007). Segons aquesta definició, l'any 2017, un 15,7% del total de *homeless* d'EUA estaven en situació de cronicitat (HUD Exchange, 2017).

Seguint aquesta definició, qualsevol persona amb un any en situació de sensellarisme o quatre períodes en tres anys i un trastorn mental o una altra condició incapacitant diagnosticada podria ser considerada com a crònica. Per tant, i proposant un exemple no allunyat de la realitat, un jove de dinou anys



Un jove de dinou anys que des dels divuit podria estar en situació de sensellarisme i amb un trastorn per consum de substàncies (a l'alcohol, al cànnabis, als inhalants, a la cocaïna o opiàcids, per posar-ne alguns exemples) és susceptible de ser considerat, sempre en els paràmetres proposats pel HUD (l'única definició proposada per un govern), com a PSL crònica. ¡Als 19 anys! I en molts casos havent estat expulsats (un cop cessada la seva protecció) del sistema de protecció a la infància!

És evident que no es disposa d'una definició europea oficial sobre aquesta qüestió atès que és complex i arriscat establir una dicotomia semblant. Quins riscos comporta aquesta qüestió? Com hem dit, trastorn mental fa referència a qualsevol entitat clínica diagnosticada per un facultatiu en el marc del manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (DSM del seu acrònim en anglès, en la cinquena edició actualitzada) (American Psychiatric Association, 2013). Per tant, s'hi inclouen també els trastorns per ús de substàncies que, com hem citat anteriorment, tenen una prevalença molt elevada i el seu desenvolupament clínic està relacionat amb l'elevat estrès associat a la duresa de l'entorn de la vida en situació de PSL.

Per tant i a mode d'exemple, un cas com el d'un jove extutelat, amb l'acumulació d'estressors descrits, s'inicia en el consum d'un inhalant i genera una dependència a partir de la qual pot ser que demani ajuda per a fer tractament. En el moment de ser tractat es podria incloure potencialment en aquest concepte difús de crònic, patològitzant un símptoma que, segons el nostre punt de vista, és conseqüència de molts factors socials, polítics i econòmics, en una continuació lineal en el procés de responsabilitzar al jove dels errors del sistema.

Després de moltes preguntes, algunes conclusions

Aquest article es va proposar fer una anàlisi de les circumstàncies que envolten el períple dels joves menors d'edat tutelats mentre són atesos pels serveis de protecció a la infància i l'adolescència, entre les quals hi ha el risc de patir sensellarisme i, per tant, de patir problemes de salut mental i al seu torn l'impacte que pot tenir en l'individu la patològització d'aquest problema social. Hem vist com els elements que envolten la decisió de marxar cap a un projecte migratori són diversos i, principalment, tenen una càrrega positiva. Quan els joves arriben a Espanya noten com pesa la imatge que s'ha creat sobre ells. Perceben com els precedeix i els condiciona el tracte que reben tant en la societat en general com en els centres la missió dels quals és protegir-los. Les expectatives generades es frustren ràpidament i donen pas a l'acumulació d'una sèrie de estressors psicològics amb conseqüències molt greus per als individus que les pateixen. A més es responsabilitza el

jove del seu propi fracàs sense que el sistema es responsabilitzi o qüestioni la qualitat del servei que ha de complir com a missió suprema que se li ha encomanat. Fruit de les dinàmiques estructurals, cal sumar-hi les dificultats per crear vincles de qualitat amb els professionals i un patiment psicològic equivalent al que pateix una persona amb un trastorn d'estrès posttraumàtic, el jove és criminalitzat com a MENA, aïllat amb els seus congèneres en centres específics de caràcter carcerari per a joves immigrants.

A aquests factors de risc que augmenten la vulnerabilitat com a jove (com a nen!), s'hi sumen les poques sortides dignes a aquest procés de protecció que en molts casos se sap que serà el carrer. L'abandonament d'un noi que ahir tenia disset anys i avui en té divuit, complint criteris de persona en situació de sensellarisme segons el pes que donem a les semblances amb altres situacions d'exclusió residencial ja quan el jove és al centre i és menor d'edat. Desemparat mentre està protegit, l'administració no es responsabilitza d'aquesta situació d'exclusió, malgrat que es pugui preveure l'exclusió residencial immediata, tal com passa en altres serveis que són responsabilitat de l'estat, com s'ha explicat en el cas de centres penitenciaris. No hi ha dades qualitatives oficials publicades sobre les trajectòries d'aquests joves (cosa que ja és significativa), tot i que els testimonis dels joves inclosos en aquest article confirmen aquestes asseveracions.

Com a conclusió final, i com dèiem al text, el sensellarisme és una situació extrema d'exclusió social que té un impacte molt sever en la persona que el pateix. L'administració podria desplegar funcions preventives molt importants per a evitar el sensellarisme dels joves estrangers, atès que quan s'està en situació de sense llar augmenten els problemes de salut mental (inclosos els problemes associats al consum de drogues i les addiccions). Per tant la funció preventiva abans no acabin al carrer és essencial, especialment quan mesos abans de la internalització ja es té constància que el seu futur immediat serà l'exclusió residencial.

Atès que aquests problemes són, en molts casos i com a mínim, molt costosos de solucionar quan ja s'han establert, en comptes de patològitzar amb diagnòstics, tractament i terminologia clínica, proposem aprofundir en la causes d'aquests problemes i acompanyar els joves mirant d'evitar que passin pels serveis de salut mental, quan el mal ja està fet. Ser proactiu i no reactiu perquè, tot i que siguin nous al nostre país, són també els nostres joves, amb els quals es construirà el futur de la nostra societat.



Es responsabilitza el jove del seu propi fracàs sense que el sistema es responsabilitzi o qüestioni la qualitat del servei que ha de complir com a missió suprema que se li ha encomanat

Conflicte d'interessos i limitacions

Els autors d'aquest article neguen l'existència de qualsevol tipus de conflicte d'interès. La informació no esmentada al text, inclosa en aquest treball, parteix de la reflexió teòrica dels autors o de les experiències concretes dels participants que foren entrevistats.

No s'han inclòs els noms dels centres de menors per preservar-ne l'anonimat i la confidencialitat.

Reconeixements

A Clara Català, per ajudar a germinar la idea de la qual sorgeix aquest article. Al grup de joves que ens ha permès recollir les seves experiències en aquest article, la fortalesa dels quals ens inspira i ens motiva a treballar millor. A les persones en situació de sensellarisme, que ens continuen regalant paraules que evidencien la injustícia a la qual estan sotmesos i sotmeses. Al Dr. Carles Serra Salame, per la seva revisió exhaustiva, les seves recomanacions i les seves propostes.

Fran Calvo
 Departament de Pedagogia
 Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida
 Universitat de Girona
 fran.calvo@udg.edu

Mostafà Shaimi
 Departament de Dret Públic
 Universitat de Girona
 mostafa.shaimi@udg.edu

Bibliografia

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Ajuntament de Girona (2016). El recompte de sense sostre xifra en 60 persones les que dormen al ras a Girona i 242 les que no tenen llar. Recuperat el 18 de maig de 2020 en: <https://web.girona.cat/noticies?id=5729443>

Bainbridge, J.; Carrizales, T. (2017). Global homelessness in a post-recession world. *Journal of Public Management & Social Policy*, 24(1), 6.

BOE (2020). BOE.es - Boletín Oficial del Estado. Sumari del dia 14/03/2020. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. Recuperat el 13 de maig de 2020 en: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/03/14/>

Burt, M. R. (1991). Causes of the growth of homelessness during the 1980s. *Housing Policy Debate*, 2(3), 901-936. <https://doi.org/10.1080/10511482.1991.9521077>

Busch-Geertsema, V.; Culhane, D.; Fitzpatrick, S. (2016). Developing a global framework for conceptualising and measuring homelessness. *Habitat International*, 55, 124-132. <https://doi.org/10.1016/J.HABITATINT.2016.03.004>

Calvo, F.; Carbonell, X. (2017). Using WhatsApp for a homeless count. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 26(1), 25-32. <https://doi.org/10.1080/10530789.2017.1286793>

Calvo, F.; Carbonell, X. (2018). Using Facebook for improving the psychological well-being of individuals experiencing homelessness: Experimental and longitudinal study. *JMIR Mental Health*, 5(4), e59. <https://doi.org/10.2196/mental.9814>

Calvo, F.; Carbonell, X.; Badia, M. (2018). Homelessness and unemployment during the economic recession: The case of the city of Girona. *European Scientific Journal*, 14(13), 1857-7881. <https://doi.org/10.19044/esj.2018.v14n13p59>

Calvo, F. (2019). *Exclusión residencial y tecnologías de la información y la comunicación: Oportunidades de las redes sociales en línea para mejorar la salud mental de personas en situación de sinhogarismo*. Tesis doctoral dirigida pel Dr. Xavier Carbonell. FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull, Barcelona.

Calvo, F.; Fitzpatrick, S.; Fàbregas, C.; Carbonell, X.; Group, C.; Turró-Garriga, O. (2020). Individuals experiencing chronic homelessness: A 10-year follow-up of a cohort in Spain. *Health and Social Care in the Community*, 0(0), 1-8. <https://doi.org/10.1111/hsc.13005>

Calvo, F.; Rived, M.; Font-Mayolas, S.; Carbonell, X. (2020). Sinhogarismo y salud mental durante la Gran Recesión (2008-2017): el efecto de la inmigración. *Revista Española de Salud Pública*.

Department of Housing and Urban Development (2007). *Defining chronic homelessness: A technical guide for HUD Programs*. Washington. Retrieved



eved from <https://www.hudexchange.info/resources/documents/DefiningChronicHomeless.pdf>

Department of Housing and Urban Development (2016). Chronic Homelessness - HUD Exchange. Recuperat el 28 de novembre de 2018 en: <https://www.hudexchange.info/homelessness-assistance/resources-for-chronic-homelessness/>

Diari de Girona (2020). Els joves migrants tancats a la UdG reclamen drets i feina - *Diari de Girona*. Recuperat el 23 de maig de 2020 en: <https://www.diaridegirona.cat/comarques/2020/03/04/joves-migrants-tancats-udg-reclamen/1032489.html>

Fazel, S.; Geddes, J. R.; Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384(9953), 1529–1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)

Fazel, S.; Khosla, V.; Doll, H.; Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: Systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 5(12), e225. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050225>

FEANTSA (2005). *ETHOS - European Typology of Homelessness and housing exclusion*. Brussels. Recuperat en: <http://www.feantsa.org/download/en-16822651433655843804.pdf>

Generalitat de Catalunya (2020). El sistema català de protecció a la infància i l'adolescència. Disponible en: [https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/infancia_i_adolescencia/proteccio_a_la_infancia_i_ladollescencia/el_sistema_catala_de_proteccio_a_la_infancia_i_ladollescencia/index.html#googtrans\(ca|es\)](https://treballiaferssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/infancia_i_adolescencia/proteccio_a_la_infancia_i_ladollescencia/el_sistema_catala_de_proteccio_a_la_infancia_i_ladollescencia/index.html#googtrans(ca|es))

Gorbalenya, A. E.; Baker, S. C.; Baric, R. S.; de Groot, R. J.; Drosen, C.; Gulyaeva, A. A.; ... Ziebuhr, J. (2020). Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses-a statement of the Coronavirus Study Group. *BioRxiv*, 1–15. <https://doi.org/10.1101/2020.02.07.937862>

HUD Exchange. (2017). 2017 AHAR: Part 1 - PIT Estimates of Homelessness in the U.S. - HUD Exchange. Recuperat el 26 de febrer de 2019 en: <https://www.hudexchange.info/resource/5639/2017-ahar-part-1-pit-estimates-of-homelessness-in-the-us/>

INE (2012). *Encuesta a las personas sin hogar*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

Milburn, N. G.; Stein, J. A.; Lopez, S. A.; Hilberg, A. M.; Veprinsky, A.; Arnold, E. M.; ... Comulada, W. S. (2019). Trauma, family factors and the mental health of homeless adolescents. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 12(1), 37–47. <https://doi.org/10.1007/s40653-017-0157-9>

OMS (2017a). Definició de salut mental. Organització Mundial de la Salut.

OMS (2017b). Malalties cròniques. Recuperat el 21 de maig de 2020 en: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Otero, V. (1998). La cronicidad como concepto contratransferencial. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 18(66), 253–268. Recuperat en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15588/15447>

Piat, M.; Polvere, L.; Kirst, M.; Voronka, J.; Zabkiewicz, D.; Plante, M. C.; ... Goering, P. (2015). Pathways into homelessness: Understanding how both individual and structural factors contribute to and sustain homelessness in Canada. *Urban Studies*, 52(13), 2366–2382. <https://doi.org/10.1177/0042098014548138>

Sales, A. (2015). How many homeless people live in Spain? Incomplete sources and impossible predictions. *European Journal of Homelessness*, 9(2), 215–231.

Social.Cat. (2019). Unes 60 persones dormen cada nit al carrer a Girona - Social.cat. Recuperat el 23 de maig de 2020 en: <https://www.social.cat/noticia/9596/unes-60-persones-dormen-cada-nit-al-carrer-a-girona>

Springer, S. (2000). Homelessness: a proposal for a global definition and classification. *Habitat International*, 24(4), 475–484. [https://doi.org/10.1016/S0197-3975\(00\)00010-2](https://doi.org/10.1016/S0197-3975(00)00010-2)

Sundin, E. C.; Baguley, T. (2015). Prevalence of childhood abuse among people who are homeless in Western countries: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(2), 183–194. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0937-6>

Toro, P. A.; Tompsett, C. J.; Lombardo, S.; Philippot, P.; Nachtergaeel, H.; Galand, B.; ... Harvey, K. (2007). Homelessness in Europe and the United States: A comparison of prevalence and public opinion. *Journal of Social Issues*, 63(3), 505–524. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2007.00521.x>



- 1 Som conscients que l'atenció a joves immigrants sense referents familiars no és homogènia a l'Estat espanyol i que algunes comunitats autònomes tenen competències en la gestió d'aquest assumpte. No obstant això, aquesta competència és limitada: per exemple, atorgar autorització de residència a aquests joves continua sent competència de l'Administració General de l'Estat. D'altra banda, a la nostra anàlisi prenem com a referència el model de Catalunya, que és un dels més garantistes de l'Estat espanyol (Generalitat de Catalunya, 2020).
- 2 Això passa en la majoria de les comunitats autònomes, tot i que hi ha alguna experiència local en la qual la via principal és un centre d'acollida específic.
- 3 Totes les referències a periodicitat dels testimonis es refereixen a temps anterior a la data de publicació d'aquest article.
- 4 Municipi de les comarques de Girona.
- 5 El Síndic de Greuges ha dictat moltes resolucions crítiques amb diferents centres de Catalunya a causa de la sobreocupació.
- 6 Recordem que la Llei 26/2015, de 28 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i l'adolescència, en l'article 9 cinquè del capítol III (a la qual hem fet referència a l'apartat 2.1 d'aquest article), estableix que "els poders públics, en el disseny i elaboració de les polítiques públiques, tindran com a objectiu aconseguir la plena integració dels menors d'edat en la societat espanyola, mentre romanguin en el territori de l'Estat espanyol".
- 7 Nom de centre.
- 8 En el sentit de violentar, sacsejar, empènyer o forçar cap al canvi.
- 9 Així, per exemple, hi ha joves que s'estan més de sis mesos en un centre d'emergència quan l'estada màxima és de dos mesos. El mateix passa en els centres d'acollida d'altres recursos. I també hi ha joves que han realitzat tot el recorregut, des de centre d'emergència fins a pis assistit, i per algun motiu se'ls torna a col·locar en un centre d'emergència com a mesura de càstig o correcció.

- 10 Quan parlem de professionals del sistema de protecció de menors d'edat no pretenem, ni de bon tros, homogeneïtzar tot un sector. Les diferències en les condicions laborals (hi ha molta precarietat que provoca molta mobilitat), el grau de professionalitat i rigor, el nivell de responsabilitat del càrrec que ocupa, etcètera, són aspectes que cal tenir en compte a l'hora d'analitzar l'actuació dels professionals d'aquest àmbit.
- 11 Ciutat a quaranta quilòmetres al nord de Girona.
- 12 En el sentit de suspicàcia.
- 13 Alberg assistencialista no finalista adreçat a persones en situació de sensellarisme, que ofereix diferents modalitats de prestacions i acollides, majoritàriament de caràcter temporal.
- 14 Es refereix al consum de volàtils, en aquesta cas cola d'impacte, de forma inhalada.
- 15 Parc a prop del centre de la ciutat de Girona on solen dormir moltes persones en situació de sensellarisme perquè hi ha de ponts on protegir-se de la pluja i el fred i espais on amagar-se de les agressions que pateixen aquestes persones.
- 16 La majoria eren extutelats. Alguns eren nois que van arribar al país amb divuit anys complets i pocs mesos, van provar d'acollir-se al sistema de protecció i hi van estar un breu temps acollits fins que es va confirmar la majoria d'edat i van ser expulsats d'aquests centres.
- 17 Recordem que la classificació ETHOS (FEANTSA, 2005) descriu la situació d'institucionalització amb coneixement previ de sensellarisme imminent com una categoria de sensellarisme en si mateix i en aquell mateix moment. A més no fa referència a cap límit d'edat. Sí que ho va fer el govern d'Espanya en l'última definició oficial de la qual es té constància, l'últim recompte (INE, 2012).



Foto: Martine et Stéphane - Fotolia.com

Emilio Alanís

Un monstre em ve a veure: anàlisi i reflexions des de l'educació social familiar

Recepció: 19/01/2019 Aceptació: 05/03/2020

Resum

En la següent reflexió es pren com a fil conductor la pel·lícula (i el llibre) *Un monstre em ve a veure* (Bayona, 2016), amb el motiu d'il·lustrar les intervencions i premisses sobre l'educació social familiar que se'n desprenen. Les escenes, personatges i situacions que s'esdevenen en la història permeten reflexionar i analitzar amb ull crític diverses formes d'intervenir en el treball amb famílies. Al llarg del text s'aborden diferents temàtiques pròpies de la disciplina, entre les quals destaquen la tipologia de família, patrons comunicatius, factors de risc i factors de protecció. De la mateixa manera, s'hi ofereixen propostes d'intervenció per a educadors socials. Aquest treball reuneix part de la teoria de l'educació social amb famílies en vista d'un film contemporani i ha de permetre, de la mateixa manera, aportar noves formes de comprendre la intervenció familiar, brindant un espai diferent per a la reflexió i l'anàlisi conjunta dels professionals.

Paraules clau

Educació social familiar, educació social, intervenció amb famílies, família multiproblemàtica.

Un monstruo viene a verme: análisis y reflexiones desde la educación social familiar

En la siguiente reflexión se toma como hilo conductor la película (y el libro) Un monstruo viene a verme (Bayona, 2016), con el motivo de ilustrar las intervenciones y premisas sobre la educación social familiar que de ella se desprenden. Las escenas, personajes y situaciones que acontecen en la historia permiten reflexionar y analizar con ojo crítico diversas formas de intervenir en el trabajo con familias. A lo largo del texto se abordan distintas temáticas propias de la disciplina, entre las que destacan la tipología de familia, patrones comunicativos, factores de riesgo y factores de protección, entre otras. De igual forma, se ofrecen propuestas de intervención para educadores sociales. Este trabajo reúne parte de la teoría de la educación social con familias a la luz de un filme contemporáneo y ha de permitir, del mismo modo, aportar nuevas formas de comprender la intervención familiar, brindando un espacio diferente para la reflexión y el análisis conjunto de los profesionales.

Palabras clave

Educación social familiar, educación social, intervención con familias, familia multiproblemática.

A Monster Calls: analysis and reflections from the family social education perspective

The following reflection takes as its starting-point the film (and book) A Monster Calls (dir. J. A. Bayona, 2016) to discuss the interventions and premises about family social education suggested by this work. The scenes, characters and situations in the story enable us to reflect on and critically analyse various forms of intervention based on work with families. The book describes several themes linked to this activity, including family typology, communication patterns, risk factors and protection factors. Similarly, it proposes forms of intervention by social educators. This paper discusses aspects of the theory of social education with families from the perspective of a contemporary film and suggests new ways of understanding family intervention, providing an alternative space for reflection and reflection by social work professionals.

Keywords

Family social education, social education, intervention with families, multiproblem families.

Com citar aquest article:

Alanís Gutiérrez, Emilio (2020).

Un monstre em ve a veure: anàlisi i reflexions des de l'educació social familiar. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 75, 147-164.



ISSN 2339-6954

La fantasia no només explica millor la nostra realitat sinó que és la millor manera d'articular la veritat.

J. A. Bayona

Com bé descriu Bayona, en efecte, la fantasia ens deixa veure la veritat més pura. A la història de Conor O'Malley podem endinsar-nos i explorar una infinitat de possibilitats per a l'educació social amb famílies. No només ens planteja la situació en els contextos educatius formals com ara l'escola, sinó que ens situa també (i més àmpliament) davant de noves situacions i possibles escenaris de l'educació social des de la intervenció familiar.

A l'article s'aborden, en primer lloc i amb l'objectiu de situar el lector, la fitxa tècnica i la sinopsi de la pel·lícula *Un monstre em ve a veure*, de Juan Antonio Bayona (2016). Al llarg del text, trobem també extractes del llibre que du el mateix nom, escrit per Patrick Ness (2014), els quals pretenen il·lustrar més i millor la història original i la seva estreta relació amb el món de l'educació social familiar. Confessem que entre la lectura del llibre i el visionat de la pel·lícula no hi ha grans diferències a subratllar, potser algun matís en converses o en descripcions de llocs. L'única diferència digna de menció és el final de la pel·lícula, contrari al final que es narra al llibre. L'escena *post mortem* en què Conor arriba a la casa de l'àvia per instal·lar-s'hi com a la seva nova residència no existeix al llibre. S'hi poden intuir força hipòtesis sobre per què el guionista (que va ser el mateix autor de l'obra) va decidir afegir aquests minuts crucials. Tanmateix, per a la finalitat d'aquest treball de reflexió, tant la pel·lícula com el llibre són útils per il·lustrar més encertadament els conceptes a desenvolupar i per tant tots dos seran fil conductor de la reflexió. Cal puntualitzar també que en cap moment es pretén envair espais professionals aliens a l'educació social, tot i que la fonamentació teòrica ho pugui fer pensar en alguns aspectes.

Fet l'aclariment, a l'apartat següent s'aborden temes d'acció que des de la pel·lícula s'ofereixen al camp de l'educació social, això sense entrar en el que pertoca com a finalitat principal d'aquest escrit: la intervenció amb famílies. D'aquí que l'apartat "Model d'intervenció amb famílies" sigui el més extens dels que es trobaran. Tot això es complementa amb un breu apartat sobre els factors de protecció i els factors de risc que es detecten en la història de la família O'Malley i es finalitzarà amb unes puntualitzacions sobre intervencions com a educadors socials familiars davant de casos similars i unes conclusions generals a manera de qüestionaments.

Fitxa tècnica

Taula 1. Fitxa tècnica: *Un monstre em ve a veure*

Títol	<i>Un monstre em ve a veure (A monster calls)</i>
País	Espanya Estats Units
Any	2016
Durada	108 minuts
Gènere	Drama / Fantasia
Intèrprets	Lewis MacDougall Liam Neeson Felicity Jones Sigourney Weaver Toby Kebbell Geraldine Chaplin
Direcció	Juan Antonio Bayona
Producció	Belén Atienza Mitch Horwits Jonathan King
Guió	Patrick Ness
Muntatge	Jaume Martí Bernat Vilaplana
Reconeixements	9 Premis Goya 2017, entre els quals destaquen: Millor Director, Millor Muntatge, Música original, Fotografia, Millor Direcció Artística

Font: Elaboració pròpia.

Sinopsi

Un monstre em ve a veure és una pel·lícula estrenada el 2016, basada en la novel·la homònima de Patrick Ness. Està dirigida per Juan Antonio Bayona i se centra en la història de Conor O'Malley, un noi de dotze anys que, després que li diagnosticuessin una malaltia terminal a la seva mare, quan somia, un monstre el va a veure. En aquestes visites el monstre li explicarà unes històries que l'ajudaran a confrontar el que està vivint i l'ajudaran a reconèixer la seva veritat. La pel·lícula toca magistralment temàtiques importants com la mort, el dol i la família. És una pel·lícula recomanable per a tots aquells que es dediquen a la intervenció amb famílies des de les diferents plataformes professionals: educadors i treballadors socials, psicòlegs, mestres, mediadors, etc.

És una pel·lícula recomanable per a tots aquells que es dediquen a la intervenció amb famílies des de les diferents plataformes professionals

Temes importants des de l'educació social

–No tinc gaire traça explicant històries.
–Tu me n'explicaràs una quarta –va repetir el monstre–, i serà la veritat.
–La veritat?
–No una veritat qualsevol. La teva veritat.

En aquest primer apartat enunciaré de manera global i general dues temàtiques que s'aborden en la història de Conor O'Malley pel que fa a l'acció socioeducativa dins el marc escolar. L'educació social, com que és una disciplina àmplia, pot abordar diversos aspectes d'aquesta història i aportar des de la seva particularitat observacions que potser han passat desapercebudes. Així, doncs, es descriuen aspectes relacionats amb l'educació social, aliens a la intervenció des de l'educació social familiar: l'assetjament escolar i l'acompanyament docent-alumne. Això es fa amb el propòsit de poder abordar de forma detallada i professional l'educació social familiar en apartats posteriors.

Assetjament escolar

Durant la història sovint veiem l'experiència d'assetjament escolar que viu el protagonista. En el llibre és una experiència molt més minuciosa i constant, i per tant es comprèn millor la reacció de Conor quan acaba d'escoltar la tercera història del monstre, en què perd les maneres i ataca violentament el seu agressor. Aquest apartat es considera una part de les competències d'un educador social, atès que l'assetjament que pateix el protagonista alimenta la solitud i el dolor que causa la pèrdua de la mare, això sense que una cosa arribi a ser conseqüència de l'altra. Es pensa això perquè en el moment de la confessió de Conor al monstre no es relata la por de l'assetjament com a principal dolor, sinó la imminent pèrdua de la mare. L'única relació entre tots dos esdeveniments és que a vegades els assetjadors se serveixen de la situació de vulnerabilitat de Conor per fer-lo sentir inferior, tanmateix, l'assetjament que pateix no sembla estar relacionat amb la mare malalta, sinó que sembla tenir altres raons que es desconeixen. Sorgeix, al nostre parer, com un recurs narratiu afegit a la situació personal del protagonista.

L'educador social ha de ser un referent que ajudi a realitzar un treball eco-sistèmic

Entre els principals detalls sobre l'assetjament escolar que experimenta Conor, es pot notar que és fomentat per un grup, fet que naturalment es converteix en un enfrontament de dues postures en què Conor està sol. Podem dir, juntament amb Orte Socias (2008), que la complicitat de la qual se serveixen els assetjadors davant el silenci dels altres agreuja les situacions de vulnerabilitat del protagonista; per la nul·la implicació del centre en el procés d'assetjament. És una paradoxa que els professors creguin que coneixen el que passa més enllà de les parets de l'escola (la frase, tantes vegades repetida, "No puc imaginar el que deus estar passant, Conor", deixa entreveure aquesta anomalia), i que alhora desconeixin el que s'esdevé davant seu. Aquest doble moviment ens fa pensar en el paper de l'educador social com a connexió de la comunitat, els alumnes i el centre educatiu, que facilitarà un treball integral des dels diversos cercles socials en què es mouen els alumnes i farà més senzills els treballs no només de tractament cap a algunes problemàtiques concretes, sinó també de prevenció (Orte Socias, 2008). L'educador social ha de ser un referent que ajudi a realitzar un treball eco-sistèmic, fet que comunitat-família-escola convergeixin cap a una mateixa direcció formativa.

Acompanyament docent

En estreta relació amb l'apartat anterior, la pel·lícula mostra en diversos moments els intents d'acompanyament docent cap a Conor. Diverses vegades, com a l'aula de classe o després de la reacció violenta de Conor cap al seu agressor, els mestres no hi dicten cap sentència. Es pot pensar en dues possibles raons, que es deixen a la llibertat interpretativa del lector. D'una banda, es podria dir que hi ha una aura al voltant de Conor que l'eximeix de qualsevol responsabilitat davant els deures inacabats o els cops cap a un altre alumne. D'altra banda, no es pot descartar el fet que miren de ser comprensius amb la situació que viu l'alumne. Amb tot, en cap moment s'observa que cap professor (o qualsevol professional del centre educatiu) s'apropi a Conor per escoltar-lo, sempre apareixen per mostrar una delicada, tot i que insuficient, atenció envers la seva "situació". D'altra banda, s'observa la intervenció del monstre com una confrontació, li explica històries i el prepara perquè, eventualment, pugui ell mateix explicar la seva veritat.

És interessant i, no cal dir-ho, il·lustrador el que Ghouali (2007) rescata sobre la semàntica que envolta el terme 'acompanyar' gràcies a tres sinònims comuns: conduir, guiar i escortar. Ghouali continua accentuant que l'acompanyant, orientant la seva acció a aconseguir conduir l'acompanyat, deixa que aquest romangui amb ell i, si cal, canvia amb ell. Amb això ens podem fer una idea sobre la proximitat necessària i el que s'espera dels docents en els processos d'acompanyament a l'aula, el quals poden fins i tot resultar terapèutics per als alumnes. Per tant, és important que els mestres estiguin familiaritzats amb les necessitats dels alumnes, que estiguin amb ells, per poder detectar "irregularitats" en els processos de desenvolupament vital, amb la finalitat de derivar-los a temps al recurs pertinent, si escau (Pérez El Presti i Reinoza Dugarte, 2011). Aquesta proximitat la trobem reflectida a la pel·lícula en la figura del monstre més que no pas en la dels docents.

Model d'intervenció amb famílies

*"Hi ha coses pitjors que ser invisible", havia dit el monstre,
i tenia raó. Conor ja no era invisible.
Ara tots el veien.
Però era més lluny que mai.*

Prèviament s'ha parlat sobre temàtiques relacionades amb l'educació social de forma generalitzada i fent èmfasi en el marc escolar formal. Tenint en compte això, no podem oblidar que bona part del que s'esdevé en la història té a veure amb l'educació social familiar. Els espais com el jardí, les habitacions de les diferents cases i l'hospital són ambients que ens parlen d'un context educatiu diferent a l'usual. És a dir, el monstre s'involucra en la vida de

Conor O'Malley i l'acompanya durant els durs moments que suposen l'acceptació de la malaltia de la mare. És un procés que es viu en conjunt. Tot seguit ens endinsarem en els aspectes a tenir en compte quan es parla d'un model d'intervenció familiar des de les premisses que ofereix l'educació social, recordant el que diu Barudy: “la família és un sistema complex, viu i humà alhora, en interacció permanent amb el seu entorn” (2019, p. 14). Així, doncs, s'ofereix una *radiografia* familiar.

Tipologia familiar

La família està constituïda per mare i fill, monoparental. El divorci és part de la història d'aquesta família. Encara se n'ignoren les raons, però es té coneixement d'una relació nova del pare que ha comportat que se n'anés als Estats Units i, per tant, la conformació d'un nou nucli familiar. Sembla ser que Conor no coneix la nova dona del seu pare i la mitja germana, a la qual es fa al·lusió amb una mica de recel. Cal no oblidar que en el transcurs de la història hi ha un moviment familiar en què un element nou s'integra a la família de Conor i la seva mare: l'àvia. Quan comencen a viure junts, aquesta família necessàriament es modifica i l'entendem com una família multigeneracional, atès que hi conviuen tres generacions. L'interessant joc de poders que es crea arran d'aquesta situació delata el que Conor vivia anteriorment, és a dir, una parentalització, duent a terme el paper de cuidador (en aquest cas, de la seva mare), que es veu desplaçat per la presència d'un adult real a casa.

Els habitatges i els espais delaten més del que creiem quan pensem en els esquemes familiars. Els espais, com les persones, repercuteixen en el desenvolupament dels individus, psíquicament, físicament i emocional (Lotito Canino, 2017). L'educador social ha de contemplar els espais habitacionals de les persones per a les quals treballa, perquè n'aprendrà més del que revelen les paraules. Per tant, cal destacar els moviments, les formes i els canvis que es produeixen en la història pel que fa a la llar familiar. L'àvia apareix i resitua Conor, ella ocupa la seva habitació i això, al net, no li agrada. Després, quan veu afeblida la salut de la mare, tots dos, mare i fill, deixen casa seva per anar a viure amb l'àvia mentre passen els pitjors moments de la malaltia. És a dir, mare i fill es troben en un nou espai familiar que pertany a la mare d'ella. L'acció de cedir i d'exigir esdevenen inseparables. Conor, al final de la història, viu amb la seva àvia i ella li assigna una habitació pròpia, ja no és una visita, és part d'una nova constitució familiar, es forma una nova família després de la mort de la mare. Tots aquests jocs de mudança que produeixen en la història ens ensenyen la situació personal de Conor, envaït, primer, per la presència de l'àvia, relocalitzat a ca l'àvia com a “visita” (extern, aliè) i de nou assentat a la casa nova com a membre de la família. Això fins i tot es tradueix en formes de comportament de l'infant.

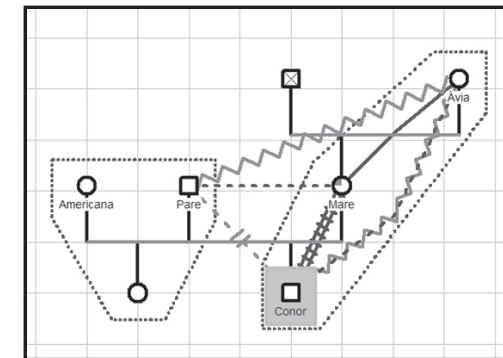
L'educador social ha de contemplar els espais habitacionals de les persones per a les quals treballa, perquè n'aprendrà més del que revelen les paraules

Relacions familiars

Observarem ara les relacions que s'estableixen dins del nucli familiar. Per fer-ho, s'han dissenyat dos genogrames amb el seu corresponent mapa relacional i tots dos responen temporalment a l'inici i al final de la història. Això ajuda a aclarir les relacions que s'han modificat al llarg dels diferents esdeveniments i per descomptat a veure amb uns altres ulls la participació del monstre. Es va decidir fer el genograma familiar a partir de la mudança de l'àvia juntament amb Conor i la seva mare, per poder tenir una visió més completa del que s'hi esdevé.

Com s'observa a l'inici de la història, hi ha un nucli familiar ple de complicacions. La comunicació de Conor amb la seva mare és estreta i propera. La relació de la mare de Conor amb la seva pròpia mare no és tan estreta com la que té amb el seu fill, amb tot, hi ha confiança. El conflicte arriba amb l'àvia i Conor, els quals no tenen simpatia l'un vers l'altre. De la mateixa manera, l'àvia manté una relació hostil amb l'antic marit de la seva filla, és a dir, el pare de Conor. Observant la relació del pare amb Conor veiem una separació. Les escenes al parc d'atraccions ens poden enganyar, però si posem atenció a la història –el pare no l'havia visitat abans– es pot intuir que si no fos per la malaltia de la mare haurien passat anys sense que el pare visités el fill que tenia de les seves primeres núpcies. La relació que es presenta de tots dos pares s'intueix llunyana i fregant la indiferència. De fet, són poquíssimes les escenes en què els trobem en un mateix pla. Per finalitzar, entenem que hi ha per part de mare un pare absent, que s'intueix que també ha mort. D'altra banda, els avis paterns estan absents completament ja que no s'esmenten en la història.

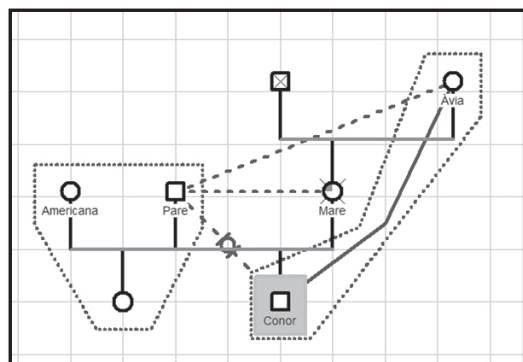
Gràfic 1. Genograma durant la malaltia de la mare



Font: Elaboració pròpia.

En el segon genograma, actualitzat després de la mort de la mare de Conor, podem veure una nova constitució familiar amb l'àvia i el net, serà una família d'acolliment extensa. Aquest és el resultat del fet que el pare visqui en un altre país i que li sigui impossible tenir cura del fill. Tornant a la relació Conor-àvia, tot i que no tenen una relació gaire propera, hi ha harmonia, els espais s'han condicionat, ell ha estat acceptat per ella, i viceversa. De la mateixa manera, es restaura una separació prèvia que existia amb Conor i el seu pare, en convidar-lo a passar el Nadal amb ell als Estats Units. Es desconeix el desenllaç d'aquesta relació, però s'intueix una millora notable en relació amb la situació anterior.

Gràfic 2. Genograma post mortem de la mare



Font: Elaboració pròpia.

Cicle vital familiar

En primer lloc, haurem de parlar de Conor, a qui trobem en una fase primerenca de l'adolescència, això complica la forma com se situa davant la malaltia de la mare, perquè ja no és un nen dependent, però és molt jove encara per a fer-se'n càrrec i tenir-ne cura. Què és el que fa que Conor senti que ha de tenir cura de la mare?, com va viure Conor el divorci dels seus pares? Continuant amb els personatges trobem els pares, que tenen gairebé la mateixa edat, però situacions vitals diferents. Ell acaba de ser pare una altra vegada, té un nou nucli familiar. Ella pateix una malaltia greu. Tots dos són en un moment de la vida adulta en què tocava d'instal·lar-se, però les situacions personals d'ambdós els ho impedeixen. Què significa per a la nova dona del pare que ell hagi d'atendre la seva antiga dona en aquests moments? Com viu la mare de Conor la presència del seu antic marit? Com veu Conor aquests moviments? I l'àvia?

Analitzant la situació particular de l'àvia, es pot intuir que es troba en un moment vital completament diferent al del altres personatges. Ella, per cicle vital, és en un procés de començar a viure la seva vellesa i de reconèixer-se independent dels seus fills i néts. És a dir, de deixar de banda les tasques de cuidadora. Es constata que viu sola, en una casa de classe mitjana-alta i, na-

turalment, sense problemes econòmics. És normal, des del seu punt de vista, sentir-se vulnerable davant la possible mudança del seu net quan la seva filla hagi mort. Com se sent ella havent d'acollir Conor a casa? Què és el que li fa més por a ella en relació amb aquesta situació?

Patrons comunicatius

Satir (1991) descriu cinc estils de comunicació: acusador, calculador, distractor, auto-inculpador i anivellador. Aquí enunciaré breument els personatges i com és el comportament de cadascun d'ells segons el seu patró comunicatiu al llarg de la pel·lícula. Incloem també el monstre en aquest apartat com a figura referent pel que fa a la intervenció amb famílies.

Satir (1991) descriu cinc estils de comunicació: acusador, calculador, distractor, auto-inculpador i anivellador

Taula 2: Patrons comunicatius en els personatges segons Satir

Personatge	Patró comunicatiu	Descripció
Mare	Distractor Anivellador	Es mou entre aquests dos patrons perquè, d'una banda, coneix totes les persones que l'envolten, ella és el centre relacional: el pare, el seu antic marit, el seu fill, la seva mare. D'aquí que participi com a mediatora davant dels conflictes que tots tenen. Entén el seu fill. Coneix la seva situació vulnerable davant la malaltia i els intents fallits de guarir-la. No obstant això, no és completament honesta amb el seu fill, i amb això busca evadir els conflictes. No és clara amb ell i això pesa més del que ella creu. Amb aquestes accions segueix un patró més distractor.
Pare	Distractor	Es presenta davant Conor com si no estigués passant res i se l'endú a passejar. Davant les preguntes del seu fill, evadeix la veritat, desviant els conflictes. Es mostra distant davant la mare i l'àvia, això també per a desviar problemes. No s'hi involucra gaire i fins i tot torna amb la seva parella als Estats Units perquè tampoc no vol quedar malament amb ella ni tenir-hi dificultats. Davant la petició de Conor de viure amb ell, respon: "No hi ha prou espai".
Àvia	Acusador	No té problemes amb el control, però no sempre l'hi és reconegut. Es presenta com una persona tensa i sol inculpar fàcilment els qui l'envolten. Intenta resoldre conflictes per la força sense presentar el diàleg com a primera opció.
Conor	Calculador	És sensat i acurat en les relacions. No li agrada expressar els seus sentiments, sobretot perquè el situen en una posició de vulnerabilitat davant dels altres. Manté distància si no se sent amb confiança i busca solucions davant dels conflictes que no involucrin afectes. La seva força més gran és aconseguir controlar les seves emocions, d'aquí que davant la proposta d'explicar "la seva veritat" es mostri hostil.
Monstre	Anivellador	És conscient que el que fa repercuteix després en Conor. És equilibrat i sap quan ha de ser més incisiu en certs aspectes. És respectuós, però no deixa de fer la seva feina per això. Pot arribar a ser acusador per tal d'aconseguir el que vol.

Font: Elaboració pròpia.

Objectes simbòlics

A la pel·lícula hi ha diversos objectes simbòlics que mostren diferents realitats i, al seu torn, diferents facetes dels personatges. Cadascuna d'elles revela una altra realitat que pot restar a les imatges i passar desapercebuda si no es mira amb deteniment. Tot seguit descriurem els objectes simbòlics que esdevenen importants en el transcurs de la història.

Taula 3: Objecte simbòlic en la pel·lícula

Arbre	Sorgeix com a connexió amb la sanació. Tant per a la mare (a l'escena final, quan Conor descobreix que el monstre també la visitava a ella) com per a Conor en recórrer a ell constantment en moments crítics. Cal puntualitzar que es parla de l'arbre com a objecte, no com a subjecte (monstre) en el qual es converteix. S'esmenta també el poder curatiu de les fulles de l'arbre. Forma part de la història familiar.
Històries	Expliquen anècdotes sobre l'ambigüitat, els sentiments contradictoris, els finals inesperats. Tot això ajuda a Conor de forma indirecta per, després, explicar la seva història, tan real com les anteriors.
Habitacions	Són espais d'habitatge. El desplaçament que pateix Conor després de l'arribada de l'àvia a casa es veu traduït també en accions diferents envers ell (ha arribat un adult a casa). El fet d'agafar l'habitació de convidat a casa de l'àvia denota que no és rebut encara per ella. Hi ha resistència. L'escena final, amb el lliurament de claus i una habitació per a ell (antiga habitació de la seva mare), l'inclou dins del nou nucli familiar com a element participatiu.
Malson de Conor	Les seves constants preocupacions i pors no pronunciades emergeixen des del subconscient.
Niu	Quan Conor acaba de relatar la seva història, el monstre construeix un niu amb les mans. Conor hi dormirà força temps. Aquest niu ens recorda el naixement, la nova vida que comença. Una picada d'ullet a la resiliència. De la mateixa manera, resitua Conor en un lloc de vulnerabilitat, de dependència, deixa de fer les funcions d'adult i torna a les d'un nen. Immediatament després s'acomodarà de la seva mare.

Fases del dol

Hi ha una clara negació per part de tots els membres de la família d'acceptar el que passa amb la mare

Durant la pel·lícula, es pot dir que hi ha una clara negació per part de tots els membres de la família d'acceptar el que passa amb la mare. Cadascú reacciona com vol i com pot davant els diagnòstics mèdics. Per poder mirar això objectivament, citarem en aquest apartat les fases enunciades per Kübler-Ross (1993) sobre el dol, en què es troben: la negació i l'aïllament, la ira, el pacte, la depressió i l'acceptació. Ens centrarem en Conor, atès que és el protagonista i per la claredat que suggereixen les seves accions pel que fa al dol.

Conor manté una negació rígida davant la malaltia de la seva mare. Des de les observacions realitzades, aquesta negació s'alimenta de la suposada "protecció" que els adults ofereixen al menor, tot evitant de parlar directament amb ell sobre la malaltia. Aquestes actituds per part dels adults legitimen la posició de negació en la qual Conor s'ha establert. Ell nega el que succeeix, i les persones que haurien de comentar-ho amb ell també li neguen aquesta possibilitat. Després, Conor cau en un episodi d'ira, un desbordament que no

només es reflecteix en el saló de l'àvia, destruït completament, sinó també en la seva reacció violenta cap al seu agressor en el marc escolar. En el transcurs de la història s'observa com el protagonista experimenta la següent fase del dol: el pacte. Promet atendre el monstre i explicar la quarta història, si aquest al seu torn cura la seva mare. És un joc que Conor es fa per poder aferrar-se a una seguretat que no troba en cap altre costat.

Per finalitzar el procés de les fases del dol, Conor experimenta la depressió en el moment de confessar la seva veritat al monstre. Aquesta exposició de si mateix, vulnerable i indefens, el deixa exhaust i cau en un profund somni. La llibertat que li concedeix el monstre de proclamar la por que sent davant la pèrdua de la seva mare és una bona forma d'ajudar-lo. No li obnubila la mirada, fent-lo mirar cap a un altre costat, el posiciona front l'adversitat perquè en surti enfortit. Després d'haver viscut això, Conor està preparat, si més no psicològicament, per acceptar la mort de la seva mare, que les coses canviaran i que tot està al seu lloc. Sembla ser que s'assumeix una certa linealitat pel que fa a les fases del dol, però cal destacar que aquests processos no són, en absolut, lineals i que cada persona els viu d'una manera diferent.

Factors de protecció i factors de risc

*–La teva mare –va dir ella mirant-lo fixament als ulls–. Això és el que tenim en comú.
Conor no va dir res. Però sabia a què es referia.
La seva mare era filla d'ella.
I la seva mare era la persona més important per a tots dos.
Això era tenir molt en comú.
Era, sens dubte, un punt de partida.*

El treball amb famílies, des de l'educació social, cerca reduir la quantitat de riscos i oferir la major quantitat de factors de protecció per a la família. Amb això, va íntimament lligada a la recerca de clarors i certeses, tan anhelada en les situacions relacionades amb la pèrdua de control (Boss, 2014). Hi ha moltes situacions que ajuden o fan més complex el mateix procés de reconeixement d'aquests factors. A la pel·lícula hi ha factors de risc i factors de protecció, que s'enuncien tot seguit.

Factors de protecció

En el transcurs de la història podem trobar diversos factors de protecció com, per exemple, la presència del monstre a la vida de Conor (i de la mare també), i amb això el relat de les històries amb les seves respectives lliçons. És important que vegem el que en educació social anomenem *planificació de la intervenció*. El monstre té clar què farà, què necessita Conor i com l'acom-

El treball amb famílies cerca reduir la quantitat de riscos i oferir la major quantitat de factors de protecció per a la família

panyarà fins a aquest moment. D'altra banda, la presència de xarxes familiars (l'àvia i el pare) que, tot i que en un primer moment no són les idònies, existeixen. Aquestes xarxes facilitaran en un segon moment un acolliment familiar extens després de la mort de la mare. Un altre factor de protecció és l'existència d'un capital econòmic estable. Potser això no es té en compte, però, de ben segur, podem concloure que si no existís una economia familiar estable els problemes es complicarien, cosa que, indubtablement, seria un factor de risc.

Un altre factor de protecció es pot veure a l'escena en què Conor i la seva àvia van cap a l'hospital després que el trobessin dormint a les arrels de l'arbre cap al final de la història. Tots dos, després de tot el que han viscut, aconsegueixen reconèixer que, malgrat tot, tenen alguna cosa en comú. El reconeixement que hi ha un amor incondicional vers la mare per part de tots dos els uneix més que altres coses. Aquest descobriment que fan supera l'adversitat que fins al moment han viscut i els situa com a resilents davant tot allò nou que vindrà (Cyrulnik, 2001). Reconeixen que no estan sols.

Factors de risc

Un dels principals factors de risc és la manca de comunicació en la família, especialment la dels adults cap al menor. Tots els personatges saben què passa, ningú no és aliè a la veritat. Les actituds dels adults mostren una certa complicitat en ocultar-ho. Això pot arribar a convertir-se en un secret nociu perquè no permet que tots els membres de la família, sobretot el nen, reaccionin i es desenvolupin de forma natural davant la situació. Hi ha una inseguretat latent a l'hora d'actuar i això no genera més que angoixa. No hi ha cap diàleg durant bona part de la pel·lícula en què els pares o l'àvia tinguin un moment amb Conor per explicar-li el que succeeix. La xerrada amb la mare apareix com a necessària, però es troba a faltar una mica més de claredat. Ell intueix el que passarà, però no ho verbalitza de cap manera, fet que genera una ambigüïtat que deteriora les relacions personals i la forma de posicionar-se davant d'una situació tan dura (Boss, 2014).

D'altra banda, hi trobem altres factors de risc com la tipologia de família. El fet que sigui una família monoparental, ja és un factor de risc per les implicacions que té el fet que una sola persona tingui els fills a càrrec (Giraldes, Penedo, Seco i Zubeldia, 1998). Si hi afegim la malaltia de la mare, es complica la situació. L'entrada d'un nou membre, com ho és l'àvia, al nucli familiar dona suport i disminueix de moment el risc del possible abandonament que experimenta Conor, tot i que amb això sorgeixen altres factors necessaris a tenir en compte, com ho són la relació de Conor amb la seva àvia, la presència de Conor i la seva mare a casa l'àvia, etc. Ells conformen aspectes que tot educador social familiar ha d'observar abans i durant les intervencions que tinguin amb la família, possibilitant una comprensió més objectiva del fenò-

men sistèmic de les persones amb les quals treballa. Sense indagar-hi gaire, atès que ja s'ha esmentat anteriorment, la situació d'assetjament escolar és un altre factor de risc. Complica les relacions d'amistat de Conor a la escola i, al seu torn, afebleix la creació de xarxes de suport al seu voltant.

Intervencions proposades des de l'educació social

*El monstre va canviar una mica més la forma de les seves mans,
fent més còmode el niu de fulles en què Conor jeia.
–He d'anar a veure la meva mare –va protestar Conor.
–La veuràs –va dir el monstre–. T'ho prometo.
Conor va obrir els ulls.
–Hi seràs?
–Sí –va dir el monstre–. Seran els últims passos del meu caminar.*

S'ha descrit ja a bastament sobre la família, la seva constitució, els patrons comunicatius, els factors de protecció i de risc, etc. Ara aprofundirem en algunes possibilitats d'intervenció que es proposen des de l'educació social familiar. No seran planificacions de fet, sinó més aviat idees que, amb un suport teòric, atorguen llum a la situació familiar que es viu. Al primer apartat observarem la intervenció que realitza el monstre, mentre que al segon apartat oferirem altres intervencions possibles a la llum de la teoria.

Intervenció socioeducativa del monstre

Cada història que el monstre narra a Conor és una intervenció socioeducativa. El monstre, visitant aliè a la família, és fàcilment equiparable a la figura d'un educador social. No per la figura imaginària i temible (encara que en alguns contextos l'exemple pugui valer), sinó més aviat pel vaivé que envolta les seves intervencions, els llocs, la puntualització de quan està present i quan no ho està. Per a algunes persones el que fa el monstre no és res més que explicar simples històries que serveixen com a distractor per al noi vulnerable, tot i que treure aquests conclusions és un error. Cada història està pensada perquè eventualment Conor pugui explicar la seva veritat. El monstre acompanya Conor en la comprensió del que està passant al seu voltant. Freire dirà que "tota comprensió correspon tard o d'hora a una acció" (2015, p. 78), per tant s'entén l'obstinació que sigui Conor qui expliqui en primera persona l'última història, que és *la seva veritat*. Que siguin les seves paraules les que il·luminen la foscor en la qual ell mateix es troba i després pugui actuar en conseqüència. Això el farà entrar en raó crítica i objectiva del que li està passant emocionalment i podrà prendre decisions en la seva

Cada història està pensada perquè eventualment Conor pugui explicar la seva veritat

pròpia vida. És bo aturar-se breument en aquest *prendre la paraula*. No pot passar desapercebuda la potència que té el fet de nomenar les coses com són, com se senten, com es perceben des de la realitat d'una persona o una altra.

Propostes d'intervenció socioeducativa

En ambdues propostes descrites a continuació hi ha un fil conductor de l'acció socioeducativa. És important davant els factors de risc i de protecció poder potenciar la claredat i reduir la complexitat del que es viu. A més, no és sobrer afirmar, juntament amb López, que “una cosa és assumir la responsabilitat de protegir, tenir cura, educar o acompanyar les persones que es tenen a càrrec i una altra de ben diferent és viure com a propis els problemes o dificultats que aquestes persones experimenten” (2013, p. 53). Tenint aquestes idees clares, oferirem dues propostes d'intervenció amb famílies.

L'escassa comunicació que ja s'ha esmentat en apartats anteriors necessita ser atesa amb urgència, el cas particular d'aquesta família dona molt joc pel que fa a sentiments reprimits. Bé se sap que mobilitzar la creativitat és buscar que emergeixi la interioritat (Olaechea i Engeli, 2016, p. 52), motiu pel qual, com a primera intervenció socioeducativa per atendre aquesta insuficiència, es proposa l'exposició dels familiars en activitats artísticoplàstiques, activitats que els posin en situació de crear conjuntament. Se sap que tant la mare com el fill gaudeixen d'aquesta activitat. Per què no convidar també l'àvia a participar-hi? Oferir un espai de creació artística que després serveixi com a vehicle comunicatiu de veritats, pors i anhels que, per la cruïlla de la situació que estan vivint, no poden articular.

Si el llenguatge verbal està sent una restricció d'allò que senten, el professional de l'àmbit social ha de brindar altres mitjans per expressar-se. Això no sempre és senzill perquè les relacions familiars poden arribar a ser molt complexes. En aquest sentit, el professional ha d'atrevir-se a fer noves propostes que permetin a les persones llegir-se a si mateixes. A més, si es considera la participació d'infants (com és el cas), el llenguatge simbòlic és primordial perquè les idees s'articulen i s'expressen de maneres diferents i més encertades. Cal exposar els infants a l'art, mitjançant pintures, escultures, visites a museu o llibres il·lustrats, que els permeten interpretar idees sofisticades d'una forma senzilla gràcies al mitjà plàstic, que suggereix una relació interessant entre text i imatge (Salisbury i Styles, 2018). Així podem oferir i contrarestar els factors de risc en la família, enfortint les vies comunicatives de les seves relacions personals.

Una segona proposta d'intervenció, molt diferent a la primera, seria la participació de la família multigeneracional (àvia, mare i fill) en grups multifamiliars que estiguin patint situacions similars. Es proposa això perquè el grup multifamiliar “ofereix la possibilitat d'aprendre diferents formes

d'afrontar la vida familiar, tenint en compte la culpa que pateixen” (Blanqué *et al.*, 2012, p. 67). El treball principal de l'educador social seria, en un principi, la revisió dels grups plurifamiliars presents a la zona i els paradigmes psicològics en els quals es mouen. Sembla una obvietat, però sempre és bo matisar-ho. A continuació, el professional ha d'iniciar un procés d'acompanyament de la família mentre comencen a participar en aquests grups.

S'entén perfectament que aquest procés generarà canvis en la dinàmica familiar (es remouen pensaments, sentiments, idees) i no tots els membres poden estar d'acord amb la participació d'aquests grups, però és paper de l'educador guiar durant aquest camí i construir juntament amb la família una anàlisi racional (López, 2013). Fer-los veure que aquests grups són espais i llocs on es pot enriquir el procés de treball educatiu i terapèutic que estan duent a terme (Martínez, 2018). Això no és senzill, si tenim en compte l'estigma social que envolta tot el que està relacionat amb la psicologia, la teràpia i els grups. No obstant això, és una bona opció no només per a comprendre i pensar-se en efecte mirall a través de les altres famílies, sinó també per ampliar la seva xarxa social, que sempre va bé reforçar davant d'aquestes situacions, com ja hem dit anteriorment.

Conclusions

–No he vingut per guarir-la a ella –va dir el monstre–. He vingut per guarir-te a tu.

L'educació social familiar, com es comprova arran d'aquest treball de reflexió, ofereix múltiples escenaris d'acció socioeducativa. Es conclou, així, amb algunes idees clau, a manera de qüestions, que no han de quedar aïllades a l'hora de fer una intervenció familiar:

- *Rescatar els espais.* Posar atenció especial a l'habitatge, els quadres a les parets, les habitacions, llocs al menjador. Tot allò que parli de la quotidianitat de la família, difícilment observada gràcies a les intervencions d'externs (com ho és l'educador, per exemple). Què expliquen els espais sobre la família? Com s'organitzen dins de la llar? Qui ocupa quin lloc?
- *Sanar la comunicació.* Observar els patrons comunicatius que generen dinàmiques diverses en el nucli familiar. Aquestes persones que viuen juntes, s'escolten les unes a les altres o només intercanvien informació vana? Coneixen els seus anhels més profunds, les seves pors, els seus somnis? Què es pot fer per enfortir aquestes vies comunicatives entre ells? Quins patrons comunicatius caracteritzen a cadascú?
- *Claredat.* Evitar tant com es pugui les suposicions, tant de l'educador vers la família, com entre els familiars. Les preguntes, i les respostes, il·luminen la intervenció. Coneixen què passa o només es fan hipòtesis? Quina és la millor manera de brindar aquesta informació a la fa-

El treball principal de l'educador social seria iniciar un procés d'acompanyament de la família mentre comencen a participar en aquests grups plurifamiliars

mília? Cal que totes les persones d'aquesta família coneguïn tot el que succeeix?

- *Història familiar*. Respectar i indagar, amb un alt sentit de prudència, aquelles cicatrius familiars presents. Quins esdeveniments han marcat la vida d'aquesta família? Com ho han superat? Què els causa més alegria? I tristesa? Quines són les expectatives de futur de cada un d'ells? Què fan per aconseguir-les? Qui és la persona més vulnerable en aquest cas?
- *Escola-comunitat-família*. Cercar d'entendre com són les relacions amb l'entorn immediat d'aquesta família. Quina relació manté aquesta família amb la seva escola? Com es comporten els nens al llarg del dia lectiu? Assignatures amb més afinitat? Relació dels pares amb els mestres? Relació dels pares amb altres pares d'altres companys? Hi ha amistats en la comunitat?
- *Lectura entre línies*. Estar atents a aquells esdeveniments, comentaris i reaccions que es produeixen durant les intervencions. Tot això ens dona informació del que viu i passa una família. També és important entreveure allò que no es parla o s'evita. Per què reacciona o reaccionen així davant de temàtiques específiques? Hi ha temes tabús a casa?
- *Jo em lleigeixo*. Cercar de totes les formes possibles que les persones vegin, confrontin, analitzin i observin la seva realitat des de diferents angles. Com se senten amb això? Com creus que es pot resoldre aquest problema en particular?

La finalitat és aconseguir dibuixar nous camins per a la reflexió en la intervenció socioeducativa professional

Amb aquestes idees en ment es conclou aquesta reflexió, esperant que la teorització sobre aquests temes penetri en l'activitat professional de les persones que es formen per a l'acompanyament de famílies des de les premisses de l'educació social o que ja estiguin en l'exercici professional. La finalitat és aconseguir dibuixar nous camins per a la reflexió en la intervenció socioeducativa professional, repensar les nostres accions a través de diferents plataformes que aportin llum i diferents matisos als colors que, normalment, es veuen

Emilio Alanís Gutiérrez
Centre Superior d'Estudis Universitaris La Salle
emilioalanisg@gmail.com

Bibliografia

- Atienza, B.; Horwits, M.; King, J. (Productores); Bayona, J. A.** (Direcció) (2016). *Un monstruo viene a verme* [Pel·lícula]. Espanya, Estats Units.
- Barudy, J.** (2019). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Blanqué, J. M.; Briansó, A.; García, N.; Hurtado, R.; Nicolás, M.; Nicolás, I.; Spano, F.** (2012). El grupo multifamiliar como observatorio privilegiado de familias con vivencias psicóticas. *Teoría y práctica psicoanalítica*, 2(1), 65-79.
- Boss, P.** (2014). *La perdida ambigua. Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Cyrulnik, B.** (2001). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Freire, P.** (2015). *La educación como práctica de la libertad*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Ghouali, H.** (2007). El acompañamiento escolar y educativo en Francia. *Revista Mexicana de Investigación Educativa* 12(32), 207-242. Consultat a <https://www.redalyc.org/pdf/140/14003211.pdf>
- Giraldes, M.; Penedo, E.; Seco, M.; Zubeldia, U.** (1998). La familia monoparental. *Revista de servicios sociales, núm. 35*, 27-39. Consultat a <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2698833>
- Kübler-Ross, E.** (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Ediciones Grijalbo.
- López, P.** (2013). Intervenció estratègica amb famílies: reduir la complexitat per a potenciar els seus recursos. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, núm. 49*, 48-69. Consultat a: <https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/250178/369143>
- Lotito Canino, F.** (2017). Arquitectura, psicología, espacio e individuo. *AUS. Arquitectura/ Urbanismo/ Sustentabilidad* (6), 12-17. Consultat a <http://mingaonline.uach.cl/pdf/aus/n6/art03.pdf>
- Martínez, A.** (2018). Repensar la intervención social con grupos: premisas y orientaciones para una práctica transformadora. *Cuad. trab. soc. 31* (2), 369-379. doi:<https://doi.org/10.5209/CUTS.55416>
- Ness, P.** (2014). *Un monstruo viene a verme*. Barcelona: Nube de Tinta.
- Olaechea, C.; Engeli, G.** (2016). Maneras de ver la realidad social a través del prisma de la creatividad. En: Á. Carnacea Cruz y A. Lozano Cámbara. *Arte, intervención y acción social* (p. 47-67). Madrid: Editorial Grupo 5.
- Orte Socias, C.** (2008). La corresponsabilidad educativa y social en el acoso e intimidación escolar. El rol del educador social. *SIPS- Revista Interuniversitaria de Pedagogía Social, núm. 15*, 29-43. Consultat a <http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:revistaPS-2008-15-2020>

- Pérez Lo Presti, A.; Reinoza Dugarte, M.** (2011). El educador y la familia disfuncional. *Educare. Revista Venezolana de Educación*, 629-634. Consultado a <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35622379009>
- Salisbury, M.; Styles, M.** (2018). *El arte de ilustrar libros infantiles*. Barcelona: BLUME.
- Satir, V.** (1991). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Pax.

Joan Amer
Margalida Vives
Belén Pascual

Prevenió de l'absentisme escolar en els centres educatius de secundària: una aproximació al cas de les Balears

Recepció: 29/01/2019 Acceptació: 20/04/2020

Resum

L'absentisme a l'ensenyament obligatori s'associa a l'actitud de l'alumnat, la seva relació amb el professorat i el seu entorn social i familiar. En aquest sentit i des d'una perspectiva pedagògica, l'entorn escolar i comunitari pot ser considerat com un espai protector en el qual l'educació social ocupa un paper fonamental. L'objectiu de l'article és l'anàlisi de la feina preventiva i els programes d'atenció a l'alumnat absentista, atès que permetrà construir coneixement de com els professionals educatius dels centres comprenen, s'apropien i despleguen els programes i els protocols contra l'absentisme determinats per la normativa. Com a principals conclusions de l'estudi destaca una valoració positiva dels plans d'acció tutorial i el paper que aquests atorguen al professorat-tutor i l'equip d'orientació com a agents de prevenció i intervenció. Pel que fa a la prevenció, cal destacar el potencial de la intervenció socioeducativa, principalment les accions individuals i grupals orientades a la millora de l'educació emocional i la convivència.

Paraules clau

Absentisme, prevenció de l'absentisme, exclusió educativa, desafecció escolar, fracàs escolar.

Prevención del absentismo escolar en los centros educativos de secundaria: una aproximación al caso de las Baleares

El absentismo en la enseñanza obligatoria se asocia a la actitud del alumnado, su relación con el profesorado y su entorno social y familiar. En este sentido y desde una perspectiva pedagógica, el entorno escolar y comunitario puede ser considerado como un espacio protector en el que la educación social ocupa un rol fundamental. El objetivo del artículo es el análisis del trabajo preventivo y los programas de atención al alumnado absentista, dado que permitirá construir conocimiento de cómo los profesionales educativos de los centros comprenden, se apropian y despliegan los programas y los protocolos contra el absentismo determinados por la normativa. Como principales conclusiones del estudio destaca una valoración positiva de los planes de acción tutorial y el rol que éstos otorgan al profesorado-tutor y el equipo de orientación como agentes de prevención e intervención. En cuanto a la prevención se destaca el potencial de la intervención socioeducativa, principalmente las acciones individuales y grupales orientadas a la mejora de la educación emocional y la convivencia.

Palabras clave

Absentismo, prevención del absentismo, exclusión educativa, desenganche escolar, fracaso escolar.

Prevention of school absenteeism in secondary schools: the case of the Balearic Islands

Absenteeism in compulsory education is linked to the attitude of students, their relationship with teachers and their social and family environment. In this sense, and from a pedagogical perspective, the school and community environment can be considered as a protective space in which social education plays a key role. The aim of the article is to analyse preventive work and care programmes for absentee students, generating knowledge about how education workers at schools understand, appropriate and implement programmes and protocols to combat absenteeism as established by the regulations. The main conclusions of the study include a positive evaluation of tutorial action plans and the role that they assign to the teacher-tutor and the guidance team as agents of prevention and intervention. With regard to prevention, the potential of socio-educational intervention is highlighted, particularly individual and group actions aimed at improving emotional education and coexistence.

Keywords

Absenteeism, prevention of absenteeism, educational exclusion, disaffection with school, failure at school.

Com citar aquest article:

Amer, Joan; Vives Barceló, Margalida; Pascual Barrio, Belén (2020). Prevenió de l'absentisme escolar en els centres educatius de secundària: una aproximació al cas de les Balears. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 75, 165-181.



▲ Introducció

L'absentisme escolar continua sent un dels debats educatius i objecte d'estudi tant des del món acadèmic com el professional. A les Illes Balears, el treball titulat *L'absentisme crònic a l'ESO de les Illes Balears: estat de la qüestió* (Cañellas, Moyà, Pascual i Vidaña, 2016) va ser realitzat per part de responsables de l'administració educativa i en col·laboració amb investigadors de la Universitat de les Illes Balears. L'informe final subratlla la necessitat d'abordar l'absentisme des d'un plantejament inclusiu, adoptant metodologies participatives, l'aprenentatge significatiu i mesures d'atenció a la diversitat. L'informe apunta que, davant la situació d'alumnes que “no hi caben enlloc”, cal articular estratègies col·lectives que donin opcions de manteniment i continuïtat. Es presenten cinc recomanacions davant de l'absentisme: (1) la comprensió de la diversitat familiar i les situacions de vulnerabilitat; (2) prioritzar les mesures preventives sobre la intervenció: el diagnòstic primerenc pot evitar casos greus; (3) la importància de l'espai d'acció tutorial; (4) la necessitat de treballar en equip (tutors, professors, equips directius, tècnics d'intervenció socioeducativa i orientadors); (5) la necessitat de col·laborar amb la comunitat i afavorir el treball en xarxa.

Amb la finalitat d'aprofundir en les recomanacions que deriven de l'estudi de Cañellas *et al.* (2016), aquesta investigació aprofundeix en les principals pràctiques dels centres que presenten baixos índexs d'absentisme. La finalitat és delimitar aquelles pràctiques compartides per diversos centres d'educació secundària que aconsegueixen un bon resultat en assistència i vinculació de l'alumnat.

Marc teòric

L'absentisme és un concepte complex, heterogeni i multidimensional (García Gracia, 2007; Oliver i Pascual, 2008; Salvà, 2011; Amer, 2013) les causes del qual són diverses. Des d'una perspectiva sistèmica (Bronfenbrenner, 1987) l'anàlisi de l'absentisme ens apropa a diferents nivells i àmbits, i permet valorar la versatilitat i la diversitat de les trajectòries educatives (Longás, Cussó, De Querol i Riera, 2016).

Un primer àmbit d'estudi té a veure amb les conductes de l'alumnat absentista i els seus vincles amb els iguals. Les conductes absentistes en l'ensenyament obligatori s'associen al baix rendiment, la desmotivació, la desvinculació i les conductes disruptives de l'alumnat reforçades pels iguals (García Gracia, 2007), així com la implicació en conductes d'assetjament escolar (Cabrera i Larrañaga, 2014).

Un segon àmbit d'anàlisi té a veure amb les relacions de l'alumnat amb el professorat i el centre educatiu en general. El desinterès i, de vegades, el rebuig cap a l'escola (Willis, 1988) pot sumar-se a la fragilitat del vincle entre l'alumnat i el professorat (Rué, 2005; González González, 2006), la percepció per part de l'alumnat de baixa acceptació del professorat cap a ells (Cabrera i Larrañaga, 2014) o els sentiments de por vers l'escola (Llanas, Moreno, Sandín, Valiente i Chorot, 2016). El procés de distanciament, desafecció i desconexió progressiu del sistema educatiu (Ritacco i Amores, 2016) pot significar una desvinculació o ruptura definitiva del sistema educatiu en el moment de fer els setze anys (Cañellas, Moyà, Pascual i Vidaña, 2016), fet que augmenta el risc de vulnerabilitat i exclusió social.

Un tercer àmbit d'estudi es refereix a l'entorn social i familiar. La investigació mostra que l'absentisme sol afectar joves amb determinats condicionants sociofamiliars com són la procedència, les condicions laborals dels seus progenitors o la manca de supervisió parental (Rico, 2017; Cañellas *et al.*, 2016). El context sociofamiliar influeix sobre les trajectòries i el rendiment escolar. Mentrestant, el sistema educatiu, el sistema de protecció social i els dispositius sociocomunitaris poden actuar com a espais de protecció amb més o menys intensitat en aquestes trajectòries (Rico, 2017).

Davant d'aquesta realitat, quin tipus d'intervencions són necessàries? Des d'un enfocament psicopedagògic, es considera necessari posar en marxa accions integrals que afavoreixin processos flexibles, motivadors i adaptats a les necessitats dels alumnes que possibilitin el reajustament de les trajectòries educatives. Per afavorir la motivació es requereixen estratègies d'atenció a la diversitat, participació de l'alumnat, aprenentatge significatiu, així com accions específiques com els programes d'escolarització compartida (Cañellas *et al.*, 2016). Per a la millora de la comprensió i l'atenció individualitzada de l'alumnat en risc d'exclusió social és cabdal el potencial de la tutoria (Domingo i Martos, 2017).

Des d'un enfocament socioeducatiu, el centre educatiu integra necessàriament les àrees acadèmica, emocional i social, i d'acord amb els principis de l'educació social, atén situacions de vulnerabilitat i desenvolupa un paper fonamental en la comunitat i amb la comunitat (Labèrnia, 2019). Des d'aquesta perspectiva es distingeixen dos nivells d'actuació. En primer lloc, les accions preventives de promoció de la convivència i el benestar de l'alumnat (Llanas *et al.*, 2016; Hernández Prados i Ros, 2014; Àvila, Conde i Azaustre, 2014; Rodríguez Gómez, 2014), l'educació emocional (Cáceres, 2014), la resolució de conflictes, la prevenció de conductes de risc, la promoció de l'autoestima o l'entrenament d'habilitats socials (Cañellas *et al.*, 2016). En segon lloc, les accions preventives orientades a conèixer i apropar les famílies als centres (Cañellas *et al.*, 2016) i les orientades a afavorir la cooperació entre els centres educatius, les famílies i altres agents de la comunitat (González González, 2014; Ritacco i Amores, 2016; González Sánchez, Olmos i Serrate, 2016; Méndez i Cerezo, 2018). Aquesta interrelació suposa adoptar un enfocament col·laboratiu, de treball cooperatiu i en xarxa (González

González, 2014; Ballester i Ballester, 2014) que permeti la integració de diferents àmbits i recursos implicats en la comunitat. Reforçar l'aliança família-escola-comunitat pot afavorir la implicació i la relació de reciprocitat entre els diferents agents educatius (Epstein, 2001).

Objectius

Els objectius de l'estudi són els següents:

1. Conèixer el sistema de gestió de centre en relació amb l'atenció de l'absentisme.
 - Conèixer els mecanismes i la forma d'organització dels centres (aplicacions del protocol, projectes de centre, etc.), comissions d'absentisme, etc.
 - Analitzar el grau d'utilitat (operativitat, aplicabilitat, coherència, etc.) del protocol d'absentisme.
 - Conèixer el sistema de coordinació: tutors, orientadors, suports educatius.
2. Estudiar el treball preventiu i els programes de suport.
 - Conèixer el model de treball preventiu del fracàs escolar.
 - Alternatives a l'alumnat que mostra indicis d'absentisme.
 - Anàlisi de causes-motivacions-adopció de mesures.
 - Revisar els programes que han estat útils per donar resposta educativa a la part de l'alumnat a la qual el sistema reglat no proporciona opcions.
3. Analitzar les relacions família-escola i el treball en xarxa en relació amb l'absentisme.
 - Descriure i valorar el model de relació existent entre el centre educatiu i les famílies.
 - Descriure i valorar les xarxes socioeducatives existents a la comunitat educativa.
 - Punts forts i punts febles de la feina amb alumnat absentista.

Mètode

Població d'estudi

La mostra de l'estudi es compon de cinquanta-un professionals pertanyents a catorze centres de les Illes Balears. Els criteris de selecció han estat que els professionals pertanyessin a centres amb un baix nivell d'absentisme, que

ocupessin diferents rols de responsabilitat (directors/es, orientadors/es, caps d'estudis o professorat/tutor) i representessin diferents zones geogràfiques de les illes de Mallorca, Menorca i Eivissa. El quadre 1 mostra la distribució de professionals que han format part de la mostra.

Quadre 1. Distribució de la mostra segons càrrec i gènere

Càrrec	Gènere			Total
		Home	Dona	
Director/a	N	7	6	13
	% en el càrrec	53,8%	46,2%	100,0%
Cap d'estudis	N	4	11	15
	% en el càrrec	26,6%	73,4%	100,0%
Orientador/a	N	2	10	12
	% en el càrrec	16,6%	83,4%	100,0%
Tutor/a	N	6	5	11
	% en el càrrec	54,5%	45,5%	100,0%
TOTAL	N	19	32	51
	% en el càrrec	37,2%	62,8%	100,0 %

Font: Elaboració pròpia.

La formació inicial dels participants és variada, tot i que hi destaquen les Ciències de l'Educació (llicenciatura o grau de Pedagogia, llicenciatura de Psicopedagogia i diplomatura de Magisteri o grau de Mestre d'Educació Primària), amb un 21,5% del total; seguit per persones formades en filologies (llicenciatura o grau de Filologia Hispànica, Catalana i Anglesa), amb un 19,6%; i de professors formats en ciències (llicenciatura o grau de Física, Química i Matemàtiques), amb un 15,6%.

S'ha entrevistat professionals amb llargues trajectòries d'experiència acadèmica:

- Un 61,5% dels directors entrevistats té més de 25 anys d'experiència docent.
- Un 26,6% dels caps d'estudis té entre 15 i 24 anys d'experiència.
- Un 33,3% dels orientadors té entre 10 i 14 anys d'experiència.
- Un 36,3% dels tutors té més de 7 anys d'experiència. Per a realitzar l'entrevista, es va demanar als centres tutors que estiguessin directament implicats en la prevenció i intervenció de l'absentisme en el centre.

Instrument

Alineat amb l'objectiu de l'estudi de conèixer de quines maneres s'implementa i es concreta en cadascun dels centres allò establert per la normativa, es tria el mètode qualitatiu com el més adequat per a l'objectiu

de l'article. Això permetrà construir coneixement de com els professionals educatius dels centres comprenen, s'apropien i despleguen els programes i els protocols contra l'absentisme determinats per la normativa. Per a fer-ho, s'estructura un guió per a les entrevistes. Els objectius estructuraren l'arbre de continguts per a l'anàlisi de les entrevistes. Els ítems inclosos en el guió són els següents: definició i diagnòstic de l'absentisme, coneixement i valoració dels documents de centre, protocol d'absentisme (detecció, registre i intervenció), prevenció de l'absentisme (motivació i vinculació escolar), revisió dels programes de suport, valoració de la relació família-escola-comunitat i punts forts i punts febles de la feina amb alumnat absentista.

Procediment

L'Institut d'Avaluació de la Qualitat del Sistema Educatiu (IAQSE) de la Conselleria d'Educació va facilitar el contacte amb els centres educatius on hi havia professionals a entrevistar, a partir de la llista definitiva que conformava la mostra o població d'estudi. En aquest sentit, l'IAQSE va promoure que el director general de Planificació i Centres dirigís una circular als centres triats. Aquesta circular informava dels objectius del projecte de recerca i també dels motius pels quals el centre havia estat escollit. A més, apuntava que l'equip de la Universitat de les Illes Balears es posaria en contacte amb el centre per dur a terme les entrevistes. Aquestes entrevistes van ser gravades i posteriorment transcrits, seguint els estàndards per a aquests procediments (Ballester, Nadal i Amer, 2014). Complementàriament, es porta a terme una anàlisi dels documents administratius relacionats amb l'absentisme, especialment el Protocol d'Absentisme Escolar de la Direcció General d'Innovació i Comunitat Educativa, implementat en tots els centres educatius (públics i concertats) a partir del curs 2016-2017, i els documents de cada institut d'educació secundària (IES) que han format part de la mostra de l'estudi, especialment el Reglament d'Organització i Funcionament de Centres (ROF), el Pla d'Acció Tutorial (PAT) i altres documents de centre que els IES han relacionat amb l'absentisme com ara el Pla de Convivència (PC), el Projecte d'Atenció a la Diversitat (PAD) o el Projecte de Centre (PEC).

La proposta metodològica emprada és qualitativa, concretament d'anàlisi de contingut. Els àudios de les entrevistes van ser transcrits independentment pels tres investigadors i després es van creuar les transcripcions, per tal de comprovar-ne la idoneïtat. Per al buidatge, es classifica el contingut de les transcripcions mitjançant el programa NVIVO11 d'anàlisi qualitativa de dades. La informació recollida es categoritza a partir dels temes que apareixen en les respostes de les persones protagonistes entrevistades. Les preguntes del guió de les entrevistes estructuraren les categories generals prèvies. Les subcategories s'identifiquen a través de múltiples lectures de les transcripcions

ions i la revisió i refinament dels temes. Les informacions que van més enllà de les preguntes plantejades en el guió es recullen com a categories emergents.

Un primer criteri de validesa s'estableix mitjançant la codificació en paral·lel amb NVIVO i comprovant la claredat de les categories i subcategories (Thomas, 2006). Els codificadors van comparar les respectives codificacions de categories, per garantir un marc de codificació rigorós. Un segon criteri de validesa s'estableix mitjançant la triangulació metodològica, contrastant la informació aportada per equips directius, orientadors i tutors a cada centre (Ballester, Nadal i Amer, 2014). Finalment, el volum d'entrevistes (cinquant-un) i centres estudiats (catorze) va garantir la saturació de les categories.

Resultats

Els resultats es presenten desglossats en funció dels objectius. En aquest sentit, es recullen les aportacions sobre els protocols dels centres (generals i d'absentisme), el treball en prevenció, els programes de suport i els canals de comunicació i treball amb les famílies, així com el treball en xarxa amb altres institucions.

Es recullen les aportacions sobre els protocols dels centres, el treball en prevenció, els programes de suport i els canals de comunicació i treball amb les famílies

El marc general de l'atenció de l'absentisme

Tant les lleis educatives com les específiques d'atenció a la infància i l'adolescència regulen el dret a l'escolarització fins als setze anys, i confirmen l'obligatorietat de l'assistència dels menors a l'escola, malgrat les seves circumstàncies sociofamiliars. La Llei 17/2006, d'atenció i dels drets de la infància i l'adolescència de les Illes Balears, reconeix que tots els menors d'edat tenen dret (i obligació) a l'educació i, en el cas que es trobin en situació de vulnerabilitat han de rebre una atenció preferent.

Les instruccions per a la intervenció contra l'absentisme de la Conselleria d'Educació del Govern de les Illes Balears (protocol d'absentisme) classifiquen l'absentisme d'acord amb el percentatge de faltes no justificades: puntual o esporàdic (fins a quatre dies de faltes no justificades al mes), intermitent (alumnat que falta setmanalment, un o més dies, o aquell que falta més de quatre dies al mes), intens o crònic (alumnat que falta la meitat o més dies a classe, falta deu o més dies al mes, segons els dies lectius del mes). El protocol estableix el procediment per detectar de forma efectiva els casos d'absentisme, així com l'itinerari a seguir quan es produeix. El protocol presenta una classificació de les tipologies d'absentisme, els agents implicats en la detecció, atenció i prevenció, així com la funció de les reunions o les entrevistes. Cada centre compta amb un Reglament d'Organització i Funcio-

nament dels centres (ROF), que marca el procediment a seguir i, entre altres aspectes, el tipus d'amonestacions o forma de notificació a les famílies.

La detecció dels indicis d'absentisme és un requisit necessari per a una atenció correcta. Així, el registre diari de les faltes i el contacte ràpid amb les famílies quan es produeix la falta són elements fonamentals.

Els centres educatius de les Illes Balears compten amb una eina informàtica de gestió (GESTIB) que permet un control diari i àgil de les faltes d'assistència, així com la justificació per part de les famílies.

A banda de la qualitat del registre de la informació, el traspàs coordinat d'aquesta informació és fonamental, tant diàriament com a través de les reunions regulars (setmanals habitualment) entre tutors, professorat de curs, caps d'estudis i orientadors. Les reunions faciliten la posada en marxa del protocol en el cas de detectar un cas d'absentisme: el tutor parla amb les famílies i es decideix si ha d'intervenir el cap d'estudis. Es valora l'atenció i la constància en el seguiment per a la prevenció. També la consideració de l'absentisme com un repte prioritari del centre educatiu i, per tant, la responsabilitat compartida per part de l'equip, de manera que cada professional assumeix la funció que li correspon.

Aquest procés permet detectar els possibles estudiants en risc d'absentisme i actuar amb més celeritat. Les actuacions són dutes a terme, en un primer nivell, pels tutors i professors del curs, que són els qui passen llista (controlen l'assistència) regularment. Els tutors són els qui s'encarreguen de detectar els casos problemàtics. El coordinador de cicle o de nivell manté informat el tutor, el qual al seu torn és l'encarregat de realitzar el primer contacte amb la família.

La implicació dels caps d'estudis o coordinadors de cicle és un element important, així com la coordinació amb agents socioeducatius, com serveis socials o els policies-tutors o, si cal, amb Fiscalia o Protecció de Menors.

Per intervenir-hi, ho fem gradualment, primer el tutor parla amb la família i si veiem que s'allarga es realitza orientació amb la família per donar-hi més serietat i si veiem que l'absentisme continua fem un informe a serveis socials. (Cap d'estudis, institut 3).

Els casos identificats com a absentisme intermitent es deriven generalment a través d'orientació a recursos comunitaris: serveis socials, policia-tutor, etc. En els pocs casos detectats com a absentisme crònic sí que sembla que hi falten eines.

Jo crec que en absentisme aquest és el gran buit que tenim... La distància que hi ha entre nosaltres i serveis socials, les nostres capacitats d'actuació són molt poques. (Orientadora, institut 7).

Més enllà de l'articulació dels mecanismes d'intervenció, el protocol d'absentisme també contempla mesures preventives. És per això que els diferents plans de centre educatiu són els que estableixen els procediments de suport a l'acollida, la comunicació i la convivència. Es valora que cada pla específic de centre sigui útil i adaptat a la realitat de cada centre.

Els documents propis de centre tenen sentit i nosaltres ens encarreguem de modificar-los constantment i que tinguin sentit amb la realitat. (Director, institut 3).

També hem anat adaptant el règim sancionador, perquè el que no tenia sentit era expulsar un alumne perquè no venia a classe. (Cap d'estudis, institut 1).

Els centres compten amb els següents plans i programes d'atenció a la diversitat:

- El Pla d'Acollida Lingüística i Cultural (PALIC) facilita a l'alumnat immigrant nouvingut l'adaptació i el vincle amb el centre escolar a través d'un referent i en coordinació amb el seu tutor.
- El Pla de Convivència (PC) es vincula a la prevenció de conflictes, els programes de mediació i les estratègies d'ajuda entre iguals. Hi ha centres que, seguint la pauta del protocol, compten amb comissions d'absentisme incloses en les comissions de convivència. No obstant això, en molts centres no es disposa d'aquesta comissió i se supleix amb reunions de tutors setmanals i/o reunions en xarxa amb serveis socials i/o policia-tutor. Sovint s'entén que no hi ha necessitat de crear-la i/o mantenir-la perquè les reunions setmanals de tutors funcionen, excepte quan són casos greus.
- El Pla d'Acció Tutorial (PAT) estableix com es realitza el seguiment i l'acompanyament de l'alumnat, tenint en compte el paper central dels tutors (pel que fa a detecció i contacte amb les famílies) i la coordinació necessària de l'equip d'orientació (també assessorament) i l'equip de professors.

Els programes de suport i atenció a la diversitat s'entenen com a mesures preventives de l'absentisme. Entre aquests programes hi ha el Programa d'Intervenció Socioeducativa-ALTER (PISE-ALTER), un programa amb una orientació pràctica i d'aprenentatge professional que és adequat tant per a l'alumnat absentista com per a l'alumnat amb conductes disruptives. Un director de centre afirma el següent: "aquests nois eren absentistes totals, s'apartaven del sistema... El fet de facilitar-los una alternativa d'escolarització ha estat un avantatge" (director, institut 1). Com a dificultat s'apunta el desajust entre el calendari del programa i el del curs acadèmic, així com la dificultat de mantenir el vincle amb el centre, malgrat que s'hi realitzin sessions setmanals.

Es valora que cada pla específic de centre sigui útil i adaptat a la realitat de cada centre

Una altra alternativa d'atenció a la diversitat són els Programes de Millora de l'Aprenentatge i el Rendiment (PMAR). Aquests programes es desenvolupen a partir del segon curs de l'educació secundària obligatòria (ESO), i plantegen l'ús d'una metodologia específica a través de l'organització de continguts, activitats pràctiques i àmbits alternatius als del grup ordinari, amb la finalitat que l'alumnat participant aconseguixi titular-se per la via ordinària (Amer i Mir, 2017). Els entrevistats en destaquen dues dificultats. En primer lloc, el desajust del programa al perfil de l'alumnat absentista atès que un dels requisits per participar-hi és el compromís previ dels participants i, en el cas de l'alumnat absentista, solen caracteritzar-se per una baixa motivació. En segon lloc, els entrevistats destaquen la dificultat que pot provocar la reincorporació a la via ordinària a 4t d'ESO (després de dos cursos d'intervenció en grup específic) i el risc que això suposa de segregació educativa de les trajectòries: “em fa la sensació que l'objectiu del PMAR és fer una divisió dels alumnes d'ESO cap a FP, i és molt aviat per fer-ho” (orientadora, institut 11).

Els aspectes organitzatius, metodològics i d'avaluació són fonamentals pel que fa a la possibilitat de detectar dificultats d'aprenentatge i situacions de risc. Els centres compten amb sessions d'avaluació que permeten analitzar els resultats per grups i les actuacions a realitzar quan la mitjana de resultats d'un grup és inferior a la dels altres grups o trimestres anteriors. D'acord amb els entrevistats, la prevenció del baix rendiment en grups específics consisteix a fer agrupaments equilibrats, especialment a primer i segon d'ESO: “això fa que uns motivin els altres, en lloc de ser un grup al qual ningú vol anar i que li toca a un interí. No fer que els nens se sentin marginats” (director, institut 1). A més, els informes o avaluacions intermèdies o preavaluacions ajuden a ajustar les mesures necessàries per atendre situacions de dèficit: “previs a les dates d'avaluació que es comparteixen amb les famílies de cara a poder orientar les assignatures, aspectes positius i aspectes a millorar, mai negatius” (tutor, institut 7) o “arriben a un acord, signen pares, professors i hi ha l'orientadora i..., es fa una sessió de preavaluació, ells ja saben les notes i fem una mica de cercle de cada avaluació” (tutor, institut 7).

La comunicació constant entre el tutor i els professors del curs és fonamental per dur a terme un seguiment i una atenció adequada: “a mi em paren pel passadís: que m'ha suspès un examen, jo ja ho dic als pares” (tutor, institut 7). “Jo a les meves juntes d'avaluació, són súper ràpides. Perquè jo parlo cada dia dos minuts amb els professors” (tutora, institut 9). A més, els espais de coordinació entre tutors i orientadors faciliten el traspàs d'informació: “Quan es detecta algun tipus de problema, es planteja a la reunió de tutors, perquè hi ha l'orientadora a la reunió” (tutor, institut 1). La tasca de seguiment individualitzat a través del tutor és fonamental: “crear vincle amb un professor tot i que no sigui el seu tutor. De vegades un alumne s'obre més a un professor que a un altre” (cap d'estudis, institut 1).

D'acord amb els entrevistats, la prevenció del baix rendiment en grups específics consisteix a fer agrupaments equilibrats, especialment a primer i segon d'ESO

La prevenció de l'absentisme des dels centres educatius

Com a estratègia per mantenir la vinculació cap al centre educatiu s'apunta la importància de treballar la convivència en el centre, la dinàmica de grups (creació, manteniment i cohesió), l'acció tutorial i la relació amb les famílies. De fet, l'absentisme es relaciona amb la baixa motivació i la poca vinculació vers l'escola: “la persona no troba el lloc al centre i no hi ve” (orientador, institut 9). És per això que la convivència esdevé un objectiu clau de centre.

Sense aquesta convivència no podem tenir ni millora de resultats, ni millora de rendiment, ni podem tenir res. (Directora, institut 14).

Intentem crear un clima de convivència d'aula, de centre, a través de diferents projectes que tenim extracurriculars i també implicant-hi l'alumne perquè se senti al més còmode possible per tal que vingui al centre. (Orientador, institut 12).

Després hi ha un tema de prevenció, tu tens menys absentisme si els nens vénen aquí i s'ho passen bé. Això és així. Som un centre demandat, la relació amb els professors és bona. (Directora, institut 8).

Com a estratègia per afavorir la convivència (i el rendiment educatiu), s'apunten les accions en el grup-classe destinades que l'alumnat se senti integrat dins del grup. El professorat destaca la importància que l'alumnat se senti bé en el grup i que el clima de l'aula afavoreixi la convivència.

Quan ells se senten súper bé és quan el grup és realment un grup i no un agrupament com al principi. (Tutor, institut 7).

També es recomana el treball preventiu individualitzat que es realitza diàriament per part, principalment, dels tutors, així com l'assessorament de l'equip d'orientació i l'aplicació de metodologies com el treball per projectes, els grups cooperatius i heterogenis o les pràctiques restauratives. Les estratègies que es plantegen són:

- Les tècniques d'estudi, les conferències i les xerrades sobre temàtiques que els tutors detecten que interessen a l'alumnat: sexualitat, drogodependències, trastorns alimentaris, etc.
- Els projectes que integren a tot el centre (exposicions coordinades i programades que elabora cada grup al llarg del curs escolar).
- El treball sobre motivació i emocions.

La influència de la família en els casos d'absentisme és notable i es manifesta, per exemple, en forma de situacions recurrents (com són les excuses no congruents) en què la mateixa família justifica l'absentisme, en té coneixement i el permet: “els pares saben que els nens són a casa i no actuen” (orientador, institut 10), “signen conforme està justificada [la falta], és a dir,

realment l'autoritzen sense que sigui cert" (director, institut 1). En aquests casos, el problema s'associa a la permissivitat, la despreocupació o el malestar dins de la família, "jo crec que hi ha un malestar a la família, amb el nen, amb la comunicació... La comunicació no és fluïda quan hi ha secrets, quan hi ha malestar" (orientador, institut 9).

La incorporació tardana al sistema a causa de la feina temporal i estacional dels pares és una variable de risc. Atès que les Balears és una comunitat la principal activitat econòmica de la qual és el turisme, el treball estacional suposa una alternança del lloc de residència i el contacte amb el país d'origen on poden viatjar les famílies durant l'hivern; aquests viatges obliguen a interrompre l'escolarització de l'alumnat.

La qualitat de les relacions família-escola és un aspecte important per prevenir i combatre l'absentisme. En les entrevistes es demana sobre els canals generals de comunicació amb les famílies, així com les vies que afavoreixin més implicació. Les reunions informatives i les entrevistes personalitzades són els espais de relació més importants, tot i que l'assistència a aquestes reunions és un dels principals obstacles per part de les famílies que afirmen que disposen de temps. Es comenta que la participació a l'ESO és més baixa que a l'Educació Primària. També s'apunten els diferents graus d'implicació de les famílies.

La implicació de les famílies és bona, el que passa és que generalment les famílies que s'impliquen són les famílies dels alumnes que van millor. Les famílies a les quals ens costa més arribar són les dels nens que realment necessiten que la seva família s'impliqui més. (Cap de estudis, institut 3).

La intervenció individualitzada amb l'alumnat s'ha de complementar amb un treball, també personalitzat, amb les famílies: "la nostra feina és fer entendre als pares que venir a l'escola és un gran benefici" (cap d'estudis, institut 11).

A més, el treball de prevenció i intervenció en l'àmbit de l'absentisme requereix el treball comunitari i en xarxa entre centres educatius, serveis socials municipals i policies-tutors, entre d'altres. Es valora positivament el funcionament en xarxa, la comunicació amb els centres educatius d'Educació Primària (el traspàs d'informació entre etapes), així com amb els serveis socials municipals (pel que fa a aquests, sol·liciten la possibilitat de comptar amb més suport dins del centre per part dels professionals referents, com són els educadors socials). Igualment, la coordinació amb el policia-tutor en general està molt ben considerada per la seva utilitat i implicació.

Quant als punts forts en la feina en relació amb l'absentisme, cal destacar: un protocol pautat i útil, la comunicació amb l'alumnat, el treball preventiu, la creació d'un ambient positiu, el seguiment dels casos, el treball amb les famílies, l'atenció individualitzada, la implicació dels professionals i el treball

en xarxa. Es valora la tasca del cap d'estudis i del departament d'orientació, la coordinació dels tutors i la figura dels educadors socials, que aporten el seu coneixement del context extraescolar de l'alumnat i les seves famílies.

En relació amb els punts febles, les dificultats per motivar els adolescents, la manca de més oferta formativa que pugui millorar el vincle escolar de l'alumnat amb risc d'absentisme, el seguiment o control de les faltes per part dels professors, la supervisió i l'acompanyament quan l'alumnat ja té setze anys, més formació en treball preventiu i eines per actuar amb l'absentisme crònic.

Un alumne que ha estat desescolaritzat un temps o ha tingut una trajectòria irregular, i l'obligues a estar sis o set hores assegut. La solució no passa per aquí. Per a ells fer-los venir no és una cosa que els estimuli, és un càstig. Hi hauria d'haver alguna cosa que fes canviar aquests joves i que no fos una cosa tan estàndard com una cadira, un pupitre, una pissarra, de 8 a 9, de 9 a 10... Una mica més adaptat al perfil d'un alumne... (Tutor, institut 11).

A més, cal subratllar que els casos greus que requereixen un treball coordinat amb altres agents (fiscalia, menors, etc.) necessiten més pautes i més definició i efectivitat, principalment en les primeres derivacions.

Discussió i conclusions

L'estudi investiga l'absentisme fent referència a diferents aspectes: 1) definicions, instruccions i documents de centre; 2) prevenció; 3) programes de suport; 4) les relacions família-escola-comunitat; i 5) el diagnòstic sobre fortaleces i febleses del treball en absentisme.

Es van seleccionar els centres de secundària que presentaven índexs baixos d'absentisme, tot i estar en zones de vulnerabilitat social i amb més risc. En aquest sentit, l'objectiu de l'informe és recollir les bones pràctiques en la prevenció, la intervenció i el seguiment de l'absentisme en aquests centres.

Primer, després d'haver estudiat les instruccions d'absentisme de la Conselleria d'Educació, es valoren els documents de centre dels instituts implicats. De tots els documents, el PAT destaca pel fet de ser el que promou el tutor com a agent de prevenció i intervenció, amb el suport del departament d'orientació. A més, manifesten tenir molt incorporades les instruccions d'absentisme en els processos del centre.

Pel que fa a la prevenció de l'absentisme, les investigacions destaquen la importància de l'educació emocional, la convivència i, sobretot, la promoció del benestar emocional i social de l'alumnat

Segon, pel que fa a la prevenció de l'absentisme, les investigacions destaquen la importància de l'educació emocional (Cáceres, 2014), la convivència (Hernández Prados, 2014; Àvila *et al.*, 2014; Rodríguez Gómez, 2014) i, sobretot, la promoció del benestar emocional i social de l'alumnat (Llanas *et al.*, 2016). Aquests aspectes es treballen en els centres analitzats mitjançant el treball individual, les accions per integrar els alumnes al grup i el treball amb les famílies. Es promou la vinculació escolar a través de diferents propostes com co-tutories, projectes de tot el centre, cohesió de grup o xerrades, entre d'altres.

Tercer, per reajustar les trajectòries educatives de l'alumnat en risc d'absentisme s'apunta la necessitat d'afavorir processos flexibles i adaptats (Cañellas *et al.*, 2016). A l'estudi es destaquen els programes d'atenció a la diversitat com a mesures preventives contra l'absentisme, i especialment el programa PISE-ALTER, amb un enfocament metodològic ajustat al perfil de l'alumnat en risc. Aquest programa permet treballar la motivació en grups petits, adquirir competències bàsiques i apropar la realitat laboral a l'alumnat sense que es produeixi una desvinculació del centre educatiu.

Quart, com que es tracta també d'una problemàtica sociofamiliar, es requereix la cooperació entre centres educatius, famílies, serveis socials i agents comunitaris. Les relacions família-escola han estat objecte d'estudi en les entrevistes. Pel que fa a la comunicació amb les famílies, el professorat cita les reunions periòdiques, especialment la de principi de curs, i els canals específics de contacte i treball personalitzat quan hi ha situacions d'absentisme. En aquest sentit, paral·lelament a la possibilitat de comptar amb professionals especialitzats en intervenció socioeducativa (González Sánchez *et al.*, 2016), es considera necessària la formació de professorat, no només amb la finalitat de prevenir, detectar i abordar situacions de risc, sinó també d'adquisició d'estratègies comunicatives i col·laboratives amb les famílies i la comunitat (Méndez i Cerezo, 2018). Compartim amb Castillo (2019) la convicció sobre la necessitat de considerar l'educació com un fet integrat i integral, amb la capacitat d'atendre tots els espais personals, familiars i socials de la vida de nens i adolescents. D'acord amb l'autor, considerem necessari enfortir la relació entre educació social i escola, no de forma accessòria sinó com una aliança necessària.

Els entrevistats fan, en conjunt, un diagnòstic sobre forteses i febleses. Pel que fa a les forteses, se subratllen com a bones pràctiques el seguiment del protocol, la comunicació amb l'alumnat, la tasca de prevenció, la implicació dels professionals i l'atenció personalitzada. Pel que fa a les febleses, cal millorar principalment els instruments per treballar amb l'absentisme crònic, el treball amb les famílies, l'acompanyament a partir dels setze anys i la insuficiència d'oferta formativa que fomenti la vinculació escolar.

L'estudi presenta algunes limitacions, principalment vinculades a la potencial desitjabilitat social en les respostes dels entrevistats. Una altra limitació

ve donada per l'opció d'una mostra formada per centres amb baix nivell d'absentisme i el fet de no comptar amb centres que, tot i tenir entorns d'alta vulnerabilitat, disposen de dispositius que permeten l'abordatge de les problemàtiques derivades i representen una bona pràctica.

Pel que fa a les implicacions pràctiques, la intenció era identificar bones pràctiques que es puguin generalitzar. Quant a les implicacions polítiques, l'avaluació qualitativa de les actuacions en absentisme en aquests centres serveix als responsables polítics per conèixer què hi passa: com s'implementen les instruccions (el protocol) d'absentisme i quins són els reptes principals.

En conjunt, en els centres estudiats el protocol funciona perquè s'adapta a la realitat i al funcionament de cada centre, sense perdre'n rigor. L'agenda dels centres inclou el tema de l'absentisme i el seu seguiment a través, principalment, de les reunions periòdiques dels tutors i orientadors. Aquest mateix fet suposa un treball preventiu fonamental. El repte principal és incrementar el treball amb les famílies, millorar la capacitat de comunicació i relació amb les famílies, principalment les més inaccessibles i amb més dificultats.

El repte principal és incrementar el treball amb les famílies, millorar la capacitat de comunicació i relació amb les famílies, principalment les més inaccessibles i amb més dificultats

Joan Amer
Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques
Universitat de les Illes Balears
joan.amer@uib.es

Margalida Vives Barceló
Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques
Universitat de les Illes Balears
marga.vives@uib.es

Belén Pascual Barrio
Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques
Universitat de les Illes Balears
belen.pascual@uib.es

Bibliografia

- Amer, J.; Mir, A. (2017). Los procesos de implementación de los Programas de Mejora del Aprendizaje y el Rendimiento (PMAR). Perspectivas del profesorado, el alumnado y las familias. *REOP*, 28(3), 133-150.
- Amer, J. (2013). L'abandonament escolar a les Illes Balears. Perspectiva de deu anys i estat de la qüestió. En M. March (Ed.). *Anuari de l'Educació de les Illes Balears 2013* (p. 480-496). Palma: UIB, Colònia Caixa Pollença.
- Àvila, J. A.; Conde, S.; Azaustre, C. (2014). Investigación e intervención.

Educación para la convivencia. En A. B. Amirete; M. Sánchez (Eds.). *La formación del profesorado frente a los desafíos del siglo XXI* (p. 119-128). Murcia: Ediciones de la Universidad de Murcia.

Ballester, L.; Nadal, A.; Amer, J. (2014). *Métodos y técnicas de investigación educativa*. Palma: Universitat de les Illes Balears.

Ballester, L.; Ballester, M. (2014). El trabajo socioeducativo en red como estrategia política y técnica. La experiencia de los TISE en las Islas Baleares. *RES Revista de Educación Social*, 18. Recuperat de: http://www.eduso.net/res/pdf/18/e2e15_res_18.pdf

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós.

Cabrera, M. C.; Larrañaga, M. E. (2014). Contexto familiar y escolar de los alumnos absentistas de ESO: diferencias en padres y alumnos. Análisis en un centro educativo. *Cuadernos de Trabajo Social*, 27(2), 385-394.

Cáceres, J. (2014). Educación emocional. La llave para aprender a convivir. En A. B. Amirete; M. Sánchez (Eds.). *La formación del profesorado frente a los desafíos del siglo XXI* (p.139-148). Murcia: Ediciones de la Universidad de Murcia.

Cañellas, B.; Moyà, P.; Pascual, B.; Vidaña, L. (2016). L'absentisme crònic a l'ESO de les Illes Balears: estat de la qüestió. En C. Orte; Ll. Ballester (Eds.). *Anuari de l'Educació de les Illes Balears 2016* (p. 218-236). Palma: UIB i Colonya-Caixa Pollença.

Castillo, M. (2019). Interrogants, debat, respostes. *Educació Social Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 71, 6-12.

Domingo, J.; Martos, J. M. (2017). ¿Cómo investigar la exclusión educativa? *Forum: Qualitative Social Research*, 18(2), Art. 3.

Epstein, J. (2001). *School, family and community partnerships. Preparing educators and improving schools*. Boulder, CO: Westview Press.

García Gracia, M. (2007). Claves para el análisis y la intervención contra el absentismo escolar. En R. Merino; G. De la Fuente (Eds.). *Sociología para la intervención social y educativa* (p. 340-356). Madrid: Editorial Complutense.

González González, M. T. (2006). Absentismo y abandono escolar: una situación singular de la exclusión educativa. *Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación (REICE)* 4(1), 1-15.

González González, M. T. (2014). Absentismo escolar: posibles respuestas desde el centro educativo. *Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación REICE*, 12(2), 5-27.

González Sánchez, M.; Olmos, S.; Serrate, S. (2016). Análisis de la práctica profesional del educador social en centros de educación secundaria. *Pedagogía Social Revista Interuniversitaria*, 28, 29-243. Recuperat de: <https://recyt.fecyt.es/index.php/PSRI/article/view/50846/31315>

Hernández Prados, M. A.; Ros, R. (2014). Convivencia escolar. Análisis de buenas prácticas en la región de Murcia. En A. B. Amirete; M. Sánchez (Eds.). *La formación del profesorado frente a los desafíos del siglo XXI* (p. 179-188). Murcia: Ediciones de la Universidad de Murcia.

Labèrnia, A. (Dir.) (2019). Educación social i escola. *Educació Social Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 71, 1.

Llanas, C.; Moreno, S.; Sandín, B.; Valiente, R. M.; Chorot, P. (2016). ¿Por qué los alumnos de secundaria y bachiller rechazan ir a clase? Análisis del absentismo escolar justificado, razones del mismo y miedos escolares en una muestra de estudiantes de secundaria y bachiller. En J. L. Castejón (Ed.). *Psicología y Educación. Presente y futuro*. Madrid: ACIPE.

Llei 17/2006, de l'atenció i dels drets de la infància i l'adolescència de les Illes Balears.

Llei 26/2015, de 28 de juliol (BOIB núm. 180, de 29 juliol de 2015) de modificació del sistema de protecció a la infància i l'adolescència.

Longás, J.; Cussó, I.; De Querol, R.; Riera, J. (2016). Análisis de factores de apoyo a trayectorias de éxito escolar en la enseñanza secundaria en contextos de pobreza y vulnerabilidad social en España. Un estudio de casos múltiples. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 15(28), 107-127.

Méndez, I.; Cerezo, F. (2018). La repetición escolar en educación secundaria y factores de riesgo asociados. *Educación XXI*, 17(2), 337-360. Recuperat de: <http://revistas.uned.es/index.php/educacionXXI/article/view/20172>

Oliver, J. L.; Pascual, B. (2008). Abandonament escolar a les Illes Balears: anàlisi de tendències. En: M. March (Ed.). *Anuari de l'Educació de les Illes Balears 2013*. Palma: UIB, Colonya Caixa Pollença.

Rico, J. I. (2017). Transductores de exclusión educativa: un acercamiento al absentismo escolar en el distrito Norte de Granada. Tesis doctoral: Universidad de Granada. Recuperat de: <http://digibug.ugr.es/handle/10481/48396>

Ritacco, M.; Amores, F. J. (2016). Estudiantes en riesgo de exclusión educativa en secundaria. Percepciones del profesorado implicado en programas extraordinarios de prevención del fracaso escolar. *Enseñanza & Teaching*, 34(1), 137-160.

Rodríguez Gómez, J. M. (2014). Recursos educativos asociados a la mejora de la convivencia y la resolución de conflictos. En A. B. Mirete; M. Sánchez (Eds.). *La formación del profesorado frente a los desafíos del siglo XXI* (p. 235-246). Murcia: Ediciones de la Universidad de Murcia.

Rué, J. (2005). *El absentismo escolar como reto para la calidad educativa*. Madrid: CIDE, Ministerio de Educación y Ciencia.

Salvà, F. (Ed.) (2011). *Informe de investigación 1. Abandono escolar y retorno al sistema educativo en Baleares: historias de vida del alumnado en la Educación Permanente de Personas Adultas (EPA)*. UIB: Departament de Pedagogia Aplicada i Psicologia de l'Educació, grup de recerca Educació i Ciutadania.

Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246.

Willis, P. (1988). *Aprendiendo a trabajar. Cómo los chicos de la clase obrera consiguen trabajos de clase obrera*. Madrid: Akal.

Eulàlia Porta

La responsabilitat ètica dels professionals en els ingressos involuntaris en salut mental

Recepció: 27/05/2020 Acceptació: 03/06/2020

Resum

En l'estudi de la qualitat del respecte als drets de les persones amb trastorn mental en l'atenció sanitària, els ingressos involuntaris són una situació excepcional que requereix una observança especial, per la situació de vulnerabilitat de la persona i per la privació de llibertat que comporten. La recerca i reflexió a l'entorn d'aquest procediment, així com l'anàlisi dels resultats que, contràriament al que pretén, provoca en la salut mental de les persones que el viuen, són el rerefons de l'interès d'aquesta investigació, centrada en la pràctica dels diversos professionals que hi intervenen des del punt de vista de la responsabilitat ètica. Les conclusions apunten que el grau de responsabilitat de cada professional s'articula en funció de la qualitat dels seus propis valors i de la seva formació, prèvia i contínua. També es relaciona amb l'organització de les entitats a les quals pertany, els seus valors i els seus recursos, així com amb els recursos que proveeixen les administracions al sistema de salut mental. L'ètica apareix com un instrument a integrar en tots aquests factors, per millorar-ne l'eficiència i beneficiència.

Paraules clau

Salut mental, professionals sanitaris, ingrés involuntari, drets humans, bioètica.

La responsabilidad ética de los profesionales en los ingresos involuntarios en salud mental

En el estudio de la calidad del respeto a los derechos de las personas con trastorno mental en la atención sanitaria, los ingresos involuntarios son una situación excepcional que requiere una observancia especial, por la situación de vulnerabilidad de la persona y por la privación de libertad que conllevan. La investigación y reflexión en torno a este procedimiento, así como el análisis de los resultados que, contrariamente a lo que pretende, provoca en la salud mental de las personas que lo viven, son el trasfondo del interés de esta investigación, centrada en la práctica de los diversos profesionales que intervienen desde el punto de vista de la responsabilidad ética. Las conclusiones apuntan a que el grado de responsabilidad de cada profesional se articula en función de la calidad de sus propios valores y de su formación, previa y continua. También se relaciona con la organización de las entidades a las que pertenece, sus valores y sus recursos, así como con los recursos que proveen las administraciones al sistema de salud mental. La ética aparece como un instrumento a integrar en todos estos factores, para mejorar su eficiencia y beneficiencia.

Palabras clave

Salud mental, profesionales sanitarios, ingreso involuntario, derechos humanos, bioética.

The ethical responsibility of workers in involuntary mental health admissions

In studies of the quality of respect for the rights of people with mental disorders in health care, involuntary admission is an exceptional situation that requires special observation due to the situation of vulnerability of the subject and the deprivation of freedom entailed in this process. Research into and reflection on the procedure, as well as analysis of the consequences that, contrary to intention, it has on the mental health of the people exposed to it, provide the background for the interest of this research, which focuses on the practice of the various workers that intervene, from the point of view of ethical responsibility. The conclusions indicate that the degree of responsibility of each professional is articulated according to the quality of their own values and their previous and continuous training. This responsibility is also linked to the organisation of the entities they belong to, their values and resources, as well as the resources allotted to the mental health system by government authorities. The paper concludes that ethics is a tool that should be integrated into all these factors with a view to improving the efficiency and benefits of involuntary admission.

Keywords

Mental health, health workers, involuntary admission, human rights, bioethics.

Com citar aquest article:

Porta Felipe, Eulàlia (2020).

La responsabilitat ètica dels professionals en els ingressos involuntaris en salut mental.

Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 75, 183-201.



▲ Introducció

Les persones amb patiment mental que acudeixen al sistema de salut es troben en una situació d'alta vulnerabilitat per múltiples factors, tots ells derivats de la seva situació de salut i social. Aquestes persones necessiten ser ateses amb la màxima cura i aportant amb alta eficiència la protecció i el benefici que requereixen, perquè se'ls està donant allò que els manca: la cura de la seva salut quan no es troba totalment al seu abast.

Ateses les abundants evidències de la distància que hi ha entre la percepció dels procediments i de l'atenció en les persones ateses en el sistema de salut mental, respecte de la percepció dels diferents professionals i estaments que hi intervenen, manifestada a través del teixit associatiu de persones usuàries, en reivindicacions, denúncies, publicacions i altres mitjans, s'ha volgut investigar i reflexionar sobre la responsabilitat ètica en els diferents àmbits i actors d'aquestes intervencions. Entre les diferents qüestions que s'han generat, reflexionem aquí sobre el principi de responsabilitat –principi profundament relacionat amb els drets fonamentals a l'autonomia i a la llibertat– en un procediment específic d'aquesta atenció de salut, els ingressos involuntaris en salut mental.

A l'inici d'aquest plantejament hi havia dubtes sobre la presència de la reflexió en les pràctiques professionals que es duen a terme en els diferents procediments que es donen en el sistema de salut mental. Les preguntes eren quin és el nivell de reflexió i d'autocrítica envers les diferents accions, procediments i protocols i, sobretot, envers la tasca individual, i quines responsabilitats es considera que s'ha d'assumir o s'està disposat a assumir.

Apareixia la qüestió sobre quin marge d'actuació tenen els professionals quan senten que els seus principis i valors no concorden del tot amb el que marquen els codis i protocols de les entitats on treballen i amb els marcats per la professió i les administracions. És a dir, quin nivell de responsabilitat s'assumeix *versus* el que realment es pot assumir.

A banda dels codis i protocols definits en les diferents actuacions, també apareixen altres factors que poden limitar l'assumpció de certes responsabilitats en els professionals. Per exemple, els recursos que es dediquen a l'atenció en salut mental als diferents dispositius i serveis i com garanteixen (o obstaculitzen) les bones pràctiques.

També hi ha les condicions estructurals de la vida en els ingressos: què es fa, com, amb quina intimitat i quin és el grau d'autonomia que es manlleva ateses les condicions materials i ambientals. Tot i que tots aquests aspectes no són en mans directament dels professionals, sí que hi és la possibilitat de contribuir a millorar-los.

Apareixia la qüestió sobre quin marge d'actuació tenen els professionals quan senten que els seus principis i valors no concorden del tot amb el que marquen els codis

Així mateix, s'han tingut en compte factors com el retorn que es fa des de les entitats (sou, formació continuada i agraïment), des de l'administració (recursos destinats, places que s'obren de cada especialitat, etc.), des de la societat en general i des de les persones ingressades, en el moment de pensar i valorar com és la responsabilitat assumida pel professional.

Ens hem centrat en els àmbits professionals de la psiquiatria, la justícia i la infermeria en salut mental i vàrem entrevistar dos psiquiatres, una jutgessa i un infermer de salut mental, a fi d'obtenir la informació que atorga la seva pròpia experiència (individualment i com a col·lectiu professional). Així mateix, es va entrevistar una persona usuària que havia viscut un ingrés involuntari feia pocs mesos. En tots els casos les entrevistes van ser semiestructurades i van durar entre dues i quatre hores. En un desenvolupament posterior d'aquest estudi, seria convenient ampliar les entrevistes a altres rols (familiars i altres professionals relacionats), així com el nombre de persones entrevistades.

Els drets humans i l'ètica en l'atenció a la salut mental

L'octubre de 2006 va tenir lloc a Estrasburg una reunió del Comitè d'experts per al desenvolupament d'un instrument de referència per al Consell d'Europa, on es va coincidir en la necessitat que el Comitè Europeu (CoE), en relació amb la salut mental, havia de centrar el seu treball sobre els drets humans, els aspectes ètics de la provisió de serveis, la cohesió social i el punt de vista de les persones afectades de patiment mental. Per dur a terme aquest encàrrec es va realitzar una revisió de la documentació produïda pel CoE i pels comitès independents amb rellevància per a la salut mental i els drets de les persones en la seva atenció en aquest àmbit de la salut, tenint en compte els aspectes esmentats.

La revisió es va publicar en l'informe *Libertades fundamentales, derechos básicos y atención al enfermo mental* (Torres i Barrios, 2007) que analitzava l'impacte que aquests documents, principalment les normes del Comitè Europeu per a la prevenció de la tortura i de les penes o tractes inhumans o degradants, hagin pogut tenir en les polítiques i decisions dels països membres al respecte. L'anàlisi s'havia de fer sobre les àrees de legislació i aspectes penals, entorn i condicions de vida, provisió de serveis, estàndards professionals, principis generals de tractament i implicació i autonomia del pacient (empoderament). Malgrat que la intenció fou que servís de base per a l'elaboració d'un instrument de referència en salut mental, fent èmfasi en principis ètics generals i de cohesió social, en la part relativa als ingressos involuntaris, els aspectes dels estàndards professionals i l'empoderament de

les persones usuàries no hi surten reflectits. Només s'hi esmenta la necessitat de formació dels professionals que treballen en els trasllats d'aquests ingressos.

Segurament, aquest informe no era el lloc per entrar en l'anàlisi rigorosa del respecte als drets fonamentals de les persones ateses en els serveis de salut mental, però així ho indicava l'encàrrec inicial. Tot i així, es tracta d'una important i necessària aportació en la millora de la presència dels drets humans en l'atenció sanitària a la salut mental a Europa. Val a dir que les propostes i suggeriments de l'informe sobre les concordances, mancances, incoherències i contradiccions en els diferents documents revisats no han estat ateses i no s'han desenvolupat.

L'informe evidenciava, un cop més, que la defensa dels drets humans en l'atenció a la salut mental sovint obvia, tant en la planificació política com en la seva pràctica diària, la presència de persones i estaments que representin el pensament que aporta fonament ètic a les decisions sobre les lleis i sobre la pràctica clínica. Concretament, en els ingressos involuntaris en salut mental, es troba a faltar la intervenció des de l'ètica, en moments com l'audiència del jutge o en el decurs de l'ingrés.

A l'audiència que s'ha de donar per poder fer efectiu un ingrés involuntari hi ha el jutge, la persona susceptible de ser ingressada involuntàriament en un servei d'hospitalització en salut mental i el metge forense. En aquesta fase els drets es garanteixen per la presència del jutge, però el jutge no està obligat a tenir coneixements en salut mental. Posteriorment, durant l'ingrés, no hi ha cap figura que pugui observar el respecte als drets en les persones ateses ni, per exemple, facilitar que elles denunciïn si consideren que no s'estan respectant.

Atesa la situació de fragilitat i incapacitació de la persona ingressada, aquestes absències són molt rellevants. Aquesta figura podria estar a cavall entre l'expertesa en les lleis, el respecte als drets humans i el tracte ètic a les persones; i podria ser present no només en el moment de l'entrevista, sinó periòdicament en la unitat d'ingrés.

A aquesta qüestió, se n'hi afegeixen d'altres provinents de la planificació i la gestió de l'atenció en salut mental, en tots els processos i rols, que també demanden una reflexió des de l'ètica: en la tasca duta a terme des de les administracions de planificació política, normativa i control; en l'organització de les institucions de salut mental i en la tasca dels professionals. Hi afegim, com no pot ser d'altra manera, la percepció que en tenen les persones usuàries del sistema de salut i les seves famílies. L'experiència i reflexió a l'entorn de tot plegat posa de manifest l'interès d'un estudi general sobre drets i ètica en aquest àmbit de la salut.

L'informe evidenciava que la defensa dels drets humans en l'atenció a la salut mental sovint obvia la presència de persones que representin el pensament que aporta fonament ètic. Es troba a faltar la intervenció des de l'ètica

Des de la planificació política (reflexió, diàleg i elaboració de documents conclusius amb programació temporal d'accions concretes) es poden generar inèrcies i intervencions que possibilitin canvis. Amb la presència de l'ètica en la planificació es crearia un espai per abordar els temes més conflictius en els diferents nivells del procés d'atenció a les persones amb patiment mental i en els diversos actors que hi intervenen. Es podria, així, assajar una reflexió sobre la pràctica professional i el paper que la persona i les famílies juguen en tot plegat (Diversos autors, 2019).

L'ètica es presenta com l'opció per manifestar i debatre certes qüestions de les pràctiques professionals sanitàries per mirar de cercar-hi respostes o, almenys, de trobar l'espai per reflexionar-hi.

Amb la presència de l'ètica en la planificació es crearia un espai per abordar els temes més conflictius en els diferents nivells del procés d'atenció a les persones amb patiment mental

L'ingrés involuntari

Concepte, normativa, procediment i actors

Un ingrés es considera involuntari quan la persona no dona el seu consentiment a ser ingressada o quan no pot llegir ni signar adequadament el consentiment informat. Està basat en criteris mèdics i en el risc de situacions de perill, que pot comportar la manca d'ingrés per a la pròpia salut o la dels altres (Vega *et al.*, 2002). La REC (2004)¹⁰ estableix, a l'article 17, els criteris per a l'ingrés involuntari.

Una persona pot ser sotmesa a internament involuntari només si reuneix les següents condicions: té un trastorn mental, el seu estat representa un risc real de dany greu a la seva salut o a la salut d'algú altre, l'internament té una finalitat terapèutica, no hi ha disponible cap altre mitjà menys restrictiu de proporcionar l'assistència i l'opinió de la persona afectada ha estat presa en consideració (CoE, 2004).

El procediment ve reglat pel Conveni d'Oviedo (1997), per la Llei 1/2000, de 7 de gener, d'Enjudiciament Civil (LEC) (ESP, 2000) a nivell estatal i pel Llibre II del Codi Civil a Catalunya (CCC) (Parlament de Catalunya, 2010) en els mateixos termes. A més, aquests dos darrers estableixen el següent procediment:

L'internament d'una persona per raó de trastorn psíquic, qualsevol que en sigui l'edat, en una institució adequada i tancada requereix autorització judicial prèvia si la seva situació no li permet decidir per si mateixa. No es requereix aquesta autorització si per raons d'urgència mèdica cal l'adopció d'aquesta mesura, però en aquest cas el director o directora del centre on s'efectuï l'internament ha de retre compte del fet al jutge o jutgessa del partit judicial a

què pertany el centre, en el termini màxim de vint-i-quatre hores. La mateixa obligació es produeix quan la persona voluntàriament internada es troba en una situació en què no pot decidir lliurement per si mateixa la continuació de l'internament. Un cop s'ha efectuat la sol·licitud de l'internament o s'ha comunicat, el jutge o jutgessa, després de fer l'exploració personal i escoltar el dictamen del facultatiu o facultativa que designi i l'informe del ministeri fiscal, ha d'acordar motivadament l'autorització o la denegació de l'internament o la continuació d'aquest. El jutge o jutgessa, cada dos mesos, ha de revisar la situació de la persona internada (Parlament de Catalunya, 2010).

Hi afegim que, al contrari del que diu el CCC, cal la ratificació del jutge o jutgessa en cas d'internament urgent, tal com indica l'article 763 de la LEC: "En els casos d'internaments urgents, la competència per a la ratificació de la mesura correspon al tribunal del lloc en què se situï el centre on s'hagi produït l'internament" (ESP, 2000), que haurà d'entrevistar la persona abans del termini de setanta-dues hores i emetre'n la ratificació.

Aquests i altres documents legislatius, convenis i tractats van ser analitzats en l'informe ja esmentat de Torres i Barrios (2007) on, a banda de posar de manifest múltiples llacunes sobre els diferents criteris que s'estableixen a la REC (2004)10 (CoE, 2004) per a aquests ingressos, fan una sèrie de suggeriments que valdria la pena revisar i actualitzar. En mencionem alguns: revisar el concepte de trastorn mental –i, si cal, excloure'n algun tipus legislativament–; revisar les condicions de l'ingrés psiquiàtric i l'adequació de la condició del risc de danys; posar èmfasi en la diferència entre tractament i ingrés involuntari; tenir en consideració les opinions de la persona i augmentar-ne la participació en relació amb el seu tractament.

Hi ha dos tipus d'ingrés involuntari: l'ordinari i el d'urgència. En les entrevistes realitzades, a la pregunta sobre si es donaven més ingressos involuntaris urgents o per petició de familiars per via ordinària, es va respondre que la gran majoria dels ingressos eren per via d'urgència, és a dir, que per voluntat pròpia o aliena la persona era portada a un servei d'urgències mèdiques psiquiàtriques i allà el facultatiu n'ordenava l'ingrés, amb el consentiment de la persona o sense el consentiment (en la majoria de casos, sense el consentiment).

Les persones que intervenen en la primera fase del procediment són la persona afectada, algun familiar o persona del seu entorn proper (no sempre) i un psiquiatre que fa l'informe mèdic. Posteriorment, en l'autorització judicial, hi intervenen el jutge i el metge forense. Ambdós fan el seu informe individual i consensuen la decisió final. Quan la decisió és autoritzar l'ingrés involuntari –la majoria de les vegades és així– es passa a Fiscalia, que es limita a acceptar-lo sense revisar el cas. Posteriorment hi intervé, si s'ha demanat, un advocat que pot interposar recurs davant el jutge. També hi intervenen

el personal del servei d'ambulància si hi ha trasllats i la policia, que es pot sol·licitar per al trasllat. Finalment, els guardes de seguretat del jutjat i, ja als hospitals, els infermers i els guardes de seguretat.

Per tant, hi ha un ampli ventall de professionals. Hi ha qui destaca l'absència de persones que puguin vetllar, des de la confiança d'una relació personal o del seu rol de defensor dels drets del pacient, pel respecte dels drets de la persona que ingressa. Cal recordar que en aquest moment la persona es troba en una doble situació de vulnerabilitat: per raó de manca de salut mental i per raó de privació de llibertat.

Tot i que hi hagi lleis i codis que confirmen la legalitat dels ingressos involuntaris, s'han dictat recomanacions nacionals i internacionals que la neguen, i hi entren en contradicció:

Tot i que s'han fet avenços en el camp dels drets humans, les mesures restrictives com el tractament i l'hospitalització involuntaris [...] continuen essent emprades amb massa freqüència, encara que no constitueixin una finalitat en si mateixes. La fonamentació ètica de les mesures coercitives és clara i ja va ser avalada de manera sòlida pel Conveni d'Oviedo, però malgrat l'entronització legal en els cossos normatius de tots els països, les recents aportacions des de diversos organismes internacionals estan qüestionant aquesta posició, prioritzant el dret a l'autodeterminació i a l'autonomia de les persones amb problemes de salut mental, molt més enllà del dret a la protecció de la seva salut, fins i tot quan ambdós valors entren en conflicte (Ramos, 2018, p. 53).

Com sempre que les lleis presenten contradiccions, no és clara la forma concreta d'actuar. Aquest marge entre "es pot" i "s'ha de" és l'espai que té el professional per tal d'actuar segons el seu criteri, la seva manera de pensar –els seus valors individuals–, la seva experiència i coneixements, la seva ètica professional, la seva sensibilitat i les capacitats per desenvolupar-s'hi. Aquí rau la responsabilitat individual. I també la de les entitats que proveeixen els serveis de salut mental. La responsabilitat de l'administració i la política van per darrere, seguint el camí que les persones afectades i els professionals que hi treballen li exigeixen i li marquen.

Aquest marge entre "es pot" i "s'ha de" és l'espai que té el professional per tal d'actuar segons el seu criteri, la seva manera de pensar

L'experiència de l'ingrés involuntari

Altres aspectes que analitza l'informe de Torres i Barrios (2007) són la necessitat d'una formació específica dels professionals que intervenen en el trasllat de la persona a l'hospital o al jutjat, i també que la persona tingui dret a ser assistida pel seu representant i pel seu advocat davant del jutge. Fa, aproximadament, vint anys es feia formació específica al personal dels serveis d'ambulàncies, només a Barcelona, i no s'ha repetit. A psiquiatria no

es rep formació en drets i lleis i els jutges i advocats, com hem dit, no reben formació en salut mental. En tots els casos aquestes formacions sembla que canviarien tant l'atenció que aquests professionals confereixen a la persona, com la percepció de la mateixa feina i el retorn que aquesta els procura.

Pel que fa al dret de la persona a ser assistida per un advocat i/o representant en l'audiència amb el jutge, la persona ingressada involuntàriament que es va entrevistar va proposar la presència d'un defensor del pacient. Sembla lògic pensar que la persona en situació de crisi per manca de salut mental hagi de comptar amb algú que la representi quan, justament, s'està estimant la seva manca de capacitat per decidir sobre la seva salut. Per una banda, la presència d'un advocat garantiria el respecte als seus drets legals i, per una altra, la presència d'un representant garantiria que es donés a conèixer la seva voluntat i preferències, declarades en altres moments previs, en situació d'estabilitat en el seu trastorn. Un instrument que esdevé necessari en aquest punt és el pla de decisions anticipades, en el qual s'està treballant actualment en el Pla director de salut mental i addiccions (Departament de Salut, Generalitat de Catalunya).

Es produeix, doncs, una inobservància d'un dret bàsic en la privació de llibertat. Les persones entrevistades van manifestar dubtes sobre si la informació dels drets a la persona que s'ha d'ingressar es dona de manera adequada. Van proposar que la informació la facilitessin els professionals psiquiatres o infermers, o bé l'esmentat defensor del pacient, el qual s'encarregaria de vetllar per la comprensió d'aquesta informació per part del seu pacient o d'informar el seu representant o familiars. En qualsevol cas, és un exemple del desequilibri entre el desenvolupament dels drets de les persones internes en un centre penitenciari –que tenen el dret a l'assistència d'un advocat plenament consolidat; sempre els és informat i es duu a terme, si així ho vol la persona– i les ingressades en un centre de salut mental, que no sempre el coneixen i no està ni de bon tros consolidat.

Els entrevistats també coincidien en el fet que, en un ingrés involuntari, tothom hi pateix: la persona ingressada, els familiars i les persones de l'entorn proper, els metges, els infermers, el jutge, la policia i els professionals de les ambulàncies. Es tracta d'una experiència que no és gens grata per a ningú i que és poc terapèutica, que reclama revisió, reflexió i actuar en conseqüència. Els professionals, com hem dit, hi juguen la seva part.

La responsabilitat

En una situació de fragilitat es pot desproveir la persona de la seva autonomia i que una altra persona prengui la responsabilitat d'atendre-la, substituint-la per l'ajuda. Els ingressos involuntaris en salut mental són una mostra evident d'aquest abandó de l'autonomia a través de la privació de llibertat.

En aquest procés es produeix tota una sèrie de transferències, la principal de les quals és la transferència de responsabilitat (Esquirol, 2018). Aquesta transferència no és voluntària, no es tracta d'una dimissió de la responsabilitat per part de la persona, sinó que li és presa en contra de la seva voluntat de mantenir-la. La convicció dels professionals de salut mental i dels jutges és que la persona ingressada requereix que d'altres se'n responsabilitzin, avantposant la seva salut.

El concepte de responsabilitat

El filòsof alemany Hans Jonas relacionava la responsabilitat amb el principi d'autonomia: “El respecte al principi d'autonomia requereix inevitablement el principi de responsabilitat, definit com el *deure de tenir cura i preocupar-se de l'altre vulnerable*” (Jonas, 1995, p. 84). És a dir, es passa del fet d'abandonar, de deixar caure el dret a l'autonomia de la persona per una situació de màxima fragilitat, al deure de responsabilitzar-se'n.

Deia l'escriptor i polític Jorge Semprún sobre la seva estada en un camp de concentració nazi, que tots els morts representen la mort (Semprún, 2006). Podem dir també que tots els qui pateixen representen el dolor. El filòsof Emmanuel Lévinas afirmava que es tracta de “no deixar l'altre morir sol [...], cosa que significa no romandre indiferent a aquesta mort” i que hem de “respondre de la vida d'un altre home, amb el risc de fer-nos còmplice d'aquesta mort” (Lévinas, 2014, p. 38). La nostra responsabilitat davant d'algú que pateix consisteix a no deixar-lo patir sol, a no restar indiferents al seu dolor, a respondre-li i, fins i tot, a assumir els riscos que aquesta presa de responsabilitat comporta, fins al punt de poder esdevenir còmplices del seu dolor.

Aquesta atenció es fa urgent quan la persona que pateix ens interpel·la i tenim, a més, una sèrie de coneixements tècnics, unes capacitats desenvolupades i una certa experiència a atendre les necessitats i greuges que aquest dolor genera. I es pot convertir en la nostra professió. En els serveis bàsics sanitaris, socials i docents, la tasca del professional que atén la persona en situació fràgil i amb necessitats que ella sola no es pot satisfer “consisteix a assumir responsabilitats en condicions d'incertesa i a gestionar riscos” (Román, 2016, p. 23).

Si analitzem una mica més el principi de responsabilitat advertim que ens sentim responsables d'una persona que pateix perquè ens desperta la nostra humanitat, ens interpel·la i ens fa adonar que no estem sols, que vivim en estreta interdependència amb els altres. Comentava el filòsof Josep M. Esquirol (2018) que les persones som figures verticals en l'horitzontalitat de la terra i que la feblesa de la nostra verticalitat necessita de dues coses per mantenir-se: l'autoestima i l'ajut dels altres, perquè ningú no s'aguanta dret sol.

La convicció dels professionals de salut mental i dels jutges és que la persona ingressada requereix que d'altres se'n responsabilitzin, avantposant la seva salut

En aquest *aguantar-se dret* gràcies a un mateix i als altres neix la responsabilitat. Aquesta relació d'ajuda en el reconeixement de l'altre com a tal, no com a jo, sinó com a igual que jo, tal com deia Lévinas, ens defineix com a éssers humans, i no podem estar-nos-en, no ho podem ignorar: “des del fons de la natural perseverança en l'ésser d'un ens segur –del seu dret d'ésser, des del cor de la identitat original del Jo–, contra aquesta perseverança i contra aquesta identitat, s'alça, despertada davant la cara de l'altre, una responsabilitat per l'altre al qual he estat encomanat abans que tota encomanda, abans de ser present en mi mateix o de tornar a mi mateix” (Lévinas, 2014, p. 39).

És la interpel·lació de l'altre la que ens fa veure'l com a proïsme: “Precisament en aquesta crida de la meua responsabilitat mitjançant el rostre que m'assigna, que em demana, que em reclama, en aquesta posada en qüestió, l'altre és proïsme” (Lévinas, 2014, p. 24). Però, què passa quan una persona que requereix ajuda professional sent que la persona que l'atén no ha assumit aquesta responsabilitat, no s'hi ha apropat i no l'ha ajudada? Què passa si s'ha sentit maltractada?

La responsabilitat en els professionals

Després d'un ingrés involuntari per raó d'un trastorn mental, les persones sovint manifesten que s'han sentit maltractades en alguns moments i per alguns professionals. A més, durant l'ingrés se les ha desposseït de l'autonomia que tenien fins aleshores en afers quotidians. El tracte rebut i percebut connota molt negativament l'ingrés, i la persona, que potser acceptaria ser ingressada voluntàriament, es negarà a qualsevol ingrés més a causa del record de les vivències negatives. Aquestes vivències no es donen només pel tracte rebut, sinó que hi ha múltiples factors més que condicionen l'experiència d'un ingrés.

Hauria de ser natural que un professional que atén persones en situació de fragilitat extrema els faci saber que és amb elles per ajudar-les. Només li cal dir i fer sentir un “soc aquí [per ajudar-te]” i un “vas bé” (Esquirol, 2018) quan avancen i milloren. És l'*heme aquí* que Lévinas vincula a la responsabilitat en tant que sociabilitat, un gest gratuït que anomena “amor per l'altre” (Lévinas, 2014).

Lévinas afirmava que necessitem més caritat i més transcendència en l'atenció (Méndez, 1989). Mostrar compassió –paraula que prové del llatí *compas-sio*, mot format per *cum* = “amb” i pel verb *patior* = “patir”, i que significa “sentir el dolor de l'altre, sentir l'altre o, fins i tot, sentir-lo amb l'altre” (Canimas Brugué, 2015, p. 61)– i mostrar amor i interès per la persona que s'atén. Així, ella concedirà la confiança al professional i entindrà l'atenció que li està conferint com una ajuda, com una beneficència, que és la “virtut de fer el bé, de procurar pel bé de l'altre” (Canimas Brugué, 2015, p. 61).

Hauria de ser natural que un professional que atén persones en situació de fragilitat extrema els faci saber que és amb elles per ajudar-les

La confiança en el professional

Donar confiança a la persona atesa no és el mateix que transmetre-li seguretat. La seguretat que transmet el professional ve donada pels coneixements tècnics i l'expertesa en la matèria que tracta, i no va necessàriament lligada a la confiança que hauria de generar. Sovint, hom pensa que la confiança ja ve donada per la formació rebuda i la pràctica diària del professional, però no és així del tot. Cal insistir a generar, a continuar generant, aquesta confiança.

Un article recent (Baron i Berinsky, 2019) posa en qüestió aquesta confiança adquirida en els metges. La confiança s'ha de crear, s'ha de construir en cada nova relació entre el professional i el pacient i, fins i tot, en cada trobada entre ells. Segons l'article, la força corporativa dels metges i l'alta expertesa tècnica dels seus coneixements han contribuït, des d'antic, a la consolidació de la seva professió com un dels rols més rellevants en la societat. El mateix podem dir dels jutges.

La societat actual ha anat desproveïnt els metges d'aquesta confiança a causa dels canvis accelerats que es produeixen en totes les jerarquies i estaments socials, a causa de la circulació massiva i inassimilable d'informació que hi ha a les xarxes socials i Internet, etc. Tot això ha generat una mena de confiança *líquida* (basada en la idea de *societat líquida* de Zygmunt Bauman) en el coneixement en general i en les persones que el posseeixen. Aquest fet es troba ara en un punt d'inflexió molt rellevant, atesa la tasca ingent del món sanitari en la lluita contra la COVID-19, però ens caldrà temps per poder-ho analitzar amb perspectiva i dades.

L'article de Baron i Berinsky (2019) proposava algunes accions per recuperar aquesta confiança, com ara reforçar el treball en equip amb la resta de professionals, el reconeixement de les competències dels altres membres de l'equip i baixar les problemàtiques a la realitat a fi que els conflictes es mostrin i s'afrontin en la pràctica diària. Així, d'una banda, s'augmenta la confiança entre ells i disminueix el rol de superioritat del metge. D'altra banda, el treball en equip trasllada a la persona atesa la modèstia en l'atenció i contribueix a teixir aquesta confiança envers la totalitat de l'equip i de l'atenció mèdica en general.

Tot això es pot aplicar també als jutges. En canvi, a les infermeres la confiança els és donada per altres raons, no només pels seus coneixements tècnics. Entre aquestes raons, hi ha el tracte envers el pacient, que acostuma a ser respectuós, amable i fins i tot afectuós. Aquí rau una de les claus de l'establiment de la confiança: el bon tracte.

En aquest sentit, un dels psiquiatres entrevistats va comentar la comparació entre l'*autoritas* i el poder. El sentit originari de l'*autoritas* era el poder del coneixement; en canvi, ara això s'ha oblidat i només s'ostenta una relació de poder entre estaments, sense ocupar-se de quin és el rol que ocupa el coneixement en l'actualitat i donant-lo per descomptat.

L'estudi de l'ètica

En estudis publicats sobre quina és l'evolució de l'ètica en les persones des que trien els estudis de Medicina fins a l'acabament de les pràctiques residents (Esquerda, 2019; Esquerda *et al.*, 2019; Esquerda, Yuguero, Viñas i Pifarré, 2016; Yuguero, Esquerda, Viñas, Soler-González i Pifarré, 2019), s'afirma que l'accés a la professió de metge sembla que normalment ve motivat per una voluntat d'ajuda, de cura i de protecció envers les persones malaltes.

Tothom pateix malalties durant la seva vida i la mort és entesa, en la nostra cultura, com la conseqüència nefasta del progrés negatiu de la malaltia. Els estudiants de Medicina trien aquesta professió per poder exercir aquesta beneficència d'evitar, tant com es pugui, el dolor i la mort. Però dos d'aquests estudis (Esquerda, Yuguero, Viñas i Pifarré, 2016; i Yuguero *et al.*, 2019) han trobat que a partir dels darrers cursos els estudiants disminueixen la seva empatia inicial envers els malalts molt significativament. L'anàlisi de les dades i els factors que hi influencien (és menor el mínimament en els estudiants familiars de metges, és a dir, en els que coneixien abans la professió) han posat de relleu l'erosió ètica (Esquerda, 2019) dels estudiants de Medicina que, en canvi, no es dona en els estudiants d'Infermeria.

El tipus d'estudi a la carrera de Medicina (acumulació massiva de coneixements, memorització *versus* comprensió, alta competitivitat), les pràctiques als hospitals (l'hospital cada vegada més entès com una empresa, les jerarquies, l'estrès i la competència) en són possibles causes. A les entrevistes els metges van explicar que sovint el tipus d'estudiant que accedeix a la carrera de Medicina (amb una de les notes de tall més altes de tots els estudis universitaris) no ho fa per l'ètica ni per vocació, sinó perquè és un estudiant aplicat. Quan es dona l'ètica vocacional, tampoc no es potencia. A la vegada, estudiants amb una alta vocació i una ètica molt desenvolupada però sense resultats acadèmics brillants no hi poden accedir.

La docència de l'ètica a la carrera de Medicina es troba en una fase molt incipient i no obligatòria (Esquerda, 2019). Un nou programa, aturat des de fa anys, contempla incorporar-la i dotar-la de més contingut i crèdits obligatoris en els futurs estudis de l'especialitat.

Gestió de la incertesa i la iatrogènia

Si un professional no és capaç d'assumir la incertesa i gestionar els riscos que comporta fer-se responsable d'una altra persona, i els evita, està aturant el desenvolupament d'un fet –un objectiu, un treball– que és el d'acomplir satisfactòriament l'atenció envers l'altre, i està cometent una greu falta professional i davant la societat. Sovint, les gerències i direccions dels centres de salut mental fan la vista grossa perquè tampoc no els interessa gestionar la incertesa i els riscos que comporta.

Els riscos en els ingressos involuntaris poden ser que la persona prengui mal o faci mal a tercers si no se la ingressa, encara que sigui involuntàriament. També n'hi pot haver durant l'ingrés, si se la deixa sortir de permís, rebre visites, parlar per telèfon, etc. La por a les denúncies, la por a l'amonestació per parts dels caps o directores i també la por que la persona atesa es faci mal o en faci a algú són factors molt negatius que es viuen amb preocupació i neguit. Això pot comportar una manca d'assumpció de riscos.

Èticament s'ha de mirar de causar al mínim dany possible i la màxima beneficència al pacient. Sovint la pràctica assistencial comporta l'assumpció de certs riscos, però la no assumpció també comporta iatrogènia (Ortiz-Lobo, 2011), que també és èticament i professionalment qüestionable. Ivan Illich va fer la definició següent de iatrogènia en el seu article "Nèmesi mèdica: l'expropiació de la salut" (1975): "les malalties iatrogèniques clíniques comprenen tots els estats clínics respecte dels quals són agents patògens els remeis, els metges o els hospitals" (Diversos autors, 2017, p. 20).

En principi s'ordena un ingrés involuntari entenent que és la millor opció, però, amb tot, si les condicions dels ingressos fossin més favorables, si els espais fossin més adequats, si no es trenqués la vida del pacient i si hi hagués un millor tracte des de tots i cada un dels professionals, els ingressos serien una opció molt més acceptada, adient, proporcionada i efectiva. És a dir, serien una opció més.

En general, tots els professionals afirmen que sempre es valoren tots els factors i es busca la màxima beneficència: "Els professionals són també agents morals, ja que, respectant l'autonomia de les persones, tenen el deure de no fer mal –i avaluar sempre la probabilitat de la iatrogènia– i no han de renunciar al principi de beneficència (la seva raó de ser), oferint als seus pacients les millors alternatives possibles encara que, això sí, preocupant-se per l'efectivitat de les seves intervencions: allò innecessari, allò inefectiu, allò fútil atempta contra el deure de tots amb la justícia i la responsabilitat" (Ramos, 2018, p. 95).

La responsabilitat ètica dels professionals en els ingressos involuntaris

Els valors i els codis deontològics

El respecte als drets fonamentals en els centres on s'ingressen persones voluntàriament i involuntària per manca de salut mental es dona per fet atès que les entitats proveïdores d'aquests serveis tenen els seus valors i principis, així com les diferents professions que hi treballen tenen els seus codis deon-

Si atenem al procés d'ordenament jurídic de l'ingrés involuntari, trobem que hi ha llacunes en el tracte a la persona i dubtes sobre l'eficiència del procés.

Es donen no pocs “conflictes entre els drets socials adquirits i en lluita i els codis deontològics de certes professions que atenen i tenen cura de la salut de les persones” (Román, 2016, p. 23), i el sentir de moltes persones ingressades, de molts dels seus familiars i també de professionals implicats és que, a vegades, no es respecten els valors i codis deontològics en el decurs de tot el procediment en un ingrés involuntari.

Alguns professionals es troben excedits i apelen al cinisme quan se'ls parla de l'atenció en salut centrada en la persona, és a dir, en els seus drets, les seves necessitats i en com pensen que ha de ser la seva vida. Cinisme perquè consideren que no tenen les eines ni el context per atendre tenint en compte tots aquests aspectes.

Hi ha molts factors a tenir en compte quan valorem la qualitat de l'atenció a la salut mental. No només els professionals són un factor primordial, també ho són la resta de recursos i organitzacions de les entitats sanitàries, la política, la societat en general i les mateixes persones amb trastorn mental i els seus contextos. Actualment els serveis d'urgències psiquiàtriques i les unitats d'ingrés d'aguts no estan dotades dels recursos adients per poder-los evitar. Poc espai i sense possibilitat que les persones puguin conviure amb les seves crisis i agitacions sense suposar un risc per a elles ni per a ningú. Poca o nul·la intimitat, ruptura amb les activitats de la vida quotidiana i social, etc. Tampoc no hi ha prou personal per atendre amb temps i cura les persones en les seves necessitats, tant específiques del seu trastorn, com de la seva manera de viure i de ser.

Tornem a plantejar aquí la qüestió de si les condicions d'ingrés en salut mental fossin millor, fins i tot millor que les que té la persona en la seva vida normal, potser hi hauria més acceptació dels ingressos, tant per part d'elles com de les seves famílies. Potser es reduirien els ingressos involuntaris i serien majoritàriament voluntaris. Tanmateix, aquestes no són les condicions i, a més, hi ha casos de programacions d'ingressos voluntaris que arriben tan tard –justament perquè hi ha massa ingressos involuntaris– que la persona que el sol·licitava ja es troba en un estat tan agut de la seva crisi que ha de ser ingressada per via d'urgència. Hi ha una part de responsabilitat que això passi que recau en els professionals, però no tota. La part de responsabilitat que els pertoca consisteix a treballar d'una altra manera amb el que hi ha, fent canvis, reclamant-los i exigint-los, quan ells sols no poden dur-los a terme, i buscar l'excel·lència.

Salut *versus* llibertat

La llibertat és manllevada en un ingrés involuntari i, de la mateixa manera que es fa en l'àmbit penitenciari, perquè no resulti un segrest es demana la intervenció del jutge o jutgessa, que determinarà finalment la necessitat, o no, de la privació de llibertat de la persona en funció de tots els aspectes que cregui oportú de considerar (informes mèdics, entrevista amb la persona afectada i amb els seus familiars, situació en què es produeix, antecedents, context, etc.). Normalment, hem dit que la cerca del màxim benestar de la persona i l'erradicació de qualsevol risc per a ella i per a les persones del seu entorn és, com a motiu de salut, l'objectiu principal de l'ingrés.

El Conveni de NY sobre els drets humans en la discapacitat (ONU, 2006) assenyala que ha de prioritzar-se el dret a la llibertat per sobre de qualsevol altre dret (inclòs, doncs, el dret a la salut) i que no ha de ser diferent el tracte a les persones amb discapacitat del que es confereix a qualsevol altra persona. Si es compara amb les persones preses per motius de delictes, la diferència respecte els drets que es tenen en compte amb elles i amb les persones amb discapacitat per raó de trastorn mental és múltiple i variada, tot i que no s'acaba de reflectir en una elaboració acurada –de fet, és inexistent– dels drets de les persones ingressades per motius de salut mental.

La limitació de llibertat sempre és una privació, independentment de com es produeixi, i potser caldria revisar en quins casos s'esdevé per raó de manca de salut mental i per què. Tots aquests factors condueixen a la necessitat de revisar les pràctiques i els procediments, i a la reflexió sobre les accions individuals que es duen a terme, que també haurien de ser revisades.

La trobada amb l'altre com una experiència ètica

Considerem que la manera de ser i estar en el món que hem d'experimentar les persones ha de ser ètica. Com diu Lévinas, “la vivència de la trobada del subjecte amb el rostre de l'altre és, sobretot, una experiència ètica” (Ríos, 2017). No podem “estar” de manera “simple” en el món, sinó que hem de pensar i reflexionar permanentment sobre qui som nosaltres, individualment, i què som en relació amb els altres. No podem actuar sense avaluar els efectes dels nostres actes ni les seves conseqüències (en nosaltres mateixos, en els altres, en el nostre entorn social, cultural i natural, etc.) perquè els nostres actes no són ordenats i d'acord amb la natura com ho són els dels animals i les plantes, que no necessiten de la reflexió perquè tots els seus actes estan integrats en el sistema natural. És a dir, ens cal viure de manera que l'ètica sigui present en les nostres vides de manera més fefaent. Es tracta, també, de tenir consciència moral, “la consciència moral és la capacitat d'adonar-se del que es fa, del perquè últim es fa, i de les seves conseqüències per a d'altres i per a un mateix, de les quals ha de retre comptes (responsabilitat)” (Román Maestre, 2009).

La limitació de llibertat sempre és una privació, independentment de com es produeixi, i potser caldria revisar en quins casos s'esdevé per raó de manca de salut mental i per què

Es tracta de treballar-hi amb cautela i precaució, perquè són les persones, en condicions de fragilitat, des del seu no poder, qui ens interpel·len per seves ateses, són subjectes que per la seva condició de vulnerabilitat necessiten atenció (Román, 2016). I no es tracta únicament de la manca de salut, sinó també de la discriminació i l'estigma que pateixen en l'entorn social, laboral, sanitari i, fins i tot, familiar, ja que “els prejudicis, la violència, l'exclusió social i la segregació, els abusos en els tractaments o els atemptats a la seva capacitat de decidir, són freqüents en les persones amb problemes de salut mental” (Ramos, 2018, p. 51).

Cal tenir present, però, que els professionals que els atenen també són, a la fi, vulnerables i fràgils en no poques circumstàncies (de salut i d'altres) i que les persones som “vulnerables a la vulnerabilitat” (Esquirol, 2005, p. 93). Aquest fet esdevé positiu en l'atenció que es confereix per ajudar-nos els uns als altres, però també hi ha casos en què esdevé negatiu, quan protegim unes persones i en deixem desamparades unes altres. El desamparament és inadmissible i cal buscar-ne les causes, que són múltiples, i esmenar-les.

L'ingrés involuntari en salut mental és una pràctica a repensar perquè, finalment, va en contra de la seva funció, que és la de la beneficència i la cura

L'ingrés involuntari en salut mental és una pràctica a repensar perquè, finalment, va en contra de la seva funció, que és la de la beneficència i la cura. I perquè tampoc no aporta res de positiu, tal com és ara, als professionals que l'han de dur a terme. Els professionals, doncs, tenen el deure de reflexionar responsablement, d'assumir les seves responsabilitats en el funcionament d'aquestes intervencions (com es donen, com es desenvolupen i com acaben), de revisar la seva pròpia pràctica cada dia, revisar periòdicament la pràctica general de la seva professió i de la salut mental en general. I d'actuar per modificar actituds, millorar capacitats, el tracte que confereixen i excel·lir resultats. És la seva responsabilitat, inevitablement. També, però, és un deure de l'administració dotar dels recursos necessaris; de les gerències de les entitats, procurar-los; i del model d'atenció en salut, centrar-la de manera real en la persona atesa.

Conclusions

Compartint les experiències dels professionals, les persones ateses i les famílies, i després d'aquest breu estudi que té com a objectiu investigar la presència de la responsabilitat en els diferents moments i rols que intervenen en els ingressos involuntaris en salut mental, apareixen tres factors essencials. Un dels factors és la necessitat d'ampliar aquesta responsabilitat i fer-la més compartida. Empoderar les persones ateses, les seves famílies i els professionals que intervenen en els ingressos involuntaris. Empoderar-les en els procediments, els espais i els recursos laborals que es dediquen a l'atenció en els ingressos per manca de salut mental. No es tracta de transferir o desprendre's de cap responsabilitat, al contrari, es tracta d'assumir-les entre tots, amb suport mutu per assegurar una pràctica professional acurada i respectuosa, efectiva i eficaç.

El segon factor és la intervenció de noves figures en els procediments i processos. Es proposa el defensor del pacient i l'expert en drets humans. Cal vetllar per garantir una atenció adequada i quan la persona atesa presenta tantes insatisfaccions i, fins i tot, pot empitjorar el seu estat de salut —que, inclús, pot desencadenar la mort— a causa d'aquestes pràctiques, sembla evident que cal fer una revisió en profunditat de tots els aspectes que envolten els ingressos involuntaris. La persona ingressada no experimenta la sensació d'empara que hauria d'experimentar quan és atesa en contra de la seva voluntat, i els professionals es troben excedits i sense els recursos necessaris per actuar segons el seu criteri.

Un tercer factor és la formació que aquests professionals reben prèviament i la formació continuada, així com la cura que se'n té quan es formen. Han aparegut aspectes com l'erosió ètica dels estudiants de Medicina, que també es dona en els juristes i no, en canvi, en infermeria. S'ha observat com estan dissenyats ara els currículums d'estudis i quina absència hi ha de contingut ètic, de drets i de lleis. Fins i tot, hi manca el coneixement sobre el sistema de salut actual, que permetria evidenciar les seves virtuts i mancances.

La responsabilitat del professional no és pas el factor principal que cal revisar pel que fa als ingressos involuntaris. Cal revisar també tota la llarga llista de factors que s'han esmentat i que tenen relació amb els recursos econòmics. Cal disposar de recursos econòmics per millorar els factors estructurals, els laborals, el temps d'atenció, el temps d'espera, els espais i els ambients, les activitats i la vida durant l'ingrés, l'autonomia i la intimitat. També cal revisar la medicació, les psicoteràpies, el temps d'ingrés i la impossibilitat dels ingressos voluntaris a causa de l'ocupació de totes les places pels ingressos urgents i involuntaris. Cal dotar de més temps i espai per posar en comú i reflexionar entre els professionals i amb les persones ingressades, etc.

Malgrat això, revisar la responsabilitat del professional és inevitable perquè res no canviarà fins que tots, individualment, revisem les nostres pràctiques, fins i tot les no professionals. Revisar, reflexionar, dubtar, afirmar-se o negar-se són accions amb molt de sentit en les nostres vides. No manllevem aquest principi apel·lant a les lleis o a les impossibilitats. Hem d'afrontar les limitacions i els marges, hem d'acceptar que estem instal·lats en aquests afores (Esquirol, 2018) però no perquè n'haguem estat expulsats, sinó perquè és el lloc per a la nostra vida. Potser es tracta de deixar lloc, en aquests afores, al sentir i al pensar i, només aleshores, continuar actuant.

Eulàlia Porta Felipe
Pla director de salut mental i addiccions
Direcció General de Planificació en Salut
Departament de Salut
eporta_ext@gencat.cat

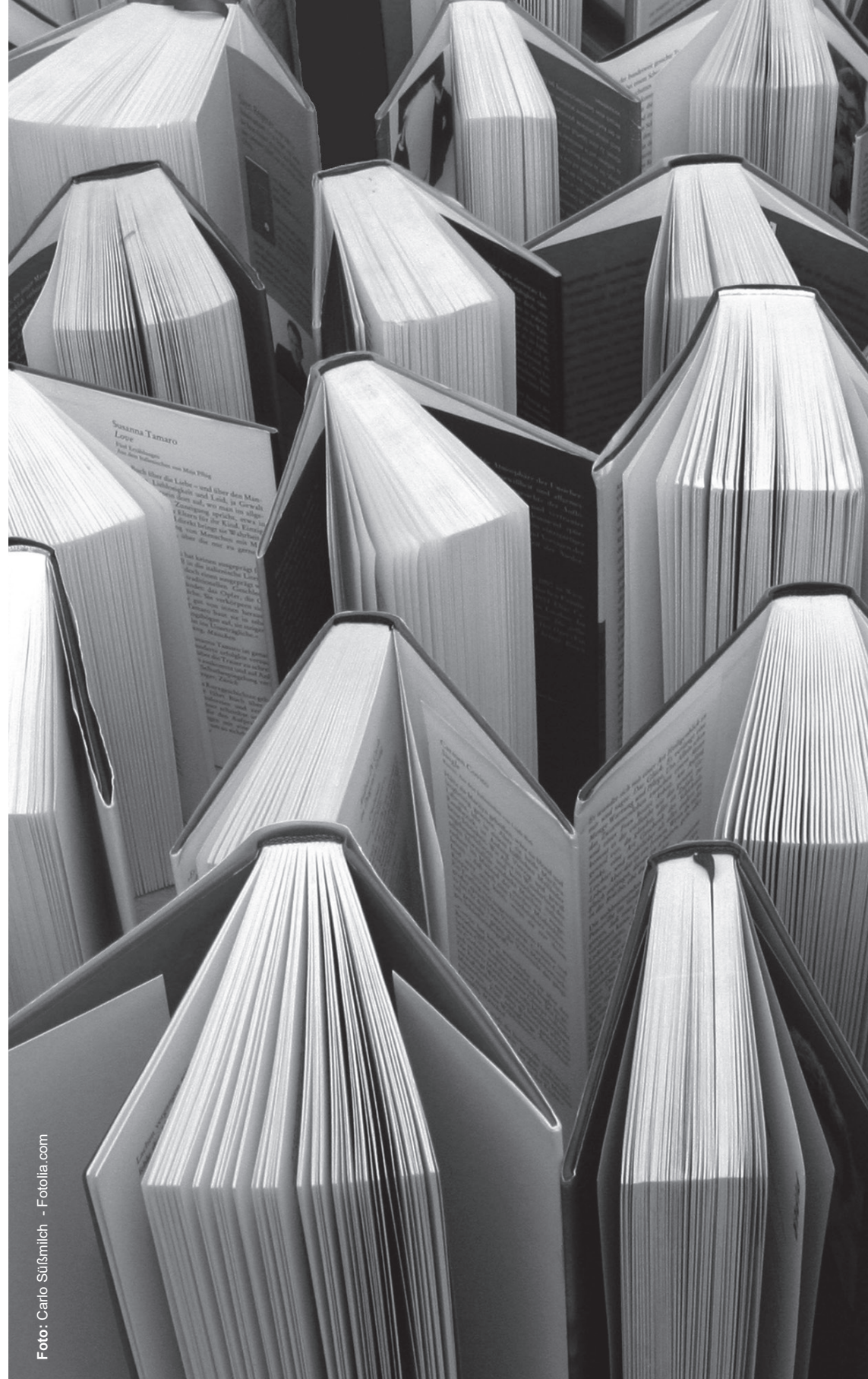
Cal dotar de més temps i espai per posar en comú i reflexionar entre els professionals i amb les persones ingressades

Bibliografia

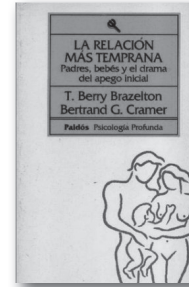
- Baron, R.; Berinsky, A.** (2019). *Mistrust in Science. A Threat to the Patient-Physician Relationship.* (D. Malina, Ed.). *The New England Journal of Medicine*, 381(2), 182-185.
- Canimas Brugué, J.** (2015). *Com resoldre problemàtiques ètiques?* Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- CoE** (2004). Recomanació número REC (2004)10 del comitè de ministres dels estats membres sobre la protecció dels drets i la dignitat de les persones amb trastorn mental. Estrasburg: Comissió Europea.
- CoE** (1997). Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Consejo de Europa. Oviedo: CoE.
- Diversos autors** (2017). *Iatrogenia y medicina defensiva.* Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Diversos autors** (2019). *Ètica y promoción de la salud. Libertad-paternalismo.* Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- ESP** (2000). Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE(7).
- Esquerda, M.** (2019). El curioso incidente de la erosión ética en Medicina. Recollit de redacció mèdica: <https://www.redaccionmedica.com/opinion/el-curioso-incidente-de-la-erosion-etica-en-medicina-5366>
- Esquerda, M.; Pifarré, J.; Roig, H.; Busquets, E.; Yuguero, O.; Viñas, J.** (2019). Evaluando la enseñanza de la bioética: formando “médicos virtuosos” o solamente médicos con habilidades éticas prácticas. *Atención Primaria*, 51(2), 99-104.
- Esquerda, M.; Yuguero, O.; Viñas, J.; Pifarré, J.** (2016). La empatía médica ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. (Elsevier, Ed.) *Atención Primaria*, 48(1), 8-14.
- Esquirol, J.** (2005). *Uno mismo y los otros. De las experiencias existenciales a la interculturalidad.* Barcelona: Herder.
- Esquirol, J. M.** (2018). *La penúltima bondat: assaig sobre la vida humana.* Barcelona: Quaderns Crema.
- Esquirol, J. M.** (2018). Presentació de *La penúltima bondat* de Josep Maria Esquirol a la Biblioteca Jaume Fuster (M. Garcés, Entrevistador). Barcelona: Quaderns Crema. Recollit de <https://www.youtube.com/watch?v=r9bnE2k-NyoQ>
- Guix Oliver, J.** (2012). *Organització dels sistemes sanitaris.* Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Jonas, H.** (1995). *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica.* Barcelona: Herder.
- Lévinas, E.** (2014). *Alteridad y trascendencia.* Madrid: Arena Libros S.L.
- Méndez, J.** (1989). Emmanuel Lévinas: “Somos hijos de la Biblia y de los griegos”. *El País*.
- ONU** (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. New York, EEUU: ONU.

- Ortiz-Lobo, A.** (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Revista Española de Salud Pública*(85), 457-469.
- Parlament de Catalunya** (2010). Llei 25/2010, del 29 de juliol, del llibre segon del Codi Civil de Catalunya, relatiu a la persona i la família. 5686, 61162-61260.
- Ramos, J.** (2018). *Ètica y salud mental.* Barcelona: Herder.
- Ríos, P.** (2017). Emmanuel Lévinas frente al ascenso de la filosofía elemental del nazismo: un debate metodológico-político. Tópicos. *Revista de Filosofía*(53). Recollit de <http://topicosojs.up.edu.mx/ojs/index.php/topicos/article/view/823>
- Román Maestre, B.** (2009). *Ètica en els serveis socials. Professions i organitzacions.* (D. d. Ciutadania, Ed.). *Papers d'acció social*(7), 1-24.
- Román, B.** (2016). *Ètica de los servicios sociales.* Barcelona: Herder.
- Semprún, J.** (2006). *Pensar en Europa.* Barcelona: Círculo de lectores.
- Torres, F.; Barrios, L. F.** (2007). *Libertades fundamentales, derechos básicos y atención al enfermo mental.* Madrid: Secretaría General de Sanidad. Dirección General de la Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Vega, C. et al.** (2002). Internamientos psiquiátricos. Aspectos medicolegales. *Atención Primaria*, 42(3), 176-182. doi:DOI: 10.1016/j.aprim.2009.07.012
- Yuguero, O., Esquerda, Viñas, J.; Soler-González, J.; Pifarré, J.** (2019). *Ètica y empatía: relación entre razonamiento moral, sensibilidad ética y empatía en estudiantes de medicina.* *Revista Clínica Española*, 219(2). doi:0.1016/j.rce.2018.09.002

Foto: Carlo Süßmitch - Fotolia.com



Libres recuperats, publicacions



La relación más temprana. Padres, madres y el drama del apego inicial

T. Berry Brazelton i Bertrand G. Cramer

Barcelona: Paidós, 1993 (primera edició, en anglès: 1990)

La primera cita que es llegeix en aquest llibre, concretament en el prefaci que fan els autors, és de Winnicott: “Si uno se propone describir a un bebé, se encontrará con que está describiendo a *un bebé y a alguien más*” (la cursiva és de Winnicott). I d'això tracta aquest llibre: la unitat nadó-figura de referència (generalment, els progenitors) ha de ser estudiada i atesa conjuntament i de manera transdisciplinària.

Aquesta idea, en el moment de publicació del llibre, era força innovadora. De fet, la combinació dels autors, un pediatre dedicat a la investigació i un psiquiatre amb experiència en psicoteràpia familiar i infantil, ja era prou sorprenent.

És un llibre que convida a la relectura (o primera lectura), malgrat que han passat tres dècades d'ençà de la publicació en llengua anglesa, perquè articula la teoria i la pràctica de manera clara i lúcida. Així, el llibre combina l'exposició teòrica de conceptes i de tècniques d'observació de la interacció en nadons amb vinyetes clíniques que il·lustren els constructes teòrics. L'etologia i la psicoanàlisi són els dos models de referència principals de Brazelton i Cramer.

L'obra està estructurada en cinc parts. La primera part aborda com la gènesi del vincle nadó-pares s'inicia en els pares ja abans del naixement, àdhuc abans de la concepció (és la “prehistòria” del vincle). La segona part se centra en el nadó, en les seves capacitats innates per establir comunicació amb l'entorn, al servei de la necessitat de sobreviure i desenvolupar-se. Tot seguit, a la tercera part, es presenten les característiques de l'observació sistemàtica en nadons i s'exposen resultats d'investigacions sobre les característiques de la interacció en la unitat familiar. A la quarta part de l'obra es parla dels aspectes inconscients que es posen en marxa en tota relació humana i encara més en les relacions més properes i íntimes com és l'experiència materno/paternofamiliar. La darrera part es reserva per a relats de diferents casos que faran de nexes entre la teoria i la realitat. Paga la pena llegir tot el llibre sencer, però, personalment, de tant en tant, m'agrada rellegir la segona part, en què es descriuen les capacitats innates o molt primerenques dels nadons per influir en el seu entorn. Bowlby és un altre dels autors clàssics que va tractar aquestes capacitats en la seva teoria de l'afecció, però ho deixem per a una altra ressenya de llibres recuperats.

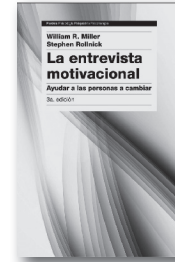
Tradicionalment, s'ha estudiat la díade mare-bebè com un tipus de relació essencialment unidimensional en què el bebè és un ésser passiu, sense capacitat d'influenciar l'altre, a mercè de la iniciativa de l'adult per iniciar, mantenir i finalitzar la interacció. Aquesta hipòtesi, que actualment s'està deixant de banda, en el moment de la publicació de *La relación más temprana* començava a ser desmantellada i aquest llibre hi va contribuir. Observacions sistemàtiques, per exemple, d'interaccions de nadons de pocs mesos amb les seves mares depressives van fer palès que els nadons són actius en l'establiment i el manteniment de relacions al seu entorn. La metodologia d'estudi mateixa que proposen els autors del llibre, la metodologia observacional, també tenia quelcom d'innovadora llavors, atès que es començava a valoritzar aquest mètode de contrastació d'hipòtesis, després d'un llarg període en què només la metodologia experimental semblava tenir estatus de científica o, en tot cas, gaudia d'un estatus de superioritat en el camp de les ciències socials i de la salut.

Altrament, el llibre també posa èmfasi en el que l'adult, ben aviat i constantment, atorga significat a les manifestacions del bebè i que aquestes projeccions marquen el significat de la relació nadó-adult. Però, alhora, aquestes projeccions no depenen totalment del món interior de l'adult que intervé en la interacció, sinó que el temperament del bebè –més tran-

quil, més inquiet, més (o menys) tolerant a la frustració– modula aquestes interaccions. En definitiva, tots dos participants aporten elements a la relació, en què el tot és més que la suma de les parts, en un moviment de causalitat circular.

Qualsevol persona, investigadora o professional, interessada en la gènesi de la personalitat i en el desenvolupament infantil, especialment en els primers tres anys, hauria de llegir aquest llibre per copsar la riquesa i la complexitat de les relacions humanes i del món psíquic des dels primers moments de vida.

Elena Requena Varón
 Professora de la Facultat d'Educació Social i Treball Social
 Pere Tarrés
 Universitat Ramon Llull



La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar

W. Miller i S. Rollnick S.
Barcelona: Ediciones Paidós, 2015, 3a edició

Quantes vegades ens hem sentit atrapats en un comportament, en una substància o en una relació? Entre els consells de la nostra raó i els impulsos de la nostra conducta? Literalment atrapats en l'ambivalència? Precisament aquest llibre ens ajudarà a entendre aquest fenomen com una etapa dins d'un procés psicològic natural i molt humà. Etapa en la qual podem estar molt de temps i, en el cas que no ens en sortim, potser necessitem ajuda dins d'un marc professional. En l'enfocament de l'entrevista motivacional es descriuen les fases de tota experiència humana de canvi i el mètode per a facilitar trànsits a través de la interacció i la relació entre la persona i el professional.

L'entrevista motivacional és un enfocament de base humanista que estableix pautes de comunicació i de relació estratègiques, amb l'objectiu final de facilitar els processos de canvi en les persones. Compta amb tres edicions i totes complementàries. La primera edició, de l'any 1991 (*L'entrevista motivacional. Preparar per al canvi de conductes addictives*), està enfocada al tractament de conductes addictives i s'hi descriu l'enfocament, les fases i les estratègies, amb tota mena de detall pràctic per al professional: enfocament humanista, tècniques comunicatives d'intervenció

breu, estils de pregunta, roda del canvi, tècniques, principis de l'entrevista motivacional, estructura de l'entrevista, entre d'altres. S'exposa la relació empírica existent entre l'actitud de la persona cap al tractament (o cap a la relació d'ajuda) i els resultats favorables en experiments placebo, així com entre algunes característiques del professional referent i l'èxit terapèutic, constatant que els factors personals constitueixen una condició bàsica per al canvi estable i satisfactori de les persones.

Un dels aspectes que més em va influir quan vaig llegir per primera vegada aquest llibre, en la seva primera edició, va ser l'explicació de la "roda del canvi" de Prochaska i DiClemente. Em va obrir una finestra a l'explicació coherent de les emocions que viuen les persones en situacions vitals complexes, com relacions de dependència i maltractaments, impotència, desesperança, addicció a tòxics, trastorns de l'alimentació, pèrdues, etc. Després d'aplicar la "roda del canvi" i les seves tècniques, cada emoció tenia el seu lloc i el seu sentit de ser, podíem conjuntament situar l'ansietat, l'ambivalència (els dubtes) o les recaigudes en el seu moment, i trobar un cert ordre i significat amb perspectiva de procés. D'altra banda, l'aplicació dels principis bàsics de l'entrevista motivacional i del diàleg estratègic, explicats en aquest primer llibre, ajuden a traslladar la responsabilitat i el motor del canvi a la motivació intrínseca de la persona, fent

que cada procés tingui el seu propi ritme, sense pautes prefixades pel professional, però amb més sentit profund per a la persona.

Des d'aquesta primera edició, ja fa gairebé trenta anys, els objectius potencials de l'entrevista motivacional s'han ampliat al tractament dels diferents processos de canvi i, encara que és una obra que neix en el context de la psicologia clínica i la psiquiatria, en l'actualitat la seva aplicació i significat són especialment transcendents per a qualsevol professió social o sanitària. La definició de la tècnica ha evolucionat, i es defineix com un estil de conversa col·laboratiu amb el propòsit de reforçar la motivació i el compromís de la persona amb el canvi, amb un estil guia, a mig camí entre els estils directiu i d'acompanyament. En aquesta última edició, es focalitza, d'una banda, en el component espiritual i actitudinal del professional, la *compassió* i l'*acceptació incondicional* des de la seva perspectiva experiencial i conductual. I, d'altra banda, es descriuen els cinc processos seqüencials –vincular, enfocar, evocar i planificar– que constitueixen el desenvolupament d'una relació d'ajuda centrada en la persona. Tal com ho descriuen els autors, el cor de l'entrevista motivacional estaria en el moment central de la relació d'ajuda (*evocar*), on el professional prepara per al canvi, escolta i respon al llenguatge i les manifestacions de la persona d'una manera específica, que té com a objectiu

fomentar la motivació intrínseca, evitar la resistència i abordar les ambivalències del procés. Aquesta última versió detalla també les habilitats comunicatives que s'utilitzen en la comunicació estratègica (formular preguntes, afirmar, reflectir, resumir, proporcionar informació i consell) i aprofundeix en la importància i la manera de valorar i entendre el marc intern de referència de l'altre.

En resum, són lectures imprescindibles, amb una gran quantitat d'estudis empírics que donen suport al desenvolupament del mètode, i que són clau per a professionals que intervenen en processos de canvi i recuperació amb les persones, en el context de la salut mental i en el context de la integració social. Des de la vessant de l'educació social, la metodologia de l'entrevista motivacional és aplicable a l'acompanyament de les persones en qualsevol situació i etapa vital, i té l'especial característica de generar un aprenentatge orientat a la maduració de la personalitat, des del reconeixement de la diversitat de camins i decisions, així com de la responsabilitat de la persona per dirigir la seva vida.

Carolina Cañellas Bastús
 Professora de la Facultat d'Educació
 Social i Treball Social
 Pere Tarrés
 Universitat Ramon Llull

Libres rebuts

Chusita Fashion Fever (2016). *Esto no es un libro de sexo*. Barcelona: RBA.

Claveria, D. (2018). *El feminismo lo cambia todo*. Barcelona: Paidós.

Hoeffler, R. (2019). *Advocacy practice for social justice*. Nova York. Oxford University Press.

Missé, M. (2018). *A la conquista del cuerpo equivocado*. Madrid: Editorial Egales.

Propostes

Propers números monogràfics

Competències, formació i bones pràctiques dels professionals de l'acció socioeducativa

Els professionals de l'acció socioeducativa estan subjectes a un seguit de condicionants que fan que sigui molt important posar en valor les competències i les bones pràctiques per a una intervenció de qualitat, així com també resulta indispensable no perdre de vista que la formació és clau per anar consolidant praxis que doten d'eines per a la millora de l'acció social.

En aquest paradigma, el monogràfic "Competències, formació i bones pràctiques dels professionals de l'acció socioeducativa" té com a objectiu recollir aquests tres grans eixos des de diverses vessants, per posar-los al servei dels professionals de l'acció socioeducativa i promoure una atenció de qualitat des de primera línia, en un moment de reptes i incertesa com l'actual.

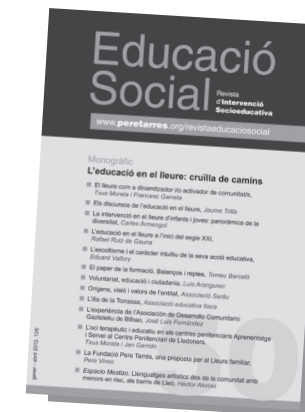
Pautes generals per a la presentació d'originals

Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa està oberta a les aportacions d'experiències, treballs i recerques dels diversos àmbits de la intervenció socioeducativa. Es prioritzen aquells articles que fan aportacions significatives per a la pràctica professional o tracten aspectes innovadors pel que fa als camps d'intervenció o als models i mètodes de treball.

Els articles o col·laboracions s'han d'enviar a la plataforma de la revista i han de complir els requisits i instruccions per a la seva revisió. Per fer la tramesa formal d'un article, cal enviar-lo a través de la plataforma RACO:

<https://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/index>

- Es fa una primera revisió, prèvia al procés d'avaluació externa, per tal de comprovar que els articles rebuts (tant els que integren els monogràfics com els publicats en la resta de seccions) s'ajusten als criteris de la Revista en relació amb la temàtica, la qualitat de redacció i l'extensió; a més, es constatarà que es tracta de treballs d'investigació originals, no publicats abans en cap altre mitjà ni en cap altra llengua.
- Els treballs poden presentar-se en català o en castellà, indistintament.
- Per assegurar l'anonimat dels articles, **la presentació s'ha de fer en un fitxer** en el qual s'adjuntarà l'article sense cap referència als autors, de manera que sigui totalment anònim.
- En el cas de ser un article amb taules i gràfics, hauran de ser **editables** perquè es puguin traduir.
- Les **notes a peu de pàgina** es numeraran per ordre d'aparició i es presentaran **al final del text**. Es recomana que aquestes anotacions siguin mínimes i s'utilitzin exclusivament per a fer aclariments del text i no per posar-hi referències bibliogràfiques.
- Les referències bibliogràfiques es presentaran al final del text i per ordre alfabètic d'autors seguint el format de **citació APA 6th ed.**
- Les dades de **l'autoria i filiació** s'introdueixen al pas "**Introducció de metadades**" de la tramesa de l'article.
- Els articles aniran acompanyats d'un **resum** de com a màxim **150-190 paraules** i de **5 paraules clau**.
- Els **articles es presentaran utilitzant les plantilles següents** en funció de la secció a la qual corresponen (les plantilles contenen indicacions sobre extensió, tipus de lletra, citació bibliogràfica):
 1. Plantilla de la secció "Monogràfic" o la secció "Intercanvi"
 2. Plantilla de la secció "Opinió"
 3. Plantilla de la secció "Publicacions" o la secció "Llibres recuperats"



El Consell de Redacció triarà els treballs perquè siguin avaluats i comunicarà als autors la decisió presa.

Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa es publica en accés obert sota la llicència Creative Commons Reconeixement-NoComercial (by-nc): se'n permet l'ús del contingut sempre que se citin els autors i la publicació, amb l'adreça electrònica exacta. Es permet la generació d'obres derivades sempre que no se'n faci un ús comercial. Tampoc no es pot utilitzar l'obra original amb finalitats comercials.

© Facultat d'Educació Social i Treball Social Pere Tarrés. Universitat Ramon Llull