



UNIVERSITAT_{DE}
BARCELONA

El treball social en l'àmbit de la salut mental

El reconeixement de l'experiència de l'Altre

Josep Cazorla Palomo



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution 4.0. Spain License.**



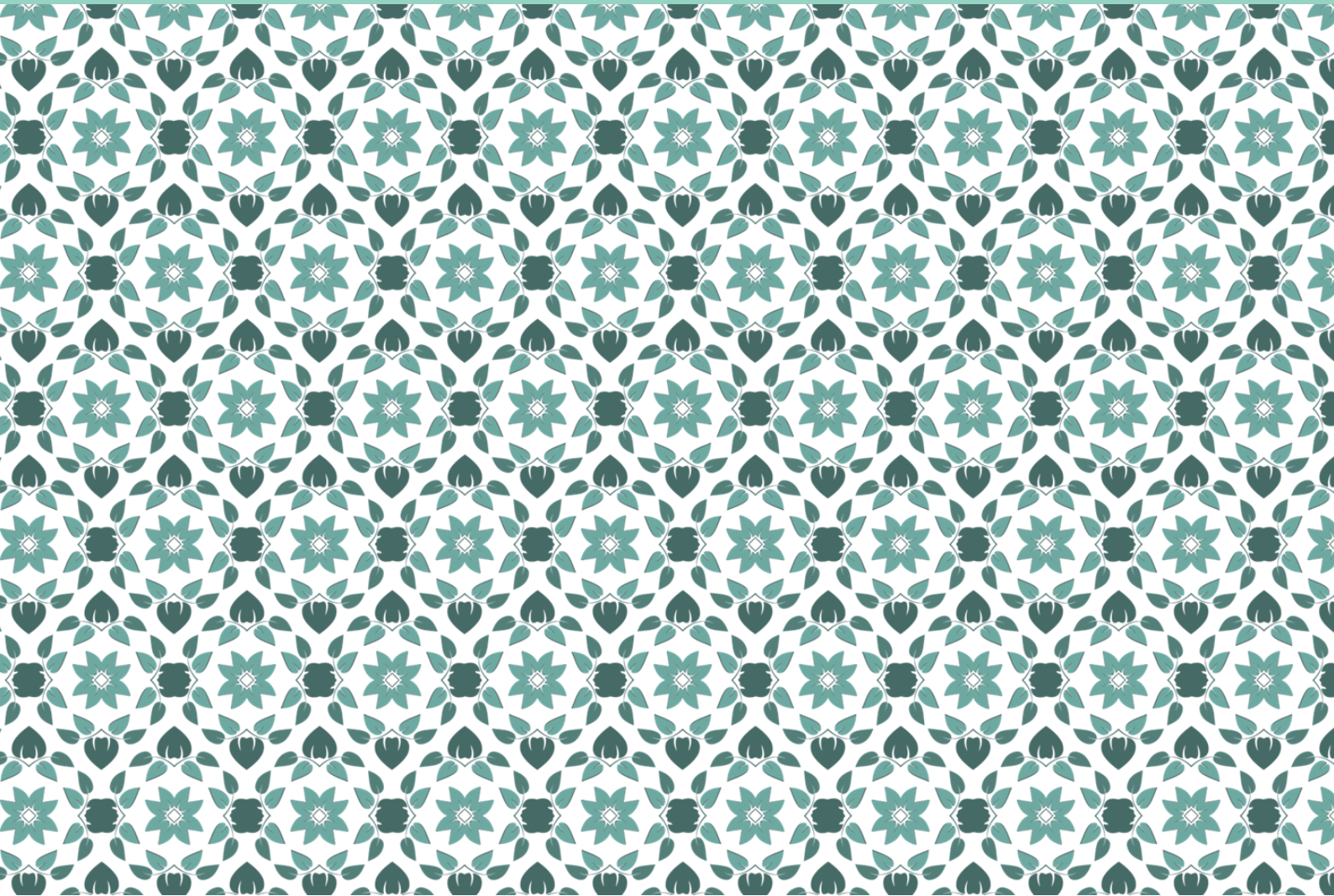
El treball social en l'àmbit de la salut mental

El reconeixement de l'experiència de l'Altre

Doctorand: Josep Cazorla Palomo

Directora: Dra. Belén Parra Ramajo

Tutora: Dra. Irene de Vicente Zuera





UNIVERSITAT DE
BARCELONA

EL TREBALL SOCIAL EN L'ÀMBIT DE LA SALUT MENTAL

El reconeixement de l'experiència de l'Altre

FACULTAT D'EDUCACIÓ
DOCTORAT EDUCACIÓ I SOCIETAT
LÍNIA DE DOCTORAT EN TREBALL SOCIAL, SERVEIS SOCIALS I POLÍTICA
SOCIAL

Doctorand: Josep Cazorla Palomo

Directora: Dra. Belén Parra Ramajo

Tutora: Dra. Irene de Vicente Zueras

RESUM

Els éssers humans es defineixen com un producte de la cultura on neixen i es desenvolupen. L'assimilació de la cultura quarta la llibertat dels subjectes a favor de les institucions socials. La salut mental, és una d'aquestes institucions que des del model rehabilitador o biomèdic, pretén controlar tot aquell comportament que surt de la norma, al responsabilitzar a l'individu de les limitacions i barreres estructurals que viuen. Així doncs, la salut mental deixa de banda la participació de les persones en els seus processos i en l'objectivació del que es comprèn com un problema a tractar.

La disciplina del treball social té com objectiu afavorir el canvi de paradigma en l'atenció de les persones a les que se les diagnostica amb un trastorn mental des del model social, en el qual es responsabilitza al sistema social de les desigualtats i l'exclusió que els subjectes pateixen, tot reconeixent les capacitats. Aquest axioma identifica el valor idoni a la pròpia experiència vital com una eina necessària en el procés de dignificació de la salut mental a la comunitat, tot fomentant l'aparició i la transformació d'un entorn que admeti la diversitat mental com a signe d'enriquiment social.

Els objectius principals d'aquesta recerca són la reflexió i l'emmarcament del paper que des de la historicitat el treball social ha representat dins de l'àmbit de la salut mental i com aquesta disciplina desenvolupa la seva tasca en la millora de la qualitat de vida de les persones. És per aquest motiu que la metodologia que s'utilitzarà és de caire qualitatiu, per tal de poder captar les vivències dels diferents agents, com són les persones diagnosticades amb un trastorn mental, des de les entitats en "primera persona", els seus familiars i les treballadors/es socials. Es van dur a terme 6 observacions participants, 20 entrevistes en profunditat i 6 grups de discussió.

L'anàlisi de les dades extretes permet aconseguir un millor coneixement i difusió de les estratègies i del mètode del treball social, en la que es replanteja la importància de l'emancipació de la disciplina de les esferes de poder per evitar la reproducció de les estructures de poder per afavorir la diversitat en la societat. Destaca el reconeixement del paper de la disciplina en la identificació i la humanització de la diferència com una peça clau en la base de l'estructura social i es constata que el treball social es basa en

models de caire crític amb l'encàrrec institucional i estructural, per evitar centrar-se en respostes preestablertes i tenir en compte a l'*Altre* com un subjecte amb capacitat d'obrar. S'identifica que les persones diagnosticades amb trastorn mental en moltes ocasions han acceptat l'etiqueta i el rol que se les ha assignat per els beneficis que han rebut a través d'aquesta. Aquestes afirmacions es fonamenten en que les línies d'actuació polítiques s'aprofiten de la fal·làcia de la participació o de la inclusió per homogeneïtzar i normalitzar la diferència, i és en aquesta situació on el treball social manté la responsabilitat de vetllar per la diversitat de la connotació dels conceptes per evitar el binarisme, com és salut i malaltia.

Paraules: Treball social, Salut mental, Model Social, Alteritat, Poder.

ABSTRACT

Human beings are defined as a product of the culture where they are born and develop. Assimilation of the culture restricts the freedom of subjects in favour of social institutions. Mental health is one of these institutions that, in the rehabilitation or biomedical model, attempts to control all behaviour that departs from the norm by making individuals responsible for the limitations and barriers they face. Thus, mental health sidelines the participation of people in the processes and objectification of what is understood as a problem to be treated.

The discipline of social work aims to promote a paradigm shift in the care of people who are diagnosed with a mental disorder from the perspective of the social model, which considers the social system to be responsible for the inequalities and exclusion that subjects undergo, while recognising their capabilities. This axiom identifies the ideal value of one's life experience as a necessary tool in the process of dignifying mental health in the community, supporting the emergence and transformation of an environment that accepts mental diversity as a sign of social enrichment.

The main goals of this research are to reflect on and frame the role that social work has historically played in the field of mental health and examine how this discipline achieves its task of improving people's quality of life. Therefore, qualitative methodology is used to capture the experiences of different agents, such as people diagnosed with a mental disorder, from "first person" informants; family members and social workers. Six participant observations, twenty in-depth interviews and six focus groups were conducted.

Analysis of extracted data allows deeper understanding and diffusion of the strategies and methods of social work to be attained, in which the importance of the emancipation of the discipline from the spheres of power is reconsidered to avoid the reestablishment of power structures and promote diversity in society. It emphasises the role of the discipline in identifying and humanising difference as a key element at the base of social structure. It is stated that social work is grounded in models of a critical nature with institutional and structural order to avoid a focus on pre-set responses and to consider the

Other as a subject with the capacity to act. It has been determined that people diagnosed with a mental disorder frequently accept the label and the role assigned to them due to the benefits they receive as a consequence. These statements are based on the fact that political lines of action take advantage of the fallacy of participation or inclusion to homogenise and normalise differences. In this situation, social work has a continuing responsibility to ensure the diversity of the connotations of the concept to avoid binarisms, such as health and disease.

Key words: Social work, Mental health, Social Model, Otherness, Power.

A la meva filla, Núria, i al meu marit, Marc,

per tot el que hem caminat i

pel que ens queda per caminar plegats

*“La bogeria no la trobem en estat salvatge.
La bogeria no existeix sinó en una societat”*

Michael Foucault

LA PÀTRIA DELS OBLIDATS

*“Dona'm el teu impuls, si vaig lent
sento no arribar a l'altra banda
des de llits des de les rodes
em mires amb la llum dels hospitals*

*Viure a la pàtria dels oblidats,
viure a la pàtria dels oblidats*

*Dona'm el teu somriure
malgrat que no pugui fer-te cap gest
oblida les meves pors
sóc més del que no pugui fer“*

Laura Jareño Sánchez

ÍNDEX

Índex de taules	18
Índex de figures	19
Índex de gràfics	19
Agraïments	21
Acrònims	23

Presentació	25
-------------------	----

PRIMERA PART:

DELIMITACIÓ DE LA INVESTIGACIÓ

1. PREGUNTES I OBJECTIUS	30
1.1. Preguntes inicials	30
1.2. Objectius	31

SEGONA PART:

ESTUDI TEÒRIC

2. MARC CONCEPTUAL	34
2.1. Fonamentació inicial	34
2.2. L'ésser humà, un ésser social	41
2.3. Les categoritzacions i la construcció de la identitat	45
2.4. L'estigma	52
2.5. La psiquiatria	61
2.6. La incapacitació	65
2.7. La salut i la salut mental	67
2.8. Les capacitats i l'empoderament	76
2.9. El treball social	81
2.9.1. El treball social en l'àmbit de la salut mental	87
2.9.2. La deontologia del treball social	94
2.10. El món associatiu	98

TERCERA PART:**DISSENY DE LA INVESTIGACIÓ**

3. METODOLOGIA	104
3.1. Fonaments metodològics	104
3.2. Perspectiva d'anàlisi	106
3.3. Tècniques per a la recollida d'informació	111
3.3.1. Observació	112
3.3.2. Entrevista en profunditat	113
3.3.3. Grup de discussió	115
3.4. Consideracions ètiques	116

QUARTA PART:**PROCÉS D'INVESTIGACIÓ**

4. TREBALL DE CAMP	120
4.1. Descripció del treball de camp	121
4.1.1. Participants en el treball de camp	122
4.1.1.1. Primera etapa del treball de camp	122
4.1.1.2. Segona etapa del treball de camp	124

CINQUENA PART:**ANÀLISI I DISCUSSIÓ**

5. ANÀLISI I DISCUSSIÓ DELS RESULTATS	130
5.1. Anàlisi de les entitats en “primera persona”	133
5.1.1. Definició de l'entitat	139
5.1.2. Motiu de la creació de l'entitat	145
5.1.3. Organització interna	151
5.1.4. Funcions de l'entitat	156
5.2. Segona etapa d'anàlisi	164
5.2.1. La polarització de la salut i de la salut mental	166
5.2.1.1. Els beneficis de la participació en salut mental.....	170
5.2.1.1.1. El reconeixement de l'experiència en salut mental	171
5.2.2. Els mecanismes de control	173
5.2.2.1. El bloqueig de la democratització de la salut	174
5.2.2.2. Les barreres i els límits de la participació de la salut mental	177
5.2.2.2.1. La fal·làcia de l'exclusió com a solució	181
5.2.2.2.2. La dimensió institucional de les barreres i dels límits	183
5.2.2.2.3. La crítica al sistema i a les alternatives de les barreres	188
5.2.2.3. La demanda de democratització de la salut mental	191
5.2.3. Els efectes de l'etiqueta	195
5.2.3.1. Els trets que distingeixen la identitat de les persones diagnosticades amb trastorn mental	196

5.2.3.2.	Les influències externes a la identitat de les persones diagnosticades amb trastorn mental	199
5.2.3.3.	La utilització de l'etiqueta com un prejudici	205
5.2.3.4.	Els efectes de l'ajustament a la normalització	208
5.2.4.	Les estratègies emancipadores	209
5.2.4.1.	La identificació de les capacitats de les persones diagnosticades amb trastorn mental	209
5.2.4.1.1.	El recel en el reconeixement de les capacitats de les persones diagnosticades amb trastorn mental	210
5.2.4.1.2.	La resposta de les persones diagnosticades amb trastorn mental a la influència externa a la seva identitat (contracultura)	211
5.2.4.1.3.	L'atribució positiva de les capacitats de les persones diagnosticades amb trastorn mental	212
5.2.4.2.	Els processos d'empoderament de les persones diagnosticades amb trastorn mental	216
5.2.4.2.1.	Les dificultats en els processos d'empoderament	217
5.2.4.2.2.	La reflexió sobre les conseqüències de la intervenció del treball social en els processos d'empoderament	219
5.2.5.	La intervenció del treball social en salut mental	221
5.2.5.1.	Les tècniques que utilitza el treball social en la intervenció en salut mental	221
5.2.5.2.	La postura del treball social davant de l' <i>Altre</i>	222
5.2.5.3.	Les dificultats amb les què el treball social es troba en el desenvolupament de la seva intervenció	223
5.2.5.3.1.	Les influències d'altres disciplines en la pràctica del treball social	226

5.2.5.3.2. La concepció externa del treball social	229
5.2.5.3.3. Les demandes externes de canvi de la disciplina	230
5.2.5.3.4. Els conceptes bàsics de la intervenció del treball social	233

SISENA PART:

CONCLUSIONS

6. CONCLUSIONS	238
6.1. Limitacions i propostes de futur	244
7. BIBLIOGRAFIA	248
ANNEXOS	274

ÍNDEX DE TAULES

Taula 1. Comparació del model <i>cut out</i> , el model rehabilitador o biomèdic i el model social	37
Taula 2. Factors que propicien l'estigma	60
Taula 3. Tipus de participació que les institucions i els professionals faciliten en l'àmbit de la salut mental	70
Taula 4. Condicions externes que condicionen el desenvolupament i reconeixement de les capacitats i de l'empoderament	81
Taula 5. Intervenció des del treball social davant les dificultats de les estructures socials	85
Taula 6. Grups de teoria i la seva contribució a la pràctica	89
Taula 7. Relació de la intervenció del treball social des del model rehabilitador o biomèdic	92
Taula 8. Relació de la intervenció del treball social des del model social	94
Taula 9. Etapes i fases de la investigació	121
Taula 10. Etapes del treball de camp	123
Taula 11. Criteris d'inclusió en la primera etapa del treball de camp	124
Taula 12. Criteris d'inclusió en el grup de discussió de la segona etapa del treball de camp	126
Taula 13. Criteris d'inclusió en l'entrevista en profunditat de la segona etapa del treball de camp	127
Taula 14. Relació de participants en el treball de camp per cada instrument	127
Taula 15. Matriu d'anàlisi	133
Taula 16. Associacions en "primera persona" a Catalunya	134
Taula 17. Comparació d'activitats i accions que les associacions expliciten portar a terme	135
Taula 18. Comparació del tipus de seu de les diferents associacions en "primera persona"	138

Taula 19. Categories de la primera etapa del treball de camp	140
Taula 20. Comparació de l'autogestió i la vinculació professional a les entitats en "primera persona"	161
Taula 21. Categories d'anàlisi	166

ÍNDIX DE FIGURES

Figura 1. Mecanisme de creació de representacions	42
Figura 2. Institucions simbòliques	43
Figura 3. Procés de creació del pensament únic	46
Figura 4. Evolució de la identitat de la salut mental	51
Figura 5. Cicle de desavantatges socials	55
Figura 6. Evolució històrica i legislativa en matèria de drets i en atenció de la salut en l'àmbit comunitari	74
Figura 7. Evolució del procés de l'aparició del món associatiu en "primera persona"	101
Figura 8. Procediment de disseny de la investigació on s'inclouen els mecanismes de supervisió	109
Figura 9. Disseny del treball de camp	112
Figura 10. Relació del treball social amb les categories d'anàlisi.....	167

ÍNDIX DE GRÀFICS

Gràfic 1. Representació de les relacions i projectes de les diferents associacions que formen la Federació Veus	139
Gràfic 2. Relació dels perfils professionals vinculats a les associacions	163

AGRAÏMENTS

En primer lloc, vull expressar el meu agraïment a totes les persones que han col·laborat de forma voluntària i desinteressada en aquesta recerca, ja que sense la seva participació aquesta investigació no hauria estat possible.

Vull expressar la meva gratitud a la directora d'aquesta tesi, Belén Parra Ramajo, per l'acompanyament, la predisposició, per la transferència de coneixements, pels consells i per la tenacitat. Gràcies per tota la teva ajuda.

A la doctora Irene de Vicente per embarcar-se a cegues en aquest projecte.

En especial, vull mencionar el meu agraïment a la doctora Josefa Fernández i Barrera, que va ser la directora inicial d'aquest estudi però que no ha pogut concloure per tecnicismes. Gràcies, Jose, per la teva dedicació, els bons moments compartits i la generositat en la construcció d'aquesta tesi. Et considero una de les meves mentores en el coneixement del treball social. Gràcies de tot cor!

Agraeixo la col·laboració i contribució de les associacions Imagina, Matissos, ADDEM, ActivaMent, Radio Nikosia, Emilia-BCN, Terraferma i a la Federació Veus. També vull donar les gràcies al Club Social La Muralla de Tarragona i a la Fundació Congrés Català de Salut Mental per la seva ajuda.

Desitjo expressar la meva gratitud a totes les persones que han col·laborat en el treball de camp per les seves aportacions i les seves contribucions al coneixement del treball social.

Destacar especialment el meu agraïment a la Mar Vidal i a l'Imma Pomares per la seva inestimable ajuda i excel·lent tasca, sense elles tot hauria estat molt més difícil.

Al meu amic, company i col·lega Andrés Lorenzo, per tota la seva inestimable ajuda, converses, cafès. moments viscuts, pels projectes compartits i els que vindran, ets un dels grans!

Als meus pares, Dolors i Josep, per haver-me inculcat uns valors i un esperit crític, in-conformista i lluitador, gràcies per ensenyar-me a superar-me.

A la meva germana, Cristina, al meu cunyat Jaume, i a les meves nebodes, Berta i Júlia, per formar part de mi.

A les meves àvies, Ana Teresa i Delfina, mai podré agrir-vos tot el saber i l'experiència vital que m'heu transmès. Gràcies pel vostre amor!

A la Miryam Soriano, per estar al meu costat al llarg dels anys i ser part de la meva família; a la Giorgia Marino, per sei una donna della mia vita; a la Marina Bañó, per ser la millor companya en les mil històries que hem compartit; a la Núria Moreno, pel seu amor incondicional; a la Maribel Rodríguez, per la seva amistat i complicitat; a la Mireia Brull, per la seva mirada crítica, i a la Carme Salas, un exemple a seguir.

ACRÒNIMS

CAP: Centre d'Atenció Primària

CASD: Centre d'Atenció i Seguiment a les Addiccions

CSMA: Centre de Salut Mental d'Adults

ECID: Equip Clínic d'Intervenció a Domicili

EP: Entrevistats en profunditat

F: Familiar

FCCSM: Fundació Congrés Català de Salut Mental

GAM: Grup d'Ajuda Mútua.

GE: grup d'experts

GF: grup de familiars

GTS: grup de treballadors socials

MILLE: Mitja i Llarga Estada

OMS: Organització Mundial de Salut

PSI: Pla de Seguiment Individualitzat

SM: Salut Mental

SMC: Federació Salut Mental Catalunya

SRC: Servei de Rehabilitació Comunitària

TFG: Treball final de grau

TFM: Treball final de màster

TS: Treballador/a social

UA: Unitat d'Aguts

USA: Unitat de Subaguts



PRESENTACIÓ



La disciplina del treball social té el propòsit de fomentar les capacitats, les habilitats, l'autonomia i l'autodeterminació de les persones amb qui s'estableix una relació, que pretén promoure l'emancipació d'aquests subjectes de les estructures i les relacions de poder. L'objectiu últim és que els individus puguin convertir-se en ciutadans amb drets i deures; per aquesta raó, el/la treballador/a social ha de vetllar per la creació i el manteniment d'un vincle i una relació de confiança que permeti als participants identificar-se com a iguals entre ells per fomentar el canvi.

La investigació presenta una teoria basada en el dinamisme dels fets socials des de la perspectiva del treball social com a facilitador de la millora de la qualitat de vida en l'àmbit de la salut mental. Aquesta recerca es proposa situar com a font de coneixement les capacitats i les experiències de les mateixes persones diagnosticades amb trastorn mental. Per assolir aquest objectiu, s'opta per una metodologia qualitativa per aproximar-se a la subjectivitat dels protagonistes, amb la intenció de recollir la seva percepció en relació amb els processos de capacitació, d'empoderament i de reconeixement de les experiències. Els instruments que s'han fet servir són l'observació participant, els grups de discussió i les entrevistes en profunditat. Aquesta investigació s'enfronta al coneixement dels processos d'empoderament i de capacitació com a estratègia de la disciplina del treball social.

Els antecedents d'aquesta tesi doctoral cal buscar-los en el bagatge professional de l'autor com a treballador social que ha col·laborat i treballat en diversos projectes en l'àmbit de la discapacitat i de la salut mental a la ciutat de Barcelona i a la seva àrea metropolitana, i contra l'exclusió social d'aquests col·lectius. A més de l'interès professional que va poder descobrir a partir del treball final de carrera, del Grau de Treball Social, centrat en els beneficis del treball social comunitari com a eina de millora de la participació com a subjectes socials de les persones diagnosticades amb trastorn mental. Va ser a través d'aquesta concepció que va emergir un reconeixement de les capacitats de les persones, i va provocar, alhora, un canvi en la seva dignificació com a ciutadans de ple dret, i en conseqüència es van detectar nous espais en els quals el diàleg va esdevenir el fil conductor d'inclusió social. Aquesta visió, fortament lligada amb els principis del treball social, va donar com a fruit l'elaboració del disseny d'un projecte per a l'empoderament

de persones diagnosticades amb trastorn mental anomenat CAPACITA'T. Aquest projecte va rebre un premi a l'excel·lència per la seva contribució als drets humans en l'edició dels premis de la Jove Cambra de Comerç de Catalunya de l'any 2013.

Un altre dels antecedents es troba en el Màster de Ciutadania i Drets Humans: Ètica i Política que va cursar l'autor, en el treball final del qual va tractar d'aproximar-se al coneixement de la construcció de la identitat de les persones diagnosticades amb trastorn mental. Aquesta segona recerca també explorava la subjectivitat com a gènesi de saber, perquè pretenia entendre la construcció dels significats de les persones diagnosticades amb trastorn mental. Així doncs, l'objectiu principal de les dues recerques precedents es troben entrelaçats: es parla de la voluntat de crear coneixement sobre les realitats de l'objecte d'estudi per mitjà de l'anàlisi de les vivències pròpies dels subjectes, la qual cosa suposa un pas cap al reconeixement de les seves capacitats. És a dir, es tracta que la persona s'identifiqui com actor social, fent-la visible, retornant-li el protagonisme i afavorint la seva participació social.

La present tesi es compon de sis apartats. En la primera part s'exposen els interrogants i els objectius que motiven la investigació. En el segon capítol s'estableix el tema de la recerca partint del marc teòric, en el qual es presenta l'evolució fins a l'actualitat dels conceptes centrals relacionats amb les persones diagnosticades amb trastorn mental.

A la tercera part s'exposa el disseny de la recerca i la fonamentació metodològica, i es descriuen les eines per a la recollida d'informació del treball de camp: l'observació participant, les entrevistes en profunditat i els grups de discussió. En el capítol quart es presenta el treball de camp, que es va dur a terme en dues etapes. En la primera, a partir de l'anàlisi de sis observacions participants i nou entrevistes en profunditat a persones que formen part d'associacions en "primera persona".¹ En la segona etapa, a través de l'anàlisi de sis grups de discussió –dos amb persones diagnosticades amb trastorn mental, dos de familiars i dos de professionals del treball social– i onze entrevistes en profunditat a diferents subjectes implicats en processos de reconeixement de l'experiència de persones diagnosticades amb trastorn mental. En el capítol cinquè, s'analitza i s'extreu la imatge que tenen, tant els/les professionals com les persones diagnosticades amb trastorn mental i els seus familiars, dels avantatges, les necessitats i la conveniència de

¹ El món associatiu en "primera persona" fa referència a les entitats formades per persones diagnosticades amb trastorn mental que es presenten com a expertes en la salut mental per la seva experiència.

desenvolupar el treball social en l'àmbit de la salut mental. En l'últim capítol es presenten les diferents visions que s'han extret per poder dur a terme l'anàlisi dels resultats, i finalment s'exposen les conclusions i les futures línies d'investigació que es deriven d'aquesta recerca.



PRIMERA PART

DELIMITACIÓ DE LA INVESTIGACIÓ



1. PREGUNTES I OBJECTIUS

1.1. PREGUNTES INICIALS

En la comprensió dels fets socials, el treball social s'introdueix en un context determinat per tal de conèixer els diferents participants, així com els rols que exerceix cadascun en la conformació de la situació; en aquesta aproximació a la realitat el treball social identifica les aportacions dels col·lectius socialment exclosos. Una tasca que implica assumir que les persones amb qui s'interactua tenen unes capacitats i unes experiències que s'han de conèixer per poder aprofundir en la realitat dels fets socials.

Aquesta investigació pretén reflexionar sobre el paper que ha representat el treball social en l'àmbit de la salut mental al llarg de la història i sobre la tasca que desenvolupen els seus professionals, que consisteix en la millora de la qualitat de vida de les persones usuàries dels serveis de salut mental. Centrant l'interès professional en les capacitats i les experiències de les mateixes persones diagnosticades amb trastorn mental, aquesta investigació pretén aconseguir un coneixement més ampli i la difusió de les estratègies del treball social en l'àmbit de la salut mental.

Els interrogants que fan possible aquesta recerca són els següents:

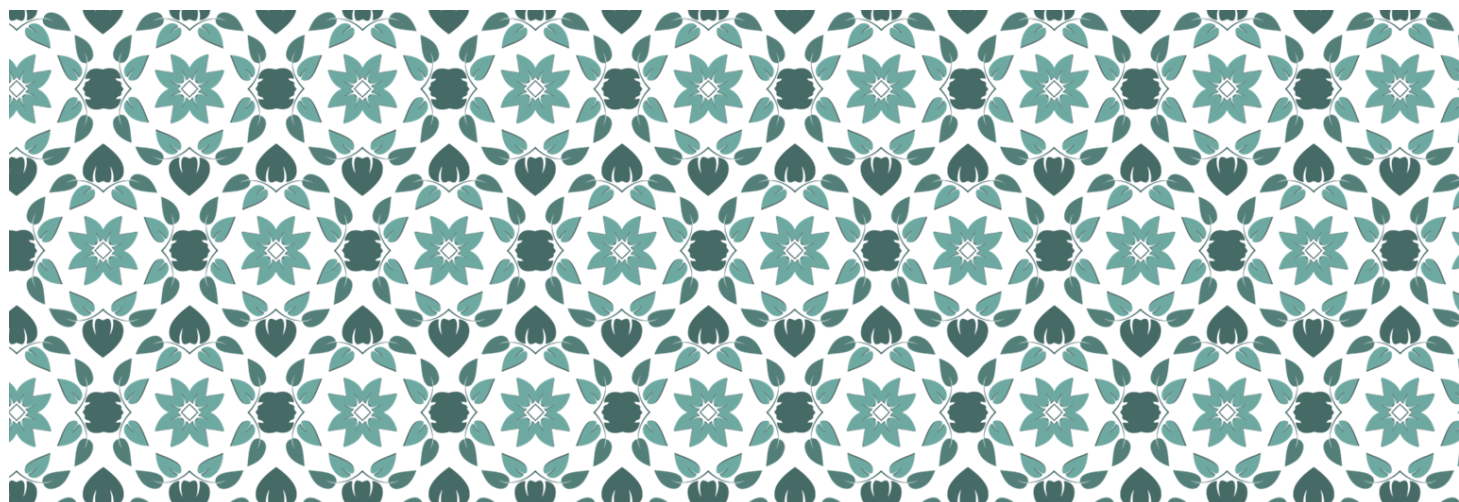
- Quina és la percepció, de les persones identificades com a malaltes mentals, envers al rol/paper que se'ls ha assignat en la societat?
- Com han viscut les persones diagnosticades amb trastorn mental la constitució del rol/paper del "boig" en de la societat?
- Què s'entén avui per salut mental?
- Quin paper han exercit les persones i les institucions implicades en la salut mental?
- Quin model d'atenció propicia el treball social quant a les experiències i relats viscuts per les persones diagnosticades amb trastorn mental?

- Quina és la posició del treball social en la visibilització de les persones diagnosticades amb trastorn mental com a ciutadans amb plens drets?
- Quin és el paper que el treball social ha jugat en les iniciatives i/o els programes de polítiques socials que s'han dut a terme per desmitificar el diagnòstic en salut mental?

1.2. OBJECTIUS

Els objectius que respondran els interrogants plantejats en relació amb l'objecte d'estudi són els següents:

- Recollir i transmetre la veu de les persones diagnosticades amb trastorn mental.
- Comprendre la significació de l'experiència en els processos de les persones diagnosticades amb trastorn mental.
- Emmarcar l'evolució del terme salut mental a partir de les persones i institucions implicades.
- Conèixer els models que el treball social ha impulsat per a l'atenció de les persones diagnosticades amb trastorn mental.
- Identificar els valors i els fonaments professionals en què es basen els treballadors i les treballadores socials per fomentar les capacitats i les experiències de les persones diagnosticades amb trastorn mental.



SEGONA PART
ESTUDI TEÒRIC



2. MARC CONCEPTUAL

2.1. FONAMENTACIÓ INICIAL

El paradigma del model d'atenció a la diversitat denominat *model social* concep tota vida humana diversa igual de digna que les vides considerades normatives; en conseqüència, reconeix com a necessària la participació en societat de tots els individus que en formen part, així com la inclusió i l'acceptació de la diferència (Oliver, 1990 i 2004; Barton, 1998 i 2018). Aquest model pretén que les persones excloses per la seva diversitat i/o diagnòstic assoleixin plenament els drets civils i una ciutadania plena. El seu interès rau en la superació de les barreres imposades per la societat i l'assistencialisme com a resposta de les mancances, i implica, alhora, un desafiament a la política tradicional. El model social considera que els principis de la vida social s'inicien en la comunitat on es conviu; uns principis que són: la diferència, la diversitat funcional, intel·lectual i mental, la vida independent, l'accés universal, la no discriminació, el treball en l'adaptació i el diàleg civil, i que es tradueixen en uns deures institucionals, en referència als drets humans (Palacios, Romañach, Ferreira i Ferrante, 2014). Tot i aquesta mentalitat, cal destacar que l'estat del benestar en què vivim considera l'individu com a responsable de les limitacions imposades per l'estructura social, que transforma en problemes individuals, i col·loca les i els professionals com a expertes i experts de les situacions produïdes per les deficiències del sistema, a la vegada que relega a l'esfera privada la cura i les necessitats de les persones diagnosticades amb trastorn mental, unes cures que assumeixen les famílies dedicant-hi esforços i recursos (Illich, 1977; Dominelli, 1996; Nussbaum, 2006; Muyor, 2019a). Es tracta d'una percepció estreta dels models d'atenció a la diversitat anomenats *cut out* i rehabilitador o biomèdic, que tendeixen a concebre tot allò que surt de la norma², la situació i les dificultats de les persones diagnosticades amb trastorn mental, com un problema que cal tractar o una malaltia que s'ha de guarir, amb l'objectiu de classificar-ho i controlar-ho, al servei de l'utilitarisme. Sota aquesta visió, que es

² La norma és entesa com el comportament i els costums, conforme al contracte social, que la major part dels individus que componen la comunitat accepten com a propis per mantenir la convivència com a éssers humans.

fonamenta en la permanència d'una veritat hegemònica i que crea dictàmens universalitzables, s'ha fomentat la desaparició d'altres models d'interpretació de la realitat (Foucault, 1964; Kymlicka, 1996). Observem que tant l'individualisme, en què les persones anteposen la recerca de la satisfacció dels desitjos i els interessos propis a la igualtat de drets, com l'ordre social, que persegueix l'equilibri basat en l'operacionisme de la comunitat per evitar l'aparició d'una consciència col·lectiva que pretengui l'establiment d'uns objectius en benefici de tota la humanitat, afavoreixen la instauració del control social com a mecanisme de poder en la societat.

L'existència dels tres models són resultat de diferents etapes històriques en les quals es van donar respostes diverses a les situacions d'aquells que sortien de la norma. El model *cut out* entenia la diferència com l'encarnació del mal, conseqüència d'un malefici o un càstig diví, i que desviava la persona del camí que l'estàndard considerava correcte (Palacios et al., 2014). La persecució dels individus als quals se'ls havia assignat l'etiqueta com a forma de violència estructural justificava les intervencions de reclusió i d'erradicació de totes aquelles imperfeccions o estigmes, amb l'objectiu de dominar aquells individus obligant-los a implorar la seva supervivència (Barton, 1998; Palacios i Bariffi, 2007). Aquest model no considerava les persones catalogades com a diferents com a éssers humans, sinó que les col·locava en un escalafó inferior de la resta de la societat i els bloquejava qualsevol participació activa en la comunitat, la qual cosa feia que la seva vida no valgués la pena ser viscuda (Oliver, 1990 i 2004). Així doncs, es considerava que la reclusió i/o l'aïllament en monestirs o hospitals era l'única resposta possible perquè expressin els seus pecats.

El model rehabilitador o biomèdic trenca amb aquesta dinàmica de la reclusió total introduint la idea de la necessitat de la inclusió social per corregir les deficiències de les persones a través de la prevenció i les mesures terapèutiques (Palacios, 2008; Muyor, 2019b). Aquest model d'intervenció considera que la diferència és una discapacitat o malaltia individual de la persona que la pateix, i que la ciència de la medicina pot curar o tractar. Aquest nou paradigma, tot i deixar de costat la conceptualització de la irracionalitat de la diferència, responsabilitza l'individu de la seva condició d'inadaptat i de discapacitat, alhora que segueix lògiques que perpetuen les barreres i els obstacles de la societat (Woodcock i Tregaskis, 2009; Barton, 2018). En conseqüència, les persones continuen sent dependents de la voluntat del sistema, sota el paraigua de les polítiques i/o dels serveis que els converteixen en usuaris o consumidors passius, amb l'objectiu

de modificar la diferència/discapacitat i complir els estàndards esperats socialment. Aquests dos models han dirigit la concepció i el posicionament de les estructures socials de la comunitat en relació amb aquells que han estat identificats com a diferents, i també les consciències de les persones que la componen, establint el lloc que han d'ocupar i el que s'espera d'elles. Així doncs, és el medi el que determina l'efecte d'una incapacitat sobre la vida diària d'una persona i el que estableix quines oportunitats tindrà l'individu per assumir les seves capacitats (Beresford, 2002; Palacios i Bariffi, 2007), fins al punt que es pot afirmar que, per a les persones a qui s'ha diagnosticat un trastorn mental, l'entorn serà l'element que en limiti o n'afavoreixi el desenvolupament individual i social (Idareta, 2018).

El model social, tal com s'ha dit a l'inici d'aquest capítol, és el que considera que l'origen de la discapacitat és social i que els elements responsables de la inadaptació són les limitacions i barreres que imposa el sistema social (Palacios i Bariffi, 2007). Per aquesta raó, aquest model interpreta que el rebuig de la diferència és una construcció social que responsabilitza l'individu de la seva situació i no el considera apte per exercir el dret de decisió i autodeterminació de la seva pròpia vida. Així doncs, el model social col·loca la línia d'actuació en l'erradicació de les limitacions i barreres que l'estructura social imposa a la societat i la seva ambició és oferir les oportunitats necessàries perquè les persones accedeixin a una participació social plena, a la igualtat i a la llibertat personal (Palacios et al., 2014; Barton, 2018). Aquesta actitud abolicionista de l'alienació social postula la identificació de les capacitats i el reconeixement de la diversitat com quelcom que aporta una conceptualització que fins aquest moment havia estat silenciada i que enriqueix al conjunt de la societat perquè esdevenen una peça clau en la constitució de la comunitat (Oliver, 1990; Barton, 1998). L'origen d'aquest corrent es troba en el moviment de vida independent de la diversitat funcional, que concedeix a tota vida humana la mateixa dignitat, i traslladat a la salut mental ha afavorit diferents iniciatives per a l'eliminació dels obstacles als quals s'han d'enfrontar les persones diagnosticades amb trastorn mental diàriament (Madrid, 2014; Cazorla i Parra, 2017).

A la taula següent es comparen els principis dels tres models teòrics segons la seva perspectiva i comprensió de la diversitat:

Taula 1. Comparació del model *cut out*, el model rehabilitador o biomèdic i el model social

Model <i>cut out</i>	Model rehabilitador o biomèdic	Model social
Creença que és una pertorbació i és necessària la supressió per l'equilibri de la societat.	Limitacions estructurals, impera l'adaptació al medi social per arribar a la normalització.	La societat ha de vetllar per l'eliminació de barreres i brindar una adequada equiparació d'oportunitats.
La deficiència és una construcció, un mode d'opressió i justifica l'exclusió social.	La discapacitat és una construcció i un mode d'opressió.	La diversitat forma part de la societat i l'enriqueix.
En la participació social s'omet i no es contempla la possibilitat per ser inferiors i incapaços.	En la participació social s'exclou a aquells que no compleixen amb les expectatives marcades pels estàndards normatius.	Tots els subjectes són imprescindibles a la contribució de la societat.
Rol passiu, les respostes són fruit de la beneficència i la caritat amb el propòsit de perpetuar l'aïllament.	Rol passiu, les respostes a les situacions que creen dificultats d'accés o d'oportunitats, són dissenyades per professionals sobre la base d'un diagnòstic.	Rol actiu, les respostes a les diferents situacions són elaborades amb la participació de les persones a les que van adreçades.

Font: Elaboració pròpia a partir de Palacios i Bariffi (2007).

L'ésser humà és constitutivament social i, com a tal, es pot definir com a producte de la cultura on neix i es desenvolupa. La cultura és el resultat d'una construcció social mitjançant unes institucions, ocupa un territori determinat i es caracteritza per una història i una llengua específiques. I el subjecte podrà esdevenir humà dins de la societat assimilant-ne la cultura i a través de les institucions (Douglas, 1986; Maturana, 1995). La cultura dota d'un seguit de significats els esdeveniments socials partint dels vincles que s'estableixen en la comunitat, que són seleccionats i interioritzats pels individus de manera subjectiva i, alhora, que generen una identitat grupal i subcultures d'aquesta identitat (Kymlicka, 1996; Jameson i Zizek, 1998). La cultura determina l'acció del poder com una potència del que és simbòlic, ens és comú, s'integra i s'entrellaça en el pas dels esdeveniments de l'àmbit social a l'institucional per la intervenció de les funcions d'estatus, que resoldran la necessitat de l'atribució de funcions i de normes o regles constitutives a totes les institucions (Foucault, 1981; Searle, 2005). Dit d'una altra manera, el poder és l'origen d'on brota la legitimació de la dominació i de l'ordre social (Bourdieu, 1966, 1991). Aquest domini apropiatiu de la realitat i l'acceptació del poder com un

assumpte intrínsec en l'ésser humà comprèn l'*Altre*³, juntament amb la idea que la societat ha configurat d'aquest subjecte. Si traduïm aquesta correspondència en una relació basada en la lectura subjectiva de l'individu que s'ha constituït sobre l'*Altre* a través dels prejudicis: "l'*Altre* passa a ser una idea del subjecte que el rep, aquest subjecte es creu investit amb prou autoritat per vetllar pel bé de l'*Altre* sense comptar amb la seva opinió" (Idareta, 2013a, p. 21).

Des d'aquest punt de vista, les distintes alternatives que s'han elaborat per donar resposta a la diversitat s'han vist influïdes per l'abolició de la diferència, sense tenir en compte les situacions i necessitats de les persones considerades no vàlides per la societat on habiten. Des d'aquesta perspectiva es pretén determinar la conducta dels individus que surten de la norma, segons el criteri de la comunitat de referència, la qual cosa es tradueix en una pèrdua de llibertat d'aquests individus, que no deixen de ser éssers únics, mitjançant la repressió i el poder (Rogers, Stevens, Gendlin, Shilien i Van Dusen, 1980; Rogers i Rosenberg, 1981; Foucault, 1981). Alhora, l'estructura de l'ordre social reconeix la funció de l'inadaptat, que serveix per justificar el patró de normalitat i permet sustentar les normes de l'estructura com a legítimes per comparació amb el que és diferent i/o inadaptat (Castellanos, Martín, Moleda i Taucar, 1998). En aquest intent d'homogeneïtzació, les institucions de la societat de referència han creat un al·legat, que ha estat assimilat per les persones que la formen, en què s'han argumentat diverses respostes sobre la ideació de l'*Altre* amb el propòsit de reduir el que és estrany, complementat amb patrons i regles per tal de controlar-lo (Merton, 1938; Illich, 1975; Howe, 1999; Madrid, 2019). A les persones diagnosticades amb trastorn mental se'ls ha adjudicat un rol i unes característiques passives, de submissió, i se les ha considerat alienades de qualsevol presa de decisió per causa de la imposició social i l'autopercepció de les persones. Segons Carri, Rossi i Zunino (1998), se'ls aliena en dues esferes, d'una banda, en l'àmbit de la producció del treball i, de l'altra, se'ls desapropria del seu ésser social. L'assimilació d'aquest pensament s'emmarca en la supressió i en la sostracció dels drets com a ciutadans, emparades en una suposada protecció que el sistema ofereix a les persones diagnosticades amb trastorn mental arran de la pèrdua de capacitats de decisió transitòries, per la simple raó d'haver estat diagnosticades.

³ El terme *Altre* fa referència a la visió filosòfica d'Emmanuel Lévinas, Judith Butler, Jacques Derrida i Walter Benjamin, en al·lusió a l'alteritat de l'ésser humà i a la identificació d'aquesta alteritat com un element necessari per a la seva existència.

No obstant això, les persones diagnosticades amb trastorn mental no perden la condició d'actors legítims en els seus propis processos, ni deixen de ser subjectes amb drets, deures, capacitat de decisió i de participació, tenint en compte que l'assignació d'un diagnòstic no porta implícita la pèrdua de competència quant a tenir criteri i preferències personals. Juntament amb aquesta premissa, s'aposta per entendre l'experiència personal i subjectiva com l'origen del coneixement, en un procés que aporta contribucions molt valuoses al pensament de la realitat i el reconeixement de la diferència com un procés integrador (Beresford i Croft, 2001; Fernández, 2018). Per Honneth (1997), el reconeixement de les persones dins de la societat té a veure amb les condicions que es potencien en l'autorealització individual i en les condicions intersubjectives que impliquen una connexió de les atribucions externes positives i de l'autoreferència amb aquestes.

La pràctica del treball social té com a fita l'emancipació d'aquells col·lectius i/o grups que, per les desigualtats estructurals i socials, s'han vist privats de l'exercici dels seus drets i de la seva ciutadania, i el reconeixement de les habilitats i les capacitats de les persones i l'atenció participativa i comunitària. Des d'aquesta perspectiva s'ha promocionat l'acceptació de la diversitat –entre d'altres, de les persones diagnosticades amb trastorn mental– com una alternativa al sistema preestablert, la qual cosa ha fet aflorar el sentiment de dignitat de les persones històricament excloses. Per evitar l'exclusió i la categorització que implica l'etiqueta d'una manera completa i definitiva, els/les professionals del treball social han de mantenir una actitud sensible, alerta i atenta en la comprensió i la interpretació de l'*Altre* (Ibáñez, 1979). La reflexió al voltant d'aquesta premissa de la disciplina és essencial en aquesta tesi. El fet de justificar la categorització com un element que permet comprendre un esdeveniment social implica, encara que no es vulgui, una discriminació del sistema, que exerceix el seu poder envers l'*Altre*. Es tracta d'un enfocament que es recolza en la visió aristotèlica del món, una visió adequada a la raó teòrica, que possibilita l'adquisició d'un coneixement segur i definitiu de l'*Altre* i s'ajusta a la categorització externa i definitiva que s'ha construït sobre aquest. Aquest coneixement adquirit predisposa el tractament del que es classifica com a indiferent a la construcció de la realitat del subjecte, que alhora pot donar-se com a intolerància i agressió cap a l'objecte. És per això que Derrida (1997) proposa una relació inclusiva amb el subjecte com a resposta a la discriminació. Això permet que gràcies a la interpel·lació de l'*Altre* no sigui necessari conèixer-lo per poder-hi establir una relació; d'aquesta

manera, s'afavoreix que el subjecte que es predisposa a rebre *l'Altre* s'aproximi a la possibilitat de ser sensible amb el seu patiment i la seva realitat, la qual cosa facilitarà l'abolició dels estereotips i dels prejudicis per reconèixer-lo com un igual. En aquest procés d'aproximació i comprensió de *l'Altre*, la interpretació hi juga un paper destacat; és a dir, que el que es percep resulta, en realitat, un reflex de la forma específica com solem "ser" i "estar en el món", que opera en l'enteniment dels prejudicis (Gadamer, 1998; Revilla, 2003; Idareta, 2013a). En aquesta interpretació del món, hi participen dos factors: la subjectivitat i la normalització de la persona que descobreix el que li és desconegut, entenent que la subjectivitat de cada individu es veu influenciada per la seva biografia i que la normalització implicarà l'exercici de la violència, la manera d'homogeneïtzar l'individu segons el criteri personal.

Per tot això, i des de la perspectiva que assumeix aquesta tesi des del treball social, es valora com a necessària una revisió constant d'allò que es dona per vàlid, entenent que l'aproximació a la diferència pot aportar noves perspectives. Es pretén comprendre tot el que s'ha classificat com a incompressible en virtut de la voluntat de la interpretació de *l'Altre*. Aquesta situació requereix que el subjecte mantingui una atenció constant en les accions i la interpretació que fa d'aquell a qui s'aproxima, amb una consciència crítica i autocrítica i amb el propòsit de trencar les categories creades, amb la intenció de fomentar el caràcter transformador a través de la capacitat d'integrar i reconèixer les percepcions de la població per adequar els canvis dels processos. Així doncs, serà partint de la idea de la realitat de *l'Altre* que es farà possible un coneixement més profund de la pròpia realitat, cosa que ajudarà a establir una relació amb més consciència de la pròpia condició; sense oblidar que el saber d'un esdeveniment o del proïsme no deixarà mai de ser una interpretació i que l'exercici de l'anàlisi és una tasca sense fi (Ibáñez, 1979). Per tant, la comprensió consisteix en l'art d'escoltar *l'Altre*, una tècnica mitjançant la qual els individus miren de trobar un llenguatge comú que faciliti la creació d'un món compartit pels diferents participants i una forma d'interpretar-lo igualment compartida. En concret, la comprensió de *l'Altre* i de les seves circumstàncies es considera un objectiu de la disciplina del treball social que s'ha de realitzar conjuntament amb totes i tots els implicats.

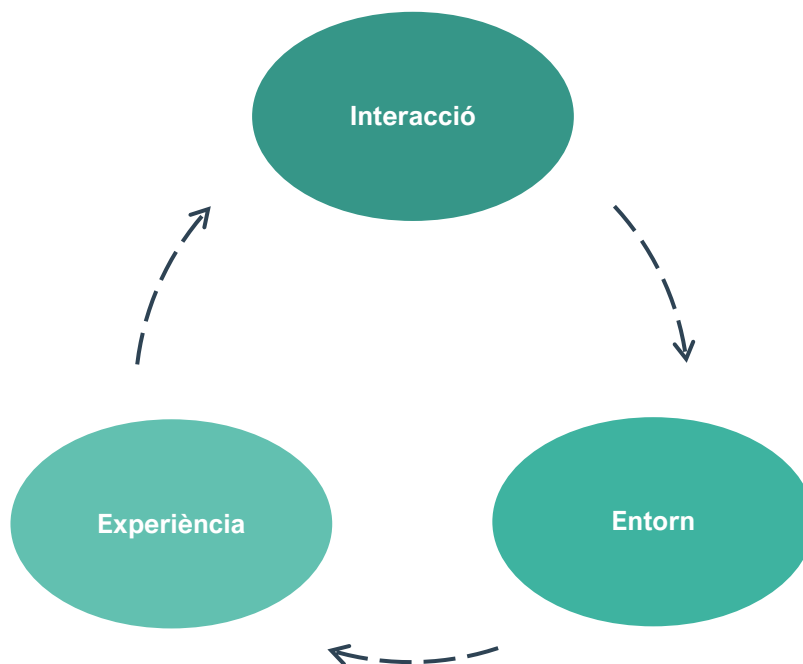
2.2. L'ÉSSER HUMÀ, UN ÉSSER SOCIAL

*És ben estrany pensar en una persona feliç
com una persona solitària,
perquè l'ésser humà és una criatura social
i està naturalment disposada
a viure juntament amb altres*
Aristòtil

L'ésser humà és un animal social que s'organitza mitjançant institucions simbòliques que es poden traduir com a cultura. Aquest tipus d'institucions són necessàries per ordenar el món amb l'objectiu de dotar de sentit l'univers i la vida quotidiana. Els éssers humans construeixen el món a la seva mesura i segons les seves necessitats, i és només quan aquestes construccions fracassen que el món real es manifesta (Watzlawick, 1995). Quan això succeeix, l'esdeveniment s'entén com un problema cultural, afavorit per l'acceptació per part de la societat d'una sèrie de figures com a ideals que componen les esferes de poder (Gadamer, 1993; Kymlicka, 1996). El contacte entre les contingències del fracàs de la cultura i dels ideals de la societat per controlar el món, evidencien que la cultura és una estratègia de supervivència creada pels éssers humans; en aquest sentit, la cultura dota cada individu d'una sèrie d'atributs determinats que els situaran segons les qualitats assignades. Per a Bourdieu (1966, 1991), aquests arquetips dels subjectes són producte de l'estructura de la societat, que es troba regulada per un sistema jeràrquic d'interaccions que alhora està dominat per les normes culturals imposades pels poders polítics, econòmics i per les garanties institucionals dels potencials socials. L'impacte d'aquests factors normatius provoca que els individus que formen la societat assimilin aquestes característiques com a pròpies, prescindeixin de la seva capacitat de raonament i invalidin les seves competències a favor de la normativa social, que els condiona i els fa participants de la comunitat. Aquest procés pel qual els subjectes són conduïts a abandonar el seu criteri planteja un dilema sobre l'acceptació de la norma que regeix la vida pública i privada, una norma que concedeix uns atributs i unes capacitats diferents a cada individu segons com l'assimilen; per tant, d'aquesta manera es dona a entendre que el que tingui les normes més incorporades més integrat estarà en la societat. La interiorització d'aquest mecanisme social es produeix en el judici de les representacions culturals, en què els individus juguen un paper actiu i creador de sentit, i té

l'origen “en la dialèctica que s'estableix entre les interaccions quotidianes dels subjectes, el seu univers d'experiències prèvies i les condicions de l'entorn” (Sánchez-Carballo, 2013, p.135), tal com es mostra a la figura 1:

Figura 1. Mecanisme de creació de representacions

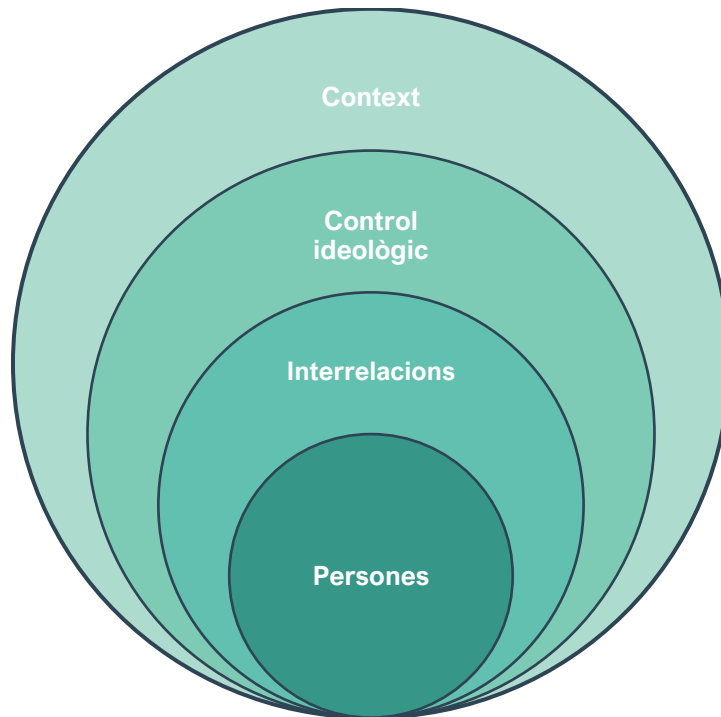


Font: Elaboració pròpia.

La triangulació d'aquest sistema de creació de les representacions provoca que els individus siguin interdependents de les tres esferes, que es retroalimenten. Es comprèn que com a éssers humans ens constituïm dins d'un nucli en el qual aprenem a interpretar el món que ens envolta, i aquest nucli ens dona una vivència que incorporem en forma de saber. Aquests coneixements són la base del nostre judici, que es converteixen en el pre-judici, i que, si el separem de les connotacions negatives que carrega el terme, es pot dir que permet aplicar un mètode en què les persones relacionen nous judicis sobre la base d'experiències viscudes, evocant la pròpia experiència i els coneixements previs; sense oblidar que els prejudicis “serveixen per orientar-se en el context social material, per dominar-lo” (Moscovici, 1976, p. 18). Així doncs, les representacions no només són modalitats de coneixement i d'ubicació en el món, sinó que també són components culturals, entenent aquestes representacions com el conjunt de pràctiques i produccions materials, mentals i simbòliques d'una societat (Turner, 1974; Jameson i Žižek, 1998;

Jodelet i Guerrero, 2000). Tot i aquesta aproximació a la seva definició, la cultura no s'ha de confondre amb les institucions simbòliques, que estan formades per persones que interactuen entre elles i que intercanvien conceptes ideològics i materials en un context determinat, com es pot observar en la figura següent:

Figura 2. Institucions simbòliques



Font: Turner (1974), Douglas (1986), Alpuche i Bernal (2015).

Malgrat aquest pensament, s'ha d'entendre que la persona és la unitat indivisible de la comunitat, que és l'element comú a tots els individus que la configuren, fins al punt que s'estableix una relació d'interdependència en la qual el subjecte i la comunitat es necessiten l'un a l'altra per existir i desenvolupar les seves potencialitats (Alpuche i Bernal, 2015; Rose, Carr i Beresford, 2018). Les potencialitats dels individus no deixen de ser un concepte que la societat haurà de validar i que es veuran afectades no només per la comunitat de referència i els costums, sinó també per les possibilitats de l'espai físic on conviuen (Maturana, 1995; Boetto, 2017). Per a Deutsch (2015), les potencialitats són descrites en dues òrbites diferents: una d'externa que es visualitza com la capacitat, una sèrie de coneixements, habilitats i informació que les persones poden adquirir; i una altra d'interna, que es basa en la competència a l'hora de prendre decisions i idear solucions

davant d'una situació concreta en l'entorn social. La vida de qualsevol grup humà s'empara en –i depèn de– l'adequació recíproca de les línies d'acció dels diferents membres del grup. L'articulació d'aquestes línies originen i constitueixen l'acció conjunta; dit en altres termes, una organització comunitària de comportament establerta en els diferents actes dels participants i que es relaciona amb les tres condicions següents: la primera és el reconeixement emocional que es trasllada a l'autocontrol de cada subjecte; la segona és el reconeixement legal que desemboca en el respecte individual; i, finalment, el reconeixement social que incideix en l'atribució de capacitats i qualitats positives que permeten que els individus desenvolupin l'autoestima personal (Blumer, 1981; Honneth, 1997).

Una de les condicions per a la vida social és que tots els participants comparteixin un únic conjunt d'expectatives i de normatives que permetin la convivència dins d'una comunitat i emmarcats per una constitució política (Goffman, 1963; Palacios i Bariffi, 2007). Cal afegir que els subjectes estan condicionats per una sèrie de mecanismes socials que els regulen i els empenyen a comportar-se d'una manera determinada en un temps i un espai concrets, per la qual cosa s'afirma que cada individu interactua amb altres subjectes i grups mitjançant diverses institucions culturals i en diferents condicions físiques i econòmiques (Hamilton, 1982). Perquè l'ordre social funcioni tots aquests condicionants han d'actuar des d'un vessant inconscient de l'individu, ja que la societat és un sistema format per persones amb capacitat de reflexionar, i si aquesta capacitat es portés a terme, l'individu acabaria qüestionant el funcionament tàcit de la societat (Ibáñez, 1994). Aquest funcionament de l'ordre social es ratifica amb el procés que s'inicia arran del naixement d'un ésser humà –“el seu procés d'adaptació a les noves condicions del medi i començar a lluitar per la vida i intercanviar relacions” (Roca, Borri i Torrent, 1972, p. 14)– i justifica el pensament que aquesta categorització engloba en la figura d'un individu que es relaciona amb altres éssers humans, perquè, com a espècie, estem destinats a viure en comunitat. Naturalment, la vida és una pràctica compartida, però no s'ha d'ignorar que hi ha aspectes de l'experiència vital que són més aviat de caràcter individual i altres de caràcter més social. Aquestes vivències, en tant a resultat de la forma com hagi pogut integrar i adequar-se a les noves exigències de l'ambient i de les seves relacions amb els altres, són les que influiran en el desenvolupament de la personalitat de cada subjecte. Totes aquestes experiències transcorren en un medi social, context que “no és una realitat objectiva” (De Robertis i Pascal, 1994, p. 86), sinó que cal entendre'l com

la construcció humana subjectiva de l'espai que ens envolta, “fins a arribar a l'horitzó del pensament de l'home i els límits del seu poder de mantenir relacions amb els seus semblants” (Richmond, 1962, p. 67).

2.3. LES CATEGORITZACIONS I LA CONSTRUCCIÓ DE LA IDENTITAT

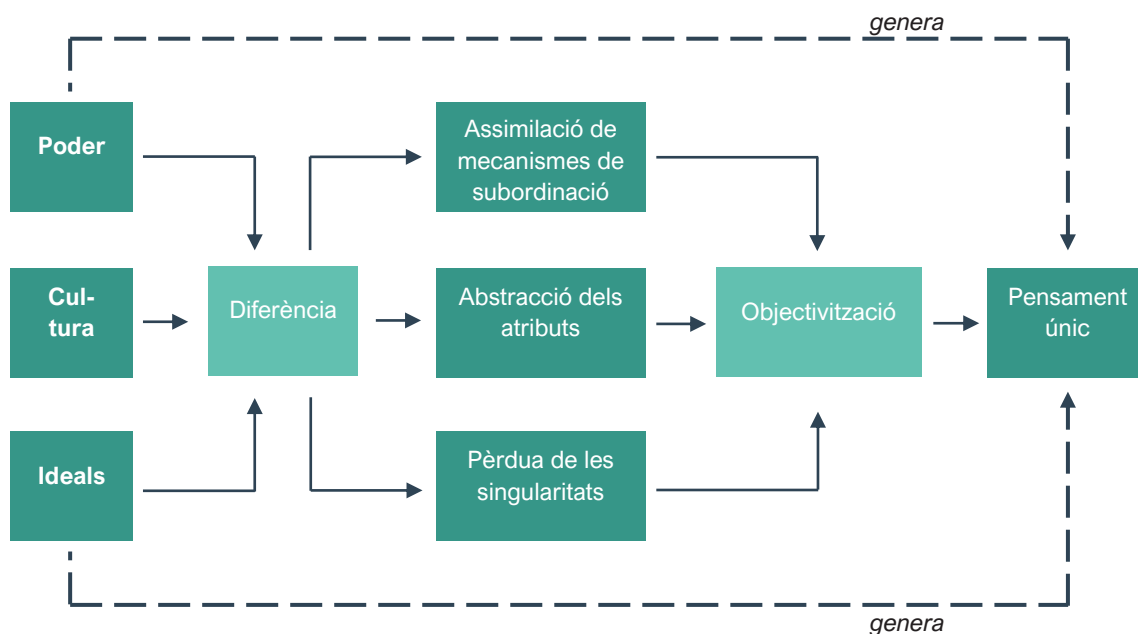
*El meu problema és fonamentalment
la definició dels sistemes implícits
dins dels quals estem presos;
el que m'agradaria comprendre
és el sistema de límits
i exclusió en els quals participem
sense saber-ho
Michel Foucault*

El model de societat en què vivim tendeix a objectivar tot allò que surt de la norma per poder-ho classificar i controlar. Aquesta manera hegemònica de comprendre la realitat manté la permanència d'una veritat homogènia, que ha fomentat la desaparició d'altres models de comprensió (Foucault, 1964, 1992), com ja s'ha exposat en la fonamentació inicial. L'aparició d'aquest mandat categòric se sosté en l'acceptació i la interiorització per part de la comunitat d'aquest únic criteri com a propi. Per això, és indispensable crear admiració i fascinació per un sistema determinat que afavoreixi, d'aquesta manera, que els individus invalidin les seves capacitats i acceptin l'esclavitud. Aquest plantejament es funda en la incorporació inconscient dels mecanismes de subordinació, que estan emparats per un ordre de preferències del sistema, i que es tradueix en l'assimilació per part dels subjectes d'escales de valors imposades (Merton, 1938; Benjamin, 1973). Els resultats d'aquest seguit d'accions per instaurar un únic model basat en criteris determinats són l'occidentalització o la universalització, que ambiciona silenciar l'*alteritat* (Derrida, 1997). Perquè l'engranatge de la conversió de la realitat com un únic índex universal no deixi de funcionar cal justificar el raonament per sobre de qualsevol altra forma de percepció d'aquesta mateixa realitat. L'acceptació que el pensament és l'únic mitjà que permet captar la realitat, acatar les normatives, els estereotips i els

prejudicis determinats per l'exercici intel·lectual del raonament, provoca el no reconeixement de la diferència, la pèrdua de la singularitat i de la diversitat com a forma de ser. Aquesta manera de reproduir la desigualtat es troba al servei de l'unitarisme, es fonamenta en el criteri d'uns pocs i es pot entendre com el control de l'autopercepció i la creació d'un rol passiu; les escales de valors contribueixen a construir i crear la posició, el prestigi i la integració de l'individu en la societat (Butler, 2001; Rawls, 2006; Bailey i Liyanage, 2012), mentre que la comunitat estableix els mitjans per categoritzar les persones i el complement d'atributs que es perceben com a corrents i naturals als membres de cada una d'aquestes categories.

La proposta d'aquests autors –Merton (1938), Foucault (1964, 1992), Benjamin (1973), Derrida (1997) Butler (2001) i Bailey i Liyanage (2012)– explica la creació del pensament únic com un procés en què el poder, la cultura i els ideals són els detonants en la composició de la diferència, que alhora desposseeixen els subjectes de la seva singularitat per poder deshumanitzar-los en un objecte, tal com es mostra a la figura 3:

Figura 3. Procés de creació del pensament únic



Font: Elaboració pròpia a partir de Merton (1938), Foucault (1964, 1982), Benjamin (1973), Derrida (1997), Butler (2001) i Bailey i Liyanage (2012).

Les teories científiques dels mètodes de les ciències naturals i socials han fracassat en l'intent d'establir explicacions causals de la conducta humana i en la creació d'una resposta a tot el que surt de la norma i d'un marc referencial per classificar-ho. Aquest corrent de pensament, assimilat per la societat, considera que els fenòmens socials en què es troben involucrats els individus o els grups són impredecibles a l'hora de materialitzar-se a través de la construcció artificial de l'estructura social, que es basa en el model capitalista. El capitalisme centra l'atenció a oferir respostes a les demandes normatives i exigeix als individus que s'adaptin a l'estructura, cosa que posa de manifest la idea que l'ésser humà pretén sotmetre el món amb aquesta construcció artificial (Casalot, 1974; Illich, 1975; Woodcock i Tregaski, 2009; Boetto, 2017). Cal ressaltar que l'ordre social es el que permet establir les categories de les persones que s'hi poden trobar, i que aquestes, alhora, serveixen com a mitjans de control de l'ordre social (Merton, 1938; Álvarez-Uría, 1983; Rawls, 2006; Martí, 2014). En l'intercanvi social rutinari en medis preestablerts, aquestes categories per concebre la persona que es té al davant es basen en experiències passades, la qual cosa permet tractar amb els altres sense necessitat de dedicar-los una atenció o reflexió especial. Per consegüent, és probable que el primer contacte amb un/a estrany/a permeti preveure en quina categoria es troba i quin són els seus atributs, és a dir, la seva *identitat social* (Goffman, 1963, 2001). En especial, es pot afirmar que en la relació entre diferents subjectes, cada individu hi aporta les seves pròpies opinions formulades prèviament. Així doncs, en la compressió de l'*Altre*, el subjecte trasllada a la seva pròpia narrativa tot allò que està observant, i serà a través de la identificació d'aquest esdeveniment elemental que podrà arribar a una identificació individual de l'*Altre*. Cal no oblidar, com ja s'ha avançat anteriorment, que aquesta identificació comprèn, alhora, la interdependència contínua de l'individu i la societat (Ackerman, 1971). Una altra qüestió que no s'ha d'obviar és que les forces socials exerceixen influència sobre el comportament i les actituds de les persones que formen la societat (Hamilton, 1982); això fa que la identitat social adquireixi sentit en el context d'una cultura i pugui ser imaginada com una construcció interpretativa inscrita en una comunitat en la qual ser identificat com el diferent, en virtut de la seva particular manera de definir el que és *normal*, serà una desviació d'aquesta norma que possibilita la reducció de la persona que la *pateix* a aquesta anomalia (Ferreira, 2008, 2010, 2011). La categorització, al servei de la pressió social, predisposa a la deshumanització i a la identificació de l'*Altre* com un

ésser diferent a la societat, i, en sortir de la norma, tendeix a desequilibrar la mediació entre la persona i l'entorn.

El rebuig causa danys a aquells a qui es nega l'estatus de subjectes de ple dret per la representació que la societat s'ha creat d'aquests individus. En efecte, el fet de condicionar la seva autopercepció a través de la projecció d'una imatge inferior o humiliant de l'*Altre* constitueix una forma d'opressió. I a més a més, això facilita l'aparició de la categorització del *boig* com una identitat concreta, que s'identifica com aquell que no fa res i que es troba condemnat a l'ociositat moral, interpretat com una plaga social, i que cal erradicar perquè la comunitat es pugui mantenir sana (Álvarez-Uría, 1983).

Històricament, l'assimilació de l'etiqueta s'ha descrit com la identitat de les persones diagnosticades amb trastorn mental, la qual cosa ha provocat la pèrdua d'expectatives i de poder en la capacitat de decisió d'aquells a qui s'ha assignat l'estatus de *boig*, una situació causada per un bloqueig extern –per part de l'entorn– i intern –per l'autoconcepció–, i els ha situat com a inadaptats en la societat per la manca d'accés als recursos del sistema. Tot de limitacions i barreres que impedeixen que els subjectes siguin reconeguts com a part de la comunitat i, per tant, que es desenvolupin i comparteixin experiències i espais. Aquest enfocament, que centra l'interès en la cura, en el tractament de la diferència, en la millora simptomatològica i en els seus dèficits, responsabilitza l'individu de les dificultats a l'hora d'adequar-se al medi que habita (Palacio i Romañach, 2006; Schrank i Slade, 2007; Victoria, 2013). Tot i això, definir l'ésser humà com un ésser simple no s'ajusta a la realitat, tenint en compte que en la seva essència participen incompables influències i efectes, de càrregues i de problemes, que han generat una contracultura en els mateixos inadaptats, que reivindiquen aquesta identitat com a legítima i que, externament, des de la societat, és interpretada com autodiscriminatòria (Merton, 1938; Cooper, 1974; Gadamer, 1993). Un clar exemple d'aquesta contracultura va ser l'aparició de les fites de l'antipsiquiatria o l'activisme en “primera persona”, en què els subjectes reclamen l'etiqueta com una qualitat de la seva identitat; o més recentment, la teoria *crip*, que reivindica com a propis els termes pejoratius que la societat ha assignat a aquest col·lectiu (McRuer, 2006; García-Santesmases, 2017). Les categoritzacions són una atribució de determinats significats a les percepcions dels éssers humans que es troben immersos en una societat concreta; construccions humanes de classificació que no deixen de ser una estructura rígida o marc referencial des del qual l'ésser humà s'adequa a la societat de referència.

La percepció és una capacitat de les persones que pot arribar a condicionar aquell a qui s'ha atribuït alguna característica (Watzlawick i Nardone, 1997). A tall d'exemple, les i els professionals del món de la salut mental han promogut la deshumanització de les persones identificades amb les categories del trastorn mental⁴, concebant-les com a “perduts sense possibilitat de curació” (Agamben, 1998, p. 175). A partir d'aquesta premissa, s'inicia l'objectivació de la seva vida i es perpetua l'estigma (tema que s'aborda al capítol següent), fins al punt que s'identifica les persones diagnosticades amb trastorn mental amb uns atributs personals associats a una visió negativa i diferents de la resta de la comunitat. D'aquesta manera, es pot afirmar que tot allò que es pot objectivar es troba fora de l'equilibri i per això aquesta ordenació s'identifica com una dificultat d'adaptació a la realitat i al medi en què la mateixa persona que la pateix haurà de fer un esforç per aconseguir uns estàndards compresos com a mínims per la societat (Watzlawick, 1995; Barton, 2018; Boetto, 2017).

Tot i aquesta primera aproximació, la diferència entre salut i malaltia no és tan clara, com bé precisa Gadamer: “l'organisme posseeix una espècie de consciència que brinda una resposta sobre el seu estat general i que evita considerar-nos malalts per la mera imposició de valors normatius” (1993, p. 175). Com que la salut no es pot reduir només a una alteració determinada, perquè depèn de molts factors i no representa un fi en si mateix, no constitueix quelcom que convidi l'individu a una contínua autocura: com a norma general, quan un està sa, s'oblida de si mateix, i és llavors quan viu. En relació amb aquesta consciència de salut, Tizón (1988) i Gorz (2008) argumenten que les persones tenen experiències relacionades amb el seu cos que els aporten un saber, més o menys inconscient, del seu estat de salut que els permet prendre decisions d'acord amb aquest coneixement i que suposa una presa de poder sobre el propi estat de salut. Per poder arribar a aquesta fita, l'ésser humà necessita una capacitat d'abstracció conscient per veure's objectivament (Watzlawick i Nardone, 1997). El concepte de salut es tradueix com un procés integrador de capacitats i d'experiències diverses que conformen la manera de ser de cada persona i de cada col·lectiu, sense perdre de vista la idea d'inclusió i el reconeixement de la diferència (Rossell, 1998; Barber, Beresford, Boote, Cooper i Faulkne, 2011; Muyor, 2019b).

⁴ L'ús de *trastorn mental* està relacionat amb la ideologia i els valors des dels que s'inicia la concepció de la persona vinculada amb el món de la salut mental. Aquesta argumentació es fonamenta en la definició de Jorge L. Tizón, segons la qual adverteix de la falsa creença que la causa dels trastorns mentals es pugui demostrar com quelcom biològic i orgànic (Tizón, 1981).

En canvi, amb els trastorns mentals no ocorre el mateix, la majoria de les persones diagnosticades no reconeixen, o simplement neguen, “la consciència que posseïm de la malaltia” (Gadamer, 1993, p. 175). Aquest enunciat inclou que les persones que són diagnosticades amb trastorn mental no són capaces de distingir entre la realitat-veritat i els signes de les *malalties que pateixen*. No obstant això, Foucault (1964) dubta sobre les capacitats de raonar i de coneixement com a font, o no, del trastorn mental; veient que posa com exemple el plantejament que fa Descartes quant al perill del trastorn mental i el dubte, circumstància que es resol quan l’individu disposa de la capacitat de dubtar. Això posa de manifest que el subjecte, tot i ser denominat com a *boig*, ja no pot ser considerat com una persona que desvarieja, de la mateixa manera que tampoc pot deixar de pensar, ni deixar de ser.

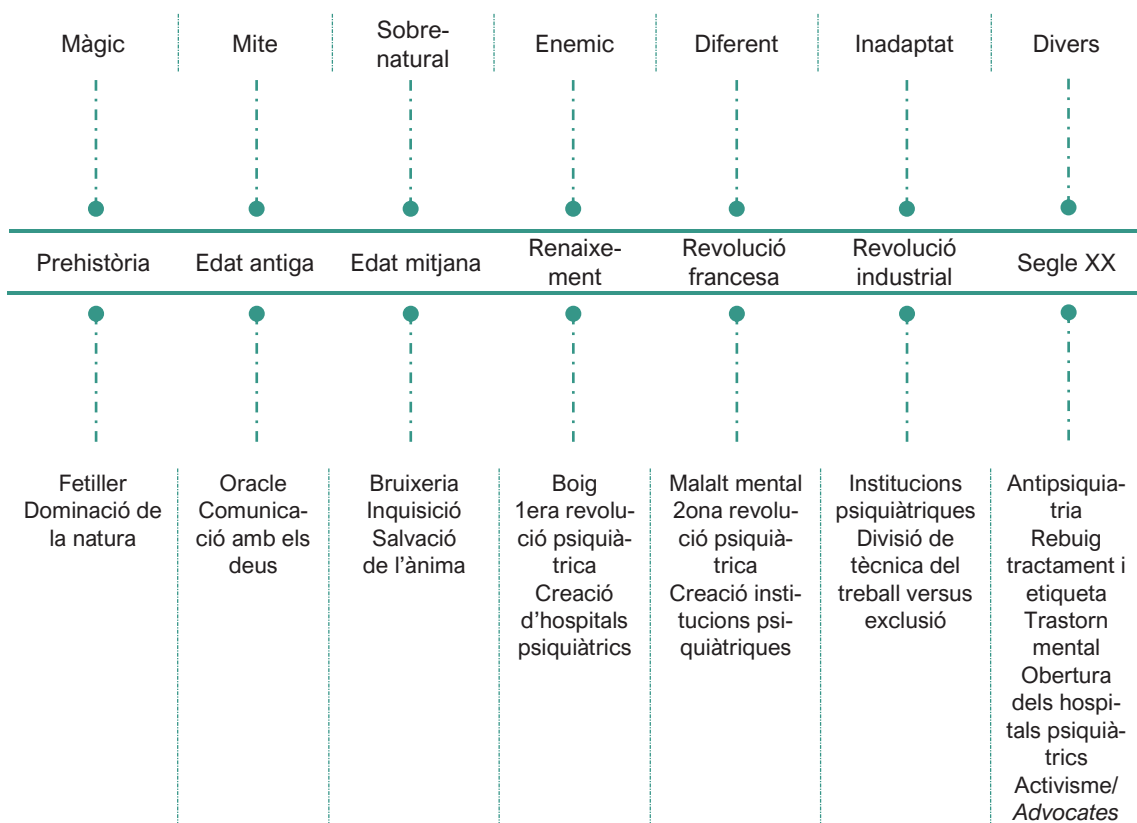
La bogeria ha estat considerada sempre com la desviació d’una norma que s’estimava en si mateixa la veritat última, tan definitiva que el fet de qüestionar-la era concebut per si sol símptoma de desequilibri o maldat (Álvarez-Uría, 1983; Carri et al., 1998). És així com neix la institució psiquiàtrica com a mitjà de control social pel que significava ser portador d’una malaltia per part de l’ètica dominant de la societat (Szasz, 1974). La raó ha perseguit des de fa dècades el guariment de la bogeria mitjançant diferents tècniques per evitar que les persones afectades per aquesta dolència es deixessin endur per les seves emocions, passions, desitjos o inspiracions (Rotterdam, 2015).

Les diferents respostes, sustentades en els càstigs divins, han fluctuat entre la supressió, la marginació i l’aïllament en asils i presons per la perillositat d’aquests individus, fins a ser considerades malalties a les quals cal donar una resposta de curació en hospitals psiquiàtrics. Arran d’aquest últim pensament, es va crear la categoria de *malaltia mental* com un mecanisme de control social i deshumanització que argumentava la irracionalitat d’aquell que fos posseïdor de l’etiqueta (Merton, 1938; Foucault, 1964, 1981). Segons Arendt (2018), la Revolució francesa va ajudar que es deixés de veure el *boig* com un procés, acte que va comportar que una minoria de privilegiats coneixedors del pensament revolucionari fossin alliberats de la foscor i la invisibilitat per inculcar-los la necessitat de llibertat, mentre que a la gran majoria se’ls va tancar en institucions. A la Revolució Industrial, va dominar la conceptualització de Taylor (1953) sobre la divisió tècnica del treball i l’exclusió del conflicte com a part estructural de l’organització, on les institucions psiquiàtriques i la relació desigual i vertical amb el psiquiatra es van constituir com un lloc en què descarregar tots aquells comportaments que eren incoherents per a la

societat i la medicina convencional, i amb els quals es va evidenciar que la malaltia no era l'element determinant de la condició de malalt mental (Basaglia, 1970; Losada, Rodas, Rodríguez i Veyra, 1998). Com a contra resposta a aquest pensament, a la dècada dels 60 va sorgir l'antipsiquiatria i, posteriorment, als anys 70, els anomenats activistes o *advocates* en salut mental, que van pretendre crear un moviment de pressió per influir en la política i en la percepció de l'etiqueta que se'ls havia assignat al llarg del temps com a col·lectiu (Hulethe i Delgado, 1998; Godrie, 2015; Saraceno, 2017).

A continuació, en la figura 4 es presenta de forma resumida l'evolució històrica del concepte de salut mental i s'hi descriuen i es relaciona el moment històric amb l'etiqueta i els principals esdeveniments:

Figura 4. Evolució de la ideació de la salut mental



Font: Elaboració pròpia.

2.4. L'ESTIGMA

*El vell món es mor.
El nou món triga en aparèixer.
I en aquest clarobscur sorgeixen els monstres*
Antonio Gramsci

L'estigma ha evolucionat segons l'època i el corrent predominant en la percepció de la salut mental. En aquest capítol, es realitzarà una aproximació a l'evolució del concepte al llarg de les últimes dècades i des de la desinstitucionalització de les persones diagnosticades amb trastorn mental, així com la perpetuació del control d'aquest procés per part del context social.

Es considera pertinent iniciar aquest apropament a l'estigma des d'un canvi de paradigma, el que s'instaura després de l'obertura dels psiquiàtrics, al poder afirmar que les institucions simbòliques evolucionen amb l'imaginari de la societat i l'hegemonia de l'estructura de control de l'ordre social. Així doncs, la desinstitucionalització de les persones diagnosticades amb trastorns mentals no va suposar una millora en la concepció que en tenien la societat i el sistema, perquè van continuar sent improductives, incapaces i impredecibles. En concret, a partir d'aquesta circumstància, el sistema va reafirmar l'exclusió social d'aquest col·lectiu, un esdeveniment que va comportar-ne l'estigmatització. Per consegüent, s'entén que la manifestació d'un estigma és un fenomen social que apareix en el transcurs de la socialització, en la qual s'estableixen les categories per ubicar les persones amb l'assignació d'uns atributs que formaran la seva identitat social (Allport, 1958). En el cas dels trastorns mentals, les persones solen ser identificades i definides per la seva etiqueta, i en ser denominades com a malaltes perden la identitat i les característiques pròpies.

Per a Goffman (1963), l'estigma és un atribut que desacreditarà la persona i que reduirà la seva totalitat a un únic tret identitari que definirà l'individu com a diferent a les normes socials per la particularitat diferenciadora observada per la comunitat. Cal indicar que a l'estigma se li assigna un significat negatiu que bloqueja la identitat social real de les persones diagnosticades amb trastorn mental, en predisposar "una certa deshumanització de la persona que porta l'etiqueta", una circumstància que permet que sorgeixin conductes de discriminació cap a aquestes persones perquè "no es són iguals que

nosaltres” (Aretio, 2010, p. 291). Així doncs, l'estigma és un atribut negatiu resultat de les relacions socials i que es troba influenciat per l'estructura social, alhora que condiciona fortament i estableix les categories classificatòries que poden estigmatitzar la persona (Stern, 2005).

L'atribut o l'etiquetatge brota com a efecte d'un procediment de selecció social per connectar un individu o un grup de persones amb un conjunt de singularitats determinades que els diferencia de la resta de la societat. Aquest procediment d'etiquetatge és el que fa possible el rebuig d'aquells individus als quals s'ha classificat amb peculiaritats no desitjables i que promou categories jerarquizades que influiran en la percepció d'aquells als quals se'ls assigna. Segons Saraceno (2017), les persones a les quals s'assigna un diagnòstic de salut mental són víctimes d'un seguit de desavantatges socials que es denominen *cicle*, als quals es farà referència al llarg del present capítol.

La interacció humana provoca la implantació d'idees estigmatitzadores mediatitzades per l'ús de símbols, la interpretació o la comprensió del significat de les accions dels altres (Blumer, 1981), i que fan que les persones diagnosticades amb trastorn mental assumeixin, assimilïn i interioritzin l'estigma i els estereotips com una autoidentificació dels prejudicis. D'aquesta manera, apareix el concepte de l'autoestigma, que suposa:

Una limitació que la mateixa persona s'imposa i és fruit de totes les seves percepcions i experiències anteriors, factors tremendament negatius per el procés de curació perquè farà que no accepti tot un sens fi de qüestions, farà que no consenti el seu propi procés de salut mental, farà que no es pugui enfrontar al seu trastorn (Ferrer, Masip i Rodríguez, 2006, p. 43).

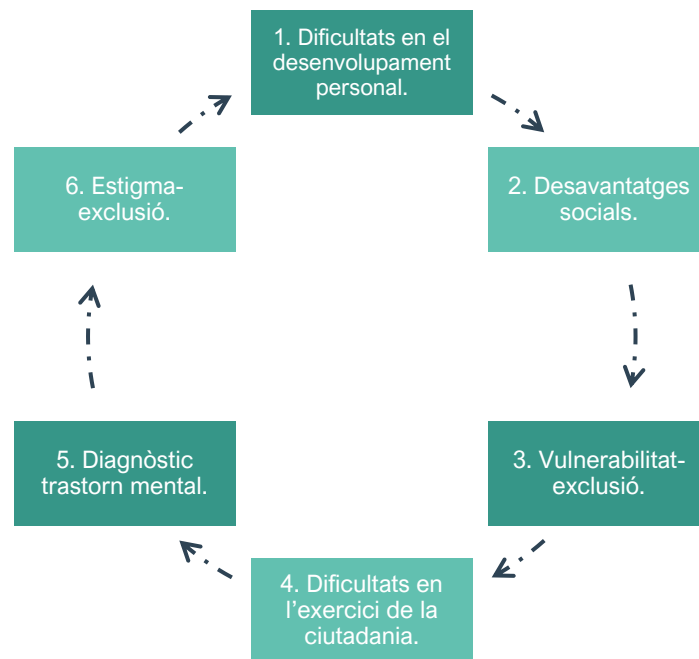
Les persones estigmatitzades són conscients que la seva personalitat està formada per més elements que els símptomes del trastorn diagnosticat; no obstant això, les seves capacitats són vistes i compreses com a diferents, viuen el rebuig social i la manca d'accés a la igualtat d'oportunitats. Cal destacar també la restricció que pateixen en els seus drets de forma global com un altre desavantatge social dins del cicle, i és en l'àmbit dels drets socials on aquest col·lectiu té més dificultats d'accés respecte a altres grups o persones, que tot i que estiguin discriminats, mantenen un accés o una consideració social millors (Anczewska i Ryan, 2009).

L'estigma es defineix com un procediment dinàmic dins del cicle dels desavantatges socials, en què es responsabilitza l'individu de la voluntat de ser com és, relegant l'obligació i la cura del subjecte a l'esfera privada (Nussbaum, 2006). Així doncs, des d'aquesta perspectiva, basada en l'utilitarisme, en què es culpabilitza el subjecte de tot el que li succeeix, apareix la línia de pensament que centra els processos terapèutics en l'individu, perdent de vista els factors comuns de les persones i dificultant-los l'assoliment dels objectius propis (Illich, 1975; Rawls, 2006; Causa, Sampietro i Faura, 2009; Sebastin, 2014). Una persona amb aquestes vivències, si no disposa d'una xarxa de suport consistent, com ara un suport familiar, uns serveis sanitaris i socials, un règim sociolaboral, i fins i tot lleis que li garanteixin la continuïtat del tractament i que permetin un recolzament individual, serà candidata a augmentar el seu deteriorament, tant pel que fa la salut com en relació amb l'exclusió. Això s'explica per les dificultats en el seu desenvolupament dins de la societat, per la falta de poder en el pacte contractual de la societat, així com en relació amb el manteniment d'un habitatge, d'unes relacions familiars, d'un estat de salut i d'un lloc de treball; tot un seguit de circumstàncies que convertiran la seva situació en crònica i faran que en l'assistència dels serveis i recursos apareguin múltiples dificultats (Basaglia, 1970; Prats, 2009). En paraules d'Idareta:

Amb massa freqüència, la malaltia mental precipita les persones que la pateixen i les seves famílies cap a l'abisme de la pobresa, de la marginació, de l'estigmatització i de la discriminació, en negar-los els seus drets econòmics, socials i culturals, i limitant-los l'accés al mercat laboral i a l'educació (Idareta, 2018, p. 28).

Com a efecte del cicle dels desavantatges socials que l'exclusió social perpetua, les persones diagnosticades amb trastorn mental s'instauraran en un estil de vida centrat en la desesperança, la impossibilitat d'aconseguir objectius socialment esperats –com per exemple mantenir una parella, tenir fills o conviure en família–, el fatalisme i la resignació, relacionada amb la “irrellevància apresada”, associada amb la marginació i la desocupació prolongada (Civicio i Carbajo, 1999).

Figura 5. Cicle de desavantatges socials



Font: Elaboració pròpia a partir de Saraceno (2017).

Tal com s'ha exposat anteriorment, l'aparició de l'estigma és un fenomen social que sorgeix en l'interval de la socialització, en la qual s'estableixen unes categories que s'assignen i influeixen en la constitució de la identitat de les persones. La identitat individual és una característica constitutivament personal que es veu influenciada per les experiències externes i internes que viu la persona, que facilitaran l'adquisició d'uns trets o d'uns altres, i que condicionaran el rol que exerceix socialment (Goffman, 1963; Ackerman, 1971; Andorno, 1998). Una vegada formades, les categories provinents de l'estigma constitueixen la base del prejudici moral. El sistema de categorització tipifica una acció aïllada, ubicant-la dins de quelcom familiar i que ens fa actuar en conseqüència. Convé recalcar que aquest exercici de categorització dels esdeveniments és una excusa en la compatibilitat i la necessitat de l'acció per facilitar el control de la percepció i la conducta de la ment humana a través de les generalitzacions o categoritzacions (Allport, 1958).

Aquestes normes provoquen un resultat molt directe sobre la integritat psicològica de la persona (Goffman, 2001). Per això, és obligatori distingir entre els dos nivells de percepció de la realitat: els primers són la imatge de la realitat que percebem per mitjà dels nostres sentits i el significat que atribuïm a aquestes percepcions, mentre que els segons són el sentit que s'assigna a la imatge (Watzlawick i Nardone, 1997). És en el segon nivell

de les realitats on sorgeixen la major part dels problemes en relació amb les persones diagnosticades amb trastorn mental, perquè els subjectes solen ser identificats i definits per la seva etiqueta, amb la pèrdua corresponent de la identitat.

L'atribut o l'etiquetatge es desenvolupa com a resultat d'un procés de selecció social per connectar una persona o un grup de persones amb un conjunt de particularitats determinades que els diferencia de la resta de la societat, i és a través d'aquest judici etiquetador que la societat propicia un rebuig. El propòsit d'aquest rebuig és crear un conflicte, i, segons Coser (1961), és necessari la creació d'un enemic per al manteniment de la identitat, de la cohesió i de la delimitació d'un grup social, amb l'objectiu de neutralitzar els elements que poden provocar un canvi en les normes de l'ordre social. En aquest tipus de relació, el grup dominant pot convertir el col·lectiu estigmatitzat en una víctima de la pèrdua d'estatus i de la discriminació. Aquest procediment guarda intrínsecament un sentiment de vergonya que afecta els propis implicats i els que s'hi relacionen (Ahmedani, 2011; Michaels, López, Rüsç y Corrigan, 2012; Gelkopf, i Roe, 2014; Kotera, Green i Sheffield, 2018). El resultat d'aquest procés de constant devaluació i qüestionament de les percepcions de la realitat de les persones a les quals la repressió externa ha assignat una etiqueta, en condiciona el comportament, fins al punt d'acatar la norma, i promou que desconfiïn dels seus sentits, pel fet de considerar que no són vàlids (Watzlawick, 1995).

Un dels elements que dona sentit a aquesta argumentació de la desacreditació del que és considerat diferent, com ja s'ha avançat en la fonamentació inicial, és l'elecció, per part dels subjectes, de la raó teòrica en l'aproximació a la realitat amb el propòsit de distanciar-se'n i d'intel·lectualitzar-la; o el que és el mateix, de convertir-la en un objecte per manipular-la i dominar-la segons el seu criteri o necessitat. Aquest posicionament denota la intenció de l'ésser humà de sotmetre la realitat mitjançant l'establiment de teories i de creences com a resultat del raonament dels fets socials, i de considerar que tot allò que no hagi passat aquest procés no existeix.

D'altra banda, la totalització de l'existència porta el subjecte a l'exercici de la violència sobre la realitat; un punt de vista que considera que el poder és quelcom intrínsec en l'essència de l'individu pel fet de ser un procés que constitueix les seves condicions en les relacions amb la societat i amb ell mateix (Foucault, 1981; Butler, 2001). És per això que la violència precisa la subjecció com a mitjà, perquè els humans, des del naixement,

són objecte del poder i s'hi subordinen, a més de ser la base de la identificació com a subjectes, i es revalora en el cos individual. De manera que el poder és dominador i necessita la interpel·lació del que és comú perquè sigui efectiu; és a dir, de l'organització del camp simbòlic humà anomenat cultura (Foucault, 1992; Arendt, 2018).

El domini apropiatiu de la realitat i l'acceptació del poder que comprèn l'*Altre* a causa de l'ajustament de la idea que se n'ha construït és quelcom intrínsec en l'ésser humà, que tradueix aquesta relació en un vincle emparat en un constructe mental del subjecte amb què es lliga amb l'*Altre* a través de la comprensió subjectiva que s'ha construït d'aquest. Entenent que l'*Altre* passa a ser una idea del subjecte que ho rep, aquest individu dominador es considera dotat amb un saber superior, per la qual cosa no li cal escoltar cap opinió fonamentada en l'experiència per fer-se càrrec de la cura de l'*Altre* (Lévinas, 1967; Butler, 2006; Idareta, 2013a). En efecte, la bogeria continuarà sent funcional i productiva per al sistema social mentre no es desemmascarin els mecanismes de poder que influeixen tant a l'inadaptat i als professionals, com a la resta de la societat (Carri et al., 1998).

Segons Goffman (2001), les institucions totals, com els hospitals psiquiàtrics o les presons, són les encarregades de condicionar les persones a les quals s'ha assignat una etiqueta perquè duguin a terme un procés cognitiu d'acceptació de la pèrdua del seu estatus social, de la seva capacitat d'autonomia i d'autodeterminació, de la seva intimitat, intervinguts per una sèrie de rituals que les persones diagnosticades amb trastorn mental acaben interioritzant com a propis, modificant d'aquesta manera el seu jo. Dins d'aquests passos constructius, no es pot ometre que aquells que són identificats com a portadors de l'estigma, en tant que subjectes, produeixen una sèrie de mecanismes que es poden diferenciar en dos tipus: els que van dirigits a l'exterior, que indiquen la direcció activa a la causa de la dificultat, i els que inclouen les formes d'autoresponsabilitat d'ajustar-se a la situació (Allport, 1958).

L'assimilació d'aquests prejudicis condiciona l'estat d'ànim, deteriora l'autoestima i l'autopercepció de l'eficàcia, promou l'aparició de sentiments de desànim i pot portar la persona a claudicar en diferents vessants del seu desenvolupament personal. Com que els sentiments i els estats d'ànims que apareixen en aquells que són víctimes del prejudici és poden traduir en inseguretat, en estat d'alerta o de prevenció de la identificació amb les propietats de l'estigma, que és el primer pas de l'adopció del jo per a la seva

autodefensa, això predisposa l'aparició de canvis i actituds de rebuig cap a les característiques que els pot identificar com a part d'un col·lectiu minoritari, provocant una excessiva actitud vigilant i hipersensible.

Tot aquest conjunt d'accions té com a resultat la modificació del rol social d'aquells comportaments fora de la regla per adaptar-se a les exigències de la comunitat, eliminant la possibilitat que les persones siguin diverses, amb la intenció d'acabar adaptant l'individu a la societat (Merton, 1938; Goffman, 1963; Ackerman, 1971; Palacios et al., 2014). Per tant, el tipus de respostes de les persones reconegudes com a *malaltes mentals* poden provocar que la comunitat els margini amb l'aïllament social, o amb la limitació dels contactes socials amb altres persones, cosa que propicia que s'intensifiqui l'estigma.

La connotació del pes social de l'estigma és de tal magnitud que fa que les persones a les quals s'ha diagnosticat trastorn mental exerceixin una autodiscriminació del propi col·lectiu i refusin certs tractaments o ajudes professionals beneficiosos per a la seva vida en voler evitar ser identificades com a tals (Muñoz et al., 2002; Steinauer et al., 2017). Paral·lelament als processos estigmatitzadors de la societat i l'autopercepció, hi ha un altre tipus de segregació relacionada amb l'apropiació i el monopoli de la salut per part dels/les professionals de l'àmbit, que mitjançant mecanismes inculquen el rol de malalt al subjecte perquè experimenti la necessitat i la demanda d'un/a expert/a en salut que li indiqui quina és la seva mancança (Basaglia, 1970; Illich, 1975 i 1977). Això suposa un tipus d'estigma que està relacionat amb la possibilitat de prolongar la discriminació social per intermediació dels rols i del sistema preestablert de responsabilitats unidireccionals, en el qual les persones diagnosticades amb trastorn mental no participen en els seus propis processos terapèutics (Ahmedani, 2011; Godrie, 2015)

En aquesta situació bidireccional de dependència és on es fa palès que els/les professionals de la salut tenen dos tipus de necessitats: perpetuar la seva parcel·la de poder i hegemonia del coneixement, i el reconeixement com a experts/es per part de la persona que atenen (Williams i Lindley, 1996). En concret, es tracta d'una relació desigual que es basa en què els grups de professionals són els que defineixen les necessitats de les persones amb el diagnòstic, els que elaboren el pla de treball a partir de l'elecció del mètode d'intervenció adequat al diagnòstic i els que determinaran qui és el perceptor apropiat, qui rebrà aquest diagnòstic i en quines condicions, eleccions a les quals

arribaran mitjançant el seu criteri o la línia que tingui l'entitat prestadora de serveis (Illich, 1977).

Com que aquest tipus de relació fomenta la supremacia d'un coneixement objectiu del subjecte i d'allò que li succeeix, i converteix la persona diagnosticada en un consumidor passiu de fàrmacs o de serveis, això fa que aquesta relació s'entengui com un mètode de dominació i subjugació del biopoder que recolza en l'operativisme de les accions del sistema.

Segons Foucault (2001) i Agamben (1998), en la impregnació de poder dels subjectes, el biopoder es constitueix per dos vies: la primera són les tècniques polítiques externes per les quals el sistema exerceix el control en els aspectes bàsics de subsistència de la població; mentre que la segona està relacionada amb un procés intern, determinat per l'extern, en què el subjecte se situa en la ideologia individualista, que determina el sentiment d'identitat personal. Aquest plantejament implica un control i una subjugació de les persones per mitjà de mecanismes creats per l'estructura del sistema, com la tecnologia, que alhora interfereixen en la relació íntima de l'autoconeixement que cada subjecte exerceix (Gorz, 2008).

Un altre moment crític és aquell en què s'aparta la persona diagnosticada del seu entorn més proper, com el medi familiar-laboral-social, amb la pèrdua consegüent de tot contacte amb l'exterior i la creació d'una situació traumàtica per al subjecte que la pateix i els seus afins. Es recomana que no es trenquin els contactes o comunicacions amb l'exterior, perquè es considera que això millora la comprensió i l'acceptació de la situació que viu la persona afectada (Roca, 1969).

Per acabar aquest punt, s'ha elaborat una taula a partir de la contribució dels diferents autors on es mostren els diferents factors que afavoreixen el desenvolupament de l'estigma des de la perspectiva individual, social i ambiental que s'han esmentat al llarg del capítol:

Taula 2. Factors que propicien l'estigma

	Factors
Peculiaritats individuals	Assimilació de l'etiqueta (Allport, 1958)
	Baixa autoestima (Ferrer et al., 2006)
	Submissió al poder (Illich, 1975)
	Dificultats en el identificació de les capacitats (Ahmedani, 2011; Michaels et al., 2012; Gelkopf, i Roe, 2014; Kotera et al., 2018)
	Dificultats en la concreció d'un projecte i uns objectius propis (Civivio i Carbajo, 1999; Prats, 2009; Idareta, 2018)
Condicions socials	Rebuig de la diferència (Szasz, 1974; Palacios et al., 2009)
	Aïllament i marginació social (Goffman, 1963, 2001)
	Pèrdua d'estatus social (Goffman, 1961)
	Falta de projecció (Álvarez-Uría, 1983)
	Responsabilització de les característiques (Nussbaum, 2006; Woodcock y Tregaskis, 2009; Barton, 2018)
	Concepció com enemic (Coser, 1961)
	Exposició a la violència i abús (Foucault, 1992; Arendt, 2018)
Causes de l'entorn	Barreres en l'accés als drets i deures (Thornicroff, 2007)
	Manca d'estructures en serveis i recursos (Agamben, 1998; Barton, 2008)
	Desigualtats socials i d'oportunitats (Basaglia, 1970; Palacio i Romañach, 2006)
	Discriminació, deshumanització i objectivització (Watzlawick, 1995; Arieto, 2010; Godrie, 2015; Boetto, 2017)

Font: Elaboració pròpia.

2.5. LA PSIQUIATRIA

*El llop es vestia amb pell de xai
i el ramat consentia l'engany*

Mary W. Shelley

Tot i l'hegemonia que la psiquiatria ha demostrat en les últimes dècades en l'àmbit de la salut mental, no s'ha d'oblidar que aquesta relació no ha estat sempre igual. Històricament, en l'atenció de les persones diagnosticades amb trastorn mental no rebien cap tractament mèdic. Existia la creença que els individus denominats com a bojos estaven lligats a la irracionalitat, i se'ls internava amb l'objectiu que es penedissin del seu mal (Foucault, 1964, 1981 i 1992).

La psiquiatria, amb la construcció de la seva ciència, l'acceptació per part de la comunitat científica i la difusió de l'estandardització, ha aconseguit reformar les consciències de la societat en relació amb el que és normal i el que no ho és (Huletche i Delgado, 1998; Whitaker, 2010; Saraceno, 2017). El saber de la psiquiatria va ser capaç d'apropiar-se i de dominar el coneixement en l'àmbit de la salut mental, de manera que la psiquiatria es presentava com l'única ciència que s'ocupava dels trastorns mentals i, per tant, l'única que podia indicar com acostar-se a aquest col·lectiu, dificultant així les interaccions d'altres actors socials, professionals i familiars de la persona (Tizón, 1981). Així doncs, en els anys de la conformació de l'hegemonia de la psiquiatria, aquesta disciplina ha evitat l'influx de coneixements derivats d'altres agents per reafirmar el seu lloc en el sistema i convertir-se en una força política, per expandir-se i influir en altres institucions, com per exemple en l'esfera jurídica, amb la intenció de controlar i, consegüentment, desacreditar el boig de la seva capacitat d'obrar (Illich, 1975; Bercovitz, 1976). Una altra de les estratègies adquirides per la psiquiatria per evitar qüestionaments es pot observar en moltes de les respostes dels/les professionals de l'àmbit, que es refugien en una relació desigual en la qual exerceixen un poder unilateral que contrasta amb el que hauria de ser una relació d'intercanvi terapèutic entre una persona diagnosticada amb trastorn mental, el/la professional i la família (Ferrer et al., 2006).

Al llarg de la història, la psiquiatria ha sofert diverses modificacions, adaptant-se a diferents corrents, tal com s'ha presentat en el capítol 2.3, i ha evolucionat des de la reclusió basada en el model cut out fins a la desinstitucionalització recolzada en el model

rehabilitador o biomèdic, del càstig a l'assistència, i de la culpabilització a la inconsciència de la descompensació de quelcom orgànic. Es constata, amb aquests antecedents, que la psiquiatria, una de les branques més joves de la medicina, ha utilitzat el mètode empíric per elaborar la seva pròpia ciència, que es pot entendre com una resposta provisional, basant les seves actuacions en els signes externs de l'objectivització de l'Altre (Foucault, 1981; Font, 1983; Gadamer, 1993; Mulvale i Bartram, 2015). En aquest afany de pertànyer a la ciència mèdica, la psiquiatria ha emulat la metodologia de la medicina biologista respecte a l'assignació d'un diagnòstic, al descobriment de l'agent causal del malestar i a l'aplicació de la teràpia amb psicofàrmacs, amb l'únic propòsit de mantenir l'hegemonia en l'àmbit de la salut mental. Des d'aquesta lògica, s'entén que la psiquiatria perpetua un sistema de control per mitjà del poder i d'un pensament únic que no preveu altres possibilitats que no siguin les que han establert com a correctes. És sabut que en l'intent de legitimació de la psiquiatria com a ciència, s'han elaborat diferents manuals en què els/les professionals de la psiquiatria sistematitzen la tasca d'assignació d'un diagnòstic per poder categoritzar les persones com a malaltes. El diagnòstic s'allunya, així, de la subjectivitat de la persona a qui se li assigna i de la construcció teòrica per posar-se al servei de la pràctica utilitarista que dona sentit al comportament que surt de la norma amb la intenció d'ordenar el caos (Illich, 1975). L'estatus de malalt en salut mental relega la persona al paper de pacient i de dependència al tractament que prescriu el/la psiquiatre/a per controlar les actituds i els comportaments interpretats com a anormals. Així doncs, la psiquiatria sotmet l'individu en catalogar-lo com a malalt mental i utilitzant l'estructura de les institucions perquè perdi la identitat. Per a Basaglia (1970) i per a Cooper (1974), això és entès com un exercici de poder i de violència amb el propòsit de la dominació i del compliment de la norma. Si se segueix aquest discurs, es pot observar com la concepció occidental dominant de l'assistència biomèdica i el seu tractament altament medicalitzat deixa de costat qualsevol altra reflexió o perspectiva en l'atenció dels trastorns mentals (Blech, 2005; Saraceno, 2017). De la mateixa manera, convé ressaltar que la intervenció de la psiquiatria es concreta en "la contenció del símptoma i no en el fons de la causa que provoca el desequilibri" (Ferrer et al., 2006, p. 42), en concebre l'administració de fàrmacs per contenir el patiment com a única resposta en salut mental. A partir d'aquest posicionament biomèdic, es pot deduir que la salut d'una persona que ha estat diagnosticada amb trastorn mental serà un estat inassolible pel fet de necessitar l'expertesa del/la psiquiatre/a per determinar si disposa de salut o no (Blech,

2005). Per a aquests casos en què s'ha diagnosticat un trastorn mental a una persona i se l'ha desposseït del coneixement de la seva salut, Gadamer (1993) proposa el recurs de l'alleujament del patiment com a resposta a aquells individus que es troben immersos en aquest sistema biomèdic. Així doncs, es pot deduir que l'anomenat discurs científic recrea enunciats que es converteixen en dictàmens emesos per l'expertesa de la psiquiatria, que en realitat no són més que un observador extern que objectivitza el que veu per poder-ho relacionar amb el seu afany de classificació amb el diagnòstic (Foucault, 1981; Vázquez, 2011). És possible que l'encàrrec institucional de la psiquiatria de salvar la societat de la incertesa de la salut mental hagi justificat el tractament coercitiu i involuntari, que gravita en la biomedicina o en la rehabilitació, que han patit durant molt temps les persones diagnosticades amb trastorn mental en entrar en conflicte les llibertats individuals i la seguretat col·lectiva (Hotzy, Kerner, Maatz, Jaeger, Schneeberger, 2018). És per això que els/les professionals de l'àmbit psiquiàtric s'han trobat submergits en la tensió derivada del deure de l'atenció de les persones diagnosticades amb trastorn mental i la demanda de l'estructura social del control.

Malgrat aquests posicionaments, i des d'una visió més propera al model social d'assistència, han aparegut veus com la del psiquiatre italià Franco Basaglia (1970) que han qüestionat la institució psiquiàtrica, així com les nocions de normalitat i malaltia, per proposar respostes capaces de promoure la llibertat i els drets de les persones diagnosticades amb trastorn mental, així com la que es recull al llibre publicat el 1995 per Desjarlais i altres autors, titulat "Salut mental en el món: problemes i prioritats en poblacions d'ingressos baixos", que presentava els trastorns mentals com un esdeveniment biopsicosocial determinat per les variables polítiques, socioeconòmiques i culturals (Saraceno, 2017). Aquests dos exemples tenen en compte les variables de classe social, cultura i medi d'on prové la persona abans de catalogar-la com a malalta, per evitar la dominació racional de les seves alteracions o anomalies d'una manera absoluta i per fomentar processos en què es reconegui la subjectivitat de les persones a les quals s'ha diagnosticat trastorn mental. Alhora, aquests corrents que pretenen trencar amb les tècniques i les teories tradicionals de la psiquiatria, per apropar les estructures a les persones i al seu entorn i evitar, així, la reclusió i la vulneració de drets, poden ser entesos com els precursors de la salut mental comunitària, pel que fa a "la implementació de noves actituds en la pràctica quotidiana dels professionals de l'àmbit de la salut, així com una planificació i ordenació dels sistemes públics que la possibiliten" (Desviat i Fernández, 2000, p.

7-8). Per tant, es pot afirmar que la psiquiatria ha proposat, en les últimes dècades, mecanismes de control que regulen el seu exercici, com el document “Mental Health Care Law” (OMS, 1996), que pretén ser un instrument pràctic que recull els deu principis bàsics de la llei de l’atenció en la salut mental en relació amb la seva promoció i la prevenció dels trastorn mentals, l’accés a l’atenció bàsica, les avaluacions d’acord amb principis internacionalment acceptats, l’evitació d’intervencions restrictives, la promoció de l’autodeterminació, la revisió de les intervencions, el manteniment de mecanismes de revisió periòdics, la disposició de professionals qualificats per a la presa de decisions i el respecte a l’estat de dret. Per complir amb aquests propòsits, segons Desviat (2007), cal que la psiquiatria compti amb “uns serveis públics en l’horitzó de l’estat del benestar i una participació ciutadana [...] responsables que incorporin valors democràtics i responsabilitats compartides” (p. 89).

La preocupació per l’hegemonia de la psiquiatria, basada en la visió dels drets de les persones amb discapacitat que ha promogut la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat (2006), ha facilitat l’aparició i la recerca de noves formes terapèutiques que reconeixen l’autonomia i la capacitat de decisió de les persones diagnosticades amb trastorn mental, com ara l’open doors, en els centres d’hospitalització psiquiàtrics, en què l’obertura de les portes de les unitats tancades ha suposat un reconeixement de la vulneració, històrica, dels drets i de la dignitat dels subjectes que requerien els ingressos psiquiàtrics (Hochstrasser et al., 2018; Hotzy et al., 2018); l’hospitalització a domicili, amb què s’evita la situació traumàtica de l’ingrés involuntari a l’hospital i l’aïllament de la comunitat; les contencions zero, que eviten la violència física i farmacològica com a mesures en moments d’agitació de la persona (Carralero, Eiroa-Orosa, Pérez, Plaza i Sampietro, 2020); la figura del pacient expert, en què s’identifiquen les aportacions de l’experiència de les persones diagnosticades amb trastorn mental (Ogunleye, Griffiths i Ryan, 2015); o, en l’àmbit ambulatori, el diàleg obert finlandès, en el qual, a través de la conversa entre l’individu, el seu nucli familiar i els/les terapeutes, es prenen decisions conjuntes amb l’objectiu de millorar la qualitat de vida de la persona i evitar situacions que requereixin ingressos hospitalaris (Parrabera, Chico, De la Hermosa, Martín, 2019).

Com a conclusió, al llarg d’aquest capítol s’han presentat arguments que testimonien que la psiquiatria dins de l’estructura social s’ha fet servir com un mecanisme de control del que sortia de la norma per classificar-ho i controlar-ho. Aquesta actuació es troba

altament lligada a la necessitat de la disciplina de legitimació dins del món de la medicina. Tot i aquestes premisses en l'evolució de la psiquiatria, i com passa en totes les institucions, la influència de diferents corrents teòrics i els canvis generacionals han produït canvis de concepció pel que fa a les conseqüències de l'exercici de poder sobre l'altre. Aquestes visions més humanistes en les quals es recolzen les i els professionals de la psiquiatria han evidenciat la preocupació que tenen en relació amb el benestar i l'aplicació de mesures menys restrictives, incentivant la capacitat de decisió en l'atenció de la salut mental de les persones ateses. En concret, es fa palès que la percepció externa de la psiquiatria millora, trencant d'aquesta forma amb el paradigma del control social.

2.6. LA INCAPACITACIÓ

*No hi ha barrera, pany ni forrellat
que puguis imposar a la llibertat de la meva ment*

Virginia Woolf

Les persones diagnosticades amb trastorn mental, pel fet d'haver estat identificades com a portadores d'una etiqueta, se senten desposseïdes de la capacitat d'obrar que comporta l'exercici dels drets i deures de les persones i dels ciutadans, "drets que una persona, sigui de la condició que sigui, estigui en la situació que estigui, no pot perdre mai. Ningú hauria de veure minvats els seus drets per estar en una situació determinada" (Ferrer et al., 2006, p. 22-23). El subjecte que ha estat classificat com a *boig* es concep com aquell sense cap capacitat de raonar i que esdevé imprevisible per la seva condició (Bercovitz, 1976). Aquesta idea es confirma en la creença que una persona que no compleixi els estàndards de la societat no pot aportar-hi res, i que la presa de decisions d'aquests individus es consideri esbiaixada, partint d'una sèrie de supòsits que protegeixen l'individu dels seus actes en considerar-lo incapaç d'entendre'n les repercussions i les conseqüències, tal com recull l'article 20 del capítol II del títol I de la Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del codi penal espanyol, en el qual s'eximeix de responsabilitat criminal les persones que per qualsevol anomalia o alteració psíquica o de percepció de la realitat, ja sigui de naixement o no, no puguin comprendre la il·licitud dels fets. En el mateix títol, l'article 21 del capítol III tracta les circumstàncies que atenuen la

responsabilitat criminal en aquells casos que es recullen tant en l'article 20 com en els casos en què la causa o l'estímul tinguin a veure amb la dissociació produïda per un estat passional o un arravatament. Finalment, en l'article 60 de la secció 6, capítol I del títol III, sobre les penes, es recull la suspensió de la pena ordinària per causes derivades d'una situació duradora de trastorn mental greu que impedeixin a la persona condemnada entendre el sentit de la pena, per aplicar una mesura privativa de llibertat adequada a la seva condició.

L'alienació de tots els actes de la vida civil són efectes d'una suposada protecció que s'empara en l'aixopluc de la persona que no es considera capaç de cuidar els seus interessos i a qui s'assigna un representant legal que actuï en nom seu (Bercovitz, 1976). En concret, es dibuixa una imatge d'un subjecte insensat que es deixa endur per les seves passions com si fossin malalties en contra de la raó (Rotterdam, 2015). Aquesta idea, que està sustentada en el fet que els diferents actors amb capacitat de promoure un canvi social responsabilitzen d'aquesta situació l'anomenat *inadaptat*, sense plantejar-se una alternativa de govern, dona per fet que la persona a qui s'ha declarat com a incapaç és un ésser inferior perquè no es pot fer càrrec de si mateix (Álvarez-Uría, 1983). En particular, s'extreu que a la persona diagnosticada amb trastorn mental "no se la considera com un ciutadà de ple dret, i només per haver perdut part de les seves capacitats o les seves possibilitats ja no és una persona, és un malalt mental i no mereix respecte" (Ferrer et al., 2006, p. 27). Concebre l'exercici de la ciutadania com quelcom restringit és fruit de l'acceptació, per part de l'individu, del paper imposat pel medi que se li ha adjudicat com a objecte, en lloc d'actuar com a subjecte en allò que l'incumbeix (Freire, 1973; Postle i Beresford, 2007). Tanmateix, aquesta perspectiva, consentida per l'acceptació de les normes culturals i socials, és la concreció de l'alienació de la persona en la participació de la construcció de la realitat social i l'element que afavoreix l'aparició del sentiment de pèrdua del control sobre aquestes relacions (Kieffer, 1984). En conseqüència, s'afavoreix l'aparició d'una sèrie d'obstacles, com per exemple la desigualtat econòmica, derivats de les dificultats d'accés a un nivell adquisitiu, cultural i social que alhora perpetuen el desconeixement de la utilització dels mecanismes per exigir i defensar els seus drets, la qual cosa es tradueix en una mostra evident dels entrebancs relacionals entre les persones i les institucions com a ens incapacitadors. Les institucions, per la seva part, estan formades per persones que "haurien de ser considerades com a posseïdores de les obligacions morals de promoció de les capacitats humanes"

(Nussbaum, 2006, p. 292). Malgrat aquesta obligació de la promoció de les capacitats, les institucions, a través de la burocratització o relegant les persones identificades com a incapaces de regir-se per si soles al paper passiu de receptors d'ajuda, els perpetuen les limitacions a l'accés i de l'exercici dels drets (Madrid, 2010). Això provoca que les persones diagnosticades amb trastorn mental considerin que, independentment de la seva capacitat de governar-se, no se'ls escolta, no se'ls respecta, la seva opinió no és vàlida i se'ls priva de les relacions socials i de la cultura. Les persones que es troben amb aquests obstacles i aquestes barreres se senten agredides pel fet de no ser informades del que succeirà, que és conseqüència de creure que la persona diagnosticada amb trastorn mental no serà capaç de comprendre el que succeeix (Ferrer et al., 2006). Una qüestió important a indicar sobre aquest tracte es concreta en la manca de llibertat d'aquells que han estat identificats com a *malalts mentals* pel que fa a la tutela dels seus propis drets, tenint en compte que les persones portadores dels drets n'estan excloses i hagin d'adaptar els seus rols a les actituds de dependència, de discapacitat i d'incapacitat, ja sigui legalment o no (Casal, 2010). Així doncs, sobre les seves existències planeja la possibilitat de la incapacitació legal plena o parcial que afecta l'exercici dels drets civils i polítics, que al seu torn té efectes en la participació activa en la vida de la comunitat de pertinença (Vicente, 2011).

2.7. LA SALUT I LA SALUT MENTAL

El concepte de salut ha estat i és una qüestió que ha preocupat enormement a la humanitat, per aquesta raó s'han intentat elaborar diferents definicions que englobessin i tinguessin en compte les diverses concepcions de les persones sobre el significat que s'assigna al terme. Alhora, la definició, com el concepte en si, ha variat al llarg de la història i s'ha adaptat i modificat seguint els corrents existents, així com l'accés a la definició, des de models més eugenèsics fins a l'acceptació de la diversitat funcional i mental com a característiques que comprenen la salut.

Pensar en el terme *salut* va més enllà del binomi salut i malaltia, per aquesta raó s'ha intentat reconceptualitzar aquesta dicotomia qüestionant, per exemple, la definició de l'OMS (1946), que especifica que la salut és “un estat de complert benestar físic, mental i social, i no solament l'absència d'afeccions o malalties”. És rellevant destacar que aquesta definició està relacionada amb la promoció del benestar, la prevenció de

trastorns mentals i el tractament i rehabilitació de les persones diagnosticades amb un d'aquests trastorns. El concepte de salut està lligat no només al benestar físic, sinó també a l'harmonia comunitària i mediambiental on habiten els individus (Miranda, 2008), alhora que presenta les creences col·lectives de la societat com les encarregades de classificar el que és vàlid com a salut i/o malaltia des d'una visió històrica (Fernández, 1988). Es concep la salut com una manera de viure que s'esdevé quan un subjecte és capaç de realitzar-se individualment i social, gràcies a una interacció amb el seu medi de forma sustentable i viable (Font, 1983; Victoria, 2013; Boetto, 2017). Una altra conceptualització del terme *salut* és la proposta de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears i de la Societat Catalana de Biologia (1978) plantejada en el Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana de Perpinyà, que la defineix com un procés que consisteix en l'adquisició i/o el manteniment d'una forma de viure autònoma, solidari i joiosa. El concepte de salut és dinàmic i canviant, el seu contingut concret varia en funció de les condicions històriques, polítiques, culturals i socials de la comunitat que la formula o l'accepta (Roca, 1983; Navarro, Rudd, Rosenfeld i Arrighi, 2016). Aquesta visió sobre la salut com un procés ens transmet que com a tal és necessari comprendre les causes passades i els efectes futurs; altrament, donant com a vàlid que la salut és un estat present ens trobaríem a mans de les manipulacions i del terror sense sentit dels mecanismes de control social de la medicina (Gol, 1977). Per evitar aquesta situació de sotmetiment de les persones, emergeix l'obligació de l'exercici pedagògic de les i dels professionals en relació amb la salut per fomentar la implicació i la participació de la comunitat en els seu processos (Jovell, Navarro, Fernández i Blancafort, 2006; Anczewska i Ryan, 2009; Ramis, 2009). En canvi, per a Illich (1975) i per a Comelles (1993) és responsabilitat de les persones recobrar l'aspecte social de la salut, en què únicament els que siguin capaços de recuperar la capacitat de proporcionar-se assistència i autocura, que provingui de l'experiència i de les tecnologies contemporànies, podran limitar l'hegemonia de la medicina.

La salut, a més de ser un problema social, també ho és polític; per aquesta raó, la comunitat ha de plantejar i de resoldre la seva definició, i ha de gestionar i controlar el sistema sanitari des d'un posicionament proactiu i solidari amb tots els components de la societat per evitar caure en estàndards que exclouen la diferència (Roca, 1983). Al mateix temps, la salut és una responsabilitat individual de cada persona que ha de requerir rebre la màxima informació sobre la seva pròpia malaltia per assumir un rol actiu en el transcurs

del tractament i evitar la dependència dels professionals i dels serveis. Quan les persones s'involucren en les seves cures, es beneficien del trasllat de l'equilibri de la responsabilitat pel seu benestar als seus propis esforços personals i es deixen de banda les respostes preconcebudes en la salut (Ferrer et al., 2006).

Gràcies a aquesta conceptualització, es plantegen els principis d'independència i d'autosuficiència de les persones respecte a la seva salut i es ressalta que es tracta d'una qüestió que incumbeix la societat (Beresford, 2002; Barber et al., 2011). Sota aquesta argumentació, la societat presenta unes estructures i uns sistemes de valors per tal de fomentar la salut de la societat, la solidaritat entre les comunitats i els seus components (Fernández, 1988). En aquest sentit, els canvis socials viscuts en les últimes dècades, en què l'accés a la informació, l'augment del coneixement, l'autocura i la transformació del rol de les persones, que han passat a ser considerades com a clients/es dels serveis sanitaris, en lloc de pacients passius, han obligat tant els/les professionals de l'àmbit com també els/les polítics/ques a promoure una major democratització dels sistemes sanitaris, així com la participació en la presa de decisions en els itineraris de salut (Beresford, 2002, 2019; Jovell et al., 2006; Mancini, 2011; Carralero et al., 2020). Per a Barber i altres autors (2011), la participació de les persones en els sistemes de salut té una funció que es pot considerar positiva, perquè proporcionen una mirada més àmplia de la salut, de la mateixa manera que fa possible que emergeixin temes que les i els professionals desconeixien, com els factors socials de la salut, que incrementen la sensació de benestar. Des d'aquesta òptica, que ressalta la participació de les persones, sorgeixen nous enfocaments i conceptes relacionats amb la salut, així com uns models conceptuals i teòrics renovats (Staley, 2009; Brett et al., 2010; Cui, Mao, Rose i Newman, 2018). Per exemple, es pot afirmar que el patró que emergeix de la participació en l'àmbit de la salut fomenta l'empoderament de les persones usuàries dels serveis. Aquest tema es desenvoluparà més a fons en l'apartat 2.8, on es presenten i es descriuen els conceptes de capacitat i d'empoderament. Malgrat aquest corrent creixent de la participació en la salut, Comelles (1993) recorda que la participació de la ciutadania en la seva salut no és una conceptualització nova i que ha estat el monopoli mèdic de la gestió de la salut el que ha aïllat les persones de la seva participació i, consegüentment, de la concepció de la salut com quelcom social.

En el concepte de participació existeixen diferents tendències i comprensions, per això es creu pertinent evidenciar la classificació que realitza la *International Association for*

Public Participation (2007), en la qual es recull el grau d'implicació que es permet a l'individu en el procediment participatiu en el qual se l'inclou de forma externa en la salut:

Taula 3. Tipus de participació que les institucions i els professionals faciliten en l'àmbit de la salut mental

	INFORMAR	CONSULTAR	INVOLUCRAR	COL-LABORAR	EMPODERAR
OBJECTIU DE LA PARTICIPACIÓ	Es dota les persones diagnosticades amb un trastorn mental de la informació equilibrada i objectiva que els ajudi a comprendre el problema, les alternatives i/o les solucions.	S'adquireix la informació de les persones diagnosticades amb un trastorn mental en relació amb l'anàlisi, les alternatives i/o les decisions.	Es treballa directament amb les persones diagnosticades amb trastorn mental en tot el procés amb l'objectiu de garantir que les inquietuds i aspiracions siguin enteses i considerades de forma coherent.	S'associen amb les persones diagnosticades amb trastorn mental en cada aspecte de la decisió, incloent-hi el desenvolupament d'alternatives i la solució preferida.	Se situa la persona diagnosticada amb trastorn mental en la presa de decisions final.
PROMESA ALS PARTICIPANTS I A LA COMUNITAT	Es mantenen informats tant la comunitat com els/les participants de les decisions que els ens consultants decideixin.	Es mantindran informats, s'escoltarà i es reconeixeran les seves inquietuds i aspiracions, i es se'ls faran comentaris sobre com la influència de les persones consultades va influir en la presa de la decisió.	Es treballa amb les persones participants per assegurar que les seves preocupacions i aspiracions es reflecteixen directament en el desenvolupament d'alternatives, i es proporciona informació sobre com la participació de les persones ha influït en les decisions.	Es tindran en compte i s'incorporaran els consells i recomanacions per a l'assessorament i en la innovació en la recerca de solucions.	Es posa en pràctica el que les persones que hagin participat hagin decidit.

Font: International Association for Public Participation (2007).

Al llarg de la història s'ha fomentat la creença que el concepte de salut es trobava lligat a l'absència de la malaltia, al guariment i a la recuperació de la salut. Des d'aquesta línia de pensament, sustentada i mantinguda pel nostre sistema sanitari, es pot extreure que la salut és interpretada com un concepte negatiu pel fet d'estar relacionada amb la lluita o la curació d'una malaltia (Gol, 1977). D'altra banda, s'entén que la malaltia expressa una realitat parcial en la qual es posa l'accent en la pèrdua o el *defecte* de la persona (Font, 1983; Barton, 2018), oblidant que la malaltia és un procés condicionat per la

comunitat on s'habita i en un temps concret, els límits de la qual poden variar depenent de la seva comprensió (Ramis, 2009).

Es concep el terme salut com a positiu, “referent al procés pel qual l’home va desenvolupant al màxim les capacitats actuals i potencials, tendint cap a la plenitud de la seva autorealització com a entitat personal i com a entitat social” (Roca, 1983, p. 271). Així doncs, es pot entendre que la salut és una qüestió social que no es pot deslligar de les persones, i com a tal, són necessàries un seguit de polítiques públiques que s’ocupin de promocionar el desenvolupament dels subjectes en la matèria (Enyier-Monroy, 2014). És per aquesta raó –i recuperant la definició de l’OMS (1946) en referència a la salut com un estat de benestar físic, psíquic i social– que s’evidencia que el concepte de salut implica més aspectes que l’imperatiu de la no malaltia o la reducció de la malaltia a l’absència de salut, i es posa de manifest l’aspecte social de la salut (Tizón, 1988; Saraceno, 2017; Garcia Vazquez, Ferrás, Aguilera i Rocha, 2018). Aquesta orientació de l’aspecte social de la salut evidencia la necessitat d’una societat que compregui la salut com una qüestió comuna i no individual, així com l’existència d’una harmonia amb el medi i l’entorn, fins al punt que la manca de cohesió social convertirà la noció de salut en una fita inassolible per la discriminació que comporta (Fernández, 1988). Així doncs, s’entén que la categoria de la salut es troba delimitada per una sèrie de paràmetres construïts per la societat, que li proporcionen una entitat independent de la persona i que, depenent del tipus d’aproximació que s’estableixi, en determinarà les modalitats a diferents nivells (Basaglia, 1970; Canguilhem, 2004). És per això que, en el marc d’aquesta idea de salut, es pot entendre que la salut mental es constitueix a través de graus de discriminació inherents a la societat que s’han desenvolupat en la cultura per ser una construcció social.

La salut mental es defineix, segons l’Organització Mundial de la Salut (OMS, 2010), com un estat de benestar en el qual l’individu, que és conscient de les pròpies capacitats, pot afrontar les tensions normals de la vida, pot treballar de forma productiva i fructífera i és capaç de fer una contribució a la comunitat. També es pot interpretar el terme *salut mental* com la capacitat d’adaptació a les diferents circumstàncies de la quotidianitat; és per això que depenent de la flexibilitat o rigidesa de les conductes i de les representacions mentals dels individus, es catalogaran aquestes capacitats com més o menys saludables dins d’uns límits acceptats per la societat en la qual es conviu i per un mateix (Tizón, 1988). Per tant, la salut mental és:

Aquella manera de viure que permet respondre a les dificultats i als canvis de l'ambient, adaptant-s'hi o intentant modificar-lo, obtenir el creixement psicològic maduratiu que condueix a poder estimar, obrir-se a noves maneres instructives de pensar i de crear, exercir una conducta realista que estableixi relacions interpersonals integradores, tant per al propi jo com per a la societat on es viu, tenir autonomia i unitat mental, amb capacitat normativa, i fer-se càrrec de la pròpia vida i de la pròpia mort, gaudir de les satisfaccions que comporta la recerca d'objectius que un es proposa (Ramis, 2009, p. 34).

L'obertura de les institucions psiquiàtriques, que va provocar una sèrie de modificacions en l'atenció de les persones diagnosticades amb trastorn mental, va suposar la necessitat de disposar de serveis coordinats entre les i els professionals de la salut mental i els organismes comunitaris (OMS, 2001); és a dir, de desenvolupar estructures dirigides i coordinades que permetessin una actuació integral dels serveis existents, garantint la continuïtat assistencial i la socialització. Un antecedent a aquest informe de l'OMS en el nostre país es plasma a partir de la reforma de la Llei d'integració social dels minusvàlids, LISMI (Llei 13/1982), i de la Llei 14/1986, de 25 d'abril, general de sanitat, que en l'article 20 del capítol III de salut mental diu:

L'atenció als problemes de salut mental de la població es realitzaran en l'àmbit comunitari, potenciant els recursos assistencials ambulatoris i els sistemes d'hospitalització parcial i atenció al domicili, que redueixin al màxim possible la necessitat d'hospitalització.

Aquesta llei va suposar la implementació de serveis comunitaris, l'establiment de xarxes de treball dels diferents àmbits i un canvi en l'atenció de les persones diagnosticades amb trastorn mental amb la finalitat de rehabilitar i reinserir socialment l'inadaptat. Aquest model, que ressalta l'atenció comunitària, va situar l'Administració davant del repte d'organitzar i articular una xarxa de serveis i programes àmplia i adequada que atengués les diferents necessitats i problemàtiques de la població diagnosticada amb trastorn mental.

El desembre de 2006 es va aprovar la Convenció Internacional de l'ONU, que posa les bases en el seu protocol facultatiu relatiu als drets de les persones amb discapacitat, anomenada col·loquialment com a Conveni de Nova York, que es fonamenta en els principis del model social de la discapacitat. El model té com a propòsit l'erradicació de les barreres i les desigualtats que limiten la participació en igualtat de condicions de les persones a les que s'anomena *discapacidades*, i que a Espanya es va aprovar i ratificar

el maig del 2008 (Barton, 1998 i 2018; Palacios, 2008; Muyor, 2019b; Carralero et al., 2020). A Catalunya, el juliol del 2006, el Govern de la Generalitat aprova el Pla Director de Salut Mental i Addiccions, amb el qual el Departament de Salut va voler promoure un canvi de model assistencial més comunitari i proactiu, orientant les línies d'actuació a les necessitats de les persones usuàries dels serveis, amb una visió de la salut mental més global i de continuïtat assistencial, que va ser clau per al treball en xarxa, amb una organització eficient, un sistema d'atenció integrat i integral amb base territorial, i una pràctica assistencial fundada en l'evidència científica i l'experiència demostrable.

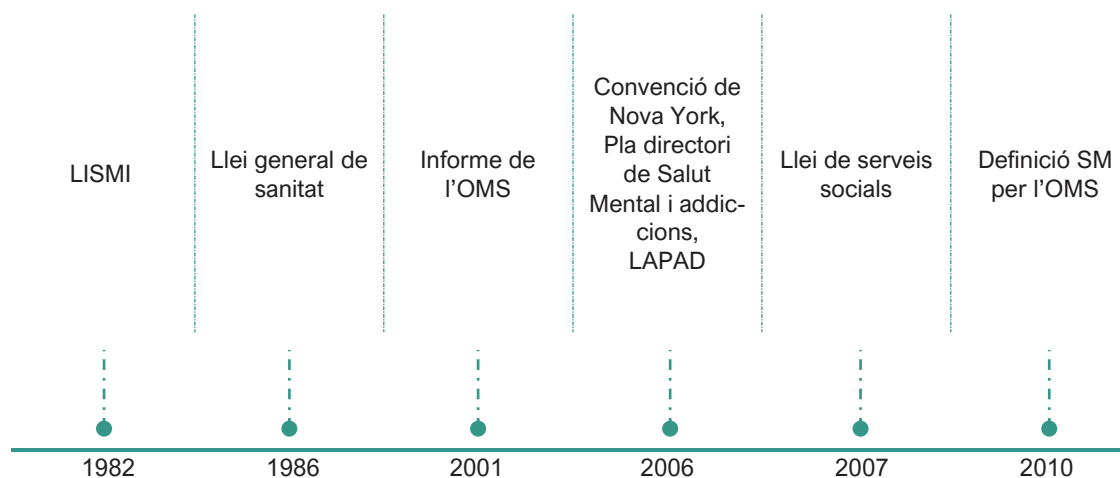
Un altre aspecte que va contribuir a generar canvis importants en el panorama català va ser la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials, que va establir un nou sistema que partia del principi d'universalitat en l'accés als serveis, amb una cartera específica per a persones amb problemàtiques socials derivades d'un trastorn mental i que incloïa recursos de les àrees de la llar com residències, habitatges assistits i suport a l'autonomia en el propi domicili, clubs socials per a l'oci, laboral, fundacions tutelars, suport a les associacions de famílies i usuaris⁵; i finalment la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal (LAPAD), que va integrar la seva pròpia cartera de serveis en la de serveis socials (Ureña, 2010).

Els objectius dels serveis de la xarxa de salut mental es van anar orientant al model de la recuperació, que tenia com a finalitat el restabliment del rol de les persones diagnosticades amb trastorn mental i el desenvolupament d'un equip professional de suport que permetés a les persones usuàries dels serveis elaborar un procés individual de redescobriments de les capacitats i de les mancances des d'una perspectiva positiva, per formular objectius realistes a la vida (Bergeron-Leclerc i Cormier, 2009; Williams, Almeida i Knyahnytska, 2015).

En aquest punt, es considera pertinent mostrar gràficament l'evolució històrica i legislativa en salut mental que s'ha considerat més rellevant:

⁵ Les persones usuàries són les que per concessió d'altres i/o d'un estament utilitzen quelcom o una sèrie de serveis (Diccionari de la llengua catalana), una definició que atribueix a la persona que gaudeix de la prestació una posició passiva en què rep un servei sense que es produeixi una reciprocitat en l'assistència rebuda.

Figura 6. Evolució històrica i legislativa en matèria de drets i en atenció de la salut mental en l'àmbit comunitari



Font: Elaboració pròpia.

Tot i que figurin un seguit de serveis orientats a l'atenció de la salut mental per facilitar la normalització dels diagnòstics en aquest àmbit, encara avui persisteixen diverses deficiències en el sistema tant en l'àmbit preventiu com pel que fa a l'acompanyament, la protecció i la redistribució, i s'entén que existeixen també diferents *buits legals* (Prats, 2009). Aquest pensament, que es confirma en el manteniment de l'hegemonia de la biomedicina com a model d'atenció i pràctica de la salut mental, es basa en el dèficit, en la comprensió causal dels trastorns mentals i en el sentit d'un curs crònic de la patologia mental (Foucault, 1981; Mulvale i Bartram, 2015; Saraceno, 2017). L'OMS (2001) va assenyalar la necessitat urgent que els diferents països disposessin de xarxes per contenir les conseqüències externes i internes de les persones diagnosticades amb un trastorn. Des d'aquest prisma, es pot advertir que els efectes de l'ordre social poden convertir les persones diagnosticades amb trastorn mental en persones dependents del circuit de serveis i també dels professionals.

L'atenció en la salut mental és un camp que ha de reunir les següents condicions: centrar l'interès en el ciutadà; prestar igual atenció als factors socials, psicològics i físics com a causants del trastorn mental; apreciar en el mateix nivell de rellevància tant la correcció de la patologia com la prevenció de la malaltia o el manteniment de la salut (García, 2004). Això fa que es pugui afirmar que la salut mental és part de la salut integral de les persones i es relaciona amb les condicions de vida, amb les possibilitats de

desenvolupament afectiu, emocional, intel·lectual i laboral, i amb la capacitat d'integració al medi social i cultural. Per aquesta raó, es considera que l'abordament dels aspectes socials de les persones són essencials, perquè són una part important de l'origen dels patiments i, en altres ocasions, una seqüela que experimenten els subjectes denominats com a *malats mentals* (Fernández, 1985). Per tant, l'enfocament de la salut mental és molt més ampli que el del trastorn mental i el seu tractament clínic, i requereix el reconeixement de la seva experiència per poder aproximar-se a la realitat de la persona. En especial, es pot al·legar que amb el reconeixement de les vivències, les persones diagnosticades amb trastorn mental esdevenen individus constructors de la seva pròpia realitat i, com a tals, poden elaborar-la de la forma que s'adapti més bé a les seves necessitats. Aquest plantejament entén que en els processos terapèutics és necessària la participació de les persones diagnosticades amb trastorn mental, no només per les seves aportacions des de l'experiència, sinó perquè això també contribueix al seu desenvolupament personal (Ferrer et al.; 2006; Brett et al., 2010; Brea i Gil, 2016).

En l'actualitat, l'atenció en salut mental ha demostrat que les mesures coercitives provoquen dificultats en la relació assistencial i en l'adhesió al tractament plantejat (Steinauer et al., 2017; Carralero et al., 2020). Aquesta línia d'atenció basada en la imposició d'un criteri superior, com és el mèdic, planteja un dilema ètic pel fet que el proveïdor del servei crea barreres a les persones diagnosticades amb trastorn mental, així com una dependència forçada de la medicació, als/les professionals i el sistema de salut, que afavoreix que aparegui un sentiment de malestar i de pèrdua de control de les pròpies decisions, en quedar relegats a un rol passiu (Woodcock i Tregaskis, 2008; Baker, Bowers i Owiti, 2009; Hochstrasser et al., 2018).

Paral·lelament a aquestes subjugacions que s'imposen a la persona atesa, cal esmentar també les resistències dels/les professionals que interpreten el reconeixement de l'experiència de les persones diagnosticades amb trastorn mental com una intromissió en el seu camp de saber i exercici professional. Unes reticències que s'expliquen pel que consideren que és una pèrdua del control i del poder sobre les persones ateses i els recursos que els/les professionals creuen dominar (Dominelli, 1996; Brown i Walter, 2014). En altres paraules, es predisposa que algunes persones diagnosticades amb trastorn mental rebutgin l'ajuda externa per evitar les repercussions socials que suposa l'acceptació de l'etiqueta com a *malalts mentals*.

D'altra banda, les i els professionals estableixen dinàmiques de submissió que són interpretades per les persones diagnosticades amb trastorn mental com agressions a la seva llibertat i que provoquen una resposta reactiva de rebuig (Steinauer et al., 2017). Com a resultat, sorgeixen canvis en les directrius d'actuació en la salut mental segons les quals es prioritza l'alleujament de símptomes per sobre de la reducció de danys (Hotzy et al., 2018). A conseqüència d'aquesta transformació del paradigma de l'atenció en la salut mental, en què les i els professionals se centren en les capacitats de les persones diagnosticades amb trastorn mental, s'afavoreix l'eliminació de les barreres, els estigmes i els obstacles que impedeixen el seu progrés en l'àmbit de la salut mental, amb estratègies específiques per fer front a l'exclusió social i la desigualtat (Anczewska i Ryan, 2009; Saraceno, 2017). En aquest sentit, la participació de les persones diagnosticades amb trastorn mental es considera com un dels factors de reparació en l'àmbit, així com peces claus en el disseny dels serveis adreçats a la salut mental.

La recuperació en salut mental de les persones diagnosticades amb trastorn mental es fonamenta en un procés de creixement i desenvolupament personal, així com també en la recuperació del control i l'establiment d'una vida significativa amb objectius, la qual cosa suposa un repte en l'esfera professional, en què la persona diagnosticada amb trastorn mental sigui reconeguda per la seva experiència.

2.8. LES CAPACITATS I L'EMPODERAMENT

*La capacitat d'un individu
radica en el significat
que doni a la paraula infinit*
Anònim

Les *capacitats* personals inspiren una visió de la justícia orientada cap a la llibertat de cadascú per desenvolupar la seva vida més enllà dels avantatges o desavantatges d'haver nascut amb un determinat estatus social (Sen, 1988). Així doncs, per poder ser subjecte d'un dret és vital que l'individu sigui capaç de comprendre què significa aquest dret i, de la mateixa manera, que es converteixi en el principal precursor dels seus propis interessos. Aquesta circumstància promou la creació d'una identitat social única

fundada en les experiències i les capacitats de les persones diagnosticades amb trastorn mental que facilitarà la identificació com a subjecte de ple dret, que vetllarà per la igualtat d'accés als recursos i que permetrà adquirir la seva llibertat de decisió i de participació de forma autònoma i individualitzada.

En concret, les capacitats, un dels temes centrals d'aquest capítol, interpretades com una competència que es concreta en la idea que les persones són realment aptes de ser i d'actuar, són útils per revelar i compensar les desigualtats (Nussbaum, 2006). La Declaració Universal dels Drets Humans (1948), en diversos dels articles, reclama el dret a la vida i a la llibertat de tota persona (article 3), afirma que cap persona podrà ser sotmesa a esclavitud (article 4) i continua que tots som iguals davant la llei, de la qual cosa es pot deduir que totes les persones tenen el mateix dret de protecció contra qualsevol discriminació (article 7). Així mateix, especifica que tota persona té dret a poder gaudir d'un benestar social que li permeti tenir un nivell de vida adequat i que se li asseguri per mitjà de polítiques el desenvolupament i/o el manteniment personal i familiar (article 25). Un altre punt destacable i relacionat amb aquests articles que defensen la igualtat i la llibertat és la suma de l'exercici d'autoconeixement dels individus que formen la societat: s'entén que les persones conscients de si mateixes són més autònomes i segures de les seves limitacions, així com de les barreres i els obstacles que l'estructura crea de forma jeràrquica per limitar l'accés a la igualtat d'oportunitats. Al capdavall, es pot extreure que existeixen diferents components en la construcció d'oportunitats, i que és el sistema polític el que regularà la llibertat en l'elecció dels diferents estils de vida, encara que sigui desigual, com una part més de la realitat humana (Palacios, 2008).

Així doncs, com s'ha argumentat en la fonamentació inicial, el model de referència que determini la societat com a vàlid serà l'encarregat de regular l'accés i l'emergència de les capacitats de les persones diagnosticades amb trastorn mental. Arran d'aquesta percepció, s'inicia el respecte a l'autodeterminació i el reconeixement del dret a viure d'acord amb els projectes, els objectius i els valors propis dels individus als quals s'ha assignat un diagnòstic en salut mental (Salcedo, 2001; Cui et al., 2018), que hagin estat discriminats per ser identificats com a *malalts mentals*. Igualment, l'autodeterminació també pot ser entesa com a sinònim de llibertat, d'independència de l'individu en relació amb l'autosuficiència i el control sobre les pròpies decisions. Una idea que ens revela un valor intern com el respecte a la identitat única de cada subjecte, gràcies al qual les

persones que han estat diagnosticades amb trastorn mental no perden, per aquesta mateixa classificació, la seva condició d'individu únic i particular.

La disciplina del treball social reconeix les capacitats i l'experiència d'aquelles persones que han estat ignorades i silenciades per la societat i per les organitzacions que exerceixen el poder. És per aquesta raó que la relació professional que s'establirà serà recíproca. La reciprocitat exigeix una classe d'aptituds que generalment es troben relacionades amb la ment "racional", la capacitat i la pràctica d'estar oberts a la realitat de l'*Altre* i a la seva manera de percebre i pensar les coses. Una de les peculiaritats principals de la relació és la seva simetria, que fomenta la recuperació de l'autodeterminació i l'autonomia perdudes davant del benefactor o de les accions paternalistes (Ferrer et al., 2006; Barber et al., 2011). Les persones són, alhora, autònomes i interdependents d'una societat, per la qual cosa es pot reconèixer que les formes lògiques o utilitaristes d'una relació no esborren la naturalesa emocional dels individus que la protagonitzen, una circumstància que permet que la reciprocitat sigui complementària i s'ajusti al que n'ha d'esperar una base ètica. El/la treballador/a social facilitarà, respectarà i valorarà el dret de les persones a ser elles mateixes, a prendre les seves pròpies decisions, a utilitzar les seves habilitats i recursos i a resoldre els seus propis problemes (Hamilton, 1982).

El terme *empoderament* es considera important perquè s'entén com un procés individual i/o col·lectiu que afavoreix la presa de consciència de les capacitats de les persones, amb el propòsit d'aconseguir el poder, d'aquelles situacions dins de la comunitat a les quals se les ha relegat, per trencar amb la dependència i aconseguir la seva llibertat i autonomia. Aquest mot, altament discutit, no només identifica els individus com a portadors de capacitats, sinó que reconeix que el procés és propi de les persones, per la qual cosa l'empoderament es considera que reflecteix la línia d'aquesta investigació pel fet d'admetre les possibilitats dels subjectes. És per això que l'empoderament es pot concebre com la construcció contínua d'una competència multidimensional participativa (Kieffer, 1984). Per consegüent, s'entén que en els processos d'empoderament es revaloren les capacitats i les experiències de les persones diagnosticades amb trastorn mental; és a dir, es concep com un pas cap a la transformació de la lectura de la persona diagnosticada amb trastorn mental com un subjecte que pot exercir les seves competències, que identifica les seves possibilitats de canvi i que manté un sentiment d'autoeficàcia, d'autoestima, d'optimisme o de capacitació (Eiroa-Orosa, 2015), en un procés que

ahora té efectes beneficiosos: de desmuntar prejudicis i d'ajudar en els processos de recuperació de les persones diagnosticades amb trastorn mental (Sampietro, 2016). Per Beresford i Croft (2001), l'empoderament és un procés propi de la vida de les persones que vetlla pel canvi de la consideració a la societat de l'individu *marginal*, emparat en la millora dels seus drets, opcions i oportunitats. Godrie (2015) afegeix a aquesta definició que el reconeixement de les capacitats com a procés s'ha d'iniciar des de la voluntat de la persona o col·lectiu implicat, respectant la direcció i la intensitat del canvi que es vol iniciar. Els processos d'empoderament en què el treball social interactua són uns procediments que permeten a les persones adquirir diferents rols socials a través de l'adquisició d'habilitats, de coneixements i de recursos materials (Peled i Leichtenritt, 2002).

El treball social parteix d'una creença principal en la capacitat de cada individu per abordar i identificar les seves pròpies fortaleses, capacitats i habilitats, així com també les seves dificultats (Carter i Francis, 2016), considerant que les persones susceptibles d'un procés d'empoderament són les que han de decidir què és el que volen i relegant l'acció del treball social a pal·liar les dificultats i les mancances dels problemes i/o dels objectius per aconseguir el propòsit de cada individu (Hamilton, 1982). Des d'aquest posicionament les i els professionals del treball social han de ser conscients que la seva intervenció no passa per assumir el paper d'atorgadors de poder i de capacitat des d'una posició activa, replicant vells models paternalistes, i que no totes les persones requeriran la seva intervenció, sinó que hauran d'intervenir només en els casos que necessitin suport i acompanyament per portar a terme la seva emancipació. A més a més, es considera obligatori aclarir que l'empoderament és un judici individual o col·lectiu propi dels subjectes i no del professional; per tant, la persona o els col·lectius seran els que determinaran el significat del concepte en si.

Així doncs, es tracta de comprendre què és per a cada persona l'empoderament o què pretén aconseguir; per això, el paper del treball social s'ha de centrar en l'elaboració d'uns valors compartits entre els/les treballadors/es socials i les persones usuàries dels serveis (Beresford i Croft, 2001; Beresford, 2002; Cui et al., 2018). El/la professional coneixerà el subjecte amb el qual tracta en la seva totalitat, és a dir, no el concebrà com un *malalt* que pateix un trastorn sinó com una persona dimensional. De la mateixa manera, no es pot oblidar que els individus pertanyen a una comunitat, per això és fonamental la seva participació i que es connecti el malestar individual amb una consciència

crítica que concreti canvis en el context social (Parra, Oriol i Martínez, 2011). Aquesta situació permet entendre l'empoderament com un procediment pel qual la persona adquireix un domini de la seva vida i accedeix al poder de decisió que permet produir canvis a la comunitat de referència (Sampietro, 2016).

L'empoderament implica moltes competències presents o oportunitats de desenvolupament de capacitats que estan latents en les persones i que germinaran en un context social quotidià (Rappaport, 1984). En el transcurs d'aquest acte, les persones augmenten la seva capacitat per aprofitar els recursos personals, per tal de viure bé en la seva vida diària amb les condicions cròniques, així com per navegar per l'entorn de l'atenció mèdica. Els aspectes primordials que defineixen l'empoderament inclouen l'autoeficàcia, l'autoconsciència, la confiança, les habilitats d'afrontament i l'alfabetització en l'àmbit de la salut (Bradshaw, Armour i Roseborough, 2007; Barber et al., 2011; Sebastin, 2014).

El reconeixement de les experiències individuals promou la participació de les persones diagnosticades amb trastorn mental en els seus processos com a subjectes experts, la qual cosa, al seu torn, fomenta l'autodeterminació i el sentiment de dignitat. Un altre aspecte rellevant és l'empoderament col·lectiu, que es defineix com un procés en el qual els subjectes i la comunitat poden expressar les seves necessitats, presentar les seves inquietuds, dissenyar estratègies per involucrar-se en la presa de decisions i prendre mesures polítiques, socials i culturals per satisfer aquestes necessitats (Rappaport, 1984; Luttrell i Quiroz, 2007; De Asís, 2013). Així doncs, el concepte d'empoderament es refereix a l'adquisició de nous drets o recursos a través de la mobilització col·lectiva. Es concep com un mitjà amb múltiples dimensions que ajuda les persones a augmentar la seva capacitat d'actuació sobre qüestions que consideren importants.

Per finalitzar aquest apartat, es presenta la taula 4 per mostrar com les capacitats i l'empoderament condicionen de diferents maneres segons el model d'atenció a la salut mental.

Taula 4. Condicions externes que condicionen el desenvolupament i reconeixement de les capacitats i de l'empoderament

Capacitats i empoderament				
		Model <i>cut out</i>	Model rehabilitador o biomèdic	Model social
Condicions externes		El desenvolupament de qualsevol capacitat es considera un privilegi.	Es manté la inseguretats en el desenvolupament de les capacitats i l'empoderament.	Es garanteix el desenvolupament de les capacitats i l'empoderament.
		Dependència del sistema i la voluntat dels professionals.	Es juga amb el binomi dependència/autonomia amb el sistema i els professionals.	Autodeterminació i autonomia de les persones en relació amb el sistema i els/les professionals.
		Es censura l'accés als recursos i serveis.	Desigualtat d'accés als recursos i serveis.	Igualtat d'accés als recursos i serveis.
		Predestinació en l'exercici de la presa de decisions.	Obstacles en l'exercici de presa de decisions.	Llibertat en l'exercici de presa de decisions.

Font: Elaboració pròpia.

2.9. EL TREBALL SOCIAL

*No hi ha res pitjor que el temor
d'haver-se rendit massa d'hora
i no haver fet un últim esforç
que podria haver salvat el món*
Jane Addams

El treball social és una disciplina que pretén afavorir canvis a través de l'acompanyament, l'adquisició de capacitats i l'increment de l'autonomia i l'autodeterminació de les persones ateses, intercedint al seu favor en l'accés als drets polítics i socials, en la promoció de la ciutadania, en la participació política de forma activa, i en la creació o la restauració dels vincles socials. "Els/les treballadors/es socials, per la posició que ocupen, accedeixen a aquelles persones que han estat ignorades en les relacions socials, alhora que tenen accés a les institucions i a les formes que poden oferir el reconeixement a aquestes persones" (Parra, 2017, p. 29). Aquesta mateixa autora afegeix, més concretament, que els axiomes teòrics que sostenen les intervencions del treball social admeten que la

marginació, la privació de drets, la desigualtat i la iniquitat comporten pèrdues, ruptures, aïllament, por, desesperança i culpa, en combinar-se l'alienació i el bloqueig de les capacitats dels subjectes a altres aspiracions més enllà de la situació en la qual es troben. Aquest estat en què es troben les persones que requereixen l'atenció del treball social, les condiona i les afecta a l'hora de reclamar els seus drets i deures derivats de l'exercici d'una ciutadania plena. La fonamentació del treball social ha d'evitar els obstacles normatius del proveïdor i ha de vetllar per salvaguardar la singularitat del subjecte i evitar la categorització d'aquell al qual s'ha de *rebre* (Derrida, 1997), per això cal que l'aproximació del/la professional del treball social es faci mitjançant un coneixement fruit d'una actitud i del pensament crític amb l'encàrrec institucional, la pressió assistencial i els mecanismes repressius en què la intel·lectualització de l'*Altre* sigui relegada a favor del reconeixement de la seva singularitat i de la seva autonomia (Dominelli, 1996; Mancini, 2011; Idareta, 2013a; Healy, 2017). Aquesta situació, que requereix mantenir una actitud reflexiva, mostra la necessitat d'elements i d'espais per fomentar el raonament de la interpretació de les situacions en les quals s'intervé, com la supervisió i el treball de casos en xarxa i de forma interdisciplinària, per evitar respostes urgents i simplistes davant de l'encàrrec institucional i la pressió del sistema (Cazorla i Parra, 2019).

La pràctica del treball social facilita la promoció de les relacions i de vincles socials d'aquells que històricament han estat apartats (Richmond, 1962); i ha de tenir sempre present el respecte cap a les persones i l'impuls de la seva autodeterminació en la presa de decisions, amb el propòsit d'afavorir quotes més elevades d'autonomia en relació amb el seu poder personal i polític. Els/les treballadors/es socials afavoreixen la possibilitat d'originar un canvi a la vida de la persona usuària del servei mitjançant l'acolliment i el vincle que s'estableix amb l'altre de forma sensible, càlida i empàtica (Tew et al., 2012; Idareta, 2013b). Gràcies a aquesta relació, el/la professional de treball social coneixerà la persona de forma integral, comprnent tots els aspectes de la seva vida i evitant que concebi cada cas com una simple tasca a la qual donar una solució (Farah, Ward, Woolner, Tumer, 2011; Parazelli i Bourbonnais, 2017). Convé ressaltar que així es posa de manifest un dels principis ètics de la professió, basat en l'imperatiu categòric de Kant pel qual s'ha de considerar els altres com "éssers que compten amb uns fins (és a dir, uns desitjos i unes decisions), no només com a objectes o com a mitjans per als nostres propis fins" (Banks, 1997, p. 42). De la mateixa manera, s'afavoreix alhora el manteniment de la diversitat, de la diferència i de la construcció d'una societat cohesionada en

la qual tots puguin exercir els seus drets de forma global, com a símbol del reconeixement del subjecte com un més de la societat. Concretament, s'accepta "la complexitat, l'ambigüitat, la singularitat i la pluralitat, [...] tot el que és contradictori i afectiu, entre altres condicions pròpies de la subjectivitat de l'ésser humà i del seu caràcter social" (González, 2002, p. 94). Una bona mostra del manteniment de la diversitat és el respecte a la identitat única que el treball social mostra per cada subjecte, donat que els usuaris d'un servei concret, per la simple raó de ser-ho, no perden la seva condició de persona única i particular, com ha pretès massa sovint el sistema a través de mecanismes de repressió. La sensibilització per la diferència és el que s'anomena *alteritat*, que és la capacitat de ser un altre, i neix de l'acceptació de l'existència de diverses estructures de la realitat i de la veritat (Lévinas, 1967; Butler, 2006). Darrere d'aquest propòsit, hi ha l'objectiu de despertar les necessitats d'aquelles persones que per les condicions del seu voltant no són conscients de les circumstàncies desfavoridores que pateixen, i que podran satisfer amb l'ajuda dels seus propis esforços (Richmond, 1962). Per tant, es pot afirmar que el treball social és la suma del coneixement de la ciència de les relacions humanes i de la seva aplicació pràctica, que serveix per mobilitzar les actituds de l'individu i els recursos de la comunitat, per afavorir la dignificació de les persones com a subjectes actius, la millora de l'adaptabilitat en el medi que habiten i el desenvolupament personal (Kohs, 1966).

La intervenció que realitza la persona que exerceix el treball social per accedir al canvi d'una situació o conducta categoritzada com a *desviada* o *marginal*, es porta a terme a través del contacte directe, en una relació personal que permet comprendre el problema i dissenyar una estratègia de tractament (Casalet, 1974). Per això, és essencial que el tipus de relació que el/la treballador/a social fomenti sigui de caire empàtic i de confiança per aconseguir penetrar la intimitat de la persona amb qui es relaciona (Rogers et al., 1980; Rogers i Rosenberg, 1981). La idea central d'aquesta acció sensible a tot el que succeeix a les persones serà primordial per a la disciplina per poder establir un vincle amb l'altre per mitjà de la identificació com a subjecte, tenint en compte qui és aquell a qui s'ajuda, és a dir, aquell a qui se li reconeixerà un lloc en la societat; alhora que requereix un/a professional responsable que concreti les accions que es porten a terme en la pràctica perquè la persona que sol·licita ajuda dipositi la seva confiança i credibilitat en la relació amb el/la professional del treball social (Healy, 2017). No obstant aquesta perspectiva que sosté que l'individu necessita ajuda externa, les persones usuàries dels

serveis són les portadores de les respostes a les seves necessitats pel fet que són elles les que realment coneixen les seves experiències. Per tant, la tasca dels/les treballadors/es socials és afavorir que emergeixin aquestes respostes, utilitzant diferents tècniques i recursos per evitar l'exclusió. Concretament, el/la professional del treball social ha de ser conscient que les persones que requereixen l'atenció d'un/a treballador/a social formen part de tres esferes relacionals: la individual, la grupal i la comunitària, per evitar una relació de dependència i subjugació (De Robertis, 2012). La disciplina del treball social estableix connexions entre les diverses circumstàncies de la vida de les persones des d'una perspectiva holística⁶ (Dominelli, 1996, Beresford i Croft, 2001), o el que és el mateix, de forma individual, grupal i comunitària en el medi, i concebut la vida de les persones com quelcom indivisible. En especial, aquesta opció classificatòria pot ser molt útil per comprendre els extrems d'un continuïum de la intervenció, a la vegada que és una de les formes classificatòries del mètode de la disciplina, que ajuda a identificar i diferenciar tres grans estratègies d'abordatge de les situacions socials, com són el treball social individual, el treball social grupal i el treball social comunitari. En aquest continuïum s'inscriu la diversitat d'objectius i la combinació de dimensions dels subjectes amb els quals s'intervé.

Tot i que existeix un esquema teòric i metodològic que distingeix les tres estratègies del treball social, s'ha de tenir en compte que formen part d'una mateixa disciplina i que comparteixen uns mateixos principis (Konopka, 1966; Parra, 2017). En definitiva, en l'exercici del treball social s'ha de saber combinar aquestes tres òrbites, per tal que la situació individual d'una persona inclogui tant el grup de pertinença com la comunitat (Hernández, 2006). En acceptar aquesta premissa, no s'ha d'oblidar que la pràctica del treball social es troba immersa en una realitat complexa amb diferents interpretacions de la realitat i en la qual la intervenció del/la treballador/a social ha d'evitar una mirada endogàmica des de la perspectiva de la institució on exerceix la pràctica i de la seva pròpia visió (Payne, 1995; Viscarret, 2009); perquè s'entén que la intenció de l'estructura, en molts casos, és evitar la conjunció de les tres esferes de la pràctica del treball social per dominar d'aquesta manera la intervenció professional. L'objectiu d'aquest bloqueig és el control i l'aïllament del/la diferent de la resta de la comunitat per dificultar així

⁶ El terme holístic es defineix per McMahon (1996) i Coady (2012) com la perspectiva que se centra en els aspectes físics, emocionals i espirituals de les persones i amb interdependència i interrelació amb el context que l'envolta.

el desenvolupament d'un rol social (Frederick, Tarasoff, Voronka, Costa i Kidd, 2017). La fórmula amb què el sistema porta a terme aquest pla és mitjançant la pressió assistencial i l'alta burocratització que aboquen els/les treballadors socials a fer principalment intervencions individuals. En aquest sentit, es considera valuós incloure els diferents agents involucrats en la situació social per iniciar un diàleg reflexiu en què els/les professionals puguin revisar les seves accions des d'un posicionament més ampli de la realitat a la qual s'aproximen, amb el propòsit d'afavorir la participació en la presa de decisions i evitar la dependència que les institucions perpetuen (Schön, 1998; Barber et al., 2011; Zamanillo, 2018).

A la taula següent es mostren, seguint Cazorla i Parra (2019), les dificultats estructurals a què s'enfronta la intervenció del treball social per mantenir la pràctica amb una visió participativa i reconeixent la diversitat des de la perspectiva dels tres terrenys en els quals intervé la disciplina (individual, grupal i comunitari) per impulsar l'autonomia i autodeterminació dels subjectes i mantenint un pensament crític.

Taula 5. Intervenció des del treball social davant les dificultats de les estructures socials

Conceptualitzacions teòriques des del treball social	Dificultats que presenten les estructures	Intervenció des del treball social
Manteniment de la diversitat i la diferència.	La pressió assistencial pretén eliminar la complexitat de la realitat i afavorir l'eliminació dels matisos de la diferència.	Crear espais en els quals el diàleg entre els/les professionals i les persones usuàries dels serveis siguin l'eix central del reconeixement de la universalitat de l'experiència.
Sustentació de les perspectives individual, grupal i comunitària.	Les institucions i els plans d'intervenció demanen una tasca d'alta burocratització i treball administratiu que afavoreix l'atenció individual, la qual cosa fa augmentar l'aïllament social.	Intervenir en els casos amb la visió de les tres estratègies, per conèixer el subjecte, el grup i la comunitat on habita, i així evitar lectures simplistes.
Impulsar la presa de decisions.	Les dinàmiques de les línies d'intervenció propicien la dependència, la submissió i la desacreditació en la determinació dels subjectes.	Vetllar per una sobirania universal en matèria de capacitat i empoderament de les persones usuàries dels serveis d'assistència.
Actitud i pensament crític.	Els serveis creen barreres orientades a satisfer les necessitats normatives del proveïdor, sense tenir en compte les necessitats de les persones a les quals es dirigeixen.	Evitar reflexions o respostes simplistes i urgents, a favor d'una intervenció raonada i basada en el pensament reflexiu i deliberat, sense exercir un poder i un control que subjuguï i classifiqui l'altre.

Font: Cazorla i Parra (2019, p. 1027).

Les i els professionals del treball social porten a terme un tipus de pràctica que pretén organitzar les poblacions a l'entorn de certs objectius col·lectius, més enllà dels beneficis individuals. Segons Hamilton (1982), els/les treballadors/es socials han de descobrir les necessitats i les potencialitats de les persones, de la mateixa manera que han d'ajudar a desenvolupar la responsabilitat individual cap a la comunitat, tot fomentant que aquesta acció també es dirigeixi cap a la família i com a ciutadans. Per poder dur a terme aquesta tasca és indispensable que el/la mateix implicat/da conegui el paper que porta a terme, perquè el desenvolupament social d'un rol és complex pel fet de trobar-se immers en pràctiques autònomes com són la de producció, la política i la teòrica (Casalet, 1974).

En l'àmbit individual, l'entrevista és l'eina mitjançant la qual el/la treballador/a social cristal·litza la relació d'ajuda o de suport a través d'un vincle, pel qual s'estableix una comunicació entre el/la professional del treball social i els subjectes (Ovejas, 2007). Les persones professionals del treball social han de ser conseqüents amb la situació en què es troba l'individu amb qui es relacionen per facilitar així un sentiment positiu en què aflori l'acceptació incondicional del subjecte, per tal que el vincle establert proporcioni l'eficàcia de la relació (Rogers et al., 1980), amb la intenció d'aprofundir en les relacions personals i en l'entorn de les persones amb qui es treballa (Gavira, 1995). La finalitat d'aquesta relació és donar una resposta a la persona que acudeix al servei o centre perquè el/la professional li proporcioni l'accés als recursos, a les eines per millorar les seves habilitats socials i/o per obtenir noves perspectives que pretenen augmentar la qualitat de vida (Salcedo, 2010).

Cal destacar que la intenció del vincle relacional serà establir un contacte directe, personal, que permeti al/la treballador/a social comprendre millor la condició en què es troba la persona amb qui es relaciona, que faciliti l'aparició del disseny d'una estratègia de tractament establert en l'estudi individual de cada situació (Casalet, 1974). Per aconseguir aquests objectius, és necessari que el/la treballador/a social sigui capaç de crear una atmosfera agradable, en la qual l'individu se senti acceptat i senti que se li reconeixen les seves necessitats, perquè experimenti la sensació de compartir una relació amb una altra persona (Hamilton, 1982; Beresford i Croft, 2001; Farah et al., 2011); partint de la base que tots els individus volen sentir-se escoltats, compresos i acceptats tal com són, sense ser jutjats o rebutjats. Per poder crear aquesta relació assistencial en la qual el subjecte experimenti la necessitat de sentir-se satisfet és indispensable que el/la

treballador/a social desplegui una sèrie d'eines i d'habilitats socials perquè la persona amb qui es relaciona se senti recolzada. S'entén el suport com l'acció que es proporciona als individus, el sentiment i la sensació de pertànyer i ser valorats per una comunitat, que redueix alhora la tensió i l'angoixa (Howe, 1997).

2.9.1. EL TREBALL SOCIAL EN L'ÀMBIT DE LA SALUT MENTAL

*El treballador social està situat a la cruïlla
per on veu passar l'home
carregat amb el sac de la seva malaltia*
Francina Roca i Soriano

En la intervenció del treball social s'han utilitzat diferents bases teòriques que han desenvolupat diversos models d'intervenció i que han influït en la concepció de l'altre. Segons Morán i Gómez (2004) i García-Dauder (2010), aquests diferents models han estat possibles gràcies a la inclusió de l'anàlisi de la realitat que el treball social fa en el context, més enllà de la intervenció individual i des d'una perspectiva que inclou els diferents agents i casuístiques. Els models en treball social establerts per De la Red (1993) no només són una guia pràctica perquè els/les treballadors/es socials no es desviïn de la finalitat de la intervenció, sinó que també donen sentit i ajuden a ordenar la realitat, així com faciliten l'aparició d'accions innovadores.

De la mateixa manera, es pot entendre que en l'àmbit de la salut mental han existit i existeixen diferents models i teories àmplies que fonamenten la pràctica dels/les professionals del treball social (Viscarret, 2009), com pot ser l'enfocament centrat en la resolució del problema que engloba els grups teòrics relacionats amb els models psicologistes (psicodinàmic, funcionalista, conductual i sistèmic), que fixen l'atenció en l'individu, responsabilitzant-lo de la seva situació amb l'entorn, i que han conservat el seu caràcter objectivitzador, que perpetua un clima de vigilància i una actitud passiva davant de les violacions dels drets (Basaglia, 1970; Payne, 1995; De Rivas, 2002; Coady, 2012; Healy, 2017). En altres paraules, l'interès de les intervencions del treball social des d'aquests models se centra en el manteniment de l'ordre social, el qual desplega unes estratègies

que pretenen controlar i reprimir les conductes i/o els moviments que facin perillar l'harmonia del sistema.

Una bona mostra d'aquest corrent basat en els models psicologistes, són les respostes professionals al servei de l'utilitarisme que posa el focus d'interès en la producció d'un equilibri de satisfacció comú més gran, sense tenir en compte les singularitats del col·lectiu en què s'actua. Enfront d'aquest model, en sorgeixen d'altres com a resposta que es recolzen en enfocaments més crítics de base marxista, com el model de l'empoderament i l'anomenat del canvi social, que inclouen una perspectiva subversiva amb el sistema i que busquen trencar amb les barreres i promoure una consciència comuna en la societat (Payne, 2005; Viscarret, 2007; Rodríguez-Berrio i Sobremonte, 2012).

Un exemple clar d'aquests enfocaments es troba en el model de l'empoderament, en el qual les visions humanistes i de les fortaleces són les variants; o en el model del canvi social, en el qual apareixen les teories crítiques i feministes, o la sensibilitat antidiscriminària, que pretén incidir en les estructures socials (Dominelli, 2007; Morán i Gómez, 2004; Zamanillo, 2018).

Des d'aquesta òptica, les i els professionals del treball social prenen consciència del seu potencial opressor i recapaciten sobre el seu llegat com a testimonis silenciosos de l'abús institucional, que ha generat una crisi de confiança en la seva tasca, per la qual cosa actuen per trencar aquest cercle viciós (Ray, Pugh, Roberts i Beech, 2008; Healy, 2017). La intervenció del treball social basada en aquest pensament crític es caracteritza pel reconeixement de les potencialitats i les habilitats de les persones per fomentar la seva emancipació a través de relacions positives que fomentin la seguretat i l'esperança en l'individu.

En el cas dels models teòrics del treball social i la seva contribució a la pràctica de la disciplina, s'identifiquen, segons Payne (2012), una sèrie de posicionaments dels/les professionals del treball social en referència a les accions que se'n deriven, i que es reflecteixen a la taula següent.

Taula 6. Grups de teoria i la seva contribució a la pràctica

Visió del treball social	Grup teòric	Contribució a la pràctica
Resolució de problemes	Psicodinàmic	Èmfasi en la importància dels sentiments i conflictes interns a l'hora de generar i resoldre els problemes amb què s'enfronten les persones.
	Centrat en la crisi i en la tasca	Centrat en models d'intervenció breus i molt estructurats amb problemes clarament definibles, que responen als esforços actius per resoldre.
	Cognitiu conductual	Èmfasi en la importància de la gestió racional del comportament a l'hora de comprendre el germen dels problemes de les persones i d'enfrontar-s'hi.
	Sistemes ecològics	El treball interpersonal amb els individus apareix en intervencions amb famílies, comunitats i agents d'intervenció social.
Resolució de problemes / empoderament	Desenvolupament social / pedagogia social	Dona prioritat a l'àmbit social i educatiu, promovent la participació de les persones amb interessos i preocupacions comunes, de manera que treballen conjuntament per superar-los.
Empoderament	Fortaleses / solucions / narratiu	Reformular els problemes aparents dels clients i les famílies, a la recerca de fortaleses que els capacitin per construir el futur de manera positiva.
	Humanístic / existencial / espiritual	Èmfasi en el desenvolupament personal a través de l'experiència comuna com a font d'empoderament individual i grupal.
Empoderament / canvi social	Empoderament defensa	Genera experiència i aliances que empoderen les persones per aconseguir comprendre millor les seves vides i canviar-les.
Canvi social	Teoria crítica	Presenta una crítica de l'orde social actual, que analitza i aborda factors socials subjacents als problemes o barreres socials.
	Teoria feminista	Explica i ofereix una resposta a la posició oprimida de les dones en la major part de la societat, a través del diàleg col·laboratiu i el treball en equip, per aconseguir més consciència dels assumptes que afecten les relacions socials de les dones.
	Sensibilitat antidiscriminària / cultural	Desenvolupa l'enteniment de barreres culturals i racials, els conflictes i la diferència, així com la pràctica que respecta la identitat individual i social de les persones.

Font: Payne (2012, p. 29).

Els models històrics en el context de l'atenció a la salut mental en el qual intervé el treball social, com s'ha indicat en capítols anteriors, es delimiten a tres línies de pensament: el *cut out*, el model rehabilitador o biomèdic i el model social, que representen l'evolució de la concepció de la salut mental en diferents etapes. En aquest capítol, l'atenció se

centrarà en els dos últims models; tot i que en l'atenció a la discapacitat coexisteixen els tres models, en l'actualitat el model rehabilitador o biomèdic i el social són els dominants, mentre que el *cut out* perdura en intervencions puntuals per a aquelles situacions en què el sistema, les institucions psiquiàtriques i les i els professionals són incapaços de donar una resposta a les circumstàncies plantejades.

El model rehabilitador o biomèdic, tot i trencar amb certes creences relacionades amb la reclusió i el càstig diví del seu predecessor, el model *cut out*, en l'atenció a les persones diagnosticades amb trastorn mental, manté un posicionament jeràrquic i desigual en la concepció de l'*Altre*, en responsabilitzar-lo de la situació en què es troba i afavorir que modifiqui el que surt de la norma per mitjà d'un tractament i/ o una intervenció professional (Palacios i Romañach, 2006; Palacios, 2008; Victoria, 2013). És pertinent destacar que la mirada biomèdica del model rehabilitador centra el focus en la identificació dels símptomes que condueixen a un diagnòstic de salut mental per proporcionar un tractament i així poder sotmetre l'individu amb l'etiqueta de malalt i incapaç, que depèn dels serveis i de l'atenció dels professionals especialitzats. En aquest sentit, es relaciona amb el model psicologista perquè separa, també, el subjecte del seu entorn amb el propòsit de modificar tot allò que la societat interpreta com a perillós i el força a adequar-se a les normes socials, sense tenir en compte les limitacions de l'estructura del sistema social (Payne, 1995; Palacios i Bariffi, 2007). Per aconseguir aquestes expectatives, que es dipositen en l'estrany, és necessari i ineludible una intervenció des d'un saber expert, que és el que porten a terme els professionals, que s'encarregaran de vigilar l'individu i sancionar-lo quan no compleixi amb les demandes del sistema social (Illich, 1977). Des d'aquesta perspectiva fundada en models psicologistes i rehabilitadors, la pràctica de la disciplina del treball social es dirigeix a la resolució del problema, que com a professional competent ha diagnosticat i delimitat. Sota aquesta lògica emparada en l'assistencialisme, el propòsit de la disciplina és fomentar unes respostes eficaces i eficients per erradicar els problemes, sense tenir en compte altres qüestions que hagin afavorit l'aparició de la situació. Per això, la intervenció del treball social des de la perspectiva de la resolució de problemes i del model rehabilitador o biomèdic guarda com a finalitat la modificació de les singularitats considerades com a anormals i la responsabilitat de l'adaptació a l'individu, així com la perpetuació de la violència global. Una justificació d'aquesta línia d'intervenció es pot observar en la inseguretats i el malestar que alguns/es professionals experimenten a l'hora d'incorporar la participació d'una persona usuària

com a veu crítica en relació amb la salut mental pel ressò personal que això suposa i per la pèrdua del seu rol dins del sistema de salut, en el qual, històricament, el treball social ha guanyat rellevància per les aportacions socials a l'orientació clínica (Ray et al., 2008). Aquest seguit de fets ha afavorit que les persones diagnosticades amb trastorn mental desconfiïn de la intenció real de la intervenció del treball social perquè l'identifiquen com un mecanisme de control del sistema (Healy, 2017).

El model social persegueix l'eliminació de l'homogeneïtzació del pensament i la plena participació de totes les persones que formen la societat; per això, s'entén com la ideologia basada en el reconeixement de la diferència (Palacios et al., 2014; Barton, 2018). En concret, aquest model responsabilitza l'estructura de l'organització de les barreres existents i de les desigualtats que alienen totes aquelles persones que no compleixen amb un cànon imposat, i promou un reconeixement de la diferència com una peça clau per a la societat (Barton, 1998; Oliver, 2004). Aquest plantejament deixa de culpabilitzar l'altre de les seves mancances, i passa a responsabilitzar el sistema de la manca de respostes a les necessitats de la diversitat, cosa que suposa un canvi en les consciències de la comunitat. Més concretament, el model social aglutina el seu interès en la transformació de l'estructura social a favor del desenvolupament de les persones, ja que està interconnectat amb els models basats en les teories crítiques, el feminisme i la sensibilitat antidiscriminatòria.

Malgrat aquestes argumentacions a favor del model social, emergeixen veus que es plantegen una crítica a aquesta línia de pensament perquè manté com a irrefutable que la disfunció d'una persona és producte de la seva biologia, mentre que la discapacitat és un problema cultural. Segons Kafer (2013) i García-Santesmases (2017), aquesta incongruència en la proposta del model social torna a posar de manifest la dicotomia entre natura i cultura, amb la qual cosa es repeteix la fórmula de la dualitat com a base del model i perpetua la idea segregadora de l'existència d'un col·lectiu que és diferent de la resta de la societat per la seva diversitat. Aquest plantejament denota el manteniment de l'hegemonia dels models *cut out* i rehabilitador o biomèdic en els discursos del model social en concebre l'existència de persones que per la seva condició orgànica i/o mental són imperfectes. Aquesta condició provoca que els/les treballadors/es socials que es recolzen en el model social han d'estar atents/es als efectes socials dels diagnòstics del trastorn mental i dels corrents imperants, que es tradueixen en una pertorbació o en una

limitació d'una funció, en la incapacitat funcional per a l'acompliment d'un rol social, en la dependència permanent d'una altra persona o d'un servei concret, en la sobrecàrrega familiar manifesta o persistent, o bé, en l'absència de família i en la manca de xarxes socials.

Les principals identifikacions de la influència del model rehabilitador o biomèdic en la pràctica del treball social es mostren a la taula següent.

Taula 7. Relació de la intervenció del treball social des del model rehabilitador o biomèdic

Visió del treball social	Posicionament a la pràctica	Accions relacionades
Resolució de problemes	Positivisme	Exclusió d'altres sabers que no siguin els del professional.
	Individualisme	Adaptació al medi social com una obligació de la persona diagnosticada amb trastorn mental.
	Pragmatisme	Orientació del focus de l'interès de la pràctica professional en els aspectes curatius i assistencials.
	Cognitiu conductual	Modificació de la diferència i millora de la simptomatologia.

Font: Elaboració pròpia a partir de Payne (2012), Cazorla i Parra (2019).

El treball social des del model social en salut mental adopta estratègies que contribueixen a millorar el benestar fomentant el sentit de pertinença i de capacitat de les persones diagnosticades amb trastorn mental, per maximitzar les seves capacitats i contrarestar els processos socials que els devaluen la identitat social. Aquest plantejament supera la dependència i promou un canvi en el tipus de relació que s'estableix amb l'altre, defugint la relació coercitiva i/o paternalista que l'estructura, els serveis i els professionals han exercit envers les persones diagnosticades amb trastorn mental i que han afavorit l'aflo-rament de sentiments d'imptència, d'injustícia i de derrota en les seves experiències vitals (Beresford, 2002; Postle i Beresford, 2007; Tew et al., 2012; Brea i Gil, 2016).

Les persones professionals del treball social fomenten en l'individu oportunitats de participació en les diferents esferes de la vida social des d'una estructura de suport comunitari. La manera com els/les treballadors/es socials porten a terme aquestes accions és mitjançant la creació i el manteniment d'una relació interpersonal en el seu medi social

concret, amb la intenció d'incrementar el benestar de les persones diagnosticades amb trastorn mental, i a fi de promoure el manteniment i/o la creació de xarxes socials en la comunitat de pertinença com a suport informal de les persones diagnosticades amb trastorn mental, un àmbit en què el treball social és precursor. Convé ressaltar que l'objectiu del treball social és produir un canvi social a través del reconeixement i la dignitat de les persones diagnosticades amb trastorn mental i consegüentment en l'opinió pública. Per assolir aquesta meta, és essencial que la pràctica del treball social en salut mental impliqui que la i el professional compregui els subjectes tant en el seu vessant emocional com individual, que se centri a millorar i/o modificar la interrelació entre l'individu i el seu medi sociofamiliar, per assegurar que no es vulnerin els seus drets com a ciutadans i per garantir el seu accés als recursos en situació d'igualtat a la comunitat i la plena integració social (Parra, et al., 2011).

El/la treballador/a social s'aproximarà a la persona mitjançant un estudi i una comprensió de la història de vida del subjecte amb qui es relaciona per entendre què l'ha portat a ser l'individu que és (Roca et al., 1972; Fernández, 1985; Páez, 2017). L'aproximació a la realitat compartida entre el/la treballador/a social i la persona es fa de forma interpretativa, descriptiva i flexible, pel fet que les relacions són irreversibles i, per tant, es troben condicionades per l'*Altre* (Lévinas, 2006). El propòsit d'aquest abordatge és evitar les creences estigmatitzadores i els prejudicis sobre la persona diagnosticada amb trastorn mental, perquè els subjectes sentin que les seves capacitats són valorades i es fomenti la seva autodeterminació i la seva emancipació del sistema. Des d'aquesta òptica, apareixen escenaris col·laboratius basats en la identificació de l'experiència com un capital i una capacitat de la persona que facilita la recuperació en salut mental a favor de la construcció de destreses (Bradshaw et al., 2007; Mancini, 2011; Brown i Walter, 2014). L'admissió de l'experiència afavoreix que les persones diagnosticades amb trastorn mental siguin reconegudes com a expertes dels seu processos, fet que impulsa l'autonomia i el sentiment de dignitat. Serà en virtut de l'establiment de compromisos i principis entre els/les professionals del treball social i les persones usuàries dels serveis, com la interiorització del model social i l'enfocament holístic, que es produiran canvis i innovacions en la pràctica, tal com es mostra a la taula 8.

Taula 8. Relació de la intervenció del treball social des del model social

Visió del treball social	Posicionament a la pràctica	Accions relacionades
Empoderament / canvi social	Interpretatiu	Inclusió dels sabers fruit de l'experiència de les persones diagnosticades amb un trastorn mental
	Comunitari	Adaptació del medi social com una obligació de la societat cap a les persones diagnosticades amb un trastorn mental
	Hermenèutic	Orientació del focus d'interès de la pràctica professional a la interpretació de la realitat i el reconeixement de la diferència
	Constructivista	Concepció que el coneixement és una reconstrucció de l'individu.

Font: Elaboració pròpia a partir de Payne (2012), Cazorla i Parra (2019).

2.9.2. LA DEONTOLOGIA DEL TREBALL SOCIAL

Pel que fa a l'ètica, cal dir que es tracta d'un element necessàriament pràctic per a la disciplina del treball social, vist que la intervenció es porta a terme en un món complex i format per diverses comprensions, i que manté la capacitat de reflexionar sobre diferents morals. La premissa amb què es pot definir l'essència de l'ètica és la de voler donar resposta als conflictes que conflueixen en la convivència de múltiples actors en un mateix espai, per mitjà de la capacitat natural dels éssers humans de reflexionar (Banks, 1997, 2012; Bilbeny, 2002).

L'acció que desenvolupa la disciplina ha de ser conscient i fonamentar-se en uns valors acceptats per la comunitat amb què es treballa; per aquesta raó es pot entendre que l'ètica és un dels eixos vertebradors del treball social (Peled i Leichtentritt, 2002). Un altre aspecte a tenir en compte, d'acord amb l'ètica de la disciplina, és que les i els professionals del treball social han d'aprendre a acceptar els altres com a personalitats diferents i amb dret a desenvolupar-se i a realitzar-se com considerin més oportú més enllà del criteri professional (Hamilton, 1982). Aquesta idea de respecte es pot interpretar com la voluntat de comprensió i d'admissió d'una moral diferent a la del/la treballador/a social i que suposa intrínsecament un reconeixement de la persona. En la mateixa

història del treball social, l'ètica també s'ha vist envoltada per diferents corrents, que en l'actualitat no es troben en el focus d'interès de la pràctica, que s'han establert en el paternalisme o la beneficència, que no són més que fórmules d'exclusió i de perpetuació de les desigualtats, sense tenir en compte l'individu i les dinàmiques de l'entorn envers ells.

Els valors del treball social són una sèrie de principis morals/ètics bàsics amb els quals es comprometen els/les treballadors/es socials amb la intenció de promoure la dignitat, els drets, el respecte, la privacitat i la confidencialitat de les persones (Banks, 1997; Muyor, 2011). En la definició dels valors ètics de la disciplina, es produeix una dicotomia entre els principis ètics del treball social i els de la comunitat on habiten les i els professionals, perquè s'entén que el sistema en què vivim promou uns fonaments ètics que regulen el comportament de les persones que formen la comunitat i dels quals els mateixos professionals del treball social en formen part com a individus. Aquest plantejament de regulació de la societat se sustenta en la teoria de Foucault (1999), que exposa a *Vigilar y castigar; el nacimiento de la prisión*, que aboca l'exercici de la pràctica a ser una de les institucions simbòliques que controla l'ordre polític i social preestablert per als que s'ha classificat com a inadaptats del sistema. En altres paraules, les i els professionals del treball social s'enfronten a una sèrie de desafiaments en l'exercici de la disciplina com la revisió de les dinàmiques de l'estructura –per evitar línies d'intervenció utilitaristes i emmarcades en lògiques de l'estructura capitalista– i internes –la reflexió de l'exercici de la pràctica, per prevenir la desigualtat en la relació d'ajuda amb l'altre, resultat de l'expertesa i de la base moral del/la professional–. Una qüestió a la qual s'intenta respondre amb l'ajuda d'un diàleg no jeràrquic amb què s'afavoreix la participació dels diferents components de l'espai d'actuació (Peled i Leichtentritt, 2002; Michaels et al., 2012). Amb aquesta finalitat, les consideracions morals del professional, abans d'elaborar una estratègia de treball, són la responsabilitat d'aproximar-se a la comprensió de la realitat de la persona amb qui establirà un vincle, sense oblidar el principi d'autodeterminació del subjecte. D'aquesta manera, el professional coneixerà el subjecte amb qui tracta de manera integral i no el concebrà com un objecte que *pateix una malaltia*, sinó com una persona (Farah et al., 2011). Aquest posicionament professional se sustenta en el principi del reconeixement i la participació de l'*Altre* per evitar el sotmetiment i la

categorització com a client⁷. Per tant, en la pràctica del treball social és primordial la introspecció, exercici que exigeix a la persona que porta a terme la disciplina a adonar-se des de quina subjectivitat comprèn la realitat a la qual s'enfronta, de quins prejudicis parteix i amb quines habilitats compta per entendre els sentiments i les necessitats de l'*Altre*, evitant la creació d'una veritat absoluta professional a l'hora de la intervenció. Per Madrid (2019), aquest perill en la pràctica i l'ètica professional sorgeix de l'economia del pensament que persegueix simplificar i erradicar la diversitat i la complexitat de la societat per homogeneïtzar les respostes i disminuir esforços en la comprensió de les particularitats i necessitats de les persones. Així doncs, val la pena entendre que la superació d'aquests corrents requereix, com ja s'ha esmentat, que la i el professional reflexioni sobre l'acció i les repercussions que poden exercir en l'*Altre*.

Un altre aspecte que s'ha de considerar en la pràctica del treball social és la disjuntiva moral o dilema ètic que pot aparèixer de la complexitat de les relacions que es desenvolupen en la relació assistencial, en la qual es confronten interessos o béns incompatibles al mateix temps (Salcedo, 2010). En aquests casos, el/la treballador/a social haurà de buscar les estratègies i les aliances pertinents per arribar a un enteniment amb la persona amb qui és relaciona. Així doncs, es pot definir el dilema ètic com la situació empírica que té a veure amb la capacitat crítica i d'obrar en llibertat; l'acceptació que existeix un problema social és gairebé sempre la millor forma de començar per intentar trobar sortides racionals a un assumpte en què es barregen molts prejudicis i motivacions no racionals (Bilbeny, 2004). Tot i aquest primer apropament a l'elecció entre alternatives, en la pràctica del treball social no hi ha respostes fàcils als problemes ètics i és a través de la derivació de les tensions d'aquestes situacions i l'adquisició de responsabilitats que els/les treballadors/es socials han de desenvolupar el pensament crític i de reflexió per poder explorar la naturalesa dels problemes i dels dilemes (Dominelli, 1996; Banks, 2012). Per fer front a aquests tipus de problemes, la resposta més adient és la comunicació, entenent que qualsevol comportament davant de l'*Altre* guarda en si l'acció de la transmissió d'un missatge (Watzlawick, 1995).

⁷ El concepte client, en aquest apartat, es relaciona amb la pèrdua d'identitat i deshumanització enfront el sistema de l'estat, que aboca el treball social a no comprometre's amb la persona i a identificar-lo com una càrrega de treball. La defensa d'aquesta visió es sustenta en la crítica que els/les treballadors/es socials no fan del sistema de benestar (Dominelli, 1996).

La capacitat de diàleg dels éssers humans és la fórmula per iniciar una comunicació entre els diferents participants, en la qual podran compartir conceptes, i serà a causa d'aquesta acció que els individus seran capaços de crear el que és comú, que possibilitarà la convivència entre les persones disminuint el que les separava a priori; una dissertació que guarda en si la importància de pertànyer a un món i tenir un horitzó comú. El diàleg esdevé la voluntat d'establir una comunicació per mitjà de la raó, una acció amb la qual s'inicia l'enteniment. En l'exercici del diàleg cal la identificació de tots els participants com a actors actius. En particular, el canvi que s'ha de promoure és l'avocació dels drets de les persones diagnosticades amb trastorn mental, de la seva capacitat d'autonomia i de la seva participació en el tractament i el model d'atenció que reben (Desviat, 2007; Michaels et al., 2012; Parazelli i Bourbonnais, 2017), afavorint un diàleg entre iguals que facilitarà una restitució dels drets i de la dignitat com a subjectes actius a aquells que s'havia exclòs de la presa de decisions com a ciutadans.

En el diàleg, del qual es parteix per iniciar la voluntat de comprensió del que és estrany o no comú en la societat en què es troba, es fa elemental la regla de la reciprocitat com a acció moral que té en compte l'*Altre* i la seva autonomia com un vincle en el qual "un mateix no existeix sense pressuposar l'altre" (Bilbeny, 2004, p. 74). En aquest escenari, és oportú destacar que l'acció de parlar amb un altre subjecte implica, perquè pugui considerar-se un diàleg, que aquest altre respongui i compregui el que se li diu. La societat humana té, gràcies al llenguatge oral, una amplitud i una índole molt diferents de les societats animals: això fa "que seguim una conversa i podem escoltar-nos els uns als altres" (Gadamer, 1993, p. 143). Tota la transformació del nostre món és fruit de l'ordenament dels usos, dels costums i per la constitució de tradicions culturals. És mitjançant aquestes concepcions que el plantejament entre les relacions que s'estableixen entre les i els professionals i les persones han de concretar-se en la promoció de l'autonomia, l'autodeterminació i el respecte per les persones (Salcedo, 2001), deixant de banda les normes socials i institucionals i la imposició de la doctrina de les conductes que el rol professional ha transmès en nombrosos casos.

En definitiva, es defensa que la mirada ètica sigui el pilar de la disciplina del treball social en la relació i que tingui en compte els diversos aspectes de les persones i de l'entorn, impulsant la transformació de les situacions socials per mitjà de la implicació dels agents de participació en la comunitat i el desenvolupament de les pròpies capacitats personals.

2.10. EL MÓN ASSOCIATIU

Nihil de nobis,

sine nobis

Anònim

Històricament, la problemàtica relacionada amb l'àmbit de la salut mental ha estat concebuda com una desviació de la normalitat hegemònica, i en què l'única solució era l'aïllament, l'adaptació o el canvi conductual (Beresford, 2002, 2019; Palacios i Bariffi, 2007). En efecte, hi ha diverses variables transversals que reforcen aquest pensament, com el tipus d'estructura de les institucions, dels models de tractament de l'*alteritat* a què responen els discursos dominants, així com els diferents dispositius, tècniques, institucions i tipus de funcionament que reforcen i produeixen una determinada construcció de la diferència (Pié, 2009; Rodríguez i Ferreira, 2010; Ferreira, 2011). D'aquesta manera, es promou la creença que la diversitat, de la manera que sigui, és una situació individual de cada persona i, com a tal, es fa el subjecte responsable de la seva voluntat de canvi o curació, oblidant les influències i els condicionants social d'aquesta circumstància (Nussbaum, 2006). La transcendència d'aquest succés es traduïa en una reclusió total, amb la qual cosa la persona perdia l'exercici dels seus drets com a ciutadà (Ferrer et al., 2006). En particular, seguint aquesta norma institucional d'exclusió, era difícil idear el món associatiu en "primera persona", perquè el més fàcil era concebre el rebuig cap a aquells identificats com a bojos per la simple raó de la repetició de patrons socials (Sampietro, 2016).

En contrast amb aquest model justificat en la biomedicina i la rehabilitació, als Estats Units, al Canadà i a Europa s'han afavorit la creació de diferents moviments antipsiquiàtrics, formats per persones usuàries, exusuàries o *sobrevivents* dels serveis de la xarxa de salut mental, que reivindicaven una sèrie de drets, de solucions i de propostes alternatives a les respostes institucionals que s'havien donat sistemàticament (Beresford i Croft, 2001; Casal, 2010; Godrie, 2015; Saraceno, 2017), com "els processos d'institucionalització, de medicalització, de reducció i d'eliminació de l'autonomia de les persones, a conseqüència dels quals s'elimina o es dificulta l'autoresponsabilitat de la persona en la seva pròpia vida" (Madrid, 2014, p. 23-24). Cal remarcar que aquests moviments han tingut un paper destacat a l'hora de facilitar que les i els professionals de la salut mental

tinguin en compte la dignitat de les persones diagnosticades amb trastorn mental, cosa que ha provocat que disminueixin els tabús i els prejudicis (Eiroa-Orosa, 2015). Un altre exemple del paper que han jugat aquests moviments és la confrontació d'aquesta mirada discriminatòria fundada en la responsabilitat individual per introduir la percepció social en l'àmbit de la salut mental com quelcom constitutiu (Beresford i Croft, 2001; Causa et al., 2009). En la crítica al model predominant del tractament de les persones diagnosticades amb trastorn mental, es considera que no ha de ser l'individu qui s'adapti a l'estàndard de la societat, sinó que ha de ser la societat la que s'adapti a les necessitats de tots els individus que la formen (Palacios, 2008). Aquest plantejament supera la perspectiva tradicional de l'organització del sistema, implica un canvi en l'atenció a la salut mental i situa l'espai comunitari com l'esfera essencial de l'atenció de la població.

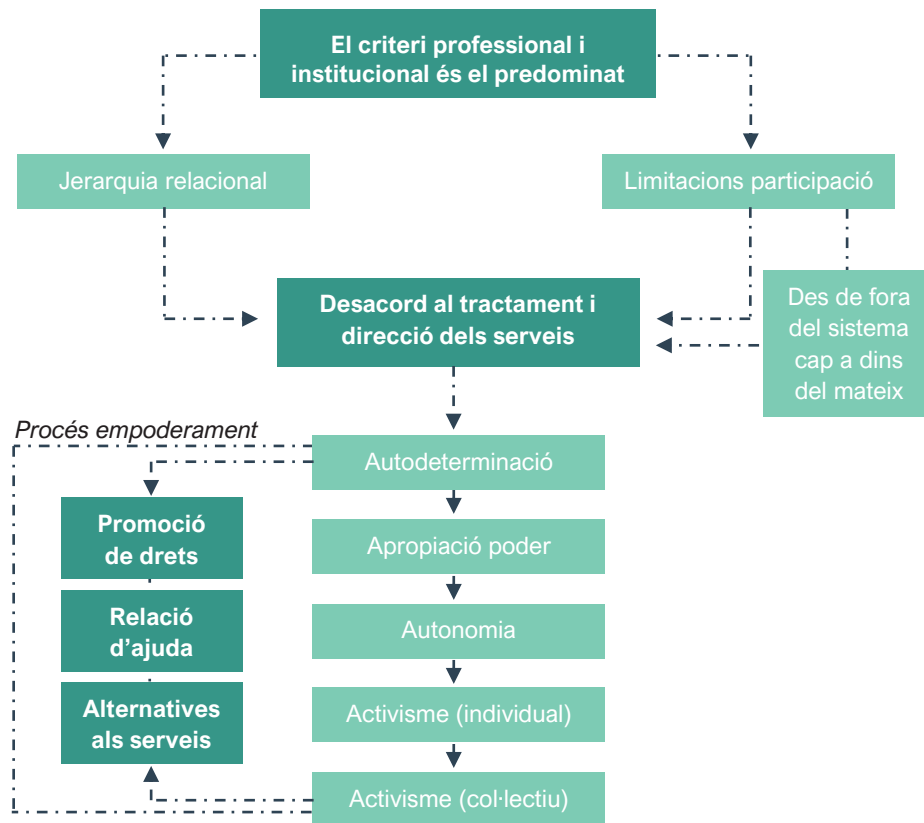
El 2005 l'OMS, basant-se en les conclusions del I Congrés de la Federació Espanyola d'Associacions de Rehabilitació Psicosocial (FEARP), va recomanar que la responsabilitat del lideratge de les persones diagnosticades amb trastorn mental, dins dels serveis de la salut mental, era una tasca que les mateixes persones usuàries havien d'assumir a través de la creació i el manteniment d'entitats i d'associacions, en les quals es reconegués la seva expertesa en la matèria. Com a resultat d'això, les organitzacions de persones diagnosticades amb trastorn mental desenvolupen un paper actiu en la recerca de solucions i en la participació en la conscienciació de les repercussions de la salut mental en la societat (COM, 2005). Per aquesta raó, es considera que les accions dels activistes o *advocates*⁸ i de les organitzacions en "primera persona" són necessàries per reorientar el protagonisme de les persones que viuen les desigualtats i el rebuig, alhora que la seva experiència els legitima com a experts en la matèria:

A la reorientació de l'atenció cap a l'impacte de les barreres socials i ambientals, com els estereotips culturals negatius, que discapaciten les persones i les seves organitzacions per obrir un nou front en l'àrea dels drets civils i la legislació antidiscriminatòria com a ciutadans de segona classe (Palacios, 2008, p. 106-107).

⁸ Activisme o *advocates* és una actitud o un comportament de les persones que participen en un moviment, que es pot definir com una eina en defensa dels drets bàsics dels ciutadans i com una postura en contra de la injustícia, que pel seu caràcter moral propicia el despertar de les consciències dels individus per respondre públicament i de manera no-violenta amb l'objectiu de modificar una llei, una política governamental, etc., amb l'objectiu de provocar en la societat un moviment o un canvi de concepció. Així doncs, es pot afirmar que l'acte de l'activisme o *advocates* és per a la ciutadania una responsabilitat per supervisar les barreres i els mecanismes que regulen les normes socials i les polítiques (Estévez, 1994).

És a partir d'aquestes implicacions que neix la idea de la defensa d'aquest tipus d'associacions i es considera que amb el suport i la formació adequats, tindran tendència a ser cada cop més independents de les institucions clàssiques, desafiant així els models individuals biomèdics i rehabilitadors en pro d'un enfocament social del diagnòstic en salut mental des d'una perspectiva del model social (Castellanos et al., 1998; Beresford i Croft, 2001). Les entitats de les persones diagnosticades amb trastorn mental "esdevenen representants del col·lectiu, atès que donen un lloc a la veu de la persona usuària [...] en tant que parlen des del col·lectiu" (Causa et al., 2009, p. 29). En aquest tipus d'organitzacions, es creen una sèrie de vincles, més sòlids que els que es fomenten en les institucions formals, i que superen la creença de la deshumanització i de la identificació com a casos socials en les persones diagnosticades amb trastorn mental (Sampietro, 2016). Per tant, és rellevant indicar que el motiu de la mobilització en la majoria de les persones és el fet d'haver viscut situacions o experiències que tenen un significat simbòlic o emocional que han provocat una necessitat de recolzament entre iguals (Kieffer, 1984). En aquests tipus de grups entre iguals, les dinàmiques que es desenvolupen fomenten el sentit de pertinença, d'autoreconeixement i d'unitat amb altres persones amb una mateixa necessitat en un moment determinat (Heap i Mosch-Fernandes, 1981). Aquesta afirmació recull la idea que en les associacions i en les organitzacions en "primera persona" emergeix una força transformadora que propicia l'aparició de l'autoempoderament dels membres de l'entitat, que s'estableix gràcies a la comprensió i a l'acompanyament entre iguals. Es confirma, d'aquesta manera, que l'activisme en salut mental té efectes beneficiosos sobre el benestar, perquè implica normalment una relació amb els altres components d'un grup (Eiroa-Orosa, 2013, 2015). Les relacions dins del món associatiu s'estableixen en la identificació dels recursos de la persona i de les seves capacitats per solucionar els seus propis problemes, així com en l'oportunitat d'elaborar solucions pròpies gràcies a la presa de decisions independents (Brown, 1988). És mitjançant la transmissió del protagonisme als membres de les associacions que es facilita la creació d'una línia d'acció col·lectiva d'intervenció com a actors socials que afavoreixen la participació com a plens ciutadans en la política (Causa et al., 2009; Barber et al., 2011; Navarro et al., 2016).

A continuació, a la figura 7 es representa gràficament l'evolució del procés de l'aparició del món associatiu en "primera persona".

Figura 7. Evolució del procés de l'aparició del món associatiu en "primera persona"

Font: Elaboració pròpia.

La funció concreta que reclama l'activisme o l'*advocates* és la del valor social que aporta la seva experiència i que supervisa els mecanismes que regulen les normes socials i polítiques amb el propòsit d'influir i/o promoure un canvi social en l'àmbit polític i/o legislatiu, emparat per els drets fonamentals i per la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat de Nova York (Estévez, 1994; Palacios, 2008; Saraceno, 2017; Muyor, 2019b). El propòsit d'aquestes associacions és el de fomentar el concepte de ciutadania activa amb l'ajuda de la promoció de la participació, la capacitat i la responsabilitat dins de la comunitat, abandonant el rol passiu de *malalt* (Barber i Beresford, 2011; Sampietro, 2016). Aquesta acció s'arriba a produir en la utilització dels recursos normalitzats existents a la societat per patrocinar la integració i l'eliminació de l'estigma sobre els problemes de salut mental i la lògica de l'exclusió social (Ferrer et al., 2006). Es plasma en que les persones que han estat diagnosticades amb trastorn mental i hagin estat desposseïdes de la capacitat de decisió, puguin tornar a recuperar el control sobre la seva pròpia vida i els seus processos, tot facilitant la creació d'una nova identitat social,

en tant que se li reconeix i valora la seva experiència com un coneixement valuós (Causa et al., 2009). Així doncs, amb el reconeixement de l'experiència, es tracta de facilitar l'aparició d'aspectes relacionats amb l'autoestima, l'orgull, la determinació i un sentiment d'aferrament en la comunitat de referència (Kieffer, 1984; Postle i Beresford, 2007), ja que aquests processos individuals pretenen que les persones s'incorporin en el context comunitari, qüestionant, si calgués, les barreres existents entre el món de la salut mental i la resta de la societat, a la vegada que exigeix canvis i accés a programes i a serveis públics (Godrie, 2015; Navarro et al, 2016; Saraceno, 2017). Si s'afavoreix un canvi de paradigma en l'atenció de la salut mental, emergirà el reconeixement de les persones diagnosticades amb trastorn mental com a subjectes de ple dret i amb capacitat de participació en els processos de decisió, a la vegada que aquesta identificació repercutirà en la seva identitat i en la seva dignitat de forma positiva, pel fet que se li atorga el valor idoni a la pròpia experiència com una eina important en la normalització de la salut mental a la comunitat (Jovell et al., 2006; Anczewska i Ryan, 2009). A partir d'aquesta proposició, es facilita la identificació de les persones expertes pel seu coneixement com a nous agents de canvi en l'àmbit de la salut mental, i com a tals seran els encarregats d'afavorir la gestació de nous canals de comunicació entre les i els professionals i les persones diagnosticades amb trastorn mental que siguin usuàries d'un servei concret (González, 2006; Parazelli i Bourbonnais, 2017). L'acceptació de les qualitats i de les possibilitats de les persones significarà l'inici de la modificació dels processos i la creació d'un diàleg simètric que permeti la participació en el teixit social, en el reconeixement dels seus drets i en les seves responsabilitats respecte al tractament, a la posició que han d'adoptar davant dels seus processos vitals i a la seva capacitat d'autodeterminació.



TERCERA PART

DISSENY DE LA INVESTIGACIÓ



3. METODOLOGIA

En el següent apartat, es presenta la metodologia emprada en concordança amb els objectius plantejats de la tesi. En el disseny de la investigació es descriuen els mètodes d'investigació: l'observació participant, els grups de discussió i les entrevistes en profunditat.

Posteriorment, s'expliquen les diferents etapes del procés d'investigació, en les quals es presenten les perspectives tant ètiques com legals que s'han considerat convenients. Per acabar, es presenta el pla de treball on s'exposen les etapes i les fases de la recerca.

3.1. FONAMENTS METODOLÒGICS

Una de les preocupacions de la disciplina del treball social ha estat la creació d'un mètode científic i un marc referencial propi que recolzés teòricament les intervencions i les teories en què es basen les i els professionals perquè el treball social arribi a ser considerat ciència (Lorenz, 2012). Per Göppner (2012), una de les raons que justifica aquesta necessitat de la disciplina, i un dels perills de caure en el pragmatisme, és l'aparició de la demanda d'especialització per àmbits d'intervenció per part dels/les professionals. Aquest autor afegeix que aquest afany per crear una teoria del treball social especialitzada es fonamenta en punts de vista, valoracions i estimacions provinents de la intuïció de la pràctica quotidiana amb què elaboren una pseudociència que no es pot considerar ciència per recollir una sèrie d'habilitats i de tècniques abocades a la intervenció. Aquesta vessant pràctica de la mancança científica del treball social és una conseqüència del model i el sistema capitalista en què ens trobem, que pretén convertir la disciplina en una tècnica utilitarista que respongui als interessos de control de l'estructura social i disminuir el pensament crític.

En les últimes dècades, amb l'arribada dels enfocaments fonamentats en la pràctica basada en l'evidència, s'han volgut controlar les aportacions de la ciència i situar en el focus de l'interès només la perspectiva pràctica de la intervenció (Moreno, 2004; Lorenz, 2012). Aquest pla pragmàtic intenta crear una tecnificació basada en les experiències i

les anècdotes individuals de cada professional amb l'objectiu de demostrar l'eficiència i els efectes de la pràctica de la disciplina de forma mecanitzada (Ziegler, 2005; Göppner, 2012). Ens trobem, per tant, que la investigació en treball social es troba emmarcada en una posició dicotòmica: per una banda, es pot observar l'aproximació del mètode a la ciència, i per una altra, que continua la tradició de l'empirisme. Aquests dos processos faciliten la comprensió de tota la riquesa i la complexitat de la realitat social, ja que tot i que tenen perspectives diferents d'una mateixa situació, poden ser complementàries i enriquir-se l'una a l'altra (Aguilera, Durand-Smith, Rodríguez i Romero, 2003; Thyer, 2012). Segons Parra (2017), és fonamental que es conceptualitzin les pràctiques que porten a terme les i els professionals del treball social mitjançant la investigació per potenciar, d'aquesta manera, el coneixement de les habilitats i tècniques que utilitzen els/les treballadors/es socials per transformar les situacions socials a través de la implicació dels diferents agents de participació de la comunitat (ciutadans, professionals i polítics). Així com també s'entén que l'elecció d'un mètode d'aproximació a la realitat no és neutre, perquè la mirada de l'investigador sempre es veu interferida per l'elecció de la teoria escollida i les seves vivències.

La investigació en treball social, al contrari que altres ciències socials, combina l'elecció de teories i dels coneixements produïts per l'experiència de la intervenció directa; aquesta posició dins del context facilita l'obtenció de dades que evidencien l'existència del problema i que possibilita l'acció social per a la transformació de la situació (García-Dauder, 2010). Per a Soydan (2011), la investigació en treball social va més enllà de la perspectiva dels experts i en la seva descripció de l'estat de la societat, els/les investigadors/es han d'adquirir el compromís d'ajudar a resoldre els problemes socials als quals s'aproximen. Aquesta premissa en la investigació del treball social busca la dignificació i la participació de les persones a les quals s'aproxima, per comprendre i incorporar les aportacions dels subjectes que conformen el fet social i evitar així la submissió a les estructures de poder en la comprensió de la realitat (Moreno, 2004; Postle i Beresford, 2007; Lorenz, 2012). Des d'aquesta lògica, i concretament en aquesta investigació en treball social, es pretén incentivar una ruptura amb el que és considerat com a diferent de la norma i basat en idees preestablertes per la cultura de procedència i en prejudicis envers l'objecte d'estudi, per possibilitar una nova perspectiva en la interpretació de la realitat social. Així doncs, l'objectiu de la investigació és facilitar la identificació de la diversitat com a part elemental de la societat i evitar la cosificació i el rebuig de l'estrany.

3.2. PERSPECTIVA D'ANÀLISI

*Contra la subjectivitat dels homes
s'aixeca l'objectivitat del món
construït per l'home*
Hannah Arendt

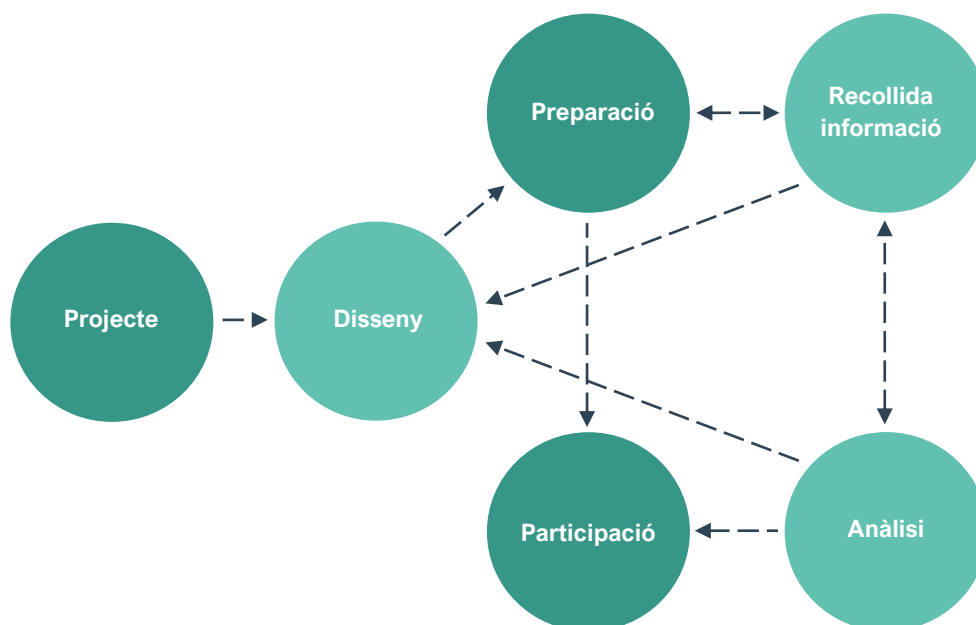
La concepció des de la qual parteix aquesta recerca és la que fa èmfasi en què la persona, més enllà de la seva salut i/o diagnòstic, té una vida que mereix ser viscuda de forma digna, autònoma i participativa. Es pot afirmar que tota vida humana es considera igual de valuosa que la resta i, en efecte, la participació en la societat es posa de manifest en la relació amb la inclusió i l'acceptació de la diferència (Beresford i Croft, 2001; Cui et al.; 2018). Aquesta perspectiva d'anàlisi s'articula sobre una base ètica delimitada per la visió de la filosofia comunitària-feminista en la qual desapareixen les jerarquitzacions i els vells esquemes de poder en benefici dels valors de la comunitat i de les relacions de reconeixement mutu (Peled i Leichtenritt, 2002). El compromís del feminisme amb la pluralitat promou que apareguin en escena diferents opcions als estàndards homogenis, la qual cosa facilita l'aparició del concepte de la diversitat, que es troba interconnectat amb la comunitat de referència com una contribució essencial (Dominelli, 1996; Payne, 2012). Aquest reconeixement de la diferència promou la creació d'una identitat personal única que es fonamenta en la diversitat, enfront de l'agrupació preestablerta i generalista que preveu l'estigma de les experiències i de les capacitats de les persones diagnosticades amb trastorn mental. Aquesta idea se sustenta en la teoria de l'*ecologia dels sabers*, que a la vegada parteix de la premissa de l'interconeixement que implica la capacitat i la voluntat d'incorporar altres formes de conèixer, alhora que respecta i valora més d'una forma de coneixement i d'ignorància, sense oblidar el propi saber del qual es parteix (Sousa, 2011).

Així doncs, la finalitat d'aquesta investigació és captar la subjectivitat dels participants en el treball de camp en els processos de capacitació, d'empoderament i de revalorització de les experiències i les vivències de les persones diagnosticades amb trastorn mental, els seus familiars i els/les professionals del treball social. A partir d'aquesta proposició, i de la consideració que la disciplina de treball social busca millorar la vida de les persones, es tenen en compte totes aquelles esferes de les quals les persones diagnosticades

amb trastorn mental han estat apartades o expulsades, com l'àmbit dels drets polítics i socials, que repercuteixen en l'exercici de la ciutadania i l'establiment o la restauració de vincles socials. En virtut de la identificació com a subjectes de ple dret, amb qualitats i amb potencialitats, els/les treballadors/es socials afavoreixen que les persones diagnosticades amb trastorn mental assumeixin un rol actiu en els processos de decisió i de participació de manera autònoma i individualitzada (Salcedo, 2001; Stevens, Manthorpe, Martineau i Norrie, 2018). Aquest principi de l'empoderament requereix a les persones professionals del treball social que s'aproximin a la situació que aborden simultàniament amb el subjecte amb qui es relacionen, tenint en compte tant el medi social en què habiten com la realitat compartida, per tal de redistribuir les tasques i el poder (Richmond, 1962; Thyer, 2012).

La perspectiva ontològica amb què s'origina aquesta recerca és la d'analitzar els significats simbòlics dels individus a través de les experiències viscudes pels protagonistes, amb el propòsit d'extreure la realitat social dels participants en el treball de camp (Glaser i Strauss, 1968; Schuster, 2013). Aquesta proposta d'investigació pretén captar un fenomen empíric, contemporani i en un context concret que l'investigador comparteix amb els subjectes protagonistes. Arran d'aquesta voluntat de donar pas a les experiències subjectives de les persones informants, l'investigador proposa exercir un rol participatiu i des d'una posició de defensa de la salut mental similar a la d'un activista. Des d'aquesta ideologia, es porten a terme diferents iniciatives de col·laboració i de visibilització, tant a nivell de la pràctica professional com de l'acadèmia, en la promoció i inclusió de la veu de les persones diagnosticades amb trastorn mental en diferents processos. D'una banda, en la revisió, la reflexió i la discussió sobre l'objecte i l'evolució de la tesi; de l'altra, en la connexió del món associatiu en "primera persona" amb dos projectes laborals al centre de treball de l'investigador, sense perdre de vista el context social i relacional que constitueix la realitat. Per aquesta raó, durant el procés d'elaboració del disseny de la investigació s'han seguit les directrius que segons Yin (2014) supervisen totes les fases a mode de revisió circular constant de les dades que es recopilen i les conclusions que s'extreuen de les preguntes inicials, com s'aprecia a la figura 8.

Figura 8. Procediment de disseny de la investigació on s'inclouen els mecanismes de supervisió



Font: Yin (2014).

El tipus de realitat que es persegueix captar, en aquesta investigació, és la perspectiva de la persona protagonista mitjançant la seva narració (Trinder, 1996). Aquest denominador facilita que s'esculli la metodologia qualitativa com la més adient a aquest objecte d'estudi. El motiu d'aquesta elecció està relacionat amb la intenció principal de la investigació, que és la participació del subjecte en el procés, gràcies a una aproximació al coneixement d'estudi de forma interpretativa, descriptiva i flexible. És notable accentuar que en aquesta metodologia l'investigador estudia l'àmbit i les persones des d'una posició holística (Taylor i Bogdan, 1987), amb el propòsit de comprendre els esdeveniments més enllà de la pura descripció i per submergir-se en la comprensió de la manera com succeeix el fet, del motiu pel qual es constitueix d'aquesta manera i què és el que es fa, des d'un enfocament interpretatiu de la realitat (Dey, 1993; Álvarez-Gayou, 2003). Per això, l'investigador ha estat conscient de la importància del contacte al qual va tenir accés a través de les tècniques de la metodologia qualitativa; posant una atenció especial en l'equilibri de poder entre els investigadors i els participants perquè es mantingués al més igualitari possible. Un altre dels motius pel qual s'opta pel model qualitatiu ha estat per l'acció que els fets socials no es poden reduir a teories universalitzables, de la

mateixa manera que aquests fets s'entenen des d'una visió global en un temps determinat, un lloc contextualitzat i un espai concret, al qual influiran i afectaran les relacions socials i de poder (Parra, 2011). D'aquesta manera, es proposa una metodologia participativa en la qual el treball social faciliti l'entrada en escena de les i dels protagonistes principals, que es correspon amb la perspectiva comunitària feminista fonamentada en el reconeixement i la reciprocitat, amb la intenció d'acabar identificant l'individu com a actor social, retornant-li així el protagonisme i afavorint la seva participació social; en un procés que s'ha de comprendre de la mateixa manera com un enfocament d'empoderament (Peled i Leichtentritt, 2002).

La metodologia qualitativa situa l'interès en els subjectes com a actors que seran els encarregats de mostrar el sistema social a través de la interacció, cosa que facilita la comprensió de les situacions d'estudi abordant-les a partir de la microanàlisi (Oehler i Quiroga, 1973; Thyer, 2012). Aquest interès en la recerca del significat dels fenòmens i l'obtenció de la paraula dels subjectes de l'acció social és un reflex de la comprensió de la realitat (Callejo, 2002).

Tot i això, per a moltes persones diagnosticades amb trastorn mental, la paraula es troba subjugada a un discurs institucional mèdic que és basa en uns criteris que l'opinió de la societat assimila com únics i genuïns, i que limiten la participació en els seus propis processos als mateixos implicats. D'aquesta manera, s'afavoreix que el comportament de les persones diagnosticades amb trastorn mental estigui subjugat a les pautes marcades dels opressors (Freire, 1970; Postle i Beresford, 2007). Bourdieu (2003) alerta del menyspreu que es mostra a les aportacions a la ciència d'aquells a qui no es considera part de la comunitat científica, perquè el monopoli en la lectura de la interpretació de la societat és manté i es bloqueja l'establiment d'un diàleg entre les diferents parts que la formen a causa de l'estaticitat de les estructures i de l'autoritat específica. En contrast amb això, apareix la identificació de les realitats múltiples amb diferents significats com a fruit de l'exercici reflexiu i voluntari que duu a terme l'observador extern (Yin, 2014). El mètode qualitatiu es focalitza en la voluntat de conèixer la subjectivitat de la mà de les vivències, les normes i les impressions de les persones que són l'objecte d'estudi (Trinder, 1996; Aguilera et al., 2003). Per poder arribar a aquesta cota és inevitable el trencament de les relacions jeràrquiques dins de la investigació, per afavorir que no s'identifiqués el rol de l'investigador com un observador neutral que examina objectivament la

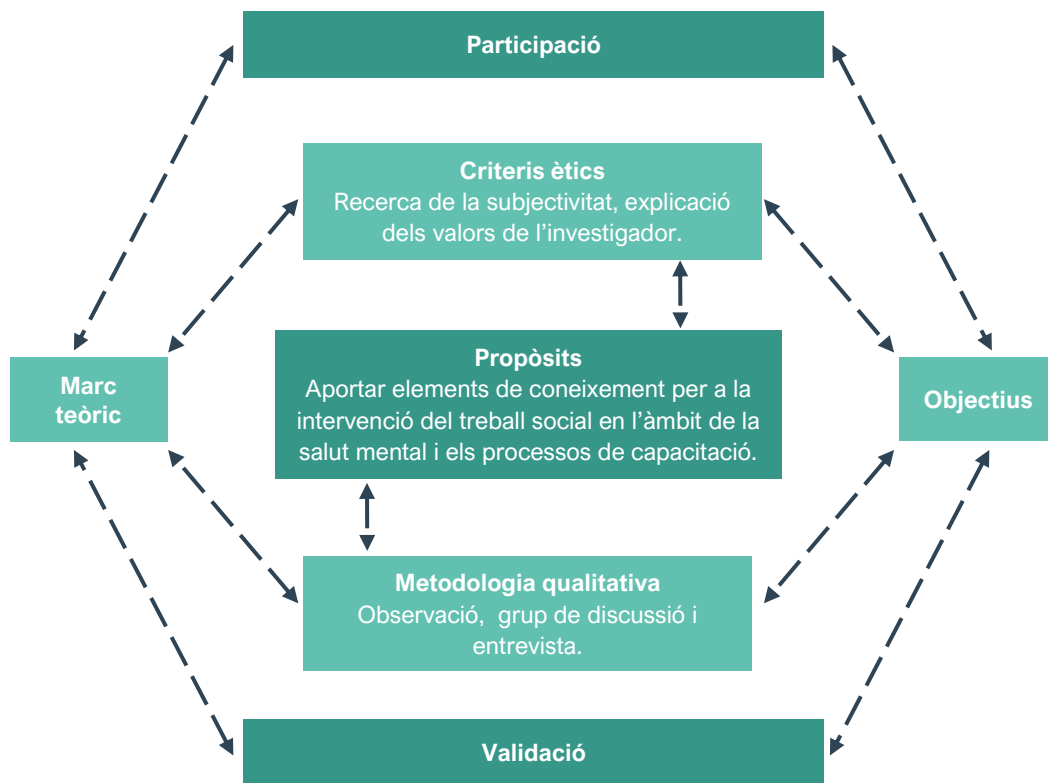
realitat humana de la recerca, amb la intenció de facilitar una relació recíproca en la qual les persones propietàries de la informació d'estudi exerceixin un paper actiu per a la investigació (Karnieli-Miller, Strier i Pessach, 2009).

Un altre motiu per escollir el mètode qualitatiu, segons Valles (1999), es troba en la seva fase final: en l'ajustament de la profunditat del procés d'anàlisi de les dades, en el qual es procura aportar una visió global del discurs que permet seleccionar-ne fragments i reduir-lo en unitats que podran ser integrades en esquemes conceptuals.

El procés qualitatiu es representa i s'associa gràficament a una espiral. Aquesta correspondència gravita en el fet que aquest mètode s'adapta i es modifica durant el procés d'investigació, en contraposició amb el procés lineal del mètode quantitatiu (Bericat, 1998). La flexibilitat és present durant totes les fases en què l'investigador descobreix, interpreta i comprèn l'objecte d'estudi mitjançant l'acostament a ell i a la seva realitat. Alhora, les persones que porten a terme les investigacions socials qualitatives es troben amb objectes d'estudi als quals es reconeix les seves aportacions com una oportunitat d'incorporar potencialitats que enriqueixen tant el treball de camp com l'anàlisi de la recerca (Ibáñez, 1994).

El mètode qualitatiu explora les experiències de les persones dins de la seva quotidianitat de forma subjectiva, interna, global i immediata als processos reals. Per aquesta raó, es considera que és necessària l'aproximació de l'investigador a la realitat de les persones en la forma en què la perceben els mateixos subjectes (Taylor i Bogdan, 1987). A la vegada, s'entén la visió del mètode qualitatiu com un acostament i una exploració de l'objecte d'estudi, donat que la postura de l'investigador és intentar donar sentit a la vida quotidiana sense interrompre-la (Mayan, 2001). És destacable enunciar que l'interès se centra en l'observació, l'escolta i la comprensió de la realitat subjectiva que viuen els actors que hi conflueixen per obtenir un recull de percepcions i/o vivències quotidianes com a resultats o significats.

Figura 9. Disseny del treball de camp



Font: Elaboració pròpia.

3.3. TÈCNIQUES PER A LA RECOLLIDA D'INFORMACIÓ

A continuació es presenta l'explicació de la tria de les tècniques de recollida d'informació que tenen com a finalitat l'aproximació a la percepció dels protagonistes dels processos d'empoderament i capacitació en salut mental, els seus familiars i les i els professionals del treball social, amb l'objectiu principal de comprovar els interrogants plantejats. S'escullen de manera pertinent les tècniques de l'observació participant, el grup de discussió i l'entrevista en profunditat per endinsar-se en la percepció dels successos, els punts de vista, les posicions existents i la forma com s'elaboren les reflexions de les persones participants al llarg del procés.

En la preparació prèvia al treball de camp, s'han elaborat tres instruments (annex 1) amb l'objectiu d'ajudar a recollir la màxima informació de les persones informants en les dues

etapes del treball de camp. El primer guió s'ha realitzat per a les entrevistes en profunditat de la primera etapa, i s'hi inclouen 4 temes i 25 preguntes; el segon guió pertany als grups de discussió i presenten 6 temes i 23 preguntes. L'última guia es va crear per a les entrevistes en profunditat de la segona fase, i hi consten 6 temes i 19 preguntes. Aquestes pautes suposen una guia amb els objectius de l'estudi, les normes de les sessions i els temes a tractar. A més, comprenen un seguit d'elements i explicacions per a l'entrevistador-moderador en l'abordatge de les situacions que generin dubtes o conflictes.

3.3.1. OBSERVACIÓ

L'observació participant com a tècnica d'investigació implica l'acció d'involucrar-se amb un grup o comunitat, amb el propòsit de comprendre la seva cultura, la seva realitat i l'engranatge que el vincula la societat. L'elecció de l'observació participant en aquesta tesi es relaciona amb la voluntat de conèixer el funcionament, l'estructura i la filosofia de les entitats en "primera persona", així com la variabilitat dels subjectes que les componen, com a experts en l'empoderament i la capacitat en salut mental. La utilització d'aquest mètode guarda en si mateixa la intenció de conèixer i interactuar amb els potencials informants des d'una visió horitzontal, on se'ls reconeix i se'ls valora el seu saber. Aquest mètode d'investigació permet l'accés als esdeveniments des de la interpretació i la representació que les persones i els grups coneixedors tenen de l'objecte d'estudi (Yin, 2014).

Per Malinowski (1995) i Calleja (2002), l'observació és un atribut de la persona que s'introdueix al grup per conèixer i comprendre un comportament o unes dinàmiques dels subjectes que surten de la norma de la societat de pertinença de l'investigador. Amb aquesta tècnica d'investigació s'extreuen dos posicionaments: per un costat, l'interès per comprendre un sistema diferent del propi; per l'altre, la influència d'una normativa externa a l'objecte d'estudi, de la que cal ser conscient en el moment de la interpretació dels fets.

El mètode de l'observació persegueix produir dades sobre les pràctiques socials durant l'esdeveniment observat i per mediació de les categories de l'investigador des de les quals es relacionaven amb el món (Konopka, 1966; Jociles, 2018), raó per la qual l'espai

natural de l'objecte d'estudi és un element primordial on portar a terme l'observació, vist que es busca interferir com menys millor en la quotidianitat dels participants per captarla (Valles, 1999; Gutiérrez i Delgado, 2007). L'aplicació de l'observació en el treball social està relacionada amb la informació que el mètode facilita, la delimitació de les situacions socials i les accions que es poden proporcionar, amb la finalitat de millorar la qualitat de vida de les persones observades (Royse, 2018). Així doncs, l'observació és una oportunitat per detectar i comprendre la realitat, fruit de la convivència amb els seus protagonistes.

Segons Parra (2017), sota aquest prisma es pot aconseguir més profunditat en les dades obtingudes a través del sentiment de comprensió i l'acció de compartir experiències, que experimenten els components del grup amb què es treballa. En aquest sentit, com que l'investigador ha estat immers en el terreny, ha pogut captar les mancances i necessitats dels participants (Lalande i Crête, 2015). Destaca el propòsit que l'investigador manté en la tria d'aquest mètode: afavorir una relació emparada en la complicitat amb les persones que s'observen, introduint-se en espais on els informants comparteixen els seus sentiments i emocions i l'investigador en participa des d'una posició d'igual.

Es remarca la importància que l'investigador sigui capaç d'establir relacions obertes amb els components de l'objecte d'estudi i que sigui acceptat sense dificultats (Taylor i Bogdan, 1992). Per tant, per poder dur a terme el treball de camp l'investigador ha hagut d'aprendre una sèrie de codis i normes que interferissin al menys possible en el grup a estudiar per captar, així, l'experiència viscuda com un component més del grup.

3.3.2. ENTREVISTA EN PROFUNDITAT

La utilització d'aquesta eina en la recerca es fonamenta en el fet que "és un tipus d'entrevista qualitativa de caràcter holístic, en la qual l'objecte d'investigació està constituït per la vida, les experiències, les idees, els valors i l'estructura simbòlica de l'entrevistat aquí i ara" (Galindo, 2000, p. 301). L'entrevista s'entén com un relat d'històries diverses que reforcen un ordre de la vida, del pensament, de les posicions socials i de les pertinences, que s'acosten a la vida dels altres, les seves creences, la seva filosofia personal, els seus sentiments i les seves pors (Aguilera et al., 2003). Així doncs, es defineix l'entrevista en profunditat com una tècnica en la qual s'estableix una relació interpersonal

entre l'investigador i els informants, i en la qual es fomenta l'espontaneïtat dels participants (Peled i Leichtentritt, 2002; Simons, 2011; Snyder, 2012), amb la finalitat de comprendre i recollir les perspectives de la persona entrevistada amb l'ajuda de la seva pròpia paraula i les seves vivències o situacions (Taylor i Bogdan, 1987, 1992; Valles, 1999; Schuster, 2013). Un altre dels motius pels quals es valora aquest tipus d'entrevista com a idoni és per la flexibilitat i la dinàmica que guarden en si les entrevistes en profunditat i que "aporten elements de contrast procedents de veus diverses" (Parra, 2017, p. 156).

Les entrevistes en profunditat s'aproximen a l'estructura d'una conversa entre iguals deixant de costat un format d'intercanvi formal de preguntes i respostes amb la intenció de crear un discurs continu de la persona entrevistada (Penalva i Mateo, 2006). Aquest tipus d'entrevista procura anivellar la relació entre l'entrevistador i l'entrevistat amb un diàleg creatiu, uns significats co-construïts conjuntament i un aprenentatge col·laboratiu per oblidar-se així dels vells rols inquisitius (Simons, 2011). Tot i aquesta aproximació, la finalitat d'aquest tipus d'entrevistes continua sent l'obtenció d'aquelles categories i concepcions que els/les entrevistats/des tenen de l'objecte d'estudi, fossin socialment acceptats o no, mitjançant la paraula (Callejo, 2002). En especial, el rol de l'entrevistador es relega a l'emmarcament de l'entrevista, l'execució de les preguntes i els aclariments necessaris, interferint el mínim possible en la narració. Partint d'aquesta premissa, l'ordre del guió de l'entrevista s'ha d'adequar a cada persona i el resultat es modifica per mantenir el flux d'una conversa al més natural possible, s'ometen les qüestions tractades en altres respostes per facilitar l'expressió de l'experiència dels participants.

En últim terme, es pot destacar que la intenció de l'entrevista en profunditat és que les i els participants duguin a terme un exercici d'autoreflexió cap a elles i ells mateixos i la seva relació amb l'entorn per poder captar la subjectivitat de la realitat i/o situació (Schuster, 2013). Valles (1999) i Simons (2011) assenyalen que aquesta tècnica permet iniciar qüestions inesperades perquè s'emmarca en un context i un espai més íntim, que serveixen, en l'etapa inicial, tant per preparar altres instruments posteriors, com per contrastar i interpretar la informació extreta en l'etapa final del treball de camp.

3.3.3. GRUP DE DISCUSSIÓ

El grup de discussió és un dels tipus d'entrevistes existents en la metodologia qualitativa d'investigació, que té com a propòsit el compromís d'escoltar i d'afavorir la participació dels/les components. La voluntat d'aquesta tècnica és simular les interaccions discursives dels/les participants amb les interrelacions grupals i amb la intenció que es generi un discurs producte de la participació dels/les components (Valles, 1999). En concret, l'elecció dels participants es veu influenciada per la selecció de persones que comparteixen unes determinades característiques o una construcció conjunta d'un esdeveniment social determinat.

En aquesta línia, es pretén que l'objectiu del grup de discussió afavoreixi un diàleg entre les i els components al voltant d'una temàtica concreta que produeixi un coneixement propi que atorgui sentit als temes tractats (Ibáñez, 1994). Així doncs, el discurs que emergeix dels grups de discussió permet a l'investigador l'accés a informació que està relacionada amb les representacions simbòliques i ideològiques, i motivacions dels propis components del grup (Callejo, 2001). Per això, és essencial afavorir un clima idoni, en què les i els participants siguin capaços d'elaborar i expressar un discurs col·lectiu, per propiciar la conversa, que s'alimenta de les contribucions del grup i que serveix de matèria primera per a l'anàlisi i la publicació dels resultats, amb els continguts que es reprodueixen en el grup reduïts de forma crítica (Galindo, 2000).

En l'elecció de les persones participants en els grups de discussió s'opta per la creació i la utilització de grups ja existents, atès que, segons Krueger (1991) i Bergold i Thomas (2012), en la contribució d'aquest discurs cada participant se sent estimulat per la presència de l'altre, independentment de la seva procedència, de manera que en el cas de provenir de contextos diferents apareix l'oportunitat de conèixer-se i tractar temes, i en el cas de grups constituïts, aquesta circumstància facilita l'intercanvi de qüestions de forma real entre els components.

L'ús del grup de discussió es fonamenta en la possibilitat que emergeix d'aquesta tècnica en la producció de canvis socials en termes de capacitació dels subjectes implicats (Ibáñez, 1979; Borg, Karlsson, Kim i McCormack, 2012). El grup de discussió s'apropia en major grau a la situació real de presa de decisions dels/les implicats/des i estableix la seva participació en els diferents projectes o investigacions com a subjectes actius.

El tipus de conversa que interessa que es generi en aquest procés grupal és la que construeix el grup de forma única, entenent la conversa com un procediment d'informació que no es pot dividir entre les peculiaritats de cada participant i les seves aportacions, sinó que es comprèn el diàleg com un tot que possibilita la producció d'un discurs representatiu del grup (Galindo, 2000). Aleshores, es fa indispensable que sorgeixi “una conversa basada en la necessitat que tots els participants comuniquin la seva opinió de forma relativament equiparada quant a la possibilitat d'expressar-la” (Aliaga, Basulto, Cabrera, 2012, p. 139). La utilització d'aquesta tècnica pretén que la conversa del grup sigui espontània i expressiva (Valles, 1999), sense que es generin interrupcions en forma de discussions creuades o converses simultànies. Per fer front a aquestes possibles dificultats, s'elabora un disseny de les sessions que determina el rol del moderador, les directrius i els objectius del grup de discussió.

3.4. CONSIDERACIONS ÈTIQUES

La voluntat de l'investigador en aquesta tesi és conèixer l'objecte d'estudi a través de la veu dels propis implicats i de la seva reflexió, i es pretén incloure i reconèixer la diversitat i la diferència com quelcom que nodreix el saber en la investigació en treball social. Així doncs, l'estudi es compromet a ser participatiu i a valorar les experiències subjectives dels participants en el treball de camp des de la metodologia qualitativa i a evitar l'exercici de la violència i de l'opressió per part de l'investigador (Idareta i Ballester, 2013; Hodgson i Watts, 2017).

En incorporar la perspectiva ètica del reconeixement de la diferència, és ineludible tenir en compte el context en el qual es prenen les decisions, no només per exercir un criteri ètic a favor de la singularitat de la dignitat humana, també per evitar els prejudicis (Gambrell, 2010; Idareta, 2013a; Cordero i Palacios, 2017).

Aquests objectius fonamentats en la perspectiva ètica del reconeixement pretenen que el treball social pugui oferir suport a la persona amb qui es relaciona, per activar i mobilitzar recursos, capacitats i competències personals i socials. Des d'aquesta òptica, es promou la presa de decisions conjunta entre el/la professional i les persones diagnosticades amb trastorn mental, de qui s'incorporen els seus sabers singulars (Davies i Gray, 2017). És per això que l'investigador, a l'inici de la recerca, valora com a indispensable

una primera reunió d'aproximació amb diferents entitats, professionals, familiars i possibles participants, per plantejar com s'abordarà l'estudi, presentar-se i exposar el propòsit de la recerca.

La perspectiva ètica comprèn un posicionament ideològic de l'investigador, que va més enllà de la utilització pràctica dels informants i que suposa la seva identificació com a subjectes i la creació d'un vincle relacional. Aleshores, es pot afirmar que "les recerques que porten a terme les treballadores i els treballadors socials estan molt relacionades amb el tipus de relació que conformen amb les persones amb les quals interactuen" (Cazorla i Bernal, 2014, p. 15). No obstant això, no s'obvia que l'aplicació d'aquest enfocament ètic de la investigació qualitativa en treball social implica un canvi potencial de la responsabilitat ètica de la recerca, així que és precís definir l'horitzó ètic del procés (Peled i Leichtentritt, 2002). La correspondència epistemològica de la recerca exigeix que l'investigador prengui el compromís d'informar, d'aclarir i d'explicar als participants la intencionalitat de la investigació i l'ús que es farà de la informació extreta, pel fet que la finalitat de l'estudi és indagar i interpretar les històries i experiències de les persones (Karnieli-Miller et al., 2009).

A conseqüència de l'argumentació presentada fins aquest punt, es considera vital presentar el projecte de tesi doctoral al Comitè de Bioètica de la Universitat de Barcelona, que el va aprovar el 12 d'abril del 2016 amb l'Institutional Review Board (1R800003099). Igualment, s'elabora una carta informativa i un document de consentiment informat (anex 3) basat en la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre⁹, de protecció de dades de caràcter personal (LOPD), en què s'inclou l'existència d'un fitxer sobre el tractament de la informació extreta de caràcter personal, on s'indica la finalitat de la recollida i els destinataris de la informació, les possibles cessions de dades per a pròximes recerques, la identitat i l'adreça del responsable del fitxer, així com la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició (drets ARCO) d'aquestes dades i la manera d'exercir-los, per tal que les i els participants manifestessin el seu acord a participar en aquesta recerca i en l'ús de la informació extreta de les observacions, les entrevistes i els grups de discussió per analitzar la realitat en la qual es troba l'objecte d'estudi. Aquest

⁹ Llei vigent durant la realització del treball de camp, derogada per l'actual Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre.

fitxer s'emmagatzemarà durant un període de cinc anys en un arxiu específic, complint les normes LOPD d'emmagatzematge, i finalitzat aquest període el fitxer es destruirà.

En el treball de camp d'aquesta tesi s'obté el consentiment informat de totes les persones que hi participen. Aquest document es lliura abans de les sessions per tal que les i els participants puguin plantejar dubtes o demanar aclariments després d'haver estat alertats de la naturalesa de l'estudi; també serveix per sol·licitar en tot moment la voluntarietat dels subjectes participants.

L'anàlisi s'anonimitza, amb l'objectiu de preservar la intimitat, la privadesa i la confidencialitat de les i dels participants, i per evitar un perjudici, forçant-los o pressionant-los perquè contribueixin a l'estudi. A la vegada, es garanteix la utilització dels materials obtinguts només per a l'elaboració de l'anàlisi del treball de camp. L'investigador es compromet a l'anàlisi de les dades de forma rigorosa i reflexiva, a partir de la qual s'elaboren els resultats amb la intenció de contribuir a la teoria del treball social i en l'àmbit de la salut mental.



QUARTA PART

PROCÉS D'INVESTIGACIÓ



4. TREBALL DE CAMP

La recerca està dividida en dues etapes i vuit fases. El temps per dur a terme la recerca ha estat de cinc anys i vuit mesos. A continuació, es presenta la representació gràfica en què es reflecteixen totes les etapes i fases del treball de camp i les activitats dutes a terme:

Taula 9. Etapes i fases de la investigació

1a Etapa	1a fase	Formulació de l'objecte d'estudi.	<ul style="list-style-type: none"> - Observació i anàlisi de la situació actual. - Plantejament de la pregunta inicial.
	2a fase	Recerca d'informació i creació del marc teòric.	<ul style="list-style-type: none"> - Recerca bibliogràfica. - Redacció de documentació. - Disseny metodològic. - Preparació dels instruments.
	3a fase	Primera etapa del treball de camp.	<ul style="list-style-type: none"> - Preparació de l'accés. - Observació, estudi de cas i entrevistes a les nou entitats. - Un grup de discussió.
	4a fase	Recollida i anàlisi de la informació.	<ul style="list-style-type: none"> - Recollida de dades. - Anàlisi de les dades.
	5a fase	Formulació dels resultats del treball de recerca.	<ul style="list-style-type: none"> - Redacció i supervisió dels conceptes i de les categories de la recerca. - Devolució dels resultats als participants. - Revisió i ampliació del marc teòric.
2ona Etapa	6a fase	Segona etapa del treball de camp.	<ul style="list-style-type: none"> - Preparació de l'accés. - Sis grups de discussió. - Dotze entrevistes en profunditat.
	7a fase	Recollida i anàlisi de la informació.	<ul style="list-style-type: none"> - Recollida de dades. - Anàlisi de les dades.
	8a fase	Formulació dels resultats del treball de recerca.	<ul style="list-style-type: none"> - Redacció i supervisió dels conceptes i de les categories de la recerca. - Devolució dels resultats als participants. - Revisió i ampliació del marc teòric.

Font: Elaboració pròpia.

4.1. DESCRIPCIÓ DEL TREBALL DE CAMP

El treball de camp s'ha dividit en dues etapes. En la primera es duu a terme un acostament a les nou entitats en "primera persona" que l'any 2015 van constituir, en el format de federació, la Federació Catalana d'Entitats de Salut Mental en Primera Persona¹⁰ (Federació Veus)¹¹, amb el propòsit de captar el fet històric de la constitució d'una federació al mateix nivell que la dels familiars i dels/les professionals, així com el reconeixement de les entitats en "primera persona", i amb la intenció d'emmarcar l'evolució del concepte subjectiu de salut mental i la capacitació de les i dels participants en el treball de camp. En especial, en aquesta primera etapa es considera rellevant elaborar un mapatge de la xarxa de les entitats per comprendre quina és l'amplitud i la realitat de les i dels informants del treball de camp i el procés d'empoderament que havien viscut, sense ignorar la finalitat de la recerca a l'hora de situar el paper del treball social en aquests processos. Tenint en compte que es tracta d'una primera aproximació, es fan 6 observacions d'una sessió grupal de cada entitat amb la voluntat de comprendre i entendre'n el funcionament i el tarannà intern. Posteriorment, es porten a terme 9 entrevistes en profunditat a diferents components d'aquestes entitats per arribar a una aproximació inicial a l'objecte d'estudi mitjançant les persones expertes sobre la matèria. Aquesta etapa s'efectua per poder recollir la màxima informació i dissenyar a partir dels resultats preliminars les sessions grupals que es fan posteriorment. Per aconseguir la saturació informativa, en aquesta segona etapa es planteja intercalar 6 grups de discussió que es diferencien entre ells segons el clúster d'entrada a l'estudi, és a dir, 2 grups d'usuaris de la xarxa de salut mental, en els que els ítems diferenciadors són la pertinença a la Federació Veus; 2 de familiars de persones diagnosticades amb trastorn mental, que s'agrupen per la seva implicació a Salut Mental Tarragona i la Fundació Congrés Català de Salut Mental (FCCSM); i 2 de professionals del treball social, on l'element diferencial és la vinculació al grup de treball de salut mental del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya. A més d'11 entrevistes a diferents persones relacionades amb el món de la salut mental que es valoren com a rellevants per a aquesta tesi i de les quals s'explicaran els criteris d'inclusió en l'apartat següent.

¹⁰ La Federació Catalana d'Entitats de Salut Mental en Primera Persona és una organització formada per associacions de persones diagnosticades amb trastorn mental amb el propòsit de constituir-se com a representants del col·lectiu a Catalunya.

¹¹ Nom col·loquial pel qual es coneguda la Federació Catalana d'Entitats de Salut Mental en Primera Persona.

Taula 10. Etapes del treball de camp

Etapa	Eina	Quantitat
Primera	Observació participant.	6
	Entrevistes en profunditat.	9
Segona	Grup de discussió.	6
	Entrevistes en profunditat.	11

Font: Elaboració pròpia.

4.1.1. PARTICIPANTS EN EL TREBALL DE CAMP

Pel que fa als/les participants en el treball de camp, s'utilitza el mètode del mostreig teòric, que consisteix en la prevalença del potencial de cada informant en la comprensió teòrica sobre el descobriment subjectiu dels processos de capacitació i d'empoderament (Glaser i Strauss, 1968; Cresswell i Hawn, 2012). La selecció d'aquesta tècnica està relacionada amb el propòsit d'obtenir la paraula i els enfocaments de l'objecte d'investigació (Valles, 1999).

Els subjectes que han format part d'aquesta recerca són persones diagnosticades amb trastorn mental, professionals del treball social que intervenen en l'àmbit de la salut mental, familiars de persones diagnosticades amb trastorn mental i altres persones que es van identificar com a claus pel seu recorregut o les seves aportacions sobre els processos d'empoderament i capacitació en salut mental.

En aquest punt, i tenint en compte el propòsit de l'estudi, es valora com a indispensable la creació d'un tríptic explicatiu com a suport de les dues etapes de treball de camp que complementi la carta de presentació i de sol·licitud de col·laboració i el consentiment informat, en el qual s'inclouï la informació necessària per conèixer l'estudi i el procés per participar-hi (annex 2).

4.1.1.1. PRIMERA ETAPA DEL TREBALL DE CAMP

En la primera etapa de l'estudi, s'han localitzat nou entitats en "primera persona" que en el moment de la realització del treball de camp estaven immerses en la creació i el manteniment d'un món associatiu amb el propòsit de fomentar la participació i

l'empoderament de les persones diagnosticades amb trastorn mental. Aquestes entitats van crear el 2015 la Federació Catalana d'Entitats de la Salut Mental en Primera Persona (Federació Veus), i les associacions estudiades han estat: ActivaMent Catalunya, EMILIA-BCN, Grupo de teatro Imagina, Matissos, Radio Nikosia, Obertament, ADEMM i AADDMM-Terraferma. L'elecció d'aquests participants es va fer per afinitat, per l'experiència i per la participació com a persones diagnosticades amb trastorn mental en la xarxa d'atenció a la salut mental, en les polítiques de salut i socials, així com pel seu recorregut en l'organització de les pròpies associacions i en la federació com a agents de canvi i *lobby* de pressió al sistema. Cal especificar que la Federació Veus pretenia establir una estructura comuna en la seva composició de les diferents entitats en "primera persona" per fundar unes directrius de treball i per aconseguir un impacte en les polítiques, abandonant l'alienació exercida pels familiars i professionals. En aquest sentit, es reflecteix que en el procés de transformació i millora de l'atenció a la salut mental, les associacions són les responsables de posar en relleu les necessitats de les persones diagnosticades amb trastorn mental i fan palès que poden ser una eina d'ajuda i un element de constant presència i promoció de reflexions assistencials i socials dels propis implicats.

En aquesta primera etapa del treball de camp es parteix del plantejament de poder conèixer una experiència en "primera persona" des de la salut mental. Per aquesta raó, s'han dut a terme 9 entrevistes en profunditat a persones que formen part d'una de les associacions delimitades i 6 observacions d'una sessió grupal interna, de les que ho van permetre, amb el propòsit de poder elaborar un mapa del context a estudiar.

Taula 11. Criteris d'inclusió en la primera etapa del treball de camp

Participants en l'observació	Quantitat	Característiques dels components
Persones que formen part d'entitats en "primera persona"	6	Edats compreses entre els 18 i els 65 anys. Diagnosticats amb trastorn mental.
Participants en l'entrevista	Quantitat	Experiència en la xarxa de salut mental. Participació i recorregut en les entitats en "primera persona". Activisme en salut mental.
Persones components d'entitats en "primera persona".	9	

Font: Elaboració pròpia.

4.1.1.2. SEGONA ETAPA DEL TREBALL DE CAMP

En la segona etapa, hi participen 53 persones, entre 6 grups de discussió i 11 entrevistes en profunditat. En la conformació d'aquests grups de discussió, es va acudir a diferents associacions de persones diagnosticades amb trastorn mental i es va crear un primer grup de discussió amb 9 persones corresponents a ActivaMent Catalunya, Grupo de teatro Imagina, Matissos, EMILIA-BCN, Obertament i AADDMM-Terraferma. Posteriorment, es va realitzar un segon grup de discussió en el qual van participar 8 persones de l'Associació Ment i Salut La Muralla (AMSLM) de Tarragona. L'elecció d'aquesta última entitat es troba vinculada al fet que l'AMSLM és una associació formada per un grup de persones usuàries d'un club social. Un altre dels motius de l'elecció d'aquest escenari per conformar el grup de discussió va ser que l'associació forma part de la Federació Salut Mental Catalunya (SMC), federació que històricament estava controlada i gestionada per familiars i professionals, i que relegava les persones diagnosticades amb trastorn mental de la participació en els seus òrgans de poder. Aquestes dues raons van propiciar que s'escollís el grup ja existent per contrastar les visions i respostes sobre l'objecte d'estudi dels dos grups de discussió.

Els dos grups de discussió de familiars de persones diagnosticades amb trastorn mental van ser constituïts per 4 persones que formaven part del grup de pensadors¹² de la FCCSM i 8 més de l'associació de familiars de SM Tarragona. La FCCSM és una entitat que pretén aglutinar diferents agents que intervenen en la salut mental, per tal de promocionar-la i millorar-la, mentre que l'associació de familiars forma part de SMC. En referència als 2 grups de discussió dels/les treballadors/es socials, se'n va crear un primer amb 6 participants que no es coneixien prèviament, i un segon amb 7 professionals que formen part del grup de treball de salut mental del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, tots ells amb una llarga experiència en l'atenció de la salut mental. Els criteris d'inclusió per als grups de discussió van ser els que s'indiquen a la taula 12:

¹² El grup de pensadors és un grup compost per persones professionals de l'àmbit de la salut mental, de persones diagnosticades amb un trastorn mental i de familiars, que tenia com objectiu dialogar en relació a diferents temes relacionats amb les seves experiències al voltant de la salut mental.

Taula 12. Criteris d'inclusió en el grup de discussió de la segona etapa del treball de camp

Participants en el grup de discussió	Grups realitzats	Característiques dels components dels grups
Persones diagnosticades amb trastorn mental.	2	Edats compreses entre els 18 i els 65 anys. Diagnosticats amb trastorn mental. Experiència en la xarxa de salut mental. Participació i recorregut en les entitats en "primera persona". Activisme en salut mental. Vinculats a la Federació Veus. Vinculats a AMSLM.
Familiars de persones diagnosticades amb trastorn mental.	2	Cuidadors principals. Edats compreses entre els 18 i els 75 anys. Experiència de més de cinc anys com a cuidadors. Vinculats a FCCSM. Vinculats a SM Tarragona.
Treballadors/es socials	2	Edats compreses entre els 18 i els 65 anys. Experiència en salut mental. Vinculats al grup de treball de salut mental del Col·legi de Treball Social de Catalunya i altres que no en formen part.

Font: Elaboració pròpia.

A la darrera fase d'aquesta segona etapa del treball de camp es van identificar 11 persones que per la seva trajectòria, experiència i/o vinculació es van reconèixer com a expertes i, per tant, podien aportar una visió ampla sobre l'evolució del paper del treball social en els processos d'empoderament i capacitació en salut mental. Vuit dels/les informants clau són treballadors/es socials i han estat escollits per la seva dilatada carrera en l'àmbit de la salut mental, quatre dels quals han combinat la tasca assistencial amb la docència a la Universitat de Barcelona, la Universitat de Lleida i la Universitat de Girona. Una altra de les persones entrevistades triada ha estat una treballadora social i alhora activista en el món associatiu en "primera persona". El desè participant, de l'àmbit del dret de la Universitat de Barcelona i expert en el món de la diversitat funcional i amb una àmplia producció en el tema des de la perspectiva dels drets humans, va ser seleccionat per poder contrastar la visió des de l'àmbit dels drets humans en salut mental i des d'una òptica externa al treball social. Per acabar, s'ha cregut convenient incorporar un psicòleg amb una reconeguda trajectòria en projectes comunitaris en l'atenció de la salut mental, la xarxa d'addiccions i la FCCSM, on ha exercit de director durant l'elaboració del treball de camp i que ha promogut diferents grups de treball en els quals s'ha realçat el paper

del treball social. Aquesta fundació ha treballat la importància dels aspectes socials de la salut mental i ha promogut i reconegut el valor del paper del treball social en l'àmbit.

Taula 13. Criteris d'inclusió en l'entrevista en profunditat de la segona etapa del treball de camp

Participants en l'entrevista en profunditat	Número d'entrevistes realitzades	Característiques dels components
Persones clau	11	Edats compreses entre 18 a 65 anys Treballadors/es socials Diagnosticats amb un trastorn mental Experiència en la xarxa de salut mental Participació i recorregut en les entitats en "primera persona" Activisme en salut mental

Font: Elaboració pròpia.

A continuació es presenta una taula amb el total de participants, relacionant l'etapa de l'estudi, el mètode d'investigació, l'ordenació per assignació d'un número identificador, el sexe, servei o associació a que pertanyen i la zona geogràfica.

Taula 14. Relació de participants en el treball de camp per cada instrument

INSTRUMENT	ETAPA	NÚM. ID.	SEXE	ENTITAT	ZONA GEO.
Observació	1	1	Assemblea	Imagina	L'Hospitalet de Llobregat
		2		ActivaMent	Barcelona
		3		Radio Nikosia	
		4		Emilia	
		5		Matissos	
		6		Veus	

INSTRUMENT	ETAPA	NÚM. ID.	SEXE	ENTITAT	ZONA GEO.	
Entrevista en profunditat	1	4	Home	Imagina	L'Hospitalet de Llobregat	
		5				
		6	Dona	Radio Nikosia	Barcelona	
		7		Matisos		
		8		Emilia		
		9		ActivaMent		
		10		ADEMM		
		11	Home	Veus	Lleida	
		12		Terraferma		
		13		Obertament		
		14	2	54	SMC	Barcelona
		55		ECID	Badalona	
		56		SRC	Ripoll	
		57		Obertament	L'Hospitalet de Llobregat	
	58	CSMA		Girona		
	59	MILLE		Sant Boi de Llobregat		
	60	Home		Universitat de Barcelona	Barcelona	
	61			CASD	Rubí	
	62			PSI	Barcelona	
63	Dona	Universitat de Lleida		Lleida		
64		SRC	Barcelona			
Grup de disc.	2	11	Home	Obertament	Gavà	
		12	Dona	ActivaMent	Vic	
		13			Barcelona	
		14	Home	Imagina	Sant Boi de Llobregat	
		15	Dona	Matisos	Barcelona	
		16		Obertament		
		17		Emilia		
		18	Home	Imagina	L'Hospitalet de Llobregat	
		19	Home	Terraferma	Lleida	
		20	Dona	UA	Barcelona	
		21		SRC	L'Hospitalet de Llobregat	
		22	Home	CAP	Piera	
		23	Dona	SRC	Cornellà de Llobregat	
		24		PSI	Barcelona	
		25		SRC	Viladecans	
		26	Home	UA-USA	Vic	
		27	Dona		Sabadell	
28	Santa Coloma de Gramenet					
29	MILLE	Santa Coloma de Gramenet				

INSTRUMENT	ETAPA	NÚM. ID.	SEXE	ENTITAT	ZONA GEO.
		30		CSMA	Vilafranca del Penedès
		31			Barcelona
		32			Sant Cugat del Vallès
		33	Home	Ment i Salut	Tarragona
		34			
		35	Dona		
		36	Home		
		37			
		39	Dona		
		40	Home		
		41			
		42	Dona	SMC	Tarragona
		43			
		44			
		45			
		46			
		47			
48	Home	FCCSM	Barcelona		
49					
50					
51	Dona				
52					
53					

Font: Elaboració pròpia.



CINQUENA PART

ANÀLISI I DISCUSSIÓ



5. TREBALL DE CAMP

En aquest capítol es presenten l'anàlisi i la interpretació dels resultats de la investigació, que estan influenciats per la visió de les i dels participants en el treball de camp i dels elements teòrics del marc conceptual.

La feina duta a terme en el procés d'anàlisi és el tractament de la informació recollida en la recerca. Per aquesta raó, l'investigador s'ha afrontat al repte de reduir, simplificar, resumir i seleccionar la informació extreta per facilitar l'anàlisi. Per poder desenvolupar aquest procés, ha estat necessari realitzar una segmentació en unitats singulars que formen part de la reducció del contingut de les sessions grupals i de les entrevistes, per poder classificar-ho en eixos, categories i codificacions, amb la premissa de no perdre de vista l'interès per comprendre la realitat social en la qual centra la seva tasca (Rodríguez Gómez, Gil Flores i García Jiménez, 1996).

Així doncs, la codificació i la categorització de les principals categories resultants de la reducció del text extret dels grups de discussió i de les entrevistes en profunditat, són formes d'ordenació dels significants de les i dels informants. Segons Pintos (1995), aquest intent de comprensió dels fets vivencials de cada subjecte que ens aproximem les transcripcions de les entrevistes i els grups de discussió, es realitza de manera intuïtiva i deductiva.

Tot i això, s'ha de tenir present que en l'anàlisi del contingut del treball de camp, les categories són evidències que estan relacionades amb decisions que ha de prendre l'investigador sobre l'associació d'una unitat o eix. Cadascuna d'aquestes unitats es relaciona amb una categoria que queda determinada per una construcció mental. El contingut de cada unitat pot ser comparat, de manera que se'n pot determinar la pertinença o no a aquesta categoria (Rodríguez Gómez et al., 1996). Per aquest motiu, el procediment per a la creació dels eixos s'ha fet a través de l'exercici que ha dut a terme l'investigador, amb l'observació de les rellevàncies i dels seus mecanismes de descripció que organitzen cadascun dels relats i de la seva realitat, i amb la utilització del programa informàtic Atlas-ti V. 6.0.

Així doncs, s'han reduït els significants de les categories en 6 eixos. El primer, la identitat que engloba les categories relacionades amb les repercussions internes i externes que els influeixen en la construcció com a individu, la normalització, l'estigma, l'activista/reivindicació, la diversitat, el sentiment de ser útil i valorat, l'acompanyament, el treball social individual i familiar, el treball social comunitari i la qualitat de vida. El segon eix és la salut i la salut mental, que es desglossa en les categories de l'alienació i la participació en la salut, el reconeixement extern de l'experiència, les repercussions de l'actuació professional, el canvi en l'aproximació, l'autonomia i l'empoderament, l'autocura i l'autoconeixement, la cronicitat, els límits i la retrospecció. El tercer, els conceptes de capacitat i incapacitat, que conté les categories associades amb les oportunitats i les barreres que el sistema exerceix sobre la diferència. El quart, la psiquiatria, que inclou categories que la conceben com a mecanisme de control, la mirada biologista, la relació desigual, l'atenció privada i pública, el diàleg i el temps d'atenció. El cinquè eix és el treball social, que reuneix categories com l'acompanyament i el respecte de les voluntats, les reflexions sobre la responsabilitat de la situació, les traves del sistema en el desenvolupament de la discapacitat, la proximitat a l'altre versus el poder que exerceixen, els prejudicis que existeixen amb la disciplina, el sentiment d'insatisfacció i de satisfacció dels altres respecte a la pràctica del treball social, el coneixement i el desconeixement de la disciplina, l'autonomia i els models teòrics del treball social. Finalment, el sisè eix es conforma en el món associatiu, que agrega les categories del treball col·laboratiu, la independència dels professionals, la no-professionalització, la representació, el treball en xarxa i la relació amb el professional.

Aquest mètode d'anàlisi ajuda a identificar els imaginaris col·lectius, una determinada realitat i un ordre social, de les persones participants en el treball de camp, que alhora són la base de la reflexió en el tram final de la recerca (Aliaga et al., 2012), com s'observa a continuació:

Taula 15. Matriu d'anàlisi

Objectius	Eixos	Categories
<p>1. Determinar la percepció sobre el significat de la participació en els processos.</p> <p>2. Reflexionar i emmarcar l'evolució del terme de la SM mitjançant la participació de les persones.</p> <p>3. Identificar els valors i els fonaments en els quals els treballadors socials se centren en les capacitats i les experiències de les persones.</p>	Identitat	Debat autodefinició.
		Normalització.
		Estigma.
		Activisme/reivindicació.
		Diversitat.
		Sentiment de ser útil i valorat.
		Acompanyament.
		Treball social individual i familiar.
		Treball social comunitari.
<p>1. Determinar la percepció sobre el significat de la participació en els processos.</p> <p>2. Reflexionar i emmarcar l'evolució del terme de la SM mitjançant la participació de les persones.</p> <p>3. Identificar els valors i els fonaments en els quals els treballadors socials se centren en les capacitats i les experiències de les persones.</p>	Salut i salut mental	Qualitat de vida.
		Reconeixement extern de l'experiència.
		Repercussions de l'actuació professional.
		Canvi en l'aproximació.
		Autonomia / empoderament.
		Autocura / autoconeixement / experiència.
		Cronicitat.
		Límits.
		Retrospecció.
<p>1. Determinar la percepció sobre el significat de la participació en els processos.</p> <p>3. Identificar els valors i els fonaments en els quals els treballadors socials se centren en les capacitats i les experiències de les persones.</p> <p>4. Conèixer les línies d'actuació polítiques que ha desenvolupat el treball social.</p>	Capacitats / incapacitat	Procés individual.
		Consciència de les eines i les fortaleses.
		Fallida del sistema.
		Responsabilitat professional amb els processos d'incapacitació.
		Prejudicis en situacions extremes.
		Consciència de la indefensió.
		Normalització.
		Rol del/la treballador/a social.
		Empoderament.
Construcció del marc teòric.		
<p>2. Reflexionar i emmarcar l'evolució del terme de la SM mitjançant la participació de les persones.</p> <p>3. Identificar els valors i els fonaments en els quals els treballadors socials se centren en les capacitats i les experiències de les persones.</p> <p>4. Conèixer les línies d'actuació polítiques que ha desenvolupat el treball social.</p>	Psiquiatria	Mecanisme de control.
		Mirada biològica.
		Relació desigual.
		Atenció privada i pública.
		Diàleg/temps.
<p>3. Identificar els valors i els fonaments en els quals els treballadors socials se centren en les capacitats i les experiències de les persones.</p> <p>4. Conèixer les línies d'actuació polítiques que ha desenvolupat el treball social.</p>	Treball social	Acompanyament i respecte de les voluntats.
		Traves del sistema en el desenvolupament de la disciplina.
		Reflexió sobre la responsabilitat de visibilitzar la situació.
		Pròxims/mecanisme de poder.
		Insatisfacció/satisfacció.
		Prejudicis.
		Autonomia.
		Coneixement/desconeixement de la disciplina.
Models.		
<p>1. Determinar la percepció sobre el significat de la participació en els processos.</p> <p>2. Reflexionar i emmarcar l'evolució del terme de la SM mitjançant la participació de les persones.</p> <p>4. Conèixer les línies d'actuació polítiques que ha desenvolupat el treball social.</p> <p>5. Proposar una sèrie de reflexions per fer recomanacions en les polítiques d'atenció a les persones diagnosticades amb trastorn mental.</p>	Món associatiu	Treball col·laboratiu.
		Independència professional.
		No a la professionalització.
		Representació.
		Treball en xarxa.
		Relació amb el / la professional.

Font: Elaboració pròpia.

5.1. ANÀLISI DE LES ENTITATS EN “PRIMERA PERSONA”

En aquesta primera part de la investigació l'objectiu ha estat realitzar una aproximació al món associatiu en “primera persona”, per copsar de quina manera cadascuna s'identifica i es referencia com a entitat dins de la xarxa associativa. Aquesta primera etapa es va portar a terme entre els mesos de març i juliol de 2016, valent-se de les estratègies metodològiques de l'observació i d'entrevistes en profunditat. En concret, s'han realitzat 6 observacions i 9 entrevistes a 9 socis amb una llarga trajectòria en l'associació. De les nou opinions dels participants, s'han aconseguit diferents resultats que permeten establir punts de connexió per elaborar, al llarg de l'anàlisi, una sèrie de reflexions i de comparacions entre el que es va dir, el que es va observar i l'opinió de l'investigador.

En aquest punt, es considera convenient relacionar els diferents ítems que s'han recollit en l'aproximació al món associatiu: nom complet de l'entitat, any de creació, denominació en el registre de la Generalitat de Catalunya, lloc web i ubicació de la seu central de l'entitat.

Taula 16. Associacions en “primera persona” a Catalunya

Nom de l'entitat	Any de creació	Registre de la Generalitat de Catalunya	URL	Seu
Federació Catalana d'Associacions de Salut Mental en Primera Persona ¹³	2015	Salut	www.veus.cat	Barcelona
ActivaMent Catalunya Associació ¹⁴	2012	Salut	www.activament.org	Barcelona
Associació d'Afectats de Discapacitat Derivada de Malaltia Mental Terraferma (AADDMM-TERRAFERMA) ¹⁵	2006	Salut	No disposen d'un web propi.	Lleida
Associació Emilia-Barcelona	2009	Assistència social	www.emiliaonline.org	Barcelona
Associació Pro-Salut Mental de Catalunya (ADEMM)	1992	Assistència social	www.ademm-usm.cat	Barcelona
Asociación Socio-Cultural Radio Nikosia	2008	Cultura	www.radionikosia.org	Barcelona
Asociación Grupo Teatro Imagina	1998	Cultura	www.gtimagina.org	L'Hospitalet de Llobregat
Associació Sociocultural Matissos	2014	Cultura	www.matissos.org	Barcelona
ObertaMent, Associació Catalana per a la Lluita Contra l'Estigma en Salut Mental ¹⁶	2010	Salut	www.obertament.org	Barcelona

Font: Elaboració pròpia.

¹³ Durant el procés d'elaboració d'aquesta tesi, la Federació Veus ha viscut diferents canvis en relació amb les diferents entitats que la formaven. Des del 2018, les entitats que es mantenen són l'Associació grupo de teatro Imagina, Radio Nikosia, Associació Emilia BCN, ADEMM i Matissos ASS Sociocultural. Les noves entitats que s'han adherit a la federació són SARÀU Associació d'oci inclusiu i AIXEC SCCL.

¹⁴ ActivaMent va ser una de les entitats creadores de la Federació Veus, però el 2018 es va desvincular de la federació, tot i això hi continua donant suport.

¹⁵ Terraferma va ser una altra de les entitats creadores de la Federació Veus; el 2017 se'n va desvincular.

¹⁶ Obertament es defineix actualment com una campanya de sensibilització i de lluita contra l'estigma, malgrat que en els seus inicis es va constituir com una associació i va formar part de les entitats creadores de la Federació Veus.

Prèviament a l'observació, s'ha fet una recerca en les pàgines webs de les associacions per elaborar una comparativa sobre com es defineixen, quins són els objectius i les activitats que duen a terme, així com la seva política d'organització i la ideologia. S'han recollit diferents línies que es poden dividir en aspectes relacionats amb les estructures externes al món associatiu, com l'impacte en les polítiques i la conservació dels drets, les tasques i el seu impacte immediat en la comunitat i la sensibilització cap al col·lectiu, i finalment les que es trobaven vinculades a les persones diagnosticades amb trastorn mental que formaven les associacions, com es pot observar a la taula 17:

Taula 17. Comparació d'activitats i accions que les associacions expliciten portar a terme

	VEUS	EMILIA	ActivaMent	Nikósia	ADDEM	Terraferma	Imagina	Matisos	ObertaMent
Representació del col·lectiu.	X	X	X			X			
Fomentar l'autonomia i la participació.	X	X	X	X	X		X	X	
Sensibilització.	X	X				X	X	X	X
Lluita contra l'estigma.	X	X	X			X	X	X	X
Defensa dels drets civils i socials.	X		X	X	X	X		X	
Assessorament / influència en els mitjans de comunicació.									X
Promoció del diàleg.		X	X	X	X			X	
Participació en polítiques.	X								
Augment de la qualitat de vida.	X	X	X		X	X			
Promoció de la xarxa associativa.	X	X	X		X	X			
Impuls de projectes, serveis i/o activitats.	X	X	X	X		X	X	X	X
Activisme.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Voluntariat.	X		X						X
Formació.	X	X			X	X			X

Font: Elaboració pròpia.

En les dinàmiques observades en les associacions en “primera persona” cal destacar que existeixen dues línies diferenciades: les que estan formades exclusivament per persones diagnosticades amb trastorn mental i les que disposen o estan dirigides per una o un professional de l'àmbit de la salut mental. El tret singular és el tipus d'organització interna: les primeres són de caire assembleari i consultiu de les i dels components i/o sòcies i socis, mentre que les segones són jeràrquiques, en copiar el funcionament dels serveis i mantenir el rol de la o del professional com a líder, on recau el poder de decisió. En aquest tipus d'associació, les assemblees s'utilitzen per fer propostes a les i als socis sobre les línies d'actuació de les entitats. Aquestes últimes estan centralitzades en una única persona, que intenta abastar les diferents esferes que emergeixen de la pròpia entitat. La o el líder es troba amb diferents dificultats en voler respondre a totes les demandes, per la qual cosa l'augment de la plantilla de professionals es tendeix a plantejar com a solució, evidenciant així el manteniment de la dependència respecte a les i als professionals i una manca de confiança en les i els components del món associatiu no professionals. Tot això contrasta amb la proposta de professionalització de les i dels socis del primers tipus d'associació, perquè assumeixin les distintes qüestions logístiques i demandes de l'associació, una característica que permet deduir que en aquestes associacions es busca una visió més horitzontal entre les i els components. Aquestes dues situacions es manifesten en la persona que respon i acull des del primer contacte quan se sol·licita la col·laboració de l'associació, i en la manera d'introducció al grup o assemblees. En les entitats dirigides per persones diagnosticades amb trastorn mental són elles mateixes les que responen, sol·liciten una reunió i t'acompanyen en l'inici dels grups; mentre que les associacions dirigides per un/a professional són menys protocol·làries a l'hora de l'acollida, s'excusen en el fet que la seva figura no és la que pot decidir i trasllada les decisions a l'assemblea. Aquest plantejament, que a priori podria semblar que superés la idea de dependència del/la professional, en realitat mostra un mecanisme pervers del funcionament interior, en què uns/es professionals formen el que es podria entendre com la junta directiva i utilitzen l'assemblea de socis només de forma consultiva sense que les decisions que s'hi prenen arribin a ser vinculants.

Malgrat aquesta diferenciació, en els dos tipus d'associació apareix un/a conductor/a de les assemblees, en qui es concreten tant el funcionament de les sessions, com l'aportació i la recollida de les propostes de les i dels components. Comparant els dos tipus d'associacions, s'ha observat que les entitats en què els/les conductors/es són

professionals segueixen un funcionament centrat en aquesta figura, amb una o un líder que exerceix un rol de caire directiu, que es dedica a donar solucions a les seves tasques, i s'apropia a més a més de la veu de les i dels socis de l'associació. En les associacions en què la conducció la porta a terme una persona diagnosticada amb trastorn mental, aquesta desenvolupa un lideratge menys opressiu i enfocat en la creació d'una consciència col·lectiva i una perspectiva comuna del grup i dels fets que viuen.

Tot i això, en els dos tipus d'assemblees es detecten les connexions relacionals entre els diferents components de les entitats. En particular, el grup té un caire beneficiós en aportar la contingència de l'ajuda mútua, del reconeixement entre iguals i la comprensió de les situacions viscudes. El tipus de grups observats que es van establir eren oberts per facilitar la inclusió i la participació dels nous components; aquesta situació proporciona, alhora, un sentiment d'incertesa, de manca d'acompanyament i inestabilitat que provoca situacions en les quals es dificulta l'establiment de la intimitat amb l'aparició de diferents persones de forma espontània i sense una presentació preliminar.

Per acabar l'estudi de les entitats des de l'observació, s'ha indagat sobre el tipus de seu que cada entitat disposa o feia servir, tant per a les activitats com per presentar-se. Així doncs, la Federació Veus utilitzava la seu de SARAU, associació d'oci inclusiu; EMILIA feia servir la biblioteca de l'hospital on havia nascut el projecte; ActivaMent, un espai cedit per l'Ajuntament de Barcelona i diversos centres cívics de la ciutat; Nikósia emprava l'estructura cooperativa d'espais privats i dels centres cívics de Barcelona; AD-DEM, per la seva part, utilitzava la seu de la Federació Salut Mental Catalunya; Terraferma, les dependències de la delegació de Salut Mental Catalunya Terres de Ponent; Imagina, una secció d'un SRC, biblioteques i centres cívics de l'Ajuntament de L'Hospitalet de Llobregat; Matissos, un centre cívic de Barcelona; i, finalment, ObertaMent, que és l'única que disposa d'una seu privada pròpia.

Taula 18. Comparació del tipus de seu de les diferents associacions en “primera persona”

	VEUS	EMILIA	ActivaMent	Nikósia	ADDEM	Terraferma	Imagina	Matisos	ObertaMent
Seu pròpia									X
Espai privat cedit	X	X	X	X	X	X	X		
Espai Comunitari cedit			X	X			X	X	

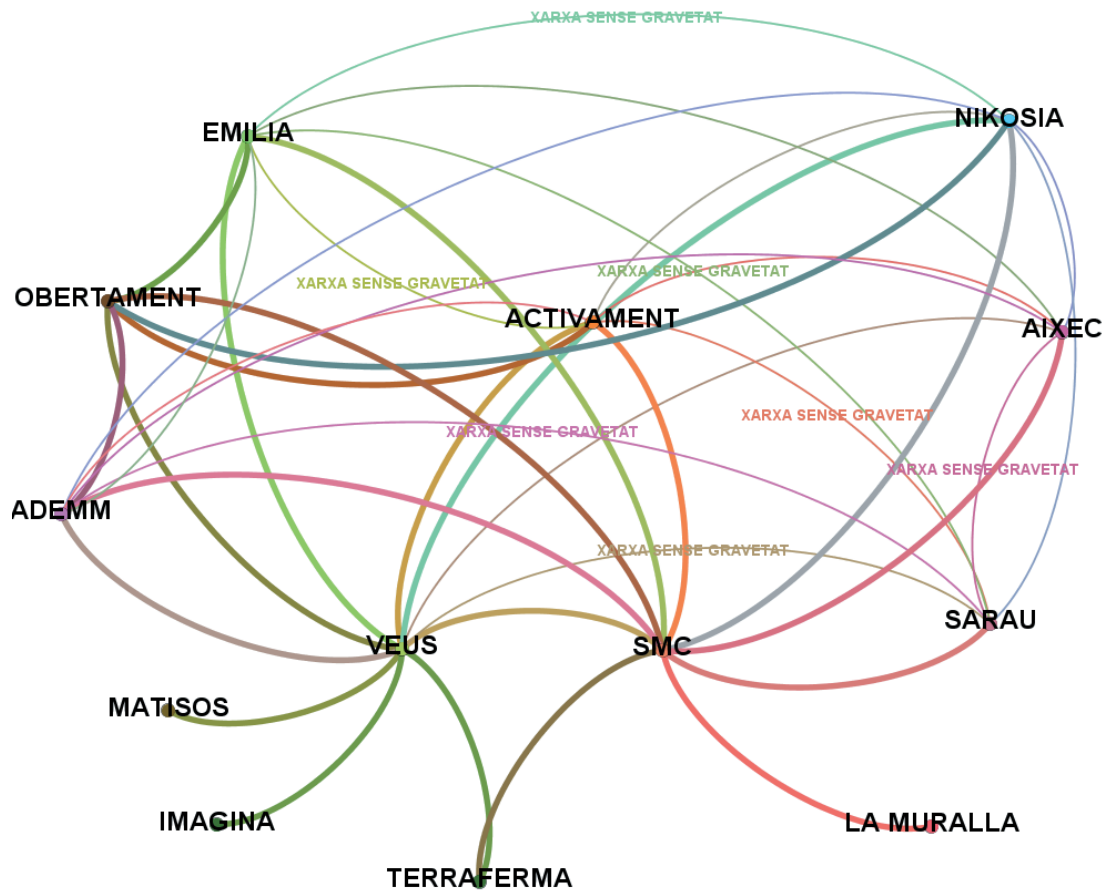
Font: Elaboració pròpia.

Una dada a destacar pel que fa a les connexions i interconnexions entre les diferents entitats és que hi ha diverses persones que formen part de més d'una associació i que desenvolupen diferents rols en cadascuna, la qual cosa fa difícil establir-ne els límits, així com la sobrecàrrega que això pot suposar a les persones diagnosticades amb trastorn mental. En l'aproximació a les associacions es va constatar que les 8 entitats en “primera persona”, d'una manera o altra, estaven vinculades a la Federació Veus i que participaven en les seves assemblees, com els casos de Matisos, en què la presidenta era a la vegada vicepresidenta de la federació, així com el president de la Federació Veus, que era integrant d'ADEMM i fundador de SÄRAU.

Es pot destacar que dos socis fundador d'ADEMM van trencar la relació que mantenien amb l'associació i que en l'actualitat són integrants d'Imagina i d'ActivaMent. Hi ha altres vincles en projectes comuns com la Xarxa sense gravetat, formada per les associacions ActivaMent, Nikosia i Emilia amb dues entitats com SARÄU i AIXEC, una cooperativa vinculada a SMC, creada com a projecte comunitari en el qual la intenció principal és oferir diferents espais dins de la xarxa de centres cívics per incorporar-los a la graella de les diferents activitats que s'ofereixen a la comunitat. Una altra relació entre entitats es troba entre SMC i ADEMM, que, juntament amb altres entitats de caire social i sanitari, van constituir Obertament. També es pot apuntar que durant l'elaboració de l'estudi, el president d'ActivaMent formava part de la junta directiva d'Obertament, i que hi havia integrants d'EMILIA que ho eren alhora d'ActivaMent i Radio Nikosia. En quan a Terraferma, es trobava vinculada a la Federació Veus i SMC. Un cop fet l'estudi de les connexions entre les diferents entitats, es va elaborar una anàlisi de xarxa en què es

representen els vincles entre les diferents associacions (les línies constitueixen el nexa entre les unes i les altres), tal com es mostra tot seguit:

Gràfic 1. Representació de les relacions i projectes de les diferents associacions que formen la Federació Veus



Font: Elaboració pròpia.

Un cop realitzades les observacions de les associacions en “primera persona”, s’han efectuat les 9 entrevistes en profunditat a persones diagnosticades amb trastorn mental amb el propòsit de delimitar com s’autodefinien com a associació, el motiu de la creació de l’entitat, la forma com s’organitzaven internament i les funcions que realitzaven en la xarxa de salut mental. La classificació de la informació extreta dels 9 documents primaris, corresponents a les transcripcions d’àudio de les entrevistes, ha propiciat una aproximació a la comprensió i categorització de les diverses realitats concretes sorgides en l’anàlisi. La distribució de la tasca d’anàlisi s’ha dividit en dues fases. La primera té un caire textual, on l’investigador escull i selecciona el més significatiu de les transcripcions de

les entrevistes i de les observacions; la segona és de tipus conceptual, on s'han constituït les categories de l'anàlisi. Tot i aquesta diferenciació de les dues fases, no es pot obviar que aquest procés és una tasca circular, en la qual es dona una contínua relació i interpretació dels paràgrafs, les cites significatives de les transcripcions, les categoritzacions de l'objecte d'estudi i la conceptualització de l'investigador. S'han delimitat les següents categories, els conceptes sintètics que se'n desprenen i les seves descripcions:

Taula 19. Categories de la primera etapa del treball de camp

Categoria	Concepte sintètic	Descripció
Definició de l'entitat	autopercepció	La percepció de la imatge i el paper que creen que desenvolupen dins de la salut mental.
Motiu de la creació de l'associació	autodeterminació	El procés en què va sorgir una consciència col·lectiva davant els mecanismes de control dels sistema.
Organització interna	autonomia	La capacitat d'autoorganització en contraposició a la dependència dels professionals i les institucions.
Funcions de l'associació	activisme	El replantejament i les alternatives envers de les respostes de la xarxa en salut mental que les associacions elaboren.

Font: Elaboració pròpia.

En el següent apartat, es descriuen els resultats de les categories que pretenen aproximar-se al coneixement del món associatiu en "primera persona" per elaborar l'estudi de les entitats.

5.1.1. DEFINICIÓ DE L'ENTITAT

En la primera categoria d'anàlisi, emergeix l'opinió de les persones que formen part de les associacions en relació amb la percepció que en tenen i el seu contingut. És per aquesta raó que s'ha indagat en els inicis, la definició i la necessitat d'existència d'aquest tipus d'entitat.

L'associació ADDEM atresora el privilegi de ser la primera associació de persones diagnosticades amb trastorn mental de Catalunya:

Somos la primera entidad de usuarios de la salud mental, con el objetivo de defender nuestro derecho como usuarios tanto a nivel de sistema de salud público, como a nivel del tema de estigma y todo lo que conlleva la salud mental (component d'ADDEM).

Aquesta entitat es defineix com a defensora dels drets d'aquestes persones, una afirmació que crida l'atenció en una associació en "primera persona" tan vinculada a la Federació de Salut Mental Catalunya i gestionada per una majoria de professionals i una minoria de familiars, que històricament s'han abanderat com a representants de les persones diagnosticades amb trastorn mental. Segons Bourdieu (1991), aquest sistema de dominació es veu legitimat per l'exercici del poder en l'ordre social, fet que fomenta l'assimilació de les normes d'aquells que es rebel·len en contra de l'estructura i l'organització:

ADDEM antes tenía otra vertiente, más reivindicativa, una función que han adquirido otras entidades como pueden ser Salud Mental Catalunya o Obertament (component d'ADDEM).

La persona component de l'associació ADDEM afirma que aquesta entitat va ser pionera en iniciar en el món associatiu persones usuàries dels serveis de salut mental sense l'actuació directa de cap professional o agent extern:

Se forma en el año 1992 y al inicio son unos cuantos usuarios de salud mental que se reúnen y deciden hacer una asociación, puesto que en Cataluña, en Barcelona, no había ninguna entidad (component d'ADDEM).

La segona aproximació és la de l'associació Emilia-BCN, entitat vinculada a un programa de desenvolupament de la Unió Europea que es va portar a terme durant quatre anys i mig (des del setembre del 2005 fins al febrer del 2010) a tretze països europeus, amb el propòsit de fomentar l'aprenentatge i la inclusió social permanent en l'àmbit de la salut mental; per aquesta raó, es volia fomentar el treball conjunt entre la persona diagnosticada amb trastorn mental, els professionals i la família, per empoderar l'usuari/a del servei perquè pogués assumir un paper intermedi que cavalqués entre el coneixement professional i l'expertesa de la persona que ha viscut una situació relacionada amb el món de la salut mental (Ogunleye et al., 2015). Els components d'aquesta associació s'autonomenen, en herència del pla europeu, «pacients experts», la qual cosa es contradiu amb la suposada filosofia de l'entitat, fins al punt que aquesta figura de pacient històricament ha estat dominada pel saber de la medicina, en què els pacients esperen que el metge valori el seu coneixement i els faciliti l'accés de la participació (Beresford, 2002; Mancini, 2011). Tot i això, la persona diagnosticada amb trastorn mental continua definint l'associació com una entitat que fa una tasca de normalització i preocupació per la salut mental:

La idea d'aquest projecte és formar pacients experts, capacitant-los i donant-los eines perquè puguin fer acompanyaments a persones que surten d'aguts, també fer promoció i prevenció de la salut mental (component d'Emilia-BCN).

Altres entitats com Imagina i Matissos es descriuen com a associacions relacionades amb la transmissió de la cultura i la salut mental, tant a les persones diagnosticades amb trastorn mental com a la societat en general i des d'una postura de caire comunitari per abolir les barreres (Godrie, 2015; Saraceno, 2017):

Somos de ámbito cultural, nos definimos como tal. Lógicamente abierta, no solo para las personas que puedan tener una problemática de salud mental, completamente abierta a toda persona que quiera colaborar (component d'Imagina).

La idea que ens vam plantejar va ser la de fer arribar a la gent una mica la cultura, a la gent amb un diagnòstic i tenint en compte les seves característiques (component de Matissos).

En canvi, l'associació Radio Nikosia es presenta com una entitat sense estaments, que s'autogestiona mitjançant el diàleg en grup a les assemblees i donant una gran rellevància a la idea de llibertat com una de les seves raons d'existir:

Radio Nikosia está organizada a nivel asambleario, lo debatimos todo en grupo, no estamos enmarcados por ningún estamento farmacéutico, ni político, ni nada de eso, funcionamos por subvenciones, lo que nos da mucha libertad a la hora de gestionarnos en todos los aspectos (component de Radio Nikosia).

La imatge externa d'Obertament és la d'una entitat dirigida per professionals i amb participació de persones diagnosticades amb trastorn mental, i es defineixen a través d'un únic objectiu: com una campanya que lluita contra la discriminació en l'àmbit de la salut mental:

Jo la definiria com una entitat que lluita contra la discriminació en salut mental, sensibilització i estigma (component d'Obertament).

Les persones participants de la Federació Veus, les associacions Terraferma i Activament indiquen que el tret més rellevant que les defineix és la seva gestió, dirigides únicament per persones diagnosticades amb trastorn mental, un plantejament que facilita el reconeixement de les capacitats i les experiències de les persones que formen les entitats, així com el seu posicionament respecte a la salut mental. Des d'aquesta perspectiva, emergeix el sentiment de respecte i la identificació de la diferència com a origen

de capacitats i d'experiències diverses per a les persones diagnosticades amb trastorn mental (Bailey i Liyanage, 2012):

Ens definim com a Federació Catalana d'Entitats en primera persona, entitats de salut mental en primera persona. Per a nosaltres és important aquesta denominació, perquè té a veure amb el fet que les entitats són governades i gestionades per persones amb diagnòstic de trastorn mental (component de Veus).

Nosaltres som una entitat creada i gestionada únicament per persones amb malaltia mental, això vol dir que totes les tasques de l'associació són realitzades exclusivament per persones amb malaltia mental, això també vol dir que no tenim tècnics, ni mai els hem tingut (component de Terraferma).

Ens definim com una entitat en "primera persona" en salut mental i per nosaltres això vol dir fer activisme per la salut mental, defensar els nostres propis drets com a persones usuàries dels serveis o com a persones que han passat per l'experiència (component d'ActivaMent).

Els inicis i la creació de les diferents associacions són similars entre elles. Segons les persones entrevistades de les associacions en "primera persona", la formació de les entitats comparteix una mateixa raó i objectiu, com va ser la conquesta d'un espai de poder del qual històricament han estat relegats (Sampietro, 2016). El reconeixement de la possibilitat de participació en la societat de pertinença es planteja com una fita de llarg recorregut, com una cursa de fons, això afavoreix que s'opti per crear unes entitats equiparades a les dels professionals i a les dels familiars, per assumir el lloc que els correspon:

Lo que se quería desde sus inicios era que las personas con una enfermedad mental se movilizaran y que reivindicasen sus derechos (component d'ADDEM).

Dar a conocer la situación de la salud mental al ciudadano que no lo conoce o tiene otra visión a través de los medios de comunicación en ese sentido (component d'Imagina).

Som una associació que el 2005 vam ser pioners a Espanya en el treball entre pacients, família i professionals, treballàvem amb principis i sense jerarquies (component d'Emilia-BCN).

Va néixer d'una voluntat de voler fer associacionisme en "primera persona" d'una manera diferent del que s'havia viscut fins aquell moment (component d'ActivaMent).

Nosaltres com a federació, hi ha un aspecte que és important, que és gestionar aquesta diversitat de les associacions, que és complex però que entenem i veient una riquesa (component de Veus).

Com a contrapunt, hi ha el cas paradoxal d'Obertament, que tot i dedicar-se a la sensibilització de temes relacionats amb la salut mental i insistir en la visibilització del col·lectiu com a portaveus de les seves campanyes, ha dificultat l'accés a la informació i a les esferes de decisió internes amb les persones diagnosticades amb trastorn mental. En resum, la ideologia de l'entitat es plasma en accions que propicien la dependència de les persones diagnosticades amb trastorn mental del coneixement com a experts dels professionals (Williams i Lindley, 1996; Brown i Walter, 2014). Això es posa de manifest en la poca informació que la persona entrevistada té de la pròpia entitat, així com les dificultats en l'accés a la informació interna, una situació que afavoreix el qüestionament real de la concepció i l'empoderament a favor d'un ús de les persones diagnosticades amb trastorn mental com a mitjà per aconseguir els seu propòsits:

Això sí que no t'ho podré dir, més aviat t'ho podria dir algun dels directius o professionals, jo soc activista i vaig fer el curs l'any passat, porto dos anys a l'entitat, però en desconec el funcionament intern (component d'Obertament).

El fet de plantejar la necessitat de l'existència de les diferents entitats provoca en les persones participants un seguit de respostes que justifiquen la seva raó de ser i les tasques que porten a terme. És rellevant precisar, com a conceptualització que comparteixen les diferents associacions, que es destaca el menester la necessitat de poder estar entre iguals per facilitar la socialització i la comprensió del que ha estat rebutjat socialment, per exercir d'aquesta manera amb més força les tasques de sensibilització i de conscienciació en l'àmbit de la salut mental. Per a ADDEM i Matissos, una de les principals raons que justifiquen la seva existència està relacionada amb el concepte d'ajuda que s'estableix en el seu interior mitjançant el reconeixement entre persones que han passat per les mateixes situacions, els vincles que és creen i el sentiment de pertinença a un grup que provoquen la necessitat de suport entre iguals (Heap i Mosch-Fernandes, 1981; Kieffer, 1984; Sampietro, 2016):

Es un espacio en que todos hemos pasado por lo mismo, en el que no hay juicio entre unos y otros. Por eso para mí es súper necesaria, solo por el contacto con personas, como lugar de encuentro en el que puedes entender que una persona esté realmente mal (component d'ADDEM).

És necessari perquè és un benefici per a les persones que tenim una malaltia, perquè a més a més ens ajudem els uns als altres, fem grup, hi ha una amistat entre nosaltres, i això fa que el vincle sigui fort i ajuda a tirar endavant, i fa que et sentis molt millor amb tu mateix (component de Matissos).

Un altre argument són les tasques de sensibilització i lluita contra l'estigma en salut mental, en les quals es recreen diferents formes d'entendre la realitat des d'un vessant positiu de la diferència, així com per fer front als prejudicis i estereotips que apareixen en la incomprensió de tot el que és identificat com a fora de la norma (Lévinas, 1967; Butler, 2006; Eiroa-Orosa, 2013, 2015). Aquesta concepció recull la idea que les associacions en "primera persona" són beneficioses per a les persones diagnosticades amb trastorn mental perquè impliquen una transformació en la pròpia concepció, per la qual cosa són descrites com a processos d'empoderament:

És imprescindible que existeixin entitats com la nostra per trencar amb l'estigma, la discriminació i el paternalisme institucional, som nosaltres els que ho hem de fer (component d'ActivaMent).

Hi ha molta gent que té molts prejudicis i a qui li falta informació, això fa que vegin les persones amb salut mental d'una altra manera. Llavors, el que fem és informar la gent que les persones que tenen malalties són persones normals, que vegin les persones que tenen trastorn mental com el que té mal de queixal (component d'Obertament).

Per acabar, s'al·ludeix a la tasca que duen a terme com a representants del col·lectiu davant de les estructures i la defensa dels seus drets (Causa et al., 2009):

La importància és que es permeti que les persones amb malaltia mental puguin defensar els seus drets, que tinguin unes opcions que d'altra manera no tenen (component de Terraferma).

Això parteix de la convicció que havíem de trobar una fórmula organitzativa que ens aglutinés com a moviment associatiu, que ens permetés accedir a aquests espais d'interlocució amb l'administració pública (component de Veus).

Un dels temes en què no han tingut l'obligació de definir-se és la pròpia categorització en relació amb la salut mental; apareixen diferents fórmules per autoreferir-s'hi sense que hagin arribat a un consens. Tot i aquesta premissa, es pot observar que aquelles determinacions més vinculades al model mèdic són les que guarden més relació amb

professionals de la xarxa de salut mental, i que d'alguna manera perpetuen un model biomèdic (Postle i Beresford; 2007):

Somos usuarios de la salud mental, eso quiere decir que en algún momento hemos pasado o estamos pasando un proceso de salud mental. Estaremos más recuperados o menos recuperados depende de la persona y el momento (component d'ADDEM).

Ens considerem que som pacients experts, perquè som pacients d'un servei de salut mental i perquè som experts en la nostra malaltia (component d'Emilia-BCN).

Nosaltres, de moment, no hem tingut la necessitat de concretar com ens autodenominem, sí que entenem que les entitats són en "primera persona"; per tant, entenem això: que hi ha gent que és malalta mental, gent que té trastorn mental, gent que té problemes de salut mental, gent que té malestar psicològic, patiment mental, és un ventall ampli. Jo, personalment, m'identifico com algú que pateix mentalment (component de Veus).

Ens definim com a persones usuàries dels serveis o com a persones que han passat per l'experiència de la salut mental (component d'ActivaMent).

5.1.2. MOTIU DE CREACIÓ DE L'ENTITAT

En aquest segon apartat, s'analitza l'origen i els motors de la creació de les associacions per poder identificar el paper que les i els precursors juguen actualment en l'evolució i en la direcció de les entitats en "primera persona". En aquesta categoria, és essencial distingir entre ADDEM, ActivaMent i Veus i la resta d'associacions, perquè aquestes tres són les úniques impulsades només per persones diagnosticades amb trastorn mental, mentre que els precursors de la resta van ser professionals amb el propòsit de facilitar l'empoderament de les persones diagnosticades amb trastorn mental:

Al inicio, son unos cuantos usuarios de salud mental que se reúnen y deciden hacer una asociación, imagino que, de hecho, se conocerían charlando entre ellos, planteándose cuál sería la solución, con ideas de otras cosas que se habían montado fuera de aquí, de España, y empezaron así (component d'ADDEM).

Venien d'una associació que, sobre el paper, també era en "primera persona", però no acabava de fluir, i al final, l'horitzontalitat que caracteritza ActivaMent i que és una premissa bàsica per garantir l'empoderament, allà no hi era. Aleshores, a més es donaven

uns certs prejudicis cap a les persones que van decidir trencar amb això (component d'ActivaMent).

Una cosa important és que, en la constitució, no hi va participar cap figura professional, si bé es cert que alguns de nosaltres sí que tenim estudis, de l'àmbit social, però sí que no hi havia cap figura externa, ni de professionals, ni de famílies, i d'aquí ve la importància de ser "primera persona" (component de Veus).

Nosaltres vam començar perquè hi havia una persona que llavors era un dels fundadors de Salut Mental Ponent, era el gestor que va promoure el tema de l'associació amb persones amb malaltia mental. I ell el que va fer va ser aprofitar que hi havia un club social que depèn d'aquesta entitat per crear-la (component de Terraferma).

En realidad, nació en Correa-Urquiza, estuvo trabajando en la Colifata, en el psiquiátrico de la Borda de allí de Argentina, Buenos Aires, y entonces él pensó que viniendo aquí a Barcelona podría hacer lo mismo pero fuera del psiquiátrico (component de Radio Nikosia).

L'any 2000 va crear el grup de teatre, La Trifulga dels Fútils, que va sortir de gent del Centre de Dia de Pi i Molist, d'aquí de Nou Barris; aleshores una de les referents va ser una monitora d'aquest centre de dia, i el doctor Clusa tenia molt interès a crear una companyia estable de teatre amb persones amb malaltia mental (component de Matissos).

Nació en el verano del 98, en principio solo como una actividad del centro de día, aunque el psicólogo ya tenía en mente que eso ya iba a ser algo más que una actividad, pero bueno se veía que no era algo terapéutico, pero luego su función acaba llevando realmente a la terapia (component d'Imagina).

Les contribucions de la persona entrevistada d'Obertament va posar de manifest una altra vegada com la falta d'informació de la qual disposava era fruit de la manca d'inversió en les persones que formen l'entitat, a causa de d'utilitzar-les per a un objectiu concret i no com a subjectes actius. No obstant aquesta reflexió, aquesta persona va introduir un tema interessant, com era la qüestió del creixement constant i ràpid de les entitats i la pèrdua dels objectius de la fundació per posar-se al servei de la producció del mercat (Tew et al., 2012).

L'entitat, tot i que això correspondria dir-ho al director, fa quatre o cinc anys que creix; ara, en aquests dos últims anys, és quan més està creixent. Abans compartíem oficina amb altres entitats, amb altres associacions, i ara ja tenim oficina pròpia, que és aquí a Barcelona, al carrer Sant Pere (component d'Obertament).

Una altra de les associacions que també ha protagonitzat un augment exponencial quant al número de socis i de delegacions territorials és ActivaMent, amb quatre delegacions de nova creació el 2016, cosa que va obligar l'entitat a replantejar-se el sentit d'aquest creixement:

L'entitat anava creixent en nombre de socis i això fins fa un any, aquest últim, que han començat a néixer les delegacions territorials i que s'ha anat duplicant el nombre de socis (component d'ActivaMent).

El funcionament de les entitats és descrit com a col·laboratiu, un adjectiu que defineix la voluntat que les diferents associacions estiguin interconnectades les unes amb les altres com una labor important per a la seva supervivència. Un altre tema destacable en la composició de la forma són les jerarquies i la llibertat de decisió com un esdeveniment rellevant per a les persones diagnosticades amb trastorn mental (Casal, 2010):

Hi ha gent que està a l'Emilia i està a Salut Mental Catalunya, està a la Federació Veus, està a ActivaMent i aleshores ens intercanviem informació i això és molt positiu (component d'Emilia-BCN).

Somos completamente libres, es nuestra base, hay una jerarquía normalizada, todos tenemos una posición lineal y la base de eso es que se elimina lo que es la categoría, entre la línea y la categoría de persona no diagnosticada y persona diagnosticada y todos somos iguales (component de Radio Nikosia).

La Federació està formada per associacions que estan completament gestionades per persones amb diagnòstic de trastorn mental i per altres associacions on hi ha figures professionals que, en menor o major grau, determinen les dinàmiques internes de l'associació; sí que és cert, però, que en totes les organitzacions la participació és un eix i un principi rector (component de Veus).

Les persones entrevistades fan referència a la perspectiva des de la qual es van crear les associacions, les quals mantenen la persona diagnosticada amb trastorn mental al centre del seu objectiu. Per Imagina i per Matissos és important desenvolupar i mantenir un espai on les persones puguin ser subjectes actius, sense deixar de banda els aspectes de caire més lúdics, que són els que ajuden a consolidar les relacions que es creen a les associacions (Civicio i Carbajo, 1999; Eiroa-Orosa, 2015):

Aquello que era algo lúdico, que se hace de alguna manera que se disfrute, sobre todo, que sirva de diversión y dejásemos que la gente pueda colaborar, participar, no quedarse aislado (component d'Imagina).

Som una entitat independent amb ganes de fer arribar la cultura al màxim amb tot el tema de la literatura, el teatre, la radio, i bàsicament seria això (component de Matissos).

Per ActivaMent, l'òptica de la creació de l'entitat es troba molt vinculada a la comprensió de l'experiència com un saber legítim, acció que promou l'activisme i el reconeixement com a iguals (Estévez, 1994; Anczewska i Ryan, 2009):

Una altra reivindicació de la nostre entitat és el valor de l'experiència, és a dir, el valor del coneixement de l'experiència, que rescata la importància de construir el coneixement des de l'experiència pròpia (component d'ActivaMent).

Mentre que per la Federació Veus i l'associació Terraferma, tot i compartir la mateixa filosofia, entenen que la perspectiva de la creació de les entitats és una responsabilitat política davant la societat:

Ens preocupava molt els prejudicis que hi ha en l'àmbit social, poder trencar barreres, poder defensar els nostres drets a escala personal (component de Terraferma).

És important l'emancipació del col·lectiu, és important l'empoderament, l'autogestió, l'autonomia, i en aquest sentit, és un fet polític també que parteix de la convicció que no només som capaços d'autogestionar-nos i d'autoorganitzar-nos sinó que, a més, fer-ho d'aquesta manera implica un valor que és un missatge al sector i a la ciutadania, de la plena ciutadania del nostre col·lectiu, i per tant entenem que no és només un dret sinó també un deure fer-ho així i és una responsabilitat per aconseguir aquest canvi social i cultural que el nostre col·lectiu necessita, per poder incorporar-se al funcionament social en igualtat d'oportunitats, de drets i deures (component de Veus).

En canvi, per Obertament la mirada de la creació se centra en un únic objectiu, com és la lluita contra la discriminació en salut mental:

Es va crear amb la perspectiva de lluitar contra la discriminació en salut mental, aquest és el principal objectiu (component d'Obertament).

En quan al paper de les i dels professionals i dels agents externs, és pot diferenciar que existeixen tres entitats impulsades únicament per persones diagnosticades amb trastorn mental, mentre que la resta les i els professionals han estat o són els motors de l'entitat, que continuen dirigint i formant-ne part. La lectura de la permanència dels/les

professionals en les associacions en “primera persona” pot ser interpretada com un exercici de poder i de submissió respecte a les persones diagnosticades amb trastorn mental (Beresford, 2002, 2019):

Del inicio, en el año 98, aquí quedan Fulanito, Menganito y yo, el psicólogo, porque los demás lo han ido dejado: porque había otros proyectos en su vida, trabajo al que le ha salido, otros porque irán a otros sitios, y luego se han ido incorporando a través de los años muchísimas personas (component d'Imagina).

Ha sigut gràcies a tots, a la psiquiatra, a les psicòlogues i l'atenció a l'usuari, que la cosa ha tirat endavant i ara l'Emilia s'està oxigenant molt, perquè a part dels professionals hi ha socis que hi som des del principi i gent que ha anat i ha tornat, hi ha hagut baixes (component d'Emilia-BCN).

La persona entrevistada sòcia de l'associació Radio Nikosia afirma que un dels agents impulsors de la creació de l'entitat va ser la ruptura amb ADDEM i uns professionals vinculats:

En 2003 empezamos en ADEMM pero no fue muy bien, hicimos una reunión con los socios de Radio Nikósia, que eran bastantes ya, y se acordó de separarse y a partir de ese momento funcionaron solos con la ayuda de los profesionales (component de Radio Nikosia)

Pel que fa a Obertament, els iniciadors del projecte són estaments públics i empreses privades:

Hi col·labora la Fundació La Caixa, la Generalitat, aquests anys en la campanya hi ha col·laborat Ikea i també hi ha molts associats, que al associar-se també col·laboren econòmicament amb l'entitat (component d'Obertament).

Per la Federació Veus, la resposta davant aquest plantejament és conciliadora, identifica la tasca i les accions realitzades des de les entitats dirigides per professionals, però sense perdre de vista que com a entitats el seu objectiu ha de ser l'emancipació de la persona (Ferrer et al., 2006):

Les associacions dirigides per professionals compleixen la seva funció i les entenc com a organitzacions necessàries per possibilitar l'emancipació del col·lectiu, crec que no son entitats finalistes sinó que son entitats que s'haurien d'entendre a elles mateixes com a catalitzadores, com a facilitadores, perquè les mateixes organitzacions articulin estratègies perquè aquesta emancipació sigui possible (component de Veus).

Per ActivaMent i per Terraferma, aquest plantejament de la vinculació de la i del professional a l'associació és classificada com una pèrdua d'autonomia, d'autodeterminació, d'empoderament, i mantenen una visió més crítica al respecte:

No deixa de ser un estancament també, perquè si no, perd el seu sentit, el dels professionals, el seu sentit vital, i es veu de salvador i que gràcies a mi aquesta gent està bé (component d'ActivaMent).

Les associacions que poden pagar tècnics porten el seu tècnic a les reunions i, a la llarga, volen que els tècnics tinguin reunions pròpies sense nosaltres, porta a un distanciament molt gran de l'associació entre els socis i els tècnics (component de Terraferma).

Per les persones que formen les entitats en “primera persona”, es comprèn que el paper que ha de jugar una o un professional un cop ha acomplert l'objectiu de la creació d'un grup motor i aquest grup s'ha organitzat, és afavorir que l'entitat assumeixi el seu protagonisme per tal que s'organitzin i iniciïn el camí cap a la presa de responsabilitat (Beresford i Croft, 2001):

Teníem una referent, però ara s'està desdibuixant la seva funció, a poquet a poquet ens està deixant. Però al principi, des que va sortir La Trifulga dels Fútils com a grup de teatre, ella ens portava de la mà, sortíem del centre de dia de Pi i Molist i ens va anar guiant per aquest camí després de crear l'associació Matissos-Namaste, i la idea de fer els estatuts també va ser seva, però ara ja no la tenim de referent i ens autogestionem (component de Matissos).

Un altre dels temes latents en aquesta anàlisi és l'accés de persones alienes a les entitats o la participació externa a les seves reunions. D'aquesta manera es planteja una de les contradiccions de les associacions, amb una llarga trajectòria: per una part, necessiten incorporar nous participants per no estancar-se, però per l'altra hi ha la necessitat de mantenir un grup sòlid de persones perquè l'entitat assoleixi una sèrie de fites que li permetin poder plantejar-se una actuació externa en la societat i/o un funcionament propi:

Que vingui una persona convidada de fora, dius no, no, ja tenim una manera pròpia de fer les coses que si hi hagués una persona de fora, lo tindríem com un convidat de pedra, una persona que esta allí mirant; i si això ha de produir un efecte negatiu, clar, no hi anirà mai, i si ja no venen altres persones doncs val més que no; sí que podríem atendre una persona però igual com ho fan altres entitats: quedes a una hora en concret, aquella

persona ve, t'exposa alguna cosa i després d'exposar-ho se'n va (component de Terraferma).

Todas las personas que están aquí tienen momentos de máxima motivación que vienen a todas junto con otros momentos que implican desconexión, imagino que el paso del tiempo les ha hecho igual. También cabe decir que para personas como Albert Ferrer, que eran personas muy reivindicativas y motivadas que iban a un sitio e iban a otro, al cambiar el papel de ADEMM, con la imagen de no ir a tantos sitios reivindicativos y no hacer cosas dentro de ADEMM, no era su ideal de asociación, entonces también por eso el cambio (component d'ADDEM).

Hi havia, per exemple, psicòlegs en pràctiques, psiquiatres en pràctiques també, que venien a les reunions per veure com ens relacionàvem, per veure com respiràvem (component d'Emilia-BCN).

No obstant això, que les visites externes ajuden a construir una visió menys endògena, no es pot perdre de vista que si l'afluència de persones externes és constant pot provocar una inestabilitat al grup i la sensació d'intrusió, tal com es percep en algunes observacions, com és el cas d'ActivaMent o Radio Nikòsia, on aquest fet no ha estat analitzat però que es troba latent.

5.1.3. ORGANITZACIÓ INTERNA

La tercera categoria mostra la manera com es formen les associacions des del punt de vista organitzatiu, del seu funcionament, així com del seu finançament, en l'opinió dels principals implicats.

En la gran majoria de les entitats, l'òrgan màxim que gestiona l'estructura interna és l'assemblea, espai en el qual s'autorganitzen i es decideixen les línies d'actuació, mentre que la junta directiva exerceix rols de caire administratiu i està integrada per persones diagnosticades amb trastorn mental:

La asamblea es el órgano de mayor decisión en general y en ella se elige también a una junta directiva. La junta directiva está compuesta por el presidente, vicepresidente, secretario el tesorero y vocales (component d'ADDEM).

La nostra dinàmica interna, doncs, són reunions de junta, que poden ser assemblees mensuals, on cada entitat té tres vots i a partir d'aquí es van prenent els diferents acords.

A les reunions, doncs, per prendre qualsevol decisió hi ha d'haver-hi com a mínim la meitat d'associacions federades i anem fent aquelles propostes que ens van sorgint (component de Veus).

Les associacions Emilia-BCN, Radio Nikosia, Imagina i Obertament, tot i funcionar com la resta, tenen la peculiaritat que estan formades per professionals que exerceixen una gran influència en les direccions i línies d'actuació, malgrat que les persones entrevistades asseguruen la seva independència:

Hacemos la propuesta y debatimos en asamblea lo que nos parece, aquí son todo coordinadores, lo que, bueno, el coordinador general es el profesional, pero se siente uno más como los demás, y la psicóloga, el tallerista, que es el chico que se encarga de los talleres, y la otra profesional, que se encarga más de las subvenciones (component de Radio Nikosia).

Entre el psicólogo y la monitora van haciendo siempre una evaluación continua de cómo va todo y si hay algún problema lo solucionan, ellos siempre son los referentes (component d'Imagina).

A ActivaMent, el plantejament de la figura de la o del professional es presenta des d'un altre paradigma i està ocupada per socis que, com a tals, inclouen la seva visió des de l'experiència de la salut mental en "primera persona", sense renunciar als seus coneixements professionals (Eiroa-Orosa, 2015). Això dona unes eines als components d'ActivaMent que altres entitats no disposen en les interlocucions amb les administracions o serveis i entitats de la xarxa de salut mental:

L'entitat ActivaMent està formada per professionals, també, però que parlem en "primera persona" i no des de la professió (component d'ActivaMent).

Es posa de manifest que aquestes cinc entitats tenen contractat un o més professionals perquè facin tasques de gestió i/o direcció, com Obertament i Radio Nikosia, que són associacions gestionades completament per professionals; Imagina i ADDEM, on fan tasques d'organització interna de l'entitat, que predisposen a la pèrdua d'autonomia en favor de la dependència; i el cas d'ActivaMent, que paga un sou a dues persones que alhora són sòcies pel temps i la seva implicació dins de l'associació:

La junta és la que organitza les activitats, després hi ha també els tècnics, que organitzen tots els grups de sensibilització i són els que ho organitzen tot, els activistes col·laborem amb esforç i fent molta feina (component d'Obertament).

Esto mejor te lo contesten los técnicos, porque yo eso no lo sé, en la parte como más de gestión no me meto porque tampoco estoy introducida en la parte de la gestión de la asociación (component de Radio Nikosia).

La trabajadora que hay nos ayuda a que funcione mejor la asociación, porque el hecho que haya un técnico aquí todos los días hace que se pueda continuar con las actividades, estar un poco encima de todos los socios; quizás es una función que deberíamos hacer los propios socios, pero bueno cada uno tenemos nuestra propia vida y nos es difícil compaginarlo todo (component d'ADDEM).

En aquest sentit, per ActivaMent, per decisió de les i dels socis, es retribueix les tasques i la dedicació d'un dels components, més enllà del seu càrrec dins de l'entitat, que ha acabat desembocant en la contractació d'una segona persona per necessitats de la mateixa entitat en la posada en practica dels diferents projectes que reben subvencions de les administracions:

Les úniques persones que actualment cobren té a veure amb el fet que la junta directiva va decidir que aquesta persona es mereixia tenir una retribució per tot el que feia per l'associació. Llavors, a partir d'aquí, s'ha necessitat una altra persona, però això és independent dels càrrecs de junta directiva (component d'ActivaMent) .

Per la Federació Veus, un dels reptes per al futur és poder dotar les entitats d'una estructura professionalitzada per poder equiparar les diferents associacions en “primera persona” a les dels familiars i dels professionals:

Incorporarem personal contractat però encara és un dels reptes de la Federació, aconseguir més recursos per a les entitats de “primera persona” (component de Veus).

Les retribucions als components de les entitats és un tema vinculat al reconeixement social de la tasca que porten a terme, pel fet que l'accés a una economia digna ajuda que la persona senti que compleix amb una sèrie d'objectius socials i que la seva labor és valorada, per la qual cosa se sentirà reconeguda i autorealitzada (Causa et al., 2009).

L'economia és i ha estat una de les qüestions importants en el pensament de la salut mental. És per això que les persones que no poden participar en el mercat i que són productives, en el sistema capitalista són excloses i oblidades en els processos de decisió (Merton, 1938; Losada et al., 1998). Un situació que ha alimentat que els mateixos actors es desentenguin de la responsabilitat de la gestió i de l'origen dels fons econòmics de les entitats en “primera persona”:

No hi ha res retribuït perquè cobrem una pensió i si fem treballs puntuals ens la treuen. Ara farem, per exemple, una xerrada a auxiliars d'infermeria com a associació, en la qual participarem dos pacients, i això sí que ens ho pagaran perquè és com a associació i després, a part de tot, si els professionals fan cursos i coses, a ells sí que se'ls hi retribueix, perquè és part de la seva feina (component d'Emilia-BCN).

Para recibir subvenciones hay una base por la que hay que tener unos trabajadores para gestionar la parte más burocrática, los profesionales de la asociación sí cobran porque claro no pueden estar sin cobrar, porque dedican su vida a esto (component de Radio Nikosia).

De tot això, se'n pot extreure una desvalorització del coneixement adquirit amb l'experiència respecte al saber teòric propi de les i dels professionals, que alhora s'apropien de les experiències i afavoreixen l'alienació en la creació d'un projecte propi de les persones diagnosticades amb trastorn mental (Illich, 1977). Tot i aquesta idea, la majoria de les entitats es nodreixen de subvencions i/o ajudes que degudament són sol·licitades a les administracions i supervisades pels professionals vinculats a les entitats en "primera persona". Segons verbalitzen les persones entrevistades, una altra de les fonts d'ingressos, encara que menys important, és la quota que abonen les sòcies i els socis:

La cuota de socios es nada, muy pequeñita, entonces la financiación mayor es por subvenciones, subvención de la Generalitat, del departamento de Salud, del Ayuntamiento de Barcelona, de la Diputación, bueno con respecto a esto también lleva mucho trabajo burocrático, muchísimo, muchísimo, y bueno, con ese dinero, cuando nos lo dan, pagamos a la trabajadora, eso ya es al mes una cantidad tal, o sea dependemos totalmente de tener una trabajadora de las subvenciones (component d'ADDEM).

Afortunadamente, los estatutos te obligan a tener una cuota de socio, que establecimos en 10 €, pero nuestro medio de financiación son las subvenciones, del Ayuntamiento de Sant Boi, de Las Hermanas, también de la Fundació Nou Camí; gracias a ellos podemos hacer los bolos que hacemos (component d'Imagina).

En uns inicis, l'associació es finançava a través de les quotes dels socis –que no és obligatòria perquè entenem que no tothom pot pagar-la–, llavors vam rebre la subvenció pels grups d'ajuda mútua i a poc a poc han anat arribant altres finançaments (component d'ActivaMent).

Per altra banda, trobem a Matissos, associació creada al 2014 i que no manté un/a professional de forma contínua entre els seus components, fet altament positiu en la

percepció d'empoderament de les persones diagnosticades amb trastorn mental. Però com a contrapartida, la falta d'experiència els dificulta la gestió interna de l'entitat, com és el cas de la sol·licitud de subvencions:

Hem volgut buscar subvencions i aconseguir-ne, ens hi hem presentat però no n'hem aconseguit cap, o sigui que de moment, en aquests dos anys, ens dediquem només al tema de les quotes (component de Matissos).

En canvi, per a Veus, aquesta situació no és remarcable respecte a la sol·licitud de finançament, perquè com a Federació compten amb l'experiència de persones que formen part d'associacions, que gràcies a la seva trajectòria i coneixements han accedit a una sèrie de sol·licituds de recursos:

Hem rebut finançament recent de l'Ajuntament de Barcelona, ara estem mirant vies de col·laboració directa per ampliar-ho. Hem presentat subvencions a la Diputació de Barcelona i ara estem definint un conveni de col·laboració directe amb el Departament de Salut, això és el que ens ha de permetre començar a tenir una estructura (component de Veus).

Com a últim tema d'aquest apartat hi ha la qüestió plantejada per l'associació Terraferma sobre la problemàtica de fer front a les contínues despeses de transport per poder acudir a les assemblees i reunions de la Federació Veus; una situació amb la qual es fa un paral·lelisme amb el funcionament de la Federació Salut Mental Catalunya, que aquesta entitat ha acabat abandonant:

Nosaltres ja els vam dir que era bàsic buscar subvencions per al transport, sempre se centralitza a Barcelona i sempre els ho hem criticat, a la Federació Salut Mental Catalunya, i hem suggerit que podríem fer-ho d'alguna altra manera, jo ho vaig proposar, això, a la Federació en una reunió que es va fer a Barcelona, amb les assemblees i les juntes directives, en lloc de fer-se aquí, com que hi ha entitats per tot el territori, per què no es va canviant de seu (component de Terraferma).

Malgrat aquest plantejament, durant l'observació d'una assemblea de la Federació Veus s'ha pogut comprovar que aquest tema era abordat i s'acordava per junta que Veus assumiria els costos dels viatges de tots aquells que hi estiguessin interessats a participar i visquessin fora de Barcelona. Tot i aquest plantejament, es perpetua la centralització de la ciutat envers altres possibilitats organitzatives, copiant antics models d'imposició del que se suposa que fugen.

5.1.4. FUNCIONS DE L'ENTITAT

Les diverses opinions recollides en aquesta primera aproximació cristal·litzen en les diferents visions de les i dels participants en relació amb les línies d'actuació que duen a terme dins del sistema d'atenció a la salut mental com a entitats.

Més enllà de les grans respostes mediàtiques vinculades amb projectes polítics de prevenció i actuació, hi ha les de prevenció interna o d'àmbit local, de formació i d'informació sobre com són les persones diagnosticades i què és la salut mental, per trencar amb els estereotips i la discriminació:

Com a associació de persones amb malaltia mental, ens hem centrat en el que volen els socis, hem fet cursos exclusivament per a persones amb malaltia mental, llavors clar, sí que hem fet cursos en obert, en els qual fem promoció per associacions, i pot vindre qualsevol persona que li interessi entendre (component de Terraferma).

En un determinat moment, les persones, com per exemple en el meu cas, són derivades pel Centre de Dia Pi i Molist directament a Matissos. Entres en una xarxa de persones que ja van funcionant, que elles t'empenyen una mica amb les seves il·lusions i les seves ganes de tirar endavant, d'ensortint-se'n, això sí que és prevenció en possibles recaigudes (component de Matissos).

Cobrim un buit, és un espai que no havien trobat enlloc perquè enlloc han tingut la possibilitat d'anar a reunir-se, a parlar, amb gent que els comprèn i que no els jutja i que no els dona consells que els semblen inútils (component d'ActivaMent).

El *boig*, al llarg de la història, ha estat classificat i diferenciat de la resta per ser expulsat de la societat. Això permetia explicar i comprendre un seguit de respostes dels que no es corresponen amb el grup de referència (Szasz, 1974; Palacios et al., 2014). Les conseqüències d'identificar la diferència com un estat que incapacita l'acte de raonar, una circumstància amb què el sistema perpetua les persones diagnosticades amb trastorn mental, són el rebuig, l'abús i la limitació de l'accés i l'exercici del dret.

Somos personas normales y corrientes, y ninguno de los que estamos aquí nos hemos comportado agresivamente, lo que pasa es que por una imagen que dan en la sociedad, por mucho trabajo que hagamos en asociaciones como la nuestra, se lo cargan por completo (component de Radio Nikosia).

Jo crec que la sensibilització aconseguix que l'exclusió social i la discriminació disminueixin per part dels que ens escolten, perquè normalment es diu que les persones amb problemes de salut mental són més violentes, són més impredecibles, són més perilloses, normalment és tot lo contrari, que les persones que tenen un problema de salut mental són les que pateixen més discriminació, més exclusió social, més estigma, patim més nosaltres del que fem patir (component d'Emilia-BCN).

Es tracta d'uns posicionaments que son fruit de la por, de "ah, que la gent deixarà la medicació", i tot va a parar al mateix lloc, al perjudici, a l'estigma que la persona, si no es pren la medicació i sense tractament psiquiàtric i seguiment, es perd; i és la persona qui ha de decidir si li fa bé aquest tractament psiquiàtric o no (component d'ActivaMent).

Les associacions, actualment, mitjançant les activitats que proposen, estan donant una sèrie de respostes a les necessitats de les persones que el sistema no preveu, o que no solucionen els requeriments del/les protagonistes, ja sigui perquè no els han tingut en compte a l'hora de dissenyar-les o perquè les persones diagnosticades amb trastorn mental no són conscients de tenir-les (Dominelli, 1996; Mancini, 2011).

En aquesta tasca associativa, es poden classificar diverses línies d'actuació quant a serveis, com l'acolliment de la persona un cop ha sortit dels circuits establerts, les tasques a la comunitat, la lluita en "primera persona" per la normalització i la socialització entre iguals:

Donar suport a les persones que venen a l'associació, capacitar-les, donar-los eines perquè pugin fer el seu dia a dia, perquè tinguin una vida al més estable possible i perquè facin una vida al més normalitzada possible. Fem assessorament sobre quins són els recursos de la xarxa de salut mental i com utilitzar-los (component d'Emilia-BCN).

Cuando te dan el alta del servicio de rehabilitación comunitaria a veces no hay otro servicio y te quedas ahí. ¿Dónde vamos a parar? Y algunas personas han venido precisamente derivados de sus profesionales (component d'Imagina).

Lo que hacemos fuera en la comunidad es el curso "Formar-se per participar", lo llevan cuatro gestores en "primera persona" que tienen experiencia, ellos son alumnos de este curso y ahora son formadores, lo hacemos en SRCs, en centros de día, en CSMAs, y es totalmente gratuito, normalmente lo hacemos por eso, con el fin de dar a conocer que somos capaces de hacer cosas por nosotros mismos, que no tiene que haber detrás un profesional que lo haga (component d'ADDEM).

El grup de portaveus, que portaveus és el que fa que les persones amb salut mental, en “primera persona”, parlin sobre la seva història de vida amb els mitjans de comunicació; després hi ha el grup de sensibilització, que és per sensibilitzar col·lectius, universitaris, diguem també sobre la història de vida de persones en salut mental (component d’Ober-tament).

La función que hacemos nosotros a nivel de prevenir la enfermedad es relacionarnos muchas veces un grupo social que lleva muchos años funcionando, hacemos piña, hacemos amigos, nos vamos a tomar algo, vamos a hacer actividades, aquí venimos, planeamos nuestras actividad y aparte nos sentimos como sociabilizados (component de Radio Nikosia).

D’altra banda, trobem l’associació ActivaMent, que és un clar exemple del reconeixement de l’experiència per part d’un estament i l’encàrrec de la transmissió dels seus coneixements (Barber et al., 2011). Malgrat aquest avenç, les persones encarregades de fer aquesta tasca no obliden el seu paper dins de la xarxa i es qüestionen l’impacte de l’assimilació de determinades comeses des de l’associació com quelcom que els pot perjudicar:

La Federació Salut Mental Catalunya ens va contractar perquè féssim formacions per exportar el model de grup d’ajuda mútua i, clar, això ha implicat que ActivaMent, de cop, ha rebut uns diners per donar un servei; no ens considerem prestadors de serveis, en absolut, però sí que creiem que aquesta feina té un valor i sí, ActivaMent ha tret diners per poder fer aquesta aportació en un programa en col·laboració amb els serveis de salut mental públics (component d’ActivaMent).

La impressió que les i els participants tenen del seu impacte en la xarxa de salut mental és majoritàriament positiva, pel fet que perceben que la seva opinió és valorada i que la tenen en compte, s’entén que aquesta percepció favorable ha estimulat les diferents iniciatives que les entitats han portat a terme al llarg de la seva història (Staley, 2009; Brett et al., 2010).

Però tot i això, actualment ho relacionen amb la creació d’una federació pròpia que té com a tasca principal la participació política en el disseny dels protocols i dels plans i línies d’actuació de l’àmbit de la salut mental:

Des d’aquests dos anys que portem de campanya sí que es veu, sí que s’ha notat un canvi, es veu la gent cada vegada més conscienciada (componet d’Obertament).

A nivel político participamos poco, allá en lo que participamos sí que damos nuestra opinión y se nos da a reconocer, se nos da a reconocer como la parte de usuarios de salud mental, por esto se ha derivado más a la Federación Veus, que es ya una aglutinación de asociaciones e incluye un mayor número de personas en “primera persona” que están luchando por un derecho en concreto (component d'ADDEM).

Les diferents accions i repercussions que porten a terme les entitats en “primera persona” han mostrat el valor de la seva tasca i han afavorit que les administracions els identifiquin com a peces claus en l'elaboració de nous projectes i plans, d'aquesta forma s'evidencia el seu coneixement en la matèria i les aportacions d'aspectes relacionats amb l'expertesa de les vivències en salut mental. Aquestes iniciatives enceten i afavoreixen l'aparició d'un escenari en el qual la participació política de les persones diagnosticades amb trastorn mental es converteix en un agent més de salut, recuperant d'aquesta forma el reconeixement dels seus drets i de la seva dignitat com a ciutadans:

Estem participant, donat que hem pogut incidir, en l'estructuració del pla integral en salut mental i addiccions, hem definit noves línies d'actuació, hem transformat línies que ja estaven establertes; per exemple, hem separat una línia que incorporava els drets, la participació i la participació comunitària: hem aconseguit que surtin els tres aspectes de forma diferenciada, que s'entengui la participació comunitària més enllà de garantir el dret a l'habitatge; hem incorporat l'àmbit de cultura i el departament de cultura en el treball del pla integral i hem coordinat el grup de cultura, ara coordinarem el grup de drets i hem provocat canvis també en l'administració pública, internament a la Generalitat, una comissió permanent de treball entre els departaments de salut, benestar i justícia, així com la constitució d'un consell sobre drets en salut mental dins de la pròpia administració pública (component de Veus).

A continuació, es presenta una interpretació de l'anàlisi realitzat en el punt anterior. Així doncs, per poder elaborar aquesta tasca es posa de manifest l'obligació d'elaborar un procés que relacioni l'objectiu de l'apropament a les entitats en “primera persona” amb els conceptes teòrics treballats, per acabar aproximant el coneixement extret del treball de camp.

En aquesta primera part del treball de camp, s'ha constatat que un gruix important de les associacions deriva o ha estat vinculat a ADDEM, la primera associació de persones diagnosticades amb trastorn mental, i que aquesta associació, amb el pas del temps, ha anat perdent lideratge davant d'altres entitats com l'associació ActivaMent i la

Federació Veus. El canvi de direcció d'ADDEM ha resultat de l'evolució d'una entitat dirigida únicament per persones diagnosticades amb trastorn mental que va iniciar el moviment a Catalunya sola i amb una gran tasca entre mans, fins a arribar a una posició menys reivindicativa en què la gestió interna és derivada a una o un professional i s'opta per centrar l'interès en les activitats internes de l'associació.

En paral·lel, es pot considerar que la pèrdua d'aquest rol dinàmic d'ADDEM va provocar que les persones més activistes amb el món de la salut mental es trobessin fora de lloc i n'abandonessin les files per crear o iniciar nous projectes. Sembla que dipositar la gestió en una o un professional, qüestió compartida amb diferents entitats com Emilia, Imagina, Obertament i Nikósia, facilita la pèrdua de direcció de l'entitat i, a conseqüència, disminueix l'autonomia i l'autodeterminació de les i dels components de l'associació. Cal fer una menció especial a dos extrems dins d'aquesta categoria. D'una banda, Obertament, entitat creada i gestionada únicament per professionals i on les persones diagnosticades amb trastorn mental no formen part de l'aparell de decisió, tret d'un dels patrons, que ho és també d'ActivaMent. De l'altra, ActivaMent, una entitat gestionada per persones diagnosticades i que en la formulació de l'associació conceben que els professionals que s'han de contractar han de ser, en la mesura del possible, persones que en formin part com a sòcies i socis. A partir d'aquesta comparativa i amb l'estudi del món associatiu, s'ha elaborat la taula 20 per mostrar gràficament quines associacions s'autogestionen i quines depenen de professionals:

Taula 20. Comparació de l'autogestió i la vinculació professional a les entitats en "primera persona"

	VEUS	EMILIA	ActivaMent	Nikósia	ADDEM	Terraferma	Imagina	Matisos	ObertaMent
Autogestionat	X		X			X		X	
Professionals vinculats		X					X		
Professionals contractats			X	X	X		X		X

Font: Elaboració pròpia.

La matèria de la contractació i/o vinculació de la i del professional a les associacions en “primera persona” és una de les qüestions incloses en la segona etapa de la investigació. Tot i això, s’entén que en el procés d’empoderament, la contractació d’una o un professional pot ser un exemple clar d’aquest avenç, mentre que la vinculació prolongada d’un professional a una entitat és una acció que fomenta la dependència i, en conclusió, no afavoreix l’autonomia de les persones (Staley, 2009; Casal, 2010).

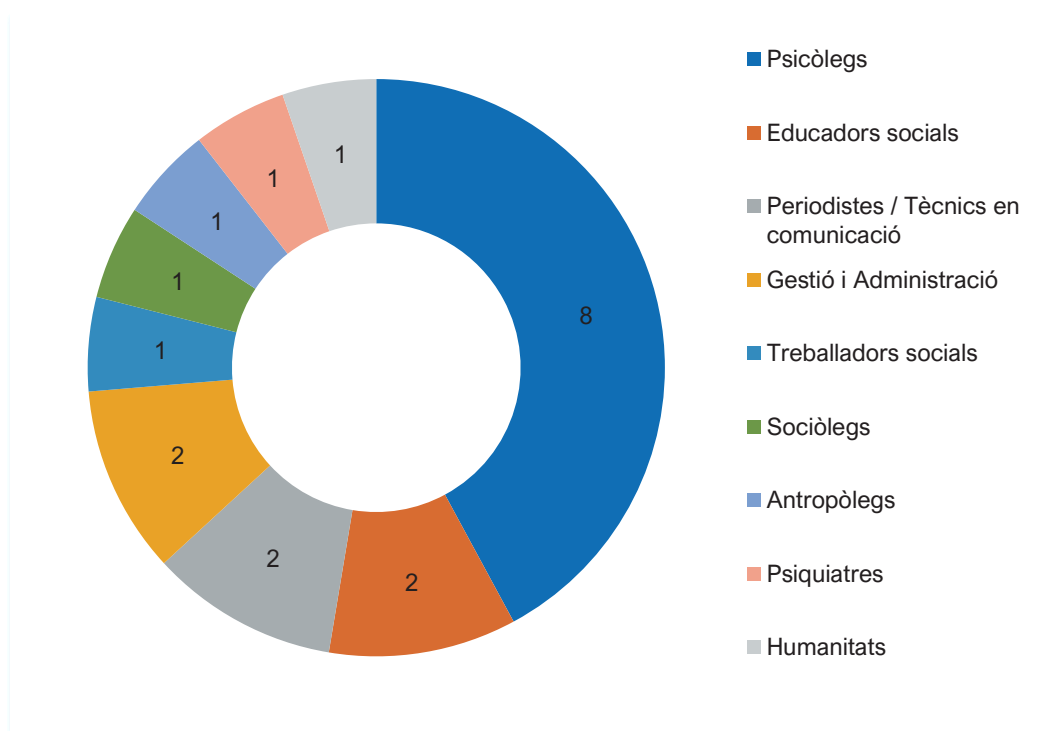
Un antecedent d’aquesta última afirmació es pot trobar en el funcionament d’aquelles associacions que copien l’estructura i les activitats dels serveis de la xarxa de salut mental, alhora que releguen de responsabilitats, de participació i de capacitat de decisió les persones diagnosticades amb trastorn mental, amb l’objectiu que amb aquest tipus de relacions es mantinguin les jerarquies i els estaments, en què els/les professionals, a través dels seu saber, donen ordres imperatives a les persones diagnosticades amb trastorn mental per evitar identificar-los com a iguals. Aquesta comparativa, per falta de similitud, fonamenta que les i els professionals s’escudin en les regles dels rols que els mecanismes del sistema promouen per evitar el reconeixement de les persones diagnosticades amb trastorn mental (Illich, 1977; Dominelli, 1996). Per aquest motiu, s’ha de concebre que aquest tipus de plantejament deixa de costat el coneixement de l’experiència en benefici del saber establert per l’acadèmia i reconegut per la societat.

Tot i aquesta afirmació categòrica, es pot concebre la necessitat d’aquestes figures i entitats com a requisits per trencar estructures i mites, però, en si, no es poden considerar finalistes, perquè s’entén que, progressivament, han de deixar espai per a aquelles que fomenten realment l’empoderament des de la pròpia experiència en “primera persona”. En aquesta mateixa línia, i en referència amb l’anàlisi d’aquest primer apartat, l’investigador reflexiona sobre el seu posicionament, en què comprèn que l’acceptació de la diversitat ha de passar per una acceptació completa de tot allò que és diferent, vist que, si no és així, l’única cosa que es fa és perpetuar un model positivista amb un sol estàndard genuí al qual la resta s’ha d’encaixar (Merton, 1938; Benjamin, 1973; Derrida, 1997). És per això que és imprescindible acceptar l’*Altre* per evitar la perpetuació de l’exclusió en lloc de la comprensió per facilitar l’empoderament d’aquell que és considerat com a diferent. Es constata, doncs, que les persones diagnosticades amb trastorn mental busquen la legitimitat de la seva experiència per esdevenir agents de participació

en la salut mental; un procés arran del qual entren en el joc de la perpetuació de l'estructura social i abandonen el rol d'activista.

Pel que fa al perfil professional, és destacable que el que ha tingut més representativitat i es manté dins del món associatiu és el de psicòleg, seguit, en menor grau, del de treballador social, periodista, educador social, gestor i administrador d'empreses, sociòleg, antropòleg, psiquiatre i llicenciat en humanitats, com es mostra al següent gràfic.

Gràfic 2. Relació dels perfils professionals vinculats a les associacions



Font: Elaboració pròpia.

La baixa representació de treballadors/es socials planteja un qüestionament quant a la disciplina i un dels seus pilars, perquè s'entén que com a professió es persegueix fomentar i mobilitzar les persones amb les necessitats detectades perquè s'organitzin i reclamin el lloc que els pertoca (Tew et al., 2012; Idareta, 2013b). Aquest punt provoca un dilema en les directrius de les intervencions, dels plans i dels projectes que s'han dut i es duen a terme des del treball social i el món associatiu, i que caldrà replantejar-se.

Una de les idees recollides en les diferents associacions és el continu afany de creixement i de seguir captant persones amb el propòsit d'impulsar un impacte més gran a la societat; tot i que, teòricament, és així, a la pràctica es pot observar com aquest creixement associatiu ha requerit d'un replantejament per no allunyar-se dels objectius de les pròpies associacions. Aquesta circumstància ha estat detectada per diferents entitats, que han actuat en conseqüència amb un acte reflexiu en el qual s'han marcat una sèrie de límits pel que fa a l'afluència de persones a les reunions, les demandes de col·laboració i de creació de delegacions o de participació, per poder donar una resposta de qualitat. Malgrat aquest pensament, sempre hi ha diferents opinions que plantegen la idoneïtat de la renovació dels components com un element necessari enfront de les veus que consideren que això genera inestabilitat en un grup estable.

En aquesta primera etapa del treball de camp, es posa de manifest que en la seva definició, les entitats tenen unes similituds les unes amb les altres més enllà de la seva vinculació en l'àmbit de la salut mental, i és que cadascuna d'elles disposa d'un projecte diferenciat en el qual la tasca que duen a terme és quelcom essencial dins del sistema de salut i de serveis socials. En efecte, a partir dels diversos discursos es confirma que l'empoderament i la capacitació de persones diagnosticades amb trastorn mental busca aconseguir un augment de la participació dels protagonistes en les diferents esferes de la vida social, que afavoreixi un suport comunitari que faciliti aquesta integració social a través de les relacions socials (Peled i Leichtentritt, 2002).

Aquesta labor és promoguda per la designació entre iguals que es crea en les entitats, en les quals es comparteixen experiències i un lloc on sentir-se compresos sense por, com quelcom que ajuda a la percepció de pertinença a un grup social (Kieffer, 1984). Aquest tipus de relació facilita la identificació com a subjectes de ple dret, amb qualitats i amb potencialitats, que els permetran prendre part en els processos de decisió i de participació de forma autònoma i individualitzada, retornant-los el protagonisme de les seves històries com a ciutadans actius. Alhora, aquesta participació ajuda en la creació o el manteniment d'una identitat pròpia i d'un sentiment de dignificació personal.

L'activisme és un capital en les diferents òrbites de les persones diagnosticades amb trastorn mental i que es relaciona amb el terreny domèstic i de l'esfera reproductiva, com és el cas de la incompatibilitat amb accions retribuïdes i la realització personal gràcies a tasques puntuals relacionades amb el propi coneixement i l'experiència. Això deriva de

la creença que persisteix en la societat sobre certes tasques relacionades amb l'ajuda a les persones i que les intervencions socials no tenen un valor econòmic i que, per tant, es fan de forma voluntària i gratuïta. Aquest pensament sobre l'activisme afavoreix, a més a més, el menyspreu d'un saber legítim com és el de l'experiència pròpia i la improductivitat del mateix coneixement dins de l'actual economia de mercat.

Tot i aquesta perspectiva en relació amb l'activisme, es destaca la contribució de les i dels activistes a l'enriquiment de la societat i l'afavoriment de processos de socialització i de dinamisme social, per la qual cosa es constata que és un capital social amb potència.

5.2. SEGONA ETAPA D'ANÀLISI

La intenció d'aquesta segona etapa de l'anàlisi és conèixer la lectura que es realitza de les persones diagnosticades amb trastorn mental, la connotació social d'aquest succés, el funcionament dels mecanismes de repressió del que és interpretat com a diferent, la identificació de l'experiència en els processos viscuts, el paper del treball social en l'àmbit de la salut mental i l'organització d'una consciència comuna.

En aquesta segona part de l'anàlisi, s'interpreta la informació extreta dels 6 grups de discussió i de les 11 entrevistes en profunditat que es van portar a terme entre els mesos de març i maig del 2018 i en les quals s'han identificat 8 dimensions diferents: identitat, estigma, psiquiatria, incapacitat, salut i salut mental, paper de la intervenció en treball social, capacitat i món associatiu, tal com es mostra a continuació:

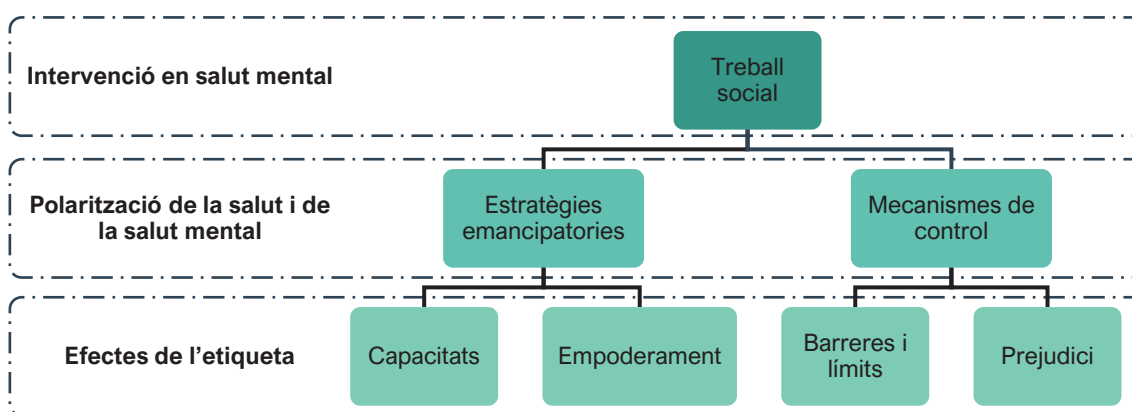
Taula 21. Categories d'anàlisi

Categoria	Subcategoria	Concepte sintètic	Descripció
La polarització de la salut i de la salut mental	Els beneficis de la participació en salut mental	Malaltia i salut	El binomi entre les persones considerades com a maletes les subjuga a una etiqueta i priva de llibertat de decisió i participació.
	El reconeixement de l'experiència en salut mental		
Els mecanismes de control	El bloqueig de la democratització de la salut	Anul·lació de la participació social	El mecanisme de classificació i de dominació de la diferència o del que surt de la norma que dificulta o impedeix l'exercici dels seus drets.
	Les barreres i els límits de la participació en salut mental		
	La fal·làcia de l'exclusió com a solució		
	La dimensió institucional de les barreres i els límits	Predeterminació social	La concepció externa de les peculiaritats de les persones diagnosticades amb una malaltia mental com a experiències identificatives i classificatòries en les categories socials preestablertes i acceptades socialment.
	La crítica al sistema i a les alternatives de les barreres		
	La demanda de democratització de la salut mental		
Els efectes de l'etiqueta	Els trets que distingeixen la identitat de les persones diagnosticades amb trastorn mental	Rol social	El condicionament extern de les vivències que influeixen les persones diagnosticades amb una malaltia mental en el paper que desenvolupen socialment.
	Les influències externes a la identitat de les persones diagnosticades amb trastorn mental		
	L'ús de l'etiqueta com un prejudici	Prejudici	El procés de classificació que aplica la societat i les pròpies persones afectades a aquells que són compresos com a diferents.
	Els efectes de l'ajustament a la normalització		
Les estratègies emancipadores	La identificació de les capacitats de les persones diagnosticades amb trastorn mental	Dignificació	El reconeixement i la identificació de les habilitats i competències que les persones diagnosticades amb trastorn mental disposen per valorar i opinar sobre els processos que els incumbeixen.
	El recel en el reconeixement de les capacitats de les persones diagnosticades amb trastorn mental		
	La resposta de les persones diagnosticades amb trastorn mental a la influència externa a la seva identitat (contracultura)		
	L'atribució de les capacitats de les persones diagnosticades amb trastorn mental	Recuperació de rols i espai social	La creació d'un moviment comú com a representant del col·lectiu de persones diagnosticades amb trastorn mental.
	Els processos d'empoderament de les persones diagnosticades amb trastorn mental		
	Les dificultats en els processos d'empoderament		
	La reflexió sobre les conseqüències de la intervenció del treball social en els processos d'empoderament		
La intervenció del treball social en salut mental	Les tècniques que utilitza el treball social en la intervenció en salut mental	Font d'expertesa	El reconeixement de l'experiència de les persones amb trastorn mental diagnosticat.
	La postura del treball social davant de l'altre		
	Les dificultats amb què es troba el treball social en el desenvolupament de la seva intervenció		
	Les influències d'altres disciplines en la pràctica del treball social	Praxis responsable	La fonamentació de la dignificació de les persones diagnosticades amb trastorn mental per mitjà de la identificació de les capacitats.
	La concepció externa del treball social		
	Les demandes de canvi de la disciplina		
	Els conceptes bàsics de la intervenció del treball social		

Font: Elaboració pròpia.

Prèviament a l'anàlisi, es considera necessari incloure la següent figura, en la qual es representa la connexió entre les diferents categories amb l'objectiu de la investigació. En la figura 10, es representa el paper del treball social en l'àmbit de la salut mental, així com les línies de l'estructura social que influencien les persones en l'exercici de la pràctica i les repercussions que tenen en les persones que atenen. Així doncs, es pot distingir que segons com es posicionin els/les treballadors/es socials en la seva intervenció, es poden considerar com una estratègia d'emancipació o un mecanisme de control que desenvoluparà els consegüents efectes en les persones i en la societat on s'ubica, un esquema seguit en l'anàlisi.

Figura 10. Relació del treball social amb les categories d'anàlisi



Font: Elaboració pròpia.

A continuació, i seguint el mateix procés que en la interpretació de les dades de la primera etapa, es presenta l'anàlisi de la informació extreta de les 17 transcripcions de les gravacions d'àudio i l'aproximació a la identificació i classificació de les diferents opinions de les categories sorgides.

5.2.1. LA POLARITZACIÓ DE LA SALUT I DE LA SALUT MENTAL

En la definició de la salut, apareixen les reflexions de la privació de llibertat com una experiència fortament lligada a aquest concepte, fins al punt que no s'identifiquen les persones diagnosticades amb trastorn mental com a expertes, sinó com a persones malaltes que s'han de tractar, infantilitzant-los i retallant-los les llibertats. Es pot deduir

un abús de poder fonamentat en el bé de la persona diagnosticada amb trastorn mental, tractant-la com una persona incapaç de fer-se càrrec i tenir cura d'ella mateixa (Foucault, 1992, 1999). Per consegüent, es pot extreure que en l'engranatge de l'ordre social, les limitacions que impedeixen la participació de les persones catalogades com a malaltes són executades i escollides pels/les professionals de forma voluntària amb un pretext superior com és la salut de l'individu, una situació que menysprea les característiques de les persones diagnosticades amb trastorn mental i que les exclou de la capacitat de decisió. Aquesta circumstància, en la qual el sistema sanitari es fa amb el control de la situació, propicia que les persones diagnosticades amb trastorn mental tinguin por, un sentiment que provoca que aquestes persones amaguin i evitin els seus atributs diferencials per no ser recloses i aïllades de la societat:

Quando estás ingresada vives unos horarios demasiado estrictos y unas normas que ni en la cárcel a la gente que ha matado. Te atan y te dicen que si te portas bien te soltarán, pero si te portas bien, si yo he hecho algo me lo he hecho a mí, si he protestado era por algo que no estaba bien, y te castigan, peor que los niños en el colegio (GE2).

Quan vaig al psiquiatre, hi vaig amb por, perquè sempre penses que et tancaran, i per mi el que hauria de ser és no tenir tanta por, per això quan estic malament prefereixo quedar-me a casa per por (GE2).

La reflexió al voltant del concepte de llibertat i salut mental afavoreix el replantejament de l'impacte que com a col·lectiu reproduïen sobre aquells que per la seva vivència i història són considerats diferents del que consideren que ha de ser una persona diagnosticada amb trastorn mental. Aquest raonament posa de manifest que l'exclòs, com és el cas de les persones diagnosticades amb trastorn mental, perpetua el rol que li assigna l'ordre social, per la qual cosa es pot despendre que les persones a les quals s'aliena tenen, alhora, una funció social legitimadora de la norma per comparació del que és diferent i/o inadaptat (Castellanos et al., 1998).

Hi ha molta gent "cronificada" que està ingressada de per vida o que són en una residència o que estan incapacitats jurídicament, i aquesta gent jo no sé si els puc anomenar malalts mentals o una altra paraula, però viuen el trastorn d'una altra manera que jo i no els tenim en compte, em fa pensar que reproduïm els mateixos rols d'apropiació de la seva veu com fa el sistema de salut amb nosaltres (GE1).

Les persones informants verbalitzen que la manca de salut subjuga els individus a un sistema i a uns/es professionals. Aquest enunciat sobre la relació de la salut i la capacitat de decisió se sustenta en el lligam de la creença que la manca de salut és la malaltia i oblida que la salut és un procés no estàtic, que varia els seus paràmetres, pel condicionament d'una comunitat, d'una cultura i d'un temps concret (Gol, 1977; Font, 1983; Ramis, 2009; Barton, 2018). És per això que en la relació de capacitat i salut es mostren els obstacles de ser catalogat com a malalt, que releguen els individus a ser dependents en totes les esferes de la vida, des d'un paradigma binari de salut i malaltia, que suposa la curació com l'accés a la llibertat:

La salud es la libertad, porque muchas personas no son conscientes de qué es la libertad hasta que pierden la salud. Entonces cuando uno tiene la libertad de poder decidir por sí mismo como uno quiera, sin tener impedimentos (GE2).

Tanmateix, es ressalta el predomini del medi on habita la persona i la influència que exerceix en la seva constitució com a incapaç. Aquesta idea trasllada la responsabilitat de l'estat de salut i de la inadaptació a la manca de recursos i serveis que atribueixen capacitats i que vetllen per l'adaptació d'aquell que és diferent. Sota aquesta premissa, emergeix el pensament basat en el model social, que és aquell que demanda que el sistema faciliti un seguit d'intervencions perquè les limitacions de les persones s'abolixin en pro de l'accés a la seva participació (Palacios, 2008).

No hay que mirar y responsabilizar tanto a la persona, hay que mirar el entorno y a la familia de la persona (GE2).

Un aspecte que emergeix és la necessitat de concebre la salut com una qüestió social i comuna a tota la societat, i evitar les discriminacions que suposa la culpabilització de l'individu de la seva situació (Fernández, 1988). Les persones diagnosticades amb trastorn mental exposen la voluntat de voler trencar amb el criteri de la definició de salut mental com quelcom físic que els impedeix i els inhabilita poder dur una vida com la resta de la població. Centren el seu discurs en el fet que són persones amb un criteri i comportament diferents d'aquells a qui no s'ha assignat un diagnòstic, i que això evidencia la identificació amb l'etiqueta:

Yo creo que la salud mental debería romper el paradigma de considerar a las personas enfermas mentales incapaces para hacer algo como si fuera algo físico, porque la salud mental se puede definir como el comportamiento que no es convencional para la sociedad,

esto no nos define como personas o seres humanos, porque seguimos siendo seres humanos igualmente, aunque no nos gusten las mismas cosas que al resto de las personas (GE2).

Malgrat aquesta demanda de canvi de model, del biomèdic al social, persisteix el domini del pensament recolzat en una sèrie de paràmetres constituïts per la societat, que identifica la salut com una qüestió individual, que evidencia la manca de cohesió social, els aspectes socials i la perpetuació de la discriminació del *malalt* (Basaglia, 1970; Fernández, 1988; Canguilhem, 2004). Aquesta visió de la salut mostra que el concepte és una construcció social que bloqueja les persones a qui s'ha assignat l'etiqueta de malalt la possibilitat de desenvolupar altres aspectes de la seva vida per la seva condició. Aquesta discriminació és viscuda pels subjectes com una imposició d'un poder extern, del qual no poden escapar, i que han de complir per no ser expulsats de la societat:

És acceptar la limitació constantment, és fàcil de dir però és molt difícil de viure, perquè no és només la limitació de fer alguna cosa, sinó que es trasllada a lo social, en el meu cas em costa a vegades consolidar les relacions, no he tingut fills, he vist truncada la meua carrera professional i ho he d'acceptar (GE1).

Un altre aspecte que ressalten les persones participants en el treball de camp és el compliment d'uns hàbits imposat i entesos com a saludables per part del biopoder, i que releguen qualsevol altre coneixement a un segon pla. Aquesta situació de malalt no permet cap concessió en el manteniment de la seva salut i exclou l'individu de la participació i la concepció de la salut com quelcom social (Comelles, 1993):

Yo no llevaba una salud mental estabilizada, no dormía las horas que tenía que dormir, no trabajaba a gusto en el trabajo, quiero decir, que en salud mental es muy complicado llevar un nivel de salud mental bueno o estabilizado (GE1).

És igual tenir una malaltia mental i portar una vida sana perquè no depèn d'això, sinó de la persona, moltes vegades el malalt mental va associat també a una ansietat, que és el que em passa a mi i quan he estat ingressada, és fumar o menjar compulsivament, clar, tot això ho has de cuidar però de vegades també se t'escapa de les mans (GE2).

Un diagnòstic implica una cronicitat que no pots evitar, però sí que t'has de cuidar molt, molt, molt, però és que de la resta de persones no diagnosticades, hi ha molta gent que no es cuida (EP3).

En el discurs dels participants, sorgeix la consciència de l'impacte que les exigències i les projeccions dels familiars han exercit sobre les persones diagnosticades amb trastorn mental. L'aparició d'aquesta percepció s'enllaça amb la reivindicació de la pròpia identitat i els coneixements d'aquells que no compleixen les expectatives dels seus familiars. Per aquesta raó, els familiars identifiquen que el seu rol ha perpetuat la discriminació i l'exclusió en relació amb la salut de les persones diagnosticades amb trastorn mental:

Hi va haver un moment que es va enfortir i allà vam entendre que no podíem exigir un canvi d'actitud i de conducta, sinó que segurament érem nosaltres, també, els que havíem de canviar les expectatives que teníem sobre ell, que havíem de ser realistes i havíem d'abaijar el llistó, i que la família havia de ser molt més comprensiva (GF1).

5.2.1.1. ELS BENEFICIS DE LA PARTICIPACIÓ EN SALUT MENTAL

La comprensió de les nocions de salut i salut mental per part de les persones informants es relaciona amb el coneixement d'un mateix i l'experiència apresada al llarg dels anys. Es valora que aquests temes són afins a conceptes com la vida saludable o com la capacitat de tenir cura d'un mateix (Gorz, 2008). Així doncs, la consciència i la cura de la pròpia salut proporciona un benestar sustentat en unes rutines que per a ells són saludables, i que es fonamenten en la seva experiència i els seus coneixements, i que alhora els proporciona una millora de la seva qualitat de vida. Tot i això, les persones diagnosticades amb trastorn mental són conscients de la seva vulnerabilitat, de manera que preserven el seu estat de benestar. És per això que s'extreu que les persones diagnosticades amb trastorn mental són les expertes gràcies a la seva pròpia experiència, ja que seran capaces de recuperar la relació íntima amb la seva salut (Agamben, 1998; Foucault, 2001; Gorz, 2008):

Per mi salut mental no és una malaltia mental, per mi salut mental és portar una vida equilibrada socialment, física i psíquica (GE1).

Penso que a part que tinguis un trastorn, arriba un moment que t'has de cuidar molt, portar una vida sana, menjar bé, portar una vida tranquil·la, tot influeix en la malaltia i si no et cuides arriba un punt que tornes a recaure (GE2).

Gaudeixo d'una salut mental considerable perquè puc fer un munt de coses que abans no podia i em sento molt més estable i molt més tranquil·la, aleshores sí que la podem gaudir, la podem tenir i és això, cuidar-se i portar una vida força controlada (GE1).

En l'elecció d'una vida saludable, l'empoderament i la voluntat de cada subjecte apareixen com un dels factors principals en la presa de decisions, així com el posicionament de les persones diagnosticades amb trastorn mental davant de la submissió, relegades històricament pels obstacles de l'estructura del sistema. Alhora, la salut és definida com una competència de coneixement cap a un mateix que permet exercir la capacitat de decisió de forma lliure (Roca, 1983). Aquesta concepció sobre la salut té una connotació positiva perquè proporciona una mirada més àmplia i inclou la possibilitat d'incorporar els factors socials de la salut, que moltes vegades són ignorats pels/les professionals de l'àmbit (Barber et al., 2011). Així doncs, amb el propòsit d'abolir la jerarquització de la definició de la salut, s'afavoreix que es revaloritzin els coneixements i les experiències de les persones diagnosticades amb trastorn mental, fet que incrementa el seu benestar, per sobre del saber del biopoder, que és exercit per un/a psiquiatre/a que és basa en les seves pròpies experiències:

La salut per a mi va molt vinculada a l'empoderament i amb prendre les regnes de la teva vida, perquè estem molt acostumats que el metge està per sobre de tothom, però és un ésser humà i es pot equivocar com qualsevol. Llavors, crec que el que és saludable i el que és la salut ho has de definir tu (GE1).

5.2.1.1.1. El reconeixement de l'experiència en salut mental

En els discursos de les persones participants en treball de camp apareixen argumentacions que reconeixen la capacitat de les persones diagnosticades amb trastorn mental de ser conscients de la seva situació i diferenciar entre quan estan bé i quan no. L'experiència en salut mental prové de la fluïdesa de l'experimentació subjectiva de les persones amb les seves pròpies vivències (Fernández, 2018). Aquesta capacitat els permet incrementar la seva llibertat, gaudir de la vida més enllà del diagnòstic, afrontar l'exclusió i les desigualtats, eliminar barreres, límits, obstacles i estigmes per poder desenvolupar-se en l'àmbit de la salut mental (Anczewska i Ryan, 2009; Saraceno, 2017). Així doncs, aquest fet suposa una identificació de la seva experiència personal amb el diagnòstic com un saber propi de la seva salut i el trencament de la dependència imposada per la seva condició de malalt:

Penso que hi ha persones que tot i que tinguin un diagnòstic es poden sentir saludables, jo he treballat amb gent que si que s'hi sent, que ha assumit amb més naturalitat el seu trastorn i que pot sentir-se bé, que sempre tindrà el que té, però que pot diferenciar quan

se sent bé de quan no se sent bé i gaudir de quan se sent bé (EP9).

Juntament amb la concepció de l'experiència de la salut, es defineix com a salut mental el desenvolupament dels individus dins d'una societat de referència en la qual la persona diagnosticada no sigui rebutjada per la seva etiqueta (Gol, 1977):

Para mí la salud es el desarrollo físico y psíquico dentro de la sociedad (GE2).

Jo penso que el concepte de salut mental és com l'estat de trobar-te bé i no tenir cap patiment dins de la societat (GF1).

El reconeixement de l'experiència i el saber en salut mental afavoreix la participació de les persones diagnosticades amb trastorn mental en els seus processos i en la construcció de la seva pròpia realitat, així com l'aparició d'aspectes relacionats amb la dignitat, l'orgull, la determinació i el sentiment de pertinença a una comunitat; de la mateixa manera, el reconeixement facilita la identificació de l'aportació de l'experiència com una peça important en la definició de la salut i de la salut mental. Així doncs, es destaca que la participació i les aportacions des de l'experiència en "primera persona" contribueixen al desenvolupament dels processos terapèutics i del personal dels subjectes diagnosticats amb trastorn mental (Ferrer et al.; 2006; Brett et al., 2010; Brea i Gil, 2016). Conseqüentment, disminueix l'estigma, es desmunten els prejudicis i s'eliminen els obstacles i les barreres a favor d'un canvi de paradigma en què se li atribueixen qualitats i potencialitats a aquells a qui s'ha assignat un diagnòstic (Godrie, 2015; Navarro et al., 2016; Sampietro, 2016; Saraceno, 2017):

Jo crec que, en general, no se'ls reconeix l'experiència en salut mental, però crec que hauríem de tendir a fer-ho, perquè al final qui sap què li passa és la persona diagnosticada que tens al davant (EP3).

Penso que l'expertesa d'haver patit un trastorn mental és molt valuosa per a altres pacients si podem incorporar l'experiència dels usuaris, però el que trobo més interessant és la interacció entre professionals i usuaris i poder fer coses plegats, trobo que aprenem molt (EP7).

Un altre aspecte de l'atribució de valor a l'experiència es troba en les relacions socials, en què un individu, a qui s'atribueix la competència de sospesar les conseqüències de les seves decisions, des d'un vessant positiu, es veurà més capacitat progressivament a

confiar en el seu criteri i augmentarà la seva autonomia i determinació. Així doncs, l'abandó d'aquest rol segons uns criteris externs està relacionat amb l'autoconeixement i l'autoregulació que li permeten mantenir un equilibri en la seva salut (Honneth, 1997):

Una persona que és capaç de valorar pros i contres de deixar la medicació durant un temps acotat per tenir relacions sexuals amb una altra persona que el faci senti normal i feliç dins de la societat, em sembla una opció molt sana, més de la que li puguem fer des del CSMA reprimint aquesta idea (EP1).

5.2.2. ELS MECANISMES DE CONTROL

L'atenció de la salut mental ha viscut diverses etapes en les quals el focus d'interès ha canviat en funció del corrent en què es trobés, així com també han variat les seves respostes, fins a arribar a la constitució de la ciència de la psiquiatria (Foucault, 1981, 1992). La psiquiatria, per la seva banda, ha copiat el model mèdic orgànic d'atenció i s'ha apropiat del saber produït per l'experiència de les persones diagnosticades amb trastorn mental, dels familiars i d'altres professionals relacionats amb la salut mental, i s'ha presentat com l'única disciplina capaç d'encarregar-se de les persones que presenten una anomalia i de diagnosticar-les amb trastorn mental (Tizón, 1981). Per complir amb la seva voluntat hegemònica de dominació de l'àmbit, va constituir un saber únic i superior, que ha imposat i ha influenciat la concepció del dret i la consciència de la societat amb l'objectiu de desacreditar el *boig* i la seva experiència. Aquesta lògica es perpetua en l'atenció directa en l'àmbit de la salut mental a través de l'assignació de rols de dominació i subjugació, que la psiquiatria ha justificat en la irracionalitat i inconsciència de les persones diagnosticades amb trastorn mental. La psiquiatria és identificada com un mecanisme de control que busca l'establiment d'un mètode científic per fomentar una teoria que permeti justificar la classificació i la quantificació de les variants de la salut mental des d'una perspectiva basada en la biologia.

Jo crec que hi ha una tendència molt important en la psiquiatria de mentalitat una miqueta del segle passat. Jo, per la meva experiència, tinc un psiquiatre que m'ha inflat a pastilles (GE1).

La visión biologicista que impera en muchos centros los ciega hacia otras aproximaciones, que en el estado actual de la ciencia tienen un impacto mucho mayor en la vida de las personas (GE2).

En la psiquiatria hi ha un moviment biologista que no té en compte els components socials, relacionals, tots aquells aspectes que tenen a veure amb la salut mental, i que hi ha professionals amb aquest component biologicista que no ho valoren, i això tampoc ho podem oblidar perquè és un lobby important (GTS1).

Els biologicistes volen buscar l'origen en la biologia, és a dir, que volen que la psiquiatria sigui una àrea mèdica més, que no l'envoltem de màgia, que donem explicacions biològiques (GTS1).

Una altra argumentació que considera la psiquiatria un sistema de control de l'ordre social és aquella que es basa a no tenir en compte les necessitats de les persones que utilitzen els serveis i que es concentren en l'eficiència dels recursos per sobre del benefici dels individus. Aquesta línia del pensament deshumanitza la persona diagnosticada amb trastorn mental i la relega a ser un objecte passiu dins de l'estructura social (Merton, 1938; Foucault, 1964, 1981):

A mi el que em passava és que em donaven hora cada sis mesos i crec que lo ideal és que et visitin com a mínim cada dos mesos, perquè jo he estat molt sobrepassat per la situació i llavors és quan t'envien a urgències, però no és el que necessites perquè anar a urgències et fa posar més alerta i passar-ho malament (GE1).

En general este sistema es todo para el pueblo, pero sin el pueblo, es decir, construyen un sistema de recuperación, pero no se escucha a las personas y esto es muy grave, porque no tienes el feedback de los usuarios de lo que funciona y lo que no funciona. Y estoy seguro de que las personas querrían colaborar en el diseño nuevo (GE2).

5.2.2.1. EL BLOQUEIG DE LA DEMOCRATITZACIÓ DE LA SALUT

L'estructura sanitària pública presenta diverses mancances i dificultats per fer un acompanyament eficient i efectiu a les persones a qui s'ha diagnosticat trastorn mental. Segons verbalitzen les veus del treball de camp, hi ha diferents justificacions, com la pressió assistencial o la manca de recursos, uns arguments dels quals s'extreu que la tecnociència, amb el seu sistema d'especialització i amb la fragmentació de l'atenció, ha amarat

les consciències dels/les professionals i l'imaginari col·lectiu com una excusa de la situació real. Aquesta afirmació es justifica en el positivisme i el sistema de producció de Taylor (1953), que concep els/les psiquiatres com a part d'una estructura que els delega una única funció i els aïlla del procés d'atenció integral del subjecte a qui atenen. Un clar exemple d'això és la sobremedicació, un dels temes que preocupen la majoria de les persones diagnosticades amb trastorn mental, perquè s'entén com l'aplicació d'una limitació i d'una barrera, que provoca por i paralitza la demanda de l'exercici dels drets, de l'escolta i del reconeixement de l'experiència de l'*Altre* per la seva expertesa (Dominielli, 1996; Brown i Walter, 2014). Malgrat això, els participants en el treball de camp es qüestionen la immobilitat de la psiquiatria en els tractaments farmacològics que potencien la reducció de danys per sobre de l'augment en la qualitat de vida de les persones:

Yo he ido muchas veces a otro psiquiatra, pagando, y me dijo: "Pero si tú vas sedada como un elefante, y tú no tendrías que ir así", porque es una persona que se sabe explicar, en esto de la medicación (GE2)

Els psiquiatres, en general, et sobremediquen, la relació és súper vertical, t'imposen un munt de medicació, tu te l'has de prendre, no pots dir res, si li deia: "Em va malament", em deia. "No pot ser, no està descrit als efectes secundaris", ell en sabia més que jo que me la prenia (GE1).

Nosotros cuando hacemos voluntariado en el hospital hablamos con los usuarios de allí y los animamos a que hablen con su psiquiatra el tema de la sobremedicación. Hay algunos que lo aceptan y otros que no, porque si le dicen algo al psiquiatra lo más seguro es que se la suban (GE2).

Les visites al psiquiatra són molt ràpides, no tens temps per a parlar a fons, es parla massa el tema de la medicació i, a més, et diria que, per por que agafis una crisi, estan molt còmodes deixant-te una medicació durant molt temps (EP3).

Per a alguns dels familiars, la sobremedicació, l'aliança amb el/la professional de la psiquiatria, l'omissió de la informació i la pèrdua de control en decisions que incumbeixen les persones diagnosticades amb trastorn mental es troba justificada per un bé superior a la voluntat d'aquells a qui s'ha identificat com a malalts mentals, perpetuant d'aquesta manera l'alienació en la participació (Woodcock i Tregaskis, 2008; Baker et al., 2009; Hochstrasser et al., 2018).

Jo he anat a veure la psiquiatra del meu fill i hem modificat una mica la medicació d'anar a dormir sense que ell ho sàpiga, és normal, jo no vull tenir una bèstia a casa meva, perquè un brot és horrible, ho passen molt malament, per això els has de "matxacar" amb medicació (GF1).

No obstant això, els familiars alerten de les dificultats que tenen, tant ells com les persones diagnosticades amb trastorn mental, en la relació amb el/la psiquiatre/a. Segons expliquen aquests participants en el treball de camp, les persones que exerceixen la psiquiatria prioritzen la concepció biomèdica per sobre del diàleg amb la persona o els familiars als que atenen. En aquest sentit, els familiars pretenen apropiar-se del testimoni de les persones diagnosticades amb trastorn mental en la relació assistencial per les dificultats en la defensa dels interessos d'aquells que han estat identificats com a vulnerables per la seva manca de credibilitat. Aquesta interpretació és entesa pels/les professionals de la psiquiatria com una intromissió en la relació assistencial, situació que les famílies viuen com un atac en què el/la psiquiatre/a les responsabilitza de les mancances que tenen les persones diagnosticades amb trastorn mental:

Quan la meva filla li diu al seu psiquiatre que està malament, no l'escolta i només fa que pujar-li la medicació, i si tu com a mare vols parlar amb el psiquiatre perquè veus que hi ha alguna cosa que no funciona et titlla de sobreprotectora i que ell ja sap què ha de fer, i això que ha acabat intoxicada dos cops a urgències per les dosis de medicació que li ha receptat (GF1).

Quan ells es queixen que la medicació no els va bé, no se'ls prenen en seriós perquè penses que és el que millor li anirà, però si llegeixes el prospecte i observes, t'adones que tenen raó, però això és a copia d'anys (GF1).

L'exercici de la psiquiatria per als participants és associada a aspectes liberals i coercitius, que es relacionen amb el model biomèdic, que alhora pretén controlar i reprimir la voluntat de les persones diagnosticades amb trastorn mental per evitar una acció que surti de la norma i que comprèn que el lloc natural de la pràctica de la psiquiatria és l'hospital (Allport, 1958; Goffman, 1963, 2001; Saraceno, 2017). Aquesta oposició al canvi, que obliga a acceptar una sèrie d'accions contra la voluntat de la persona diagnosticada amb trastorn mental, estimula els subjectes a qui s'ha privat de la seva llibertat i capacitat de decisió aprenguin una sèrie de codis i normes per evitar viure el fet

traumàtic de l'aïllament del seu entorn mitjançant un ingrés involuntari. Alhora que interfereixen en la relació íntima de l'autoconeixement de què disposa cada subjecte (Gorz, 2008):

Hi havia persones a les quals, quan obtenien l'alta de la clínica mental, els preguntàvem si continuaven sentint les veus, a mi em deien que sí, i t'ho deien en privat, però això al psiquiatre no l'hi deien per por, però continuaven sentint les veus, continuava igual. Per tant, crec que per a una part de les persones diagnosticades el psiquiatre és com un policia, té la capacitat de prendre determinades decisions en contra de la seva voluntat (EP5).

5.2.2.2. LES BARRERES I ELS LÍMITS DE LA PARTICIPACIÓ EN SALUT MENTAL

El sistema desenvolupa un seguit de barreres i de límits per controlar la diferència, com ara els processos de modificació de la capacitat i l'assignació de la discapacitat com un estat permanent. La discapacitat és entesa com una resposta amb la qual el sistema, basat en el model rehabilitador o biomèdic, pretén controlar tot allò que surt de la norma, com la diversitat i la diferència, mitjançant la desacreditació de les capacitats (Rogers i Rosenberg, 1981; Foucault, 1981; Palacios et al., 2014). A partir d'aquesta classificació, les persones a qui s'assigna l'etiqueta de discapacitat viuen situacions de rebuig i de pèrdua d'estatus en la societat de referència per les reticències del sistema i dels professionals a acceptar la diferència. La modificació de la capacitat, o com es coneix col·loquialment, incapacitat, va ser ideada com una mesura mèdica-jurídica preventiva de protecció per a persones que, per les seves circumstàncies de salut o capacitats, no estaven en plenes facultats per decidir per si soles les decisions que l'ordre social creia més adequades per a les diferents esferes de la vida. En aquesta complexa definició, apareix una veritat hegemònica i homogeneitzadora que pretén controlar, novament, tot el que es considera anormal, inadequat i inconvenient, des d'un marc jurídic que desposseeix les persones dels seus drets i deures i del seu estatus com a ciutadans de ple dret (Bercovitz, 1976; Madrid, 2010; Vicente, 2011). Des d'aquesta visió, s'eludeixen els factors i els determinants socials, culturals i de la comunitat que produeixen aquests buits en l'estructura on viuen les persones, i es relega la diferència a la manca de capacitat de vetllar pels seus interessos. Així doncs, aixoplugat per aquesta concepció que es basa en la protecció i les limitacions de l'individu, queda justificada l'existència d'aquesta

mesura, en la qual es designa un representant legal que actua per la persona a qui es considera com a incapacitada per tenir cura de si mateixa:

Jo penso que hi ha malalts que no saben gestionar bé les seves possessions, que hi ha el risc que alguna persona pugui aprofitar-se de la seva situació per treure'ls diners o que ja els han estafat. Per exemple, hi ha una incapacitació parcial que és per temes econòmics, en aquests casos dependent del malalt sí que és necessari (GE1).

La incapacitació jo sempre l'he viscut com una protecció, mai l'he viscut o l'he promogut com a càstig al pacient. Al revés, és una figura jurídica per protegir el més dèbil, el fràgil i el que no pot ell tot sol. Clar, amb molt poca gent em plantejo les incapacitacions, però quan ho veig clar no ho dubto. Des de l'equip mèdic, quant es parla d'incapacitació sempre és una mesura de protecció (GTS1).

Per a les persones diagnosticades amb trastorn mental, el procés d'incapacitació és descrit com una amenaça a la seva capacitat de determinació, que està al servei de les inquietuds de l'ordre social. Els/les professionals i els familiars justifiquen la modificació de la capacitat com una prevenció d'aquelles situacions que posen en perill qui és considerat com incapaç de decidir a causa de la seva malaltia (Casal, 2010; Barton, 2018). En concret, s'exclou les persones diagnosticades amb trastorn mental de participar en el seu propi procés en de poder escollir voluntàriament la mesura més adequada per a la seva vida. Aquest discurs denota una manca de confiança en la capacitat de comprensió de la mesura com un bé i evita un enfrontament amb l'interessat:

La incapacitat, com que hi ha molta sobre protecció de les persones, si no porten l'economia bé o fas alguna cosa que pensen que no és adequat, ja et tenen que donar la incapacitació sense escoltar-te (GE1).

Davant d'aquest plantejament que també fan les pròpies persones diagnosticades amb trastorn mental, apareix el qüestionament ambivalent de l'ús que els/les professionals han fet del procés d'incapacitació, de les barreres i dels límits que es poden posar a la persona en la participació i en la capacitat de decisió dels seus processos (Bercovitz, 1976; Ferrer et al., 2006). Tot i aquesta exposició, és manté l'argumentació racional a favor de certs processos d'incapacitació perquè es consideren que són inevitables per prevenir certes situacions, en lloc de mostrar que no hi ha voluntat política d'invertir en el sistema per produir un canvi. Des d'aquesta lògica, es pot ressaltar la manca d'ètica dels/les professionals que accepten i consenten, com a resposta a les limitacions del

medi, la restricció de la ciutadania i la construcció de la realitat social de les persones diagnosticades amb trastorn mental, la qual cosa afavorirà, alhora, el sentiment de pèrdua del control sobre aquestes relacions (Freire, 1973; Kieffer, 1984; Saraceno, 2017):

Penso que, davant de certes situacions, és una mesura de protecció de la persona si això es fa en els casos adequats, però hi ha el risc d'anul·lar les capacitats de l'individu; per un cantó, pot ser una forma de protegir els drets davant d'una persona que per la seva falta de capacitats posi en risc la seva vida, i per l'altre, la incapacitació anticipada i no justificada pot passar a anul·lar les capacitats de la persona en benefici de tercers que s'aprofitin de la situació (EP6).

Pel que fa a la concepció de la discapacitat, els participants del treball de camp reflexionen sobre les repercussions de la diferència i la diversitat en la societat en què es troben, així com en les conseqüències externes de l'etiqueta de discapacitat, lligada a la subestimació, a la improductivitat i a l'exigència de la justificació de les seves aportacions a la comunitat pel fet de ser considerats una càrrega. Per aquesta raó, les persones informants del treball de camp expressen el seu malestar quan són identificats com a individus amb discapacitat, no només pels efectes que pateixen i per haver-se de justificar constantment sobre la seva aportació a la societat, sinó també pels efectes de les barres i dels límits que els releguen a la construcció d'una identitat condicionada:

Jo quan sento: "Tu rai, com que no treballes", clar, com que no treballes has de fer de taxista de no sé qui, i de no sé quan... A veure, has de demostrar la teva utilitat i sentir-te útil, també has de demostrar als altres que el teu temps és valuós perquè no poden disposar de tu (GE1).

La discriminació existeix, has de treballar, perquè si no, ets un zero a l'esquerra, i quan no treballes i tens una pensió, has de demostrar que serveixes per a alguna cosa, sense vergonya de dir-ho perquè no vols que t'estigmatitzin i aquesta situació et crea molta por (GE1).

Tens por de dir-ho, per si et veuen com un inútil o un discapacitat, tens por de dir el que tenim, no el que som, de ser, som persones, amb totes les nostres qualitats i amb els defectes que puguem tindre, i això de fer passos endavant i endarrere durarà tota la vida perquè tenim por (GE2).

Una altra resposta associada a l'etiqueta de la discapacitat és la dependència vinculada amb la sobreprotecció que exerceixen sobre les persones diagnosticades amb trastorn mental tant els/les professionals de l'àmbit com els familiars. Es considera que aquest col·lectiu d'individus no disposa de les habilitats i competències mínimes per afrontar certes circumstàncies i decisions de la seva vida (Casal, 2010). Aquest tipus d'accions limiten l'autonomia de la persona a l'hora d'assumir noves iniciatives en la seva vida, pel simple fet que se'ls ha predisposat a una incapacitat per l'etiqueta assignada, que alhora afecta l'autoestima i que produirà una predeterminació d'incompetència en la pròpia concepció com a subjecte. En la construcció d'aquesta barrera, la predisposició de l'entorn juga un paper principal en responsabilitzar-los de la seva exclusió, que alhora els subjectes interioritzen com a pròpia i que repercuteix en l'exigència del sistema social en relació amb l'adaptació (Palacios i Bariffi, 2007).

L'entorn influencia molt, perquè si hi ha un entorn molt sobreprotector que et fa sentir inútil, et fa sentir malament i penses que no ets capaç de fer res per tu mateix, perquè encara que ho facin amb bona intenció tens por d'equivocar-te i cada cop fas menys (GE2).

Quan li dic una cosa i ell en fa una altra, de vegades el deixo, i si veig que s'equivoca i que li va malament, llavors, si ho fa una altra vegada, li dic, no, això és així i l'hi faig jo. És que si no em tingués a mi per menjar, no menjaria, llavors quin poder puc donar a una persona que fa això? (GF1).

A mí se me cae algo: "Ostras, fulanito", y no es lo mismo que si se le cae a mi hermano, porque están más alerta en todo lo que hago yo, toses y ya tienes que ir al médico, y el otro es: "Ah, eso no es nada" (GE1).

Alguns dels membres dels grups de discussió de familiars de persones diagnosticades amb trastorn mental, entenen la modificació legal de la capacitat com una mesura necessària i que dona resposta al sentiment d'abandó que han experimentat els familiars, arran de les diferents deficiències de l'assistència psiquiàtrica, produïdes per la manca de polítiques preventives adreçades a la cura de les persones diagnosticades amb trastorn mental (Saraceno, 2017). Des d'aquest punt de vista, apareixen argumentacions que s'emparen en el dret, en la preocupació, en les emocions i en el compliment de les expectatives dels familiars, que justifiquen el bloqueig del boig perquè és un perill per a ell i per l'estabilitat de la societat (Bourdieu, 1966; Foucault, 1981). En altres paraules, aquesta suposada mesura de protecció que és la modificació de la capacitat és

plantejada per les mateixes persones que es consideren incapaces de tenir cura de si mateixos, i en conseqüència, com que no troben una resposta satisfactòria, és empleada pels familiars com una eina per limitar la capacitat de dicció d'aquell que es considerat com a irracional, imprevisible i insensat.

És necessària aquesta eina perquè et trobes amb persones que no poden fer la seva vida al cent per cent, llavors si no pot fer la vida està bé que hi hagi una incapacitació perquè estan protegides legalment i tu no hauràs d'estar amb por. Joestic tranquil·la perquè quan una persona demana la incapacitació del seu fill és perquè s'interessa i es preocupa pel seu futur, perquè tu vols ajudar i vols que almenys hi hagi un document legal que t'empari (GF1).

Jo tinc la tutela del meu fill i això vol dir que, sobretot, una de les coses que em va empènyer a fer-ho era perquè el protocol per ingressar-lo involuntàriament era molt lent i una de les coses bones que té és que jo tinc el poder per accelerar. En els dos ingressos que va tenir, quan ve el metge li ensenyo el document, anem directes cap a l'hospital i anem molt més ràpids a fer l'ingrés (GF2).

5.2.2.2.1. La fal·làcia de l'exclusió com a solució

La incapacitació, per alguns dels participants en el treball de camp, és considerada com una institució total ancorada en un model rehabilitador o biomèdic, que se centra en la resolució del presumpte problema que suposa una persona diagnosticada amb trastorn mental que no acata les normes preestablertes, des d'una postura on la intervenció és individual i responsabilitza únicament el subjecte dels seus actes (Goffman, 2001; Coady, 2012; Muyor, 2019a). Aquesta hipòtesi arrossega l'interès de la intervenció del treball social a exercir una repressió sobre els col·lectius i/o grups que poden fer perillar l'estabilitat de l'estructura del sistema mitjançant diferents barreres i límits. Un clar exemple és la pressió assistencial, que afavoreix l'eliminació dels matisos de la diferència i que indueix respostes simplistes a situacions complexes. Una segona mostra d'aquesta afirmació és la creació de barreres orientades a satisfer l'estructura dels serveis en lloc de les necessitats de les persones que atenen. Malgrat aquests supòsits, sorgeixen veus amb una visió més crítica que es qüestionen el funcionament de l'ordre social i el tipus d'intervenció que històricament s'ha fet. Aquest darrer enfocament basat en el model social reconeix la diferència com una característica valuosa i destacable que no s'ha de suprimir de cada persona, així com l'actuació de l'estructura per assegurar la igualtat en

l'accés als recursos i serveis necessaris per a cada persona. Per tant, el procés de modificació de la capacitat no és interpretat com una solució a un problema individual sinó estructural de la societat, que no entén les barreres i els límits del sistema com un assumpte incapacitant. A més, els/les treballadors/es socials es qüestionen la funció i les repercussions que tenen en la persona a qui se li aplica la mesura de suposada protecció.

La incapacitación, en principio, es una herramienta que se diseñó para proteger a las personas, pero en la práctica es una herramienta de poder para temas económicos, y muchas veces las personas están en la situación de no poder estar solas y caen en mano de familiares o de entidades; entonces se convierte en una herramienta, como todas las herramientas políticas, que sirve para poseer al otro (GE2).

La incapacitat no protegeix la persona del món, el que passarà és que el problema es traslladarà a la institució que ha de vetllar per l'incapaç. Potser seria millor ser conscients que la protecció no existeix, que l'únic que el protegirà del món és la presó, que l'incapacitarà totalment. El problema és que no tenim instruments intermedis, equips d'acompanyament a la comunitat, de seguiment a casa, propers, ràtios de professionals que puguin estar per aquestes persones. Perquè si hi fossin, estic segura que la persona funcionaria, no caldria incapacitar-la (EP1).

Jo sempre he sigut reticent a la incapacitat, penso que és un problema quan funciona amb idees preconcebudes, és a dir, que la incapacitació ajudarà a obtenir recursos o que protegirà la persona. Jo crec que sempre s'ha de treballar en la línia que les persones han de poder ser capaces, i s'ha de treballar sempre per millorar aquesta capacitat (EP7).

La incapacitació és un tema molt greu, és un acte administratiu que el que fa és atemptar contra la persona, és dir-li, d'alguna manera, tu ja no tens lloc a la societat. Per mi, és un problema; en canvi, per als companys és una solució i continuen arribant incapacitacions quan hi ha altres alternatives com una curatela o un assistent personal, es poden trobar moltes altres formes, no cal incapacitar o invalidar la persona (EP2).

En oposició al que es considera un atemptat a la dignitat de la persona, s'ha generat una contracultura en què els propis implicats reafirmen aquesta identitat com una resposta reactiva al bloqueig que generen els límits i les barreres de la mesura (Merton, 1938).

Les persones que promouen la incapacitació no són conscients del mal que fan a l'individu. L'individu, quan se sent incapacitat, encara que sigui a nivell inconscient, perquè ho he

sentit en pacients, pot respondre així: “Ah, que només em veieu boig? Doncs ara veureu què és estar boig!” (EP2).

Els/les treballadors/es socials també qüestionen la creença que el procés de modificació de la capacitat sigui la solució als diferents entrebancs que els familiars i els professionals es troben en aquest intent de normalitzar la vida de la persona a qui s'ha assignat un diagnòstic de salut mental. Aquesta concepció es presenta com una fal·làcia si es considera que aquesta mesura, que engloba unes esferes concretes de la vida d'una persona, resoldrà tot allò que es valora com a problemàtic:

Han mitificat molt la incapacitat, perquè hi ha professionals i familiars que et demanen que els incapacitem com si això ho resolgués tot, el problema és que no hi ha respostes a la societat, si no cal. Quan veus que hi ha un abús, una fragilitat o que la persona es quedarà sola, per protegir-la, llavors sí, però si no, dius, això no es resoldrà, no cal la incapacitació (GTS1).

En el fons, la incapacitació és un fracàs i el que em sorprèn són aquestes expectatives que la família i altres professionals es creen en relació amb l'accés dels recursos com si fos la solució de tot (GTS2).

5.2.2.2.2. La dimensió institucional de les barreres i límits

Els/les professionals del treball social es replantegen la modificació de la capacitat com una mesura rígida i estàtica, que no s'adapta a les circumstàncies de cada subjecte i que desposseeix la persona de la seva llibertat de determinació (Bercovitz, 1976; Madrid, 2010; Vicente, 2011). Per aquest motiu, apelen a la necessitat de considerar la dimensió institucional de la desigualtat, que tant la normativa com els/les professionals valorin els pros i els contres d'aquesta mesura jurídica, així com les repercussions, no només jurídiques i socials, sinó en relació amb l'autoestima de l'individu a qui es declara com a incapaç. Per tant, es considera que aquesta mesura legal ha de ser una eina d'ajuda i que s'adapti a les necessitats i al criteri de cada persona en el moment determinat que sigui del seu cicle vital, perquè s'entén que les persones no són lineals i que una situació concreta, per les circumstàncies que siguin, no pot determinar la resta de la vida i la seva capacitat de decisió, perquè, tal com afirmen els participants del treball de camp, revertir aquest estat és un procés molt complex i complicat en què s'ha de tornar a demostrar la capacitat:

El tema incapacitacions crec que s'hauria de mirar molt, i per a casos puntuals, i si pot ser que no sigui permanent. Perquè fer una incapacitat és molt fàcil, però per revertir-la només ho pot fer l'1%. Em sembla una burrada, perquè una persona que té una depressió molt forta es recupera, és un estat transitori, amb un final, i després resulta que ja no és capaç de fer res: no em sembla ni just ni ètic (EP3).

Hi ha hagut persones per a les quals en un moment determinat ha calgut una modificació de la capacitat, però potser un cop s'ha resolt aquesta situació s'hauria de passar de modificacions totals a aspectes concrets. L'altre dia m'explicaven que algú que està tutelat demana la recapacitació en temes econòmics però no de salut, o sigui que hi ha persones que volen decidir en quins aspectes necessiten que se'ls doni suport (EP10).

Per això, consideren que tenen la responsabilitat de detectar, d'acompanyar i d'alçar la recapacitació en aquells processos en els quals la mesura no sigui necessària per a la persona, així com evitar les pràctiques i els discursos de la discriminació institucional de les barreres de la mateixa mesura. Aquesta argumentació és basa en el fet que el treball social busca afavorir el reconeixement i les aspiracions més enllà de la situació de les persones que han patit el bloqueig de les seves capacitats i han estat ignorades pel sistema social (Parra, 2017).

Penso que és feina nostra portar als tribunals els casos quan estan millor i ja no necessiten la protecció de la incapacitació, hem de promoure el possibilitat de treure-la si estem tan segurs que no necessita protecció (GTS1).

Així mateix, s'estima que entre la discriminació institucional, la figura de l'expert en salut mental ha assimilat el discurs de l'ordre social com a propi, i que aquest, alhora, l'inverteix amb el saber legítim sobre la matèria, bloquejant l'atribució d'un valor a l'experiència, limitant la participació i divulgant una imatge negativa sobre l'Altre que penetra tant en la societat com entre els propis subjectes diagnosticats. Segons Goffman (1961), la manera com s'evidencia que l'expert és una institució total és aquella en què es presenta com l'única autoritat dins de l'organització social, que controla la diferència mitjançant l'homogeneïtzació del tracte i les funcions de les persones diagnosticades amb trastorn mental, i que programa les accions i activitats que els subjectes han de dur a terme per complir amb els objectius propis de la línia institucional. Aquesta filosofia s'emmarca en el model rehabilitador, un model que perpetua que els serveis i els professionals siguin els encarregats d'inculcar a les persones diagnosticades amb trastorn mental les

directrius que han de complir per poder encaixar en la societat. A causa d'això, les conductes de tots els actors es veuen impregnades pels rituals i per la cultura de la institució, que és interioritzada com a pròpia de forma inconscient, i que permet la inactivitat directa del sistema en la repressió de la persona diagnosticada amb trastorn mental. Sobre aquesta base, en la qual el professional subjuga l'altre per la imatge que ha creat de la persona diagnosticada amb trastorn mental, es bloqueja l'atribució d'un saber produït per l'experiència i es relega a la dependència de l'estructura (Illich, 1977; Williams i Lindley, 1996).

L'experiència que jo vaig tenir treballant en una clínica mental va ser que la persona diagnosticada compta poc, perquè les administracions públiques i els entorns familiars i mèdics tenen una lògica que és la pròpia del sistema de repressió, i la persona és una peça en un engranatge que es vol silenciar, no és el protagonista. Per tant, el coneixement es perd perquè acaben imposant a la persona els seus discursos i què pot dir (EP5).

Les persones a qui s'ha incapacitat són individus als quals s'imposa el poder, però perquè això sigui possible cal assegurar-se d'exercir dues limitacions: una, el pes del coneixement expert, és a dir, l'expert ha d'existir, però una altra cosa és com s'utilitza i com es genera. Llavors si aquest coneixement expert és el que té la veritat sobre aquesta persona, difícilment es podrà donar protagonisme a la persona diagnosticada, perquè el sistema tendirà a ser passiu (EP9).

En la reflexió que els/les professionals del treball social fan sobre quin ha estat el seu paper en l'impuls dels processos d'incapacitació de les persones diagnosticades amb trastorn mental, aquests/es admeten l'abús a l'hora de fer servir aquest procés, en adonar-se de les repercussions que ha tingut en els individus, així com la pèrdua dels principis de la disciplina: el reconeixement i el foment de les capacitats de les persones. L'aparició d'aquest debat planteja, per una banda, la preocupació que els/les treballadors/es socials tenen de vetllar pels drets dels subjectes que són compresos com a vulnerables, i per l'altra, la sobreprotecció que exerceixen envers les dificultats que puguin presentar. En ambdues situacions, es manifesta únicament el criteri del/la professional del treball social sense tenir en compte l'Altre i les seves capacitats, una contradicció preocupant en el plantejament de la disciplina, que s'oblida així del subjecte i el relega a un rol dependent del/la professional. Així doncs, es pot extreure que tot i que la veu dels/les informants vacil·li entre el paternalisme i l'empoderament, no considerar i planificar accions sense la participació d'aquells a qui es dirigeix l'acte és un plantejament

que emergeix del paternalisme i que redueix la discriminació de les barreres i els límits a un fet concret. Aquestes accions són justificades per la falta d'informació i com a mesura de protecció i d'ajuda davant de la incertesa del futur de la persona. Així doncs, aquests actes evidencien que els/les treballadors/es socials s'han fonamentat en un pensament únic basat en el model rehabilitador, en el qual la manca de visions crítiques els ha induït a constituir-se com un més dels engranatges de les barreres i els límits que controlen de la diferència (Álvarez-Uría, 1983; Payne, 2012; Barton, 2018). La pràctica tendeix a concretar-se en unes línies de pensament enfocades a l'utilitarisme i al compliment d'uns objectius marcats pels/les professionals, que alienen les persones del seus propis processos:

Pensava que la incapacitació jugava un paper de protecció de les persones, perquè el dret de la persona i els drets dels que estan al seu costat sempre s'han d'equilibrar. I creia que era un tema que tensionava especialment el treball social, perquè pensem en l'empoderament, però des d'una estructura que no ho facilita gens, que t'empeny a ser paternalista i immobilista (EP7).

En un moment determinat s'incapacitava les persones en sèrie, perquè no es podia preveure en quin moment determinat milloraria, potser ara diria que no se n'abusa tant, però se n'ha abusat molt i ara justament passa el contrari, costa moltíssim aconseguir-ho (EP8).

Jo crec que la manca de recursos o l'ànsia que hem tingut els professionals de protecció ha fet que promoguéssim la incapacitació. Jo vinc de treballar amb persones amb discapacitat, evidentment no hi ha la capacitat, i si no estan incapacitats no pots tramitar ni una prestació, per tant incapacites a sac! Jo sento que n'he abusat, ara penso que amb l'assessorament que hi ha moltes incapacitacions que vaig fer no les faria o les faria diferent, ho treballaria més, m'ho pensaria més, penso que n'he après (EP9).

El tema de la modificació de la capacitat jo crec es va promoure molts anys enrere, que potser ara no es promourien. Quan es va promoure, a les famílies se les informava que si s'incapacitava llavors es podria ingressar el pacient involuntàriament, quan no tenien família es plantejava la incapacitació com una mesura defensiva o protectora al servei dels professionals (EP10).

Així doncs, des de la reflexió sobre el significat que guarda l'alienació de la capacitat d'obrar, els/les treballadors/es socials verbalitzen un canvi en el procés de la modificació de la capacitat, en el qual inclouen la persona a qui es planteja la situació i se li requereix

la seva participació. Una visió simple que s'oblida de reclamar al sistema accions que facilitin l'equiparació a la igualtat en les necessitats i mancances de les persones diagnosticades amb trastorn mental, que no té en compte les barreres i límits reals de la societat i que torna a centrar-se en la discriminació de l'altre com a resposta.

Els processos d'incapacitació que he viscut amb més sensació de fer bé la feina han sigut en aquells que tu i la "persona presumpta incapaç" arribeu a un acord pel qual sent que això l'ajudarà a protegir els seus drets. Per això, jo intento ara que les persones puguin ser conscients de les seves dificultats i prendre una mesura per suplir coses que els costen (EP4).

Quan es planteja la possibilitat de la modificació de la capacitat, implica, per una banda, parlar amb l'equip de si és o no adient, de l'altra, si hi ha família, parlem amb ells i amb els propis pacients. Ara, quan plantejem una modificació de capacitat, ho fem amb la persona, li expliquem què es vol fer i que pot tenir una figura que l'ajudi, que li doni suport, i molts d'ells et diuen que sí, que hi estan d'acord (EP10).

El concepte de la discapacitat, pels/les professionals del treball social, és descrit com un dubte ètic, aquest enunciat se sustenta en el conflicte que suposa pels/les treballadors/es socials conjugar l'ètica i el control social, pel fet de coartar l'autonomia d'una persona, amb els fonaments de la disciplina, que busquen l'empoderament de l'Altre i el compliment amb la mesura judicial, que pretén establir l'ordre social. Aquesta controvèrsia és relatada com una argumentació en la qual el/la professional del treball social ha de sospesar les repercussions i els beneficis que viurà el subjecte pel fet d'assignar-li una etiqueta. En aquesta situació, es reproduïxen una sèrie de limitacions i de barreres que simplifiquen la qüestió de la modificació de la capacitat com una matèria determinada, en la qual el criteri del/la treballadora social, com a figura experta, preval per sobre del criteri de l'altre, ignorant que l'origen del problema de la desigualtat és el sistema social (Illich, 1977):

La discapacitat hauria de ser definida, primer, per la persona que en teoria la pateix, després, en el dia a dia,estic segura que jo com a professional em surto d'aquest posicionament, una cosa és la ideologia que tens i l'altra és la pràctica en el sistema on som, perquè hi ha uns certificats, hi ha unes pensions a cobrar (EP4).

El que costa més és poder retornar a la persona que té capacitats i no les reconeix, i és difícil poder treballar això. Fa uns dies, per exemple, se li ha proposat a una senyora

ingressar en residència, és una persona que té capacitats i les hi intentes retornar, ella mateixa no les veu i al final no accepta la proposta. Això et fa qüestionar com treballem. Perquè potser no ho treballem, perquè en moments decisius com aquest ens és difícilós poder fer un acompanyament cap a quelcom que pugui ser més beneficiós per a la persona (EP10).

5.2.2.2.3. La crítica al sistema i a les alternatives de les barreres

Quant a l'opinió de les famílies, apareixen unes altres perspectives en què es plantegen alternatives en les quals es fomenta l'autonomia i els recursos disponibles per aconseguir-la, amb el propòsit que el subjecte es pugui desenvolupar com un membre més de la comunitat abans de proposar el procés d'incapacitació (Oliver, 2004; Barton, 2018).

Jo, l'últim que faria és la incapacitació, perquè primer s'hauria d'intentar al màxim ser autosuficient encara que sigui amb ajuda, però la incapacitació com a última opció (GF1).

La incapacitat ha de ser l'últim recurs, entre altres coses perquè abans d'incapacitar s'han d'activar tots els recursos disponibles que hi hagin perquè aquesta persona pugui empoderar-se i pugui viure una vida normalitzada (GF2).

S'identifiquen també, amb aquesta línia de pensament, opinions crítiques amb el model ideològic, polític i social que fomenta la incapacitació com un resposta que la comunitat i el sistema consideren apropiada, en què no es tenen en compte els múltiples dèficits i buits en la concepció de les necessitats de les persones; per aquest motiu, expressen el seu desacord amb aquesta directriu normativa (Merton, 1938; Ackerman, 1971; Palacio et al., 2014). Aquesta denúncia del model que considera que el sistema condiona el desenvolupament de l'*Altre* per mitjà de l'exigència de l'adaptació, denota la demanda que sigui el mateix sistema qui aporti les accions necessàries per evitar la discriminació per la diferència.

La incapacitació em fa pensar que, com a sistema de societat, quan has d'incapacitar algú per protegir-lo vol dir que socialment hi ha alguna cosa que no va bé, perquè si fóssim una societat sana i col·laborativa no s'hauria d'incapacitar ningú; jo crec que si existeix això alguna cosa passa a la societat que no s'està fent bé (GTS1).

La modificació de la capacitat ha de ser l'última acció a fer, el problema és que el sistema de societat en què vivim no ofereix suports, nosaltres, com a familiars, hem de ser els que més hem de mirar perquè aquest sigui l'últim recurs, però abans hi ha molta feina a fer

perquè es pugui donar resposta a les situacions dels nostres fills (GF2).

Els diferents participants opinen que les fundacions tutelars a Catalunya segueixen un model d'especulació de la necessitat de les persones vulnerables i desprotegides, que ha primat la privatització i la mercantilització d'una competència i d'un deure de l'administració pública, en lloc de vetllar pels drets i els interessos de les persones. En aquesta elecció de criteri, és inapel·lable una especial menció a un dels actes destacables que ajuden a assimilar aquesta comprensió: la privatització d'una funció pública, que, més enllà del fet, trasllada aquesta responsabilitat a una empresa privada amb una línia institucional, una ideologia i uns objectius propis, que poden entrar en conflicte tant amb l'encàrrec públic, com amb les interessos personals del subjecte a qui es tutela, dels familiars, així com els dels/les professionals. Per consegüent, les persones informants mostren la seva desconfiança en el funcionament i amb les intencions d'aquestes fundacions, en interpretar-se com a entitats interessades en els seu propis objectius i al servei del compliment de la norma. Segons Madrid (2010) i Vicente (2011), les fundacions tutelars són el braç executor privat de la mesura jurídica de la modificació de la capacitat d'obrar, de forma plena o parcial, que limita l'accés a l'exercici dels drets civils i polítics de les persones declarades com a incapaces, relegant-los a un rol passiu en la participació en la comunitat de pertinença. Les fundacions tutelars són, per tant, barreres i límits, tal com verbalitzen els participants en el treball de camp, que estan al servei dels seus propis interessos en l'actual economia de mercat:

En el sistema català s'ha delegat el tema de les fundacions a entitats privades, igual que l'atenció en la salut mental, de "yo me monto mi chiringuito"; en altres llocs, això és molt diferent, perquè és l'administració pública que ofereix tota la garantia dels drets que ha de tenir la persona i no et trobes les coses que estan passant aquí d'abús de les fundacions, i penso que els professional davant d'això hauríem de denunciar-ho (GTS1).

Històricament, s'havia demanat que hi hagués una institució tutelar de titularitat pública. Això mai s'ha volgut fer, s'ha preferit fer grans fundacions perquè sabem que mouen molts diners i la por dels familiars, i això no té res a veure amb la salut (EP2).

Els/les professionals del treball social consideren que han de fomentar les alternatives que existeixen a la mesura de modificació de la capacitat, com és el cas de la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat de l'ONU (2006), que proposa opcions de consens en les quals s'atribueix la capacitat a la persona i la necessitat del seu acord

en les decisions. D'aquesta manera, es comprèn que la capacitat d'una persona a qui s'ha diagnosticat trastorn mental no desapareix per aquesta circumstància i s'exemplifica així: la voluntat del/la professional de transmetre la informació, tant a familiars com a altres professionals de l'àmbit, de les repercussions de la incapacitació, i de rebaixar expectatives respecte a la mesura judicial com un procés finalista, de l'existència d'altres figures jurídiques i de les mancances existents en el sistema. Aquest posicionament implica que els/les treballadors/es socials trenquin amb la directriu que suposa que les persones s'han d'adaptar a l'estructura, per posicionar-se en el model social en la salut mental i promocionar l'empoderament (Coady, 2012):

Hem d'estar molt ben informats, sobretot amb la convenció de Nova York, utilitzar-la i ajudar la família perquè sigui conscient que la convenció dona altres possibilitats, no només la tutela i la curatela, també hi ha l'assistent legal. Cal tenir molta paciència per poder explicar, quan els professionals d'altres disciplines pretenen –i ho posen en l'imaginari– que la solució de tot és la incapacitació, que no ho és, o que si hi ha una situació de vulnerabilitat social, no la resoldrà (EP1).

Els treballadors socials tenim la possibilitat d'informar, i de poder fer arribar a les persones que estan en aquestes situacions, que la incapacitat no és necessària. Això també ho hem de saber transmetre als metges i als psicòlegs, que de vegades sembla que és una qüestió d'ignorància volguda, perquè la incapacitació d'una persona és una cosa molt simbòlica que projecta a la ment de l'altre que és un incapaç (EP2).

Finalment, expressen que l'actitud professional s'ha de basar en el model social, en què es considera que la diversitat conforma el conglomerat de la societat i que, per tant, els individus identificats com a diferents pel diagnòstic que se'ls ha assignat disposen de capacitats (Palacios, 2008), per la qual cosa, la labor del treball social és fer-les emergir i procurar que l'entorn les identifiqui per pal·liar la desigualtat:

Jo treballo des del reconeixement de les capacitats de les persones i quan ho comences a posar en pràctica i veus que a la persona li comença a canviar la cara i ja no t'arriba amb tot el que li va malament, tu també vas veient que la dinàmica canvia, et ve a buscar per al reforç positiu i, quan alguna cosa no va bé, poder reflexionar junts per mirant diferent, mirant el que la persona sap. Llavors, crec que també has de treballar amb la persona i amb tot l'entorn, perquè, si no, la persona ho té molt complicat (EP11).

5.2.2.3. LA DEMANDA DE DEMOCRATITZACIÓ DE LA SALUT MENTAL

Per alguns dels participants, la psiquiatria és vista com una professió desconnectada de les persones a qui atén, perquè invalida i rebutja la democratització de la comprensió de la realitat. Sembla que la raó que es desprèn d'aquesta posició davant l'aportació de les persones diagnosticades amb trastorn mental és el fet de no considerar-les aptes a les contribucions científiques i que es fonamenta només en el coneixement teòric de la salut mental. Des d'aquesta concepció única de la salut mental, es desdibuixen els fonaments de la psiquiatria com a professió que pretén alleugerar el patiment i establir ponts de diàleg amb el subjecte que atén (Woodcock i Tregaski, 2008; Bourdieu, 2003; Boetto, 2017). En allunyar-se de la comprensió de l'*Altre*, el que els/les professionals de la psiquiatria realitzen és un procés en què el subjecte es converteix en objecte i, consegüentment, el deshumanitza per encabir-lo en un diagnòstic i assignar-li un tractament, evitant d'aquesta forma l'atribució d'unes capacitats i experiències prèvies a la persona. Per aquesta raó, els/les psiquiatres es replantegen com un acte de responsabilitat el manteniment d'un esperit crític amb la teorització i l'alienació d'allò que li succeeix a l'*Altre* i que la ciència de la psiquiatria no recull. Així doncs, s'entén que el detonant de la possible situació que presenti la persona no té per què ser el trastorn mental; així, les persones informants reclamen que els/les psiquiatres s'aproximin als individus des de l'interès per conèixer la seva realitat per sobre del manteniment de la norma establerta pel sistema de control del binomi malaltia i curació.

Hay que tener mucho valor para reconocer que no saben nada, frente a esta disyuntiva, se enfrentan a la realidad de las personas, hay que replantearse incluso el mismo concepto de enfermedad mental, implica darse cuenta de que todo es mentira. Entonces, hay personas que son capaces de reconstruirse y decir, vamos a aprender, a enfocar en el sentido que para mí es ser médico, que es que la persona se empodere y se recupere. Y la otra disyuntiva es encerrarte en tu castillo y reafirmarse así con lo aprendido teóricamente en la facultad, eso es miedo (GE2).

Des d'aquesta argumentació, les persones participants en el treball de camp assenyalen la desigualtat que promou l'estructura i que investeix la psiquiatria com una oligarquia encarregada de decidir què és el millor per a l'individu a qui s'ha diagnosticat trastorn mental. Aquesta exclusió de la participació de la seva pròpia salut mental provoca un malestar a aquells que es veuen ignorats per la predeterminació de la seva etiqueta,

mentre que la psiquiatria manté el poder de què l'ha dotat l'expertesa per determinar quines són les necessitats i les intervencions de la persona a qui s'ha imposat un diagnòstic (Illich, 1977). Per aquest motiu, el debat de la validesa de la psiquiatria és descrit pels subjectes informants en el treball de camp com una revelació pels/les professionals que es recolzen en els corrents biològics i que se centren en l'assimilació de la simptomatologia com la definició total de la persona (Mulvale i Bartram, 2015). Per tant, es comprèn que la psiquiatria presenta un prejudici envers la capacitat d'autoconeixement i autocura de les persones pel simple fet d'haver estat diagnosticades amb trastorn mental, i que l'exercici de la disciplina en aquest sistema predisposa que els individus mantinguin un rol passiu sense reivindicar les opinions i intervencions pròpies.

Crec que la psiquiatria amb més poder és la biològica, té poc en compte les experiències personals i se centra en la simptomatologia oferint així una comprensió de la persona a través dels símptomes. Està totalment deslligada de l'experiència personal de cadascú i com que la medicina està en una situació de poder, crec que els costa reconèixer l'altre com un expert amb més nivell, que en realitat és el que és (EP4).

La meua experiència amb la psiquiatria no és bona, perquè la farmacologia anava per davant del que jo deia, no entenia el problema que jo tenia després de prendre el fàrmac que m'havien receptat, no em resolía com em sentia i més perquè la forma d'abordar no millorava la situació (EP5).

El psiquiatra és el que té el poder, des d'una mirada determinista i molt biològica, és qui té la raó i qui prescriu el problema i indicia què és la veritat o la pauta a seguir sense tenir en compte l'expertesa del pacient (EP6).

Jo conec molts psiquiatres que això del pacient expert, el *peer to peer* i les voluntats anticipades, els molesta perquè qüestiona el seu saber, no ho accepten perquè no els agrada que un malalt mental els digui què els funciona més que no pas la medicació que li estan receptant i s'excusen en el tractament de la simptomatologia com la seva única tasca (EP7).

Jo considero que el psiquiatre és una persona que té l'autoritat, que ell diu i jo he de fer el que ell diu, és la figura d'autoritat, "jo dic, jo mando i ara et prens això". Sempre ho he vist així, no l'he vist mai com una persona d'intercanviar d'opinions (GF2).

Així doncs, tot i que es considera que la psiquiatria és un aparell de control social, és descrita pels/les treballadors/es socials com l'única branca de la medicina que té en

compte l'esfera social de les persones diagnosticades amb trastorn mental, la qual cosa suposa una concepció holística de l'individu més enllà del trastorn diagnosticat. Un altre de les argumentacions és que la psiquiatria ha cedit les seves quotes de poder, evolucionant cap al reconeixement de l'experiència de l'*Altre* a través de l'establiment d'un diàleg entre la persona diagnosticada amb trastorn mental i el/la professional que desenvolupa la disciplina. Aquesta democratització de la salut mental pot ser interpretada com una resposta a les demandes de les persones diagnosticades amb trastorn mental i per la influència dels canvis de mentalitat dels/les propis/es professionals de l'àmbit (Beresford i Croft, 2001; Saraceno, 2017):

Els psiquiatres són els que tenen més en compte l'entorn de la persona i la seva biografia, perquè un cirurgià o un ginecòleg no et preguntarà amb qui vius perquè no li importa i també són de salut. Per això dic que dins les branques de la medicina, veig que el psiquiatra és el que ho té més en compte. Segurament són biòlogues, però també tenen en compte l'altra part (GTS1).

L'accés a la informació també ha fet canviar la figura del psiquiatre, perquè era el que et donava la informació. Ara no, ara pots agafar-la d'on vulguis i el rol de poder del metge ha canviat, penso que això ha anat canviat. La psiquiatria que va pujant és diferent de l'antiga, només per com pacten la medicació ja és un *logro*, perquè abans et deien té això i punt. Ara no, ara és un pacte, és un tu a tu, digue'm el que et va malament, canviem, això abans no es donava, tu anaves al metge, et receptava i adeu (EP9).

En la relació assistencial entre el/la psiquiatre/a i la persona diagnosticada amb trastorn mental, emergeix la sensació entre aquests últims de ser ignorats i incompresos per la persona a qui es dirigeixen. Aquestes dinàmiques són interpretades per les persones diagnosticades amb trastorn mental com a desinterès per la situació que viuen, la qual cosa provoca, consegüentment, un rebuig pel/a professional que només tracta el símptoma. És per això, que es considera que l'exercici de la psiquiatria dependrà del marc referencial al voltant del qual graviti el/la psiquiatre/a, que influirà en la concepció de l'*Altre* i que marcarà la línia d'actuació. Una acció complicada de resoldre en una estructura en què es premia la jerarquització de la disciplina en lloc d'atribuir un valor a l'experiència de les pròpies persones diagnosticades amb trastorn mental (Szasz, 1974; Bailey i Liyanage, 2012).

M'he sentit bastant mòbil, *en plan* que quinze minuts de visita, "Què fas?, Què estàs fent? Què et prens? Que no sé què, que no sé *cuantos*", i vinga, fins d'aquí tres mesos (GE1).

Yo con la psiquiatra no tengo muy buena relación. La veo muy poco y no me siento comprendida por mi médica. Lo curioso de la cosa es que cuando vas a la consulta no tienen tiempo para hablar con nosotros, pero se ve que tienen tiempo cuando no estamos delante para revisar las medicaciones prescritas y me llama por una medicación que ella no entendía y quitármela (GE2).

Per a una part important de psiquiatres, una persona amb trastorn mental és un pacient que ell ha de tractar, ell és el metge i l'altre el pacient, i punt, eviten posar-se en la situació d'horitzontalitat per por de perdre el control davant d'un malalt mental (EP7).

La demanda del manteniment d'un diàleg i d'una relació igualitària entre el/la psiquiatre/a i la persona tractada afavoreix que es creï un clima de confiança i un sentiment de reconeixement i de dignificació (Peled i Leichtenritt, 2002; Michaels et al., 2012). La petició d'aquests dos elements s'ha identificat com una característica d'aquells que es consideren clients d'un servei, i que més enllà del diagnòstic que se'ls hagi assignat, consideren que com a consumidors tenen el dret de reclamar i exerceixen un rol actiu en la presa de decisions del seu tractament. En aquest sentit, s'ha cregut, en moltes ocasions, que aquesta lògica de client estava vinculada únicament a la sanitat privada, fet que progressivament s'ha desmentit i que ha propiciat que les persones diagnosticades amb trastorn mental poguessin verbalitzar les seves impressions en relació amb el tracte assistencial rebut. Així doncs, la implicació i l'interès del/la psiquiatre/a en l'assistència serà el que marcarà la diferència en les vivències de la persona diagnosticada amb trastorn mental.

Vaig anar sis anys a un psiquiatre privat i no em va servir per res, després, al cap d'uns deu anys vaig anar a un altre de la mútua, tampoc em va servir absolutament de res, i ara vaig a un altre del sistema públic i n'estic molt contenta, jo hi tinc molt bona relació, m'hi sento molt bé i molt a gust, i si li dic que em baixi una mica la medicació ho fa i m'escolta (GE1).

La meva psiquiatra actual té una sensibilitat especial, em va ajudar molt, m'escolta i pots parlar amb ella, després de no sé quants i pagant, he pagat molt. És curiós que tingui més bona relació amb la de la Seguretat Social que amb els privats que he tingut, em dona la medicació justa i és de les èpoques de la vida que prenc menys medicació i estic millor (GE2).

La relació que el meu fill té amb el psiquiatre del CSMA, ara, ha canviat molt en el sentit que el veus més com una persona propera, i amb confiança, si no estàs d'acord amb alguna

cosa, l'hi pots transmetre, cosa que abans –i mira que hem anat a psiquiatres privats– era impossible (GF2).

Per els/les treballadors/es socials, aquesta qüestió relacionada amb la implicació amb la situació de la persona a qui s'atén també és rellevant, perquè expressa que, més enllà de la disciplina de la psiquiatria, la consideració cap a l'*Altre* és el que distingeix el tipus d'atenció prestada, superant d'aquesta manera les resistències i els prejudicis de la jerarquització dels professionals.

Més enllà del psiquiatre és la persona, i es tracta que tingui un enteniment similar de globalitat i de defensa dels drets de la persona. Aleshores, hi ha psiquiatres amb qui jo puc fer visites a domicili, que ja és *lo máximo, que salgan del despacho, que vayan a la calle* i que a més la treballadora social els digui, acompanyem-los a veure no tant la descompensació sinó la situació d'aïllament (EP1).

Els/les professionals del treball social destaquen les contribucions que les associacions i que l'experiència en "primera persona" poden aportar a l'assistència en salut com un fet enriquidor i que democratitzaria l'atenció en salut mental. Aquesta perspectiva denota que el treball social aprecia el saber subjectiu d'aquell que ho ha viscut des de l'experiència i que identifica les potencialitats que les persones diagnosticades amb trastorn mental poden aportar com a col·lectiu (Barton, 2018).

Crec que cada cop la contribució de les entitats en "primera persona" hauria de ser més important, i crec que haurien d'estar convidats en el disseny de l'assistència del Catsalut, perquè tenen un saber fruit de l'experiència que no pot haver experimentat cap professional i això és un acte que dignifica la persona (EP3).

5.2.3. ELS EFECTES DE L'ETIQUETA

La identitat individual de cada persona és quelcom inherent a la seva existència, que es desenvolupa i s'enriqueix a través de l'exercici de la llibertat en el grup on conviu. Aquesta confluència de vivències externes i internes que la persona experimenta en la constitució de la seva identitat, és compresa com un procés individual irrepètible que influenciarà en el seu comportament i la forma de comprensió del món (Ackerman, 1971; Andorno, 1998). En la interpretació de la definició de la identitat de les persones

diagnosticades amb trastorn mental dels participants en el treball de camp, no s'ha d'ignorar la influència que han tingut els models d'atenció a la diversitat anteriors al model social, que van crear la categoria de malaltia mental com un mecanisme de control social i de deshumanització (Merton, 1938; Foucault, 1964, 1981). En aquesta categoria, la patologització de la vida quotidiana reforça la idea que aquell que no compleix les normes és defectuós com a ciutadà/na de ple dret i fomenta que la societat reclami l'assistència institucional com a única resposta possible a aquests casos. Aquests antecedents han facilitat l'aparició de la classificació dels individus, amb el rebuig i l'exclusió consegüents, que han produït una imatge negativa que s'ha convertit en prejudici extern i autoprejudici en el desenvolupament personal (Goffman, 1963; Illich, 1975). Des d'aquesta perspectiva segregadora, es planteja una situació contradictòria: el sistema requereix un canvi de mirada que permeti a les pròpies persones diagnosticades amb trastorn mental encarregar-se d'autodenominar-se amb un mot amb el qual s'identifiquin com a col·lectiu, però alhora els ens de poder continuen qüestionant el seu criteri (Butler, 2001; Bailey i Liyanage, 2012). Aquesta situació provoca un posicionament crític de les persones diagnosticades amb trastorn mental envers el significat que guarda el reconeixement de la seva experiència per part dels diferents agents que formen l'estructura de repressió. Malgrat això, sorgeixen diferents arguments que rescaten aspectes positius del diagnòstic en salut mental com un procés en el qual la persona que el rep experimenta una sèrie de fases, fins a acceptar-lo i integrar-lo com una de les característiques personals pròpies (Pié, 2009; Ferreira, 2011).

5.2.3.1. ELS TRETS QUE DISTINGEIXEN LA IDENTITAT DE LES PERSONES

DIAGNOSTICADES AMB TRASTORN MENTAL

Un dels primers temes que va sorgir en els dos grups de discussió de persones diagnosticades amb trastorn mental ha estat la recerca i/o el consens d'un mot en què els participants es veiessin reflectits des d'un vessant positiu, en oposició als adjectius que els han acompanyat al llarg de la història (Ferrer et al., 2006). Tanmateix, els diferents actors han fet una reflexió sobre les dificultats per trobar un únic concepte que no es relacionés amb la imatge de la persona fora de control que han perpetuat els termes *bogeria* i *malalt mental* històricament (Foucault, 1964). Tot i això, el concepte amb el qual se senten més

identificats és el de trastorn mental, un terme vinculat a la creença que el diagnòstic és una alteració que afecta l'equilibri mental d'una persona, sense que els detonants siguin factors biològics i/o orgànics (Tizón, 1981). S'entén que el concepte malaltia es relaciona amb un fet orgànic i hereditari, mentre que el trastorn pot donar-se per diferents causes, com poden ser condicionants externs i/o vivències traumàtiques (Font, 1983; Mulvale i Bartram, 2015). Aquest tipus de creença permet a les persones diagnosticades amb trastorn mental concebre l'etiqueta imposada com un element menys estigmatitzant i que facilita la relació amb la societat des d'un posicionament més igualitari, tal com es descriu a continuació, sense oblidar l'alienació del significat que guarda per a ells aquesta recerca d'un terme propi.

És molt difícil trobar un concepte que agradi a tothom, el que a mi em sona fatal és: "soc una malalta mental". Soc una persona amb un problema de salut mental és el que millor em sona, soc una persona que he tingut i tinc un problema de salut mental, però això és molt difús també per a altres persones, m'he fet a la idea i he processat moltes coses, per tant, pot existir un sol concepte per anomenar i que tothom estigui content amb aquell concepte? (GE1).

La paraula *malalt mental* és massa forta. Hi hauria d'haver una altra sinònim, no sé quin exactament, però el que abans era la psicosi maniaco-depressiva ara en diuen bipolar i sona més de *pijo*, no? Ara bé, *esquizofrènia* és, per exemple, una paraula molt forta, s'hauria de mirar de buscar altres paraules substituïdes (GE1).

Deberían definirse no como una persona enferma, sino como personas en camino de ser resilientes (GE2).

Todos al final encontramos una definición que es persona con problema de salud mental. Sería una forma de definir a todas las personas que tenemos problemas de salud mental (GE2).

Me defino como una persona con un trastorno mental (GE2).

Jo, personalment, no em considero una malalta mental, tinc un trastorn mental, però no soc una malalta. Llavors, que a mi em diguin malalta mental em sona com que estic ultra mega tollida i que no puc fer res. Llavors, tinc un trastorn (GE1).

Lo de trastorno mental lo veo mucho mejor, porque cuando tu directamente dices tengo una enfermedad mental ya estás, te están encasillando los profesionales, o sea, un trastorno mental yo creo que está más acorde con una identidad (GE1).

En el seu temps, en diferents reunions amb professionals i familiars, la paraula que més sortia era *enfermo mental*, no agradava, havia que canviar-la i es va buscar *trastorn mental* (GE1).

El procés de discriminació i el de creació de la identitat es troben fortament relacionats, fins al punt que tots dos estan vinculats a l'acceptació d'uns determinats costums dins d'una mateixa societat. Perquè aquests hàbits s'incorporin com a propis, prèviament han d'haver estat assimilats de forma individual, d'aquesta manera esdevindran agents efectius de reproducció dels costums de la societat (Allport, 1958). Per tant, en la construcció de la seva identitat, les persones diagnosticades amb trastorn mental integren com a propis els principis legitimadors del que és normatiu i assumeixen que elles no ho compleixen. Així doncs, influenciats per aquesta creença, demanen ajuda amb el propòsit d'adaptar-se al sistema i superar les barreres externes per aconseguir el benestar dins de la societat, fets que els converteix en portadores, i en molts casos perpetuadores, de l'estigma i el prejudici. D'aquesta manera apareixen sentiments de vergonya i de menyspreu de les capacitats de les persones diagnosticades, la qual cosa facilita, alhora, la constitució de relacions amb aquells a qui s'identifica com a iguals, de la mateixa manera que eviten la possibilitat de compartir espais amb la resta de la societat per por de sentir els efectes de la discriminació (Ahmedani, 2011; Gelkopf i Roe, 2014). Aquesta situació, que a priori genera benestar en les persones diagnosticades amb trastorn mental, pot acabar engendrant una autosegregació pel fet de basar-se en una idea globalitzada del benestar.

A mesura que he tingut experiència en salut mental també com a persona diagnosticada, m'he adonat que fem més segregació que no pas inclusió, m'he adonat que les persones acabàvem relacionant-nos únicament amb aquells amb qui compartim diagnòstic, és més fàcil obrir-te a parlar del que sents amb ells. Però em fa la sensació que les persones s'encasellen molt entre iguals i que no s'obren per por de ser jutjats o fer alguna cosa malament. Llavors, allà se senten en la seva zona de confort (EP3).

5.2.3.2. LES PERSONES DIAGNOSTICADES AMB TRASTORN MENTAL

Els/les professionals del treball social conceben la identitat de les persones, i el paper que tenen dret a desenvolupar dins de la societat, més enllà de l'etiqueta assignada (Farah et al., 2011; Parazelli i Bourbonnais, 2017). Aquesta postura pretén promoure la dignitat i el respecte a la identitat única de cada subjecte i aposta també pel reconeixement de les singularitats de les persones, perquè identifiquin altres aspectes, qualitats i/o capacitats individuals. Tot i aquesta voluntat, això es pot interpretar com una invasió, que es basa en un saber ancorat en la seva subjectivitat i amb connotacions heretades de la cultura en què habita, que imposa el concepte que consideren més apropiat i que ignora l'opinió dels individus als quals es refereixen.

La malaltia no és la seva identitat, ni ho és la família, és veritat que comencen a parlar així: "Soc esquizofrènic". No, ets una persona amb una malaltia i hem de treballar aquesta situació (GTS2).

Hi ha molts pares que es presenten com "Soy mare de tal y cual". I ells igual, "Soy un TOC". No, tu no ets això, tu ets una persona i a més a més tens aquest diagnòstic (GTS2).

L'estructura de control que la societat ha desenvolupat és un procés de rebuig d'allò que és desconegut i que s'escapa de la norma (Foucault, 1964; Szasz, 1974). D'aquesta manera és més fàcil arribar al convenciment que les persones que han estat classificades amb característiques no desitjables són les que cal apartar i/o rebutjar de la societat, alhora que aquesta concepció impregna la identitat d'antagonista social i dona lloc a l'anomenat estigma de la salut mental.

La salut mental està molt estigmatitzada pels mitjans i per la percepció que és té de la malaltia mental, amb una connotació negativa, i s'explica molt poc què son aquests diagnòstics (GTS2).

Seguint el prisma de l'estigma i en referència amb el tema de la identitat, emergeix la dialèctica entre aquests dos conceptes i la manera com s'influeixen mútuament. Aquest plantejament se sustenta en el fet que la connotació social que reben les persones diagnosticades amb trastorn mental passa a ser una lectura subjectiva de la societat que afecta la seva autopercepció i, consegüentment, la seva identitat (Gorz, 2008; Idareta, 2013a). En mantenir-se els límits i les barreres utilitaristes que provoquen l'aïllament, i

fruit del desconeixement del col·lectiu per la societat, es dificulta que se'ls atribueixi una identitat més enllà de l'etiqueta i la idea preconcebuda que se'n té, i els relega a l'assistència institucional com a única resposta, tal com s'exposa a continuació.

Jo em sento normal, sense cap tipus d'estigma ni de res, soc una persona normal amb una patologia determinada. Després, per part de la societat, veig que hi ha molt estigma, que quan dius que tens una patologia mental la gent el primer que pensa és que ets una persona perillosa o violenta, conflictiva, almenys. Quan en realitat jo m'he trobat gent súper amable, que està lluitant amb la seva patologia i intenta sortir fora, i no rep gaire suport per part de la societat (GE2).

Els/les treballadors/es socials reflexionen sobre la responsabilitat que han tingut en l'asimilació del rol i l'etiqueta com a malalts, que les persones diagnosticades amb trastorn mental han assumit històricament. La justificació en què s'escuden els/les professionals del treball social són els factors externs del model d'atenció imperant, de la forma de classificar l'*Altre* perquè s'adapti al sistema, i del moment del procés del diagnòstic en què es troben (Payne, 1995; Cazorla i Parra, 2017). És rellevant indicar, com es fa en la intervenció següent, que en la pràctica del treball social, recolzada pel model rehabilitador o biomèdic, es concebien com a idònies totes aquelles intervencions que fossin convenientes per modificar la conducta i la consciència de les persones diagnosticades amb un trastorn mental responsable de la seva inadaptació, fins al punt que quedaven justificades les accions que afavorissin la interiorització de les barreres i dels límits del sistema social com quelcom propi de la persona identificada com a malalt.

Crec que hem ajudat moltíssim a la construcció d'aquesta identitat de persona amb diagnòstic, el que passa és que hi ha també una evolució històrica. Quan vaig començar fa trenta anys, la persona diagnosticada era el malalt mental, i per tant ja et venien amb aquesta identitat de soc esquizofrènic, i la identificació es feia amb el diagnòstic, no amb la persona (EP1).

En el cas de l'equip d'intervenció i a partir del primer brot psicòtic hi ha molt de, "estás enfermo" (EP11).

Els familiars, per tractar el tema de la identitat de les persones diagnosticades amb trastorn mental, es remunten a les seves vivències relacionades amb el moment del primer brot o l'aparició d'allò que atribuïen com a anòmal. Els relats dels familiars col·loquen la responsabilitat d'adaptació a l'individu diagnosticat i centren el seu interès en la cura, en

el tractament de la diferència, en la millora simptomatològica i en els seus dèficits, més enllà de la voluntat de la persona a qui s'identifica com a malalta (Palacios i Romañach, 2006; Schrank i Slade, 2007). Així doncs, la irrupció del diagnòstic és viscut com un trencament en les seves biografies i en les dels seus familiars, que requereixen un procés d'adaptació al nou estat. Aquest impacte és viscut com un fet traumàtic, en què es barregen diferents emocions com la frustració, la decepció, la confusió i el desemparament com a part d'un procés de dol de les expectatives projectades i que en moltes ocasions limiten el desenvolupament de l'*Altre* (Páez, 2017). Els familiars dificulten l'adaptació de les persones diagnosticades amb trastorn mental a través del rebuig i de la classificació com a malats.

Va tenir un brot important i li van ensenyar a acceptar que té aquesta malaltia, a mi, pel que he anat veient, em sembla que normalment és la família els que empenyen; sobretot quan són adults és més complicat que se'ls pugui diagnosticar, no els agrada anar al metge, a ells, com que estan bé..., jo com a mare patia un calvari (GF1).

En el meu cas, a mi em va costar moltíssim que reconegués que li passava alguna cosa que no era normal, jo insistia molt i vaig aconseguir que anés al metge i que li fes cas, però em va costar molt, vaig haver de buscar la manera per aconseguir que anés al metge perquè necessita algun tractament, en aquell moment jo tampoc sabia exactament què fer (GF1).

Jo ho vaig viure com una narració, vas buscant motius, jo ignorava totalment que allò fos psicosis, era una ignorant absoluta. El meu fill, que pensava que tot era perfecte, el vam ingressar, al cap d'uns mesos va tenir el segon, tot i que nosaltres ens pensàvem que ho teníem controlat, llavors ja van començar a parlar d'esquizofrènia (GF2).

En aquell moment ell estava estirat a la camilla, i em va dir: "Papa, he de reconèixer que no m'he pres la medicació, i m'he adonat que si no faig el que he de fer no em recuperaré, llavors us prometo que faré tot el que he de fer". El metge ens va recomanar que es punxes medicació i a partir de llavors, oli en un llum (GF2).

En relació amb la intervenció des del treball social i el diagnòstic en salut mental es fa una reflexió crítica de l'actuació professional que identifica l'etiqueta com quelcom central, que justifica una praxis que copia el model mèdic i que no considera l'esfera social de la persona (Beresford, 2002; Rodríguez i Ferreira, 2010; Ferreira, 2011). Aquesta lògica ha contribuït a la pèrdua de l'espai comunitari d'actuació de la disciplina, així com

al compliment inflexible de les normes dins del sistema social rígid. Aquesta organització és perversa, ja que, per una banda, obliga a classificar la diferència per poder accedir als recursos i a l'atenció, i, per una altra, exigeix que s'adapti a uns estàndards inassolibles per les barreres imposades pel mateix sistema. S'argumenta que el diagnòstic en salut mental és comprès com una qüestió externa a la disciplina, i que com a tal aporta informació d'uns aspectes concrets, sense que s'hagi de considerar una veritat categòrica que defineix la persona. Aquesta distinció se sustenta en què el treball social intervé conjuntament amb la persona, amb les seves capacitats i habilitats socials per evitar la identificació amb l'etiqueta. D'aquesta visió, se'n pot desprendre el valor afegit que aporta el treball social, amb la seva mirada social a la salut, com quelcom que enriqueix l'atenció global de la persona i que ajuda a fer-la conscient que el diagnòstic en salut mental és una de les múltiples característiques que constitueix la identitat de la persona (Postle i Beresford, 2007; Bradshaw et al., 2007). Per això, cal que en la praxi de la disciplina es faciliti el desenvolupament personal a través de la participació en els processos des d'un posicionament igualitari de treball conjunt.

Crec que en el treball social hem perdut sensibilitat a l'hora d'entendre com impacta la notícia d'un diagnòstic de salut mental en una persona i el seu entorn. Perquè l'estigma de la malaltia mental segueix molt present. D'altra banda, jo sento que és important el diagnòstic perquè t'orienta en el pronòstic, però els pronòstics passen per observar i per tenir en compte altres coses. Jo crec que agafar-se al diagnòstic és com un mecanisme de defensa, perquè hem sabut treballar amb persones que tenen problemes i que ho passen malament. Doncs escoltar, entendre què passa, fer una planificació de coses a fer, fent participar els pacients, ja que una intervenció de treball social té sentit si és de forma participada amb la persona, si no, el treball social no té sentit (EP7).

Jo crec que quan es dona un diagnòstic de salut mental, depèn de com es doni pot influir en la identitat i crec que hem d'intentar que això no sigui així, perquè té un impacte molt bèstia en la identitat de la persona, jo crec que negatiu en general. Tot i que de vegades, quan dones un diagnòstic permetes que la persona entengui algunes coses i pugui posar-hi nom (EP4).

A la feina, com a treballador social, hi ha les dues coses: hi ha, d'una banda, rescatar la persona d'aquesta simptomatologia que es diagnostica perquè està dintre d'un sistema per ser atès, i de l'altra, estàs dintre d'aquest sistema i per accedir a ajudes has d'ubicar a la persona que ha de passar per un diagnòstic, per un CAD, per uns llocs on l'han de

diagnosticar, però acompanyant-la perquè no oblidin que és una persona amb característiques diferents (GTS2).

L'opinió dels familiars va en la mateixa línia que la dels/les professionals del treball social i reforcen la necessitat de l'etiqueta com un criteri previ per accedir als recursos que el sistema els ofereix.

El problema és que sense un diagnòstic no pots començar a fer una teràpia, la que sigui, ja sigui via psiquiatre, via ingrés, via medicació, és complicat, perquè amb els recursos passa el mateix (GF1).

En les opinions de les persones participants en el treball de camp, apareixen relats que expressen que la societat se sustenta en valors liberals, com l'individualisme o la meritocràcia, que dipositen la responsabilitat en la persona diagnosticada amb trastorn mental com l'encarregada d'adaptar-se a la comunitat, i així es com es produeix una discriminació, l'anul·lació i l'exclusió de la diferència mitjançant l'homogeneïtzació. Les conseqüències d'aquesta situació irrompen en les seves biografies i produeixen l'emergència de sentiments de solitud, incomprensió i desemparament, que es recullen en els relats de les persones i dels familiars en el treball de camp i que es poden interpretar com a traumàtiques. Per tant, l'etiqueta, pels diferents participants, com es mostra en les intervencions següents, exclou. A banda que l'experiència ha demostrat que és en gran part el medi és el que determina l'efecte d'una incapacitat o d'una oportunitat sobre la vida d'una persona a l'hora de desenvolupar les seves capacitats (Palacios i Bariffi, 2007):

En la persona, quan rep el diagnòstic, hi ha una transformació, i aquí hi ha factors que poden ajudar a acompanyar la persona o fer que l'impacte sigui molt menys bèstia. En la mesura que la persona té un entorn que l'acompanya, que li explica positivament el que està succeint, ajuda la persona. Ara bé, quan la persona se li fan actuacions o intervencions no volgudes o forçades i la persona no entén el que li està passant i el seu entorn se'n desentén o no té capacitat per entendre què està passant, aquesta persona es troba sola i ho passarà fatal (EP5).

Som persones normals que prenem la nostra medicació, però, com tantes altres, dependent del moment ho vius d'una manera o una altra. Però de petit t'etiquetaven com a perillós, jo no ho entenia perquè no havia fet res, no entenia per què em qualificaven, i t'amagaves del teu entorn per l'etiqueta (GE1).

La meua experiència: ja porto divuit anys en aquest món de la salut mental, perquè quan el meu fill tenia dotze anys va començar a haver-hi alguna cosa que no funcionava i el metge ja el va fer ingressar i el van *atiborrar* de medicació com un vegetal, ja no va poder anar al col·legi ni res de res, estava a casa dormint, no podies sortir de casa de lo malament que estava, no podia ni caminar, horrorós, com un zombi, i a llavors et trobes perdut i ni associacions, ni diagnòstic, ni metges que t'orientessin (GF1).

Els/les treballadors/es socials comenten la importància que les persones diagnosticades amb trastorn mental i les seves famílies no s'identifiquin amb els aspectes negatius de l'etiqueta i construeixin una identitat basada en la simptomatologia (Anczewska i Ryan, 2009), apel·lant als recursos personals i les diferents experiències viscudes com una posició activa en la constitució de la seva identitat. Els/les professionals del treball social enuncien que la seva intervenció ha de tenir en compte la persona més enllà de l'etiqueta i que han de saber reconèixer-la com un subjecte actiu, que viu en una comunitat i que desenvolupa diferents rols, sense centrar-se en l'etiqueta i els aspectes negatius que contribueixen en la identificació com a incapaç.

El rol de malalt em costa molt acceptar-lo perquè penso que omple massa tots els espais de la vida, hi ha espais que no són malalts ni malaltia (GTS1).

És una malaltia que afecta i que sí que hi ha una imatge fora a la societat que s'ha de treballar. Jo, per això, quant al tema de la identitat, crec que la identitat és la de la persona, que l'afecta la situació de malaltia, però la malaltia ni és la identitat de la persona, ni de la família (GTS2).

L'atribució d'un valor a l'expertesa de les persones diagnosticades amb trastorn mental es presenta com un procés pel qual el mateix individu assimila la seva etiqueta, pren consciència de les seves experiències i realitza una introspecció de la seva història que reverteix en la seva identitat, autoconcepció i presentació davant de la societat com a tal (Beresford, 2002; Palacios i Bariffi, 2007).

Al gener farà vint anys que tinc la malaltia i ho he passat molt malament en aquest temps, però ara puc dir que soc una experta, i jo mateixa em veig com a tal (GE2).

5.2.3.3. LA UTILITZACIÓ DE L'ETIQUETA COM UN PREJUDICI

L'estigma és una construcció social que té com a objectiu categoritzar de forma negativa els individus que no compleixen amb les expectatives de la comunitat i així desposseir-los de la seva identitat social, alhora que se'ls responsabilitza de la seva condició (Goffman, 1963; Nussbaum, 2006). La seva aplicació es fa a través de l'assignació d'una etiqueta que deshumanitza i que desacredita les persones que són identificades com a diferents o que no acaten les normes de la societat. Aquests desavantatges socials són fruit de la discriminació, la marginació, la limitació a l'accés a drets i a recursos, l'aïllament i l'exclusió social, així com la pèrdua d'objectius propis en el desenvolupament de la vida, la qual cosa repercuteix directament en el subjecte i en la seva pròpia concepció (Civicio i Carbajo, 1999; Idareta, 2018), fins al punt que les persones diagnosticades amb trastorn mental eviten ser reconegudes socialment amb aquest atribut per les repercussions i dificultats que l'etiqueta els hi suposa.

Cuando estás ya en un punto que puedes llevar una vida normal, te cuesta mucho decir que tienes un trastorno mental, por las repercusiones del estigma y el rechazo de la sociedad (GE1).

Per la meua experiència, evito que m'identifiquin com una malalta mental, perquè bàsicament la societat pensa que tothom que té un trastorn mental és perillós, hi ha molt estigma i és una lacra social que t'afecta molt en el teu dia a dia (GE2).

Els/les professionals del treball social expressen que l'estigma es perpetua per les diferents reproduccions i mecanismes socials que s'han elaborat en referència al que és estrany i que genera incertesa. La fórmula amb la qual es controla l'estigma és a través de diferents agents de dominació social, com els mitjans de comunicació, que seleccionen la informació que es transmet de la salut mental i que contribueix a augmentar el prejudici social, així com el sistema polític, que se centra en la visió de producció del capital i que exclou de la capacitat de decisió a tothom que no s'emmotlli al mercat (Merton, 1938; Madrid, 2019):

Quan surt als mitjans de comunicació una notícia sobre salut mental, sempre és amb una connotació negativa, només diuen quines són les coses dolentes d'aquests diagnòstics, hi ha coses bones, hi ha coses salvables que no s'expliquen (GTS2).

L'estigma és el resultat històric del model neoliberal en què estem, des d'on tothom ha abusat, ha fet danys i no ha escoltat els pacients, per tenir-lo silenciats i sense que siguin conscients que també tenien uns drets i podien exigir-los (EP2).

L'aplicació de l'imaginari social d'allò desconegut com la *bogeria* és també pel/les treballadors/es socials un blasó que el sistema social utilitza per mantenir el control i augmentar l'estigma que es diposita en les persones diagnosticades amb trastorn mental, i que busca simplificar la complexitat per economitza així el tipus de respostes necessàries per aconseguir una única visió de l'estrany.

Penso que el problema principal és treballar en què la societat no vegi el trastorn mental com una cosa perillosa i no el rebutgi, perquè molts dels problemes de les persones amb diagnòstic venen més de l'estigma social que no pas del mateix diagnòstic (EP3).

Per una part dels familiars participants en els grups de discussió, les associacions en "primera persona" són desconegudes i es confonen amb serveis de la xarxa sanitària, com un SRC, un club social o un centre de dia, dispositius que tenen el propòsit de rehabilitar i plantejar activitats supervisades i conduïdes per professionals. En alguns casos, es pot evidenciar la sorpresa en el plantejament que les pròpies persones diagnosticades amb trastorn mental puguin conduir una entitat, cosa que denota una concepció basada en la justificació de les limitacions de les capacitats d'aquestes persones. A continuació, es reprenen les aportacions d'aquest grup de discussió, en què les persones argumenten la necessitat de l'existència d'associacions mixtes com un fet enriquidor per a les diferents parts.

F1: Nosaltres aquí trobem recolzament, aquí de tant en tant ve gent a explicar-nos coses, i això ho utilitzem i de veritat ens ajuda. Però una associació de persones amb una malaltia que hi vulguin anar, és molt complicat, serà un experiment, però si existís no estarien sols.

F2: Sí, aquí n'hi ha un, és el centre de dia, on ja fan jocs, fan excursions, fan activitats. És a dir, ja fan una mica de vida social.

F3: Però això ja es fa al club social, tenen la seva assemblea i decideixen coses, però trobo que també hem de ser-hi els familiars, perquè nosaltres també els ajudem, i som els que els supervisem.

F4: Exmalalts? I qui porta la batuta, ells mateixos? Al cau on va el meu fill petit hi ha els monitors. Clar, en aquesta associació que només hi són ells, qui són els monitors que diuen, anem aquí, o anem allà, o fem això?

En contraposició, els/les treballadors/es socials descriuen la seva tasca com un procés en què recolzen i acompanyen les persones diagnosticades amb trastorn mental perquè identifiquin les seves capacitats. Per aconseguir aquesta fita, els/les professionals han d'afavorir que les persones diagnosticades amb trastorn mental duguin a terme un exercici d'introspecció de si mateixos per decidir com presentar-se a la societat i evitar l'etiqueta preestablerta com a única identitat (Gorz, 2008). Des d'aquesta òptica, es concep el diagnòstic en salut mental com una classificació que pot ajudar a donar sentit a certes qüestions de la vida d'un subjecte, però que no defineix la totalitat de l'individu si s'entén que totes les persones poden tenir diferents identitats.

Entenc el concepte identitat com alguna cosa polièdrica, atès que el que fem els treballadors socials és un acompanyament perquè la persona s'adoni que hi ha molts tipus d'identitats, que s'ha de poder escollir la identitat que millor vagi en cada moment i que no només ens quedem amb la identitat de malalt, perquè les persones es construeixen a través dels altres, en funció de com es presentin, la seva identitat es veurà afectada (GTS1).

Crec que la identitat és la de la persona i que afecta la situació de malaltia, però la malaltia no és la seva identitat, ni de la família (GTS2).

Es reivindica la labor del treball social com una disciplina que ha d'estar alerta davant de la perversitat del sistema i dels seus dictàmens, pel fet que la classificació com a malalt facilita la dominació de l'*Altre* i l'anul·lació de la capacitat de decisió de la persona a qui se li diposita (Bergeron-Leclerc i Cormier, 2009; Tew et al., 2012). Per aquesta raó, es comprèn que la pràctica del treball social ha de propiciar la humanització de les estructures socials, evitant la identificació de les persones diagnosticades com a malalts.

Jo treballava molt amb serveis socials i molts treballadors socials identificaven les persones com a malaltes pel seu diagnòstic. Jo intentava fer el que podia amb els treballadors socials, amb aquells que entenien que aquella era una persona i que ells com a serveis socials podien fer coses, i jo com a centre de salut mental podia fer-ne d'altres juntament amb l'usuari (EP1).

5.2.3.4. ELS EFECTES DE L'AJUSTAMENT A LA NORMALITZACIÓ

Els/les treballadors/es socials presenten la normalització com la possibilitat d'abolir l'estigma mitjançant el diàleg i la informació; per aquest motiu, cal que tant les persones diagnosticades amb trastorn mental com la resta de la societat comparteixin espais per poder començar a trencar les creences i la imatge que s'ha construït de la *bogeria*, per iniciar una comprensió compartida del món de la salut mental (Palacios i Bariffi, 2007; Godrie, 2015). Tot i això, s'identifiquen els obstacles heretats del pes de l'estigma en les persones diagnosticades amb trastorn mental per entomar el protagonisme en el canvi de la concepció. Aquesta desacreditació de les capacitats es localitza en els discursos estigmatitzants i basats en el model biomèdic o rehabilitador, en què perdura la visió de malaltia i discapacitat com a sinònims, així com la utilització del concepte de normalització com una fita que la persona ha d'assolir.

Penso que com més parlem les coses amb naturalitat millor per tothom, perquè és el que pretenem, que les malalties mentals siguin una cosa natural, com qui té una malaltia física, s'ha de normalitzar lo de les malalties mentals (GE1).

Crec que s'hauria de normalitzar, donar informació sobre què és el que està passant, trencar estereotips i tòpics que són perjudicials tant per a la persona com per a l'entorn. Normalitzar en el sentit de donar eines per viure-ho de forma més humana i digna. El que succeeix és que en salut mental hi ha molt estigma, que fa que les persones parlin d'una forma estigmatitzada, no des de la diversitat, la qual cosa incrementa encara més les dificultats d'abordar o acompanyar aquestes situacions (EP5).

Aquesta consideració al voltant del significat de la normalització perpetua una única forma d'entendre el món i suprimeix altres comprensions a través del rebuig de les persones que no compleixen amb les normes. Així doncs, els/les professionals entenen que l'acceptació de la normalització suposa l'única possibilitat que tenen els subjectes per adaptar-se al medi (Foucault, 1964; Watzlawick, 1995; Palacios i Bariffi, 2007). Aquesta lectura del concepte de normalitat es basa en el model biomèdic o rehabilitador, que intenta objectivitzar la realitat per poder dominar-la i classificar-la.

No sé què és normal, en el sentit que hi ha moltes normalitats, potser és aquest concepte el que hem de treure, potser per mi no és normal la teva realitat ni la teva, sinó diferents realitats que es poden donar, i amb els pacients també ens passa, ja no parlen tant de

normalitat o com a mínim els joves, perquè tenen molt integrat que ningú és normal o que no existeix aquest concepte (GTS1).

S'intenta treballar per la normalització, però el context marca i potser et centres més en intentar que surti d'aquell moment, del que està passant, i hi ha més dificultat en poder pensar en una normalització futura, una no desnormalització, diríem, perquè a vegades és evitar que els patologitzint (EP8).

Una altra consideració sobre la normalització és l'alerta sobre el perill que suposa l'assimilació d'aquest model basat en la rehabilitació i la biomedicina que se centra en les limitacions estructurals, en l'estandardització com l'única comprensió de la realitat i la pèrdua de la diversitat, perquè s'entén que aquest procés de normalització ha de fomentar la igualtat en els drets per desenvolupar-se, sense perdre les pròpies característiques singulars (Palacios, 2008).

La normalització s'ha de valorar bé, per no confondre normalització amb homogeneïtzació; normalització potser no és que tothom sigui igual, sinó que tothom pugui desenvolupar-se en la mesura del que cadascú pugui, tenint els mateixos drets que tothom. Però potser tampoc hem d'obligar a tothom a ser igual (EP11).

5.2.4. LES ESTRATÈGIES EMANCIPADORES

5.2.4.1. LA IDENTIFICACIÓ DE LES CAPACITATS DE LES PERSONES DIAGNOSTICADES AMB TRASTORN MENTAL

Les capacitats són definides com a competències i habilitats personals que investeixen l'individu amb la disposició de decidir i participar de forma autònoma en la societat de referència des de la identificació de la seva experiència i les seves vivències. Perquè aquestes condicions es desenvolupin, és imprescindible que la comunitat on habiten valori i interpreti aquestes capacitats com una qualitat i una contribució a la societat, que alhora promourà que els mateixos subjectes sentin que aporten quelcom valuós, la qual cosa fomentarà la creació d'una identitat fundada en la dignitat i en la identificació com a individus de ple dret. Des d'aquest prisma, es planteja la capacitat com el talent individual de les persones diagnosticades amb trastorn mental, que poden desenvolupar més

enllà de la seva etiqueta i de les condicions de l'entorn, per afrontar les diferents situacions produïdes per l'assignació d'un diagnòstic (Sen, 1988; Nussbaum, 2006). Perquè aquestes condicions siguin òptimes es considera necessari focalitzar les situacions en les quals els individus puguin trobar un diagnòstic des del model social, que promogui el desenvolupament de les capacitats de totes les persones que formen part de la societat i que responsabilitzi l'estructura política de la seva emergència com una condició sine qua non (Palacios, 2008).

Pels diferents participants, les capacitats són les competències i la llibertat que les persones tenen com a individus, fruit de la detecció i de la interiorització reflexiva de les seves habilitats, així com la projecció d'uns objectius assentats en els desitjos i el reconeixement de l'experiència per adaptar-se a les circumstàncies i l'emancipació de rols preestablerts i passius. En aquest sentit, la capacitat de les persones diagnosticades amb trastorn mental són descrites en els termes següents:

La capacidad la defino como el talento que tienes de afrontar una situación personal crítica, en el sentido de transformarla en una situación positiva para ti y para el resto de la sociedad (GE2).

La capacidad la relaciono con el empoderamiento, al ser el reconocimiento de la competencia de obrar y la emancipación del rol de enfermo (GE2).

Les capacitats són múltiples i infinites, tenen a veure amb el desig de cadascú de desenvolupar la seva vida i, al final, la capacitat és difícil deslligar-la de la vida i sense definir-la amb *capaç*, però per això crec que és la possibilitat que un té de desenvolupar-se i desitjar les possibilitats que pot tenir (EP4).

5.2.4.1.1. El recel en el reconeixement de les capacitats de les persones diagnosticades amb trastorn mental

Un dels subtemes dins de la definició d'aquesta categoria és el prejudici que l'entorn diposita en aquelles persones a qui el sistema ha etiquetat com a malaltes, perquè com a tals l'entorn els qüestiona la capacitat per mantenir un estat òptim de salut. Això comporta que les persones diagnosticades amb trastorn mental es vegin obligades a estar alerta, a prevenir i a justificar constantment les accions que porten a terme per mantenir

les seves capacitats. Al mateix temps que requereix que l'individu sigui coneixedor i conscient de les seves limitacions i singularitats per mantenir un equilibri.

Tinc els meus alts i baixos, he d'estar sempre *al tanto*, que si les hores de son, que si no pots beure, que si no pots fumar, no pots fer moltes coses que la resta de gent pot fer. Però a la contra, o sigui, en realitat has de portar una vida súper sana i això es bo, estem parlant que ets un malalt però portes una vida súper sana. Llavors, on és la malaltia? Per això també dic lo del trastorn (GE1).

No tothom que no té un diagnòstic està amb un estat de salut mental bo. Jo penso que es tracta de mantenir un equilibri des de lo social fins a lo íntim que et permeti una qualitat de vida, interior, de no patiment (GE2).

Quant més consciència vas prenent al llarg dels anys més evites les recaigudes, perquè més vas evitant coses que tu ja saps i buscar coses noves que no et facin recaure (GE2).

Una altra trava, en relació amb les capacitats d'aquells grups organitzats en associacions, està vinculada amb l'existència dels professionals dins de les entitats en "primera persona", com una circumstància que crea dependència i que es contradia amb el paper que ha desenvolupar el/la professional. Aquestes perspectives són resultat de la confrontació de dos models teòrics: el primer busca l'adequació d'aquells que surten de la norma mitjançant el control professional i justificant-se en la necessitat de desenvolupar un procés guiat d'emancipació, i el segon parteix d'una visió emancipadora en què es considera que com a col·lectiu han de desenvolupar el seu propi procés.

Les associacions en "primera persona" s'han anat muntant a través de l'ajuda de professionals, els han guiat i els han donat suport, després hi ha el tema de si marxen o es queden, perquè un cop ja tiren no té sentit que s'hi quedin a manar (EP4).

5.2.4.1.2. La resposta de les persones diagnosticades amb trastorn mental a la influència externa de la seva identitat (contracultura)

Quant a la concepció de la identitat, es manté la lògica d'autoanomenar-se malalts, que es pot interpretar com una superació del significat i de l'estigma que històricament ha guardat el terme. És per això que la utilització d'altres opcions es consideren un eufemisme per a un fet real que no erradica la discriminació perquè l'ús de mots alternatius es percep com un pedaç d'un problema existent. En aquest context, i posant el focus en

la teoria *crip*, sorgeix una contracultura en la qual les pròpies mateixes persones discriminades són les que reivindiquen la seva identitat amb l'etiqueta negativa de malalt, que consideren que aquesta identificació subversiva amb el sistema les investeix de la legitimitat pròpia del col·lectiu (Merton, 1938; Cooper, 1974; Gadamer, 1993; McRuer, 2006; García-Santesmases, 2017).

Quan he vist ActivaMent, col·lectiu actiu de persones amb experiència del trastorn en salut mental, he pensat que tinc una contradicció, amb el que és políticament correcte, que ningú té present: parlo de l'estigma de dir malalts mentals directament, jo crec que s'hauria de dir malalts mentals, perquè també es diu malalts metabòlics (GE1).

5.2.4.1.3. L'atribució positiva de les capacitats de les persones diagnosticades amb trastorn mental

Una part de les persones participants en el treball de camp –els familiars i els/les treballadors/es socials– verbalitzen que perquè emergeixin les capacitats de les persones diagnosticades amb trastorn mental, és necessari que es creïn relacions i vincles positius en què tant els/les professionals com els familiars afavoreixin el suport i l'acompanyament per activar i mobilitzar els recursos personals, i que aquests tinguin una repercussió en l'autoestima de les persones identificades com a incapaces (Rogers et al., 1980; Ovejas, 2007; Davies i Gray, 2017).

Nosaltres, com a professionals, hem de poder-li reforçar les capacitats, perquè precisament els costa molt creure que ells mateixos poden canviar i millorar coses, llavors jo penso que reforçar-los és una de les bases perquè ells puguin creure i millorar l'autoestima (GTS2).

Jo crec en els drets, s'han de reconèixer, que no siguin mal vistos, l'estigma del *loco*, però per a mi és un contrasentit, perquè, en els casos dels que tenen una discapacitat, no has de fer-los més inútils del que són (GF1).

L'adquisició i el manteniment de la independència i l'autonomia permeten a les persones diagnosticades amb trastorn mental adonar-se de les seves capacitats i habilitats en la presa de decisions, unes circumstàncies que produeixen millores en la seva vida, com el sentiment de pertànyer i ser valorats per una comunitat (Hamilton, 1982; Howe, 1997; Salcedo, 2010). Així doncs, la identificació de les capacitats que tenen les persones

diagnosticades amb trastorn mental suposa un canvi de concepció cap aquells a qui s'havia identificat com a incapaços per la seva etiqueta, pel fet de valorar les seves possibilitats. Tot i això, persisteix la idea que per aconseguir aquesta fita és imprescindible l'acompanyament extern que permeti adquirir les eines necessàries per emancipar-se.

Jo crec que nosaltres com a familiars tenim la funció de donar-li tot el suport possible. Hi ha moltes formes de donar suport i quan parlem de capacitats es tracta que tingui les màximes eines possibles perquè pugui fer la seva vida com qualsevol altra persona (GF2).

Per capacitats entenc donar eines perquè cadascú amb els seus propis límits, les seves pròpies habilitats, s'adonin que les tenen i això reforci la persona a viure el dia a dia perquè puguin fer passos (GF2).

En realitat, seria com poder facilitar eines i treballar al màxim amb les capacitats que té la persona, perquè pugui tirar endavant amb les seves pròpies capacitats i prendre les seves pròpies decisions, o sigui, de fet és treballar amb ell les habilitats com les seves capacitats que quedin de manera individual, jo crec que és treure la part que pots tirar endavant, sempre hi ha alguna cosa a treballar i facilitar la informació, tot l'assessorament (GTS2).

Un altre punt destacable és que s'aprecia que les capacitats són descrites com un procés previ a l'empoderament, en què les persones han d'identificar les característiques, les habilitats i les possibilitats pròpies, així com els límits que tenen (Beresford i Croft, 2001; Godrie, 2015). Per consegüent, apareix el tema de l'elecció del subjecte respecte a la importància i el lloc que dona a l'etiqueta i com s'hi relaciona, una acció que obliga a plantejar les capacitats com un element que va lligat a l'acceptació de l'individu tal com és.

Una part de l'empoderament és donar eines perquè tiri endavant, però a més a més perquè tiri endavant conscientment i podent decidir; perquè la persona, per empoderar-se, prèviament ha de ser conscient de les seves capacitats i els seus límits (GTS2).

Sí jo penso que m'han diagnosticat un trastorn mental i centro les expectatives sobre mi mateix i oriento la meua vida a aquest diagnòstic, el meu entorn ho situarà també al centre, llavors perdo el poder, perquè cap persona controla la classificació de què et fan titular; una altra cosa és que jo la triï, per això les capacitats són treballar les pròpies expectatives i la idea que es té d'un mateix, perquè si no ho fas t'emportes una frustració tremenda amb el que pots fer i el que no (EP5).

Per als/les professionals del treball social, la identificació de les capacitats i la participació de les persones diagnosticades amb trastorn mental en l'estructura i en la seva pròpia salut, ha evolucionat d'un rol passiu, basat en els models biomèdic i rehabilitador, fins a un d'actiu, que sorgeix del model social (Oliver, 2004; Barton, 2018). Aquesta concepció ressalta el reconeixement de l'experiència com una dignificació del coneixement de les persones usuàries dels serveis, i aporta nous enfocaments. A partir d'aquest canvi de model, la societat identifica les seves contribucions com a necessàries i com a part intrínseca. Per tant, es pot afirmar que la participació en l'àmbit de la salut mental promou el reconeixement de les capacitats de les persones diagnosticades amb trastorn mental.

El sistema de salut mental que jo vaig conèixer fa anys donava a la persona diagnosticada un protagonisme menor que l'actual, era una part que es tendia a passivitzar; avui crec que se'ls reconeix les capacitats i se'ls convida a participar en la seva salut (EP3).

Crec que en la mesura que a les persones diagnosticades se'ls fa protagonistes, se'ls reconeix el seu saber i les seves capacitats, per això s'han de crear mecanismes que els permetin expressar-se, compartir les seves experiències amb altres persones i també generar autoreflexió. Crec que en la mesura que la persona pugui tenir més protagonisme augmentarà el seu suport com un membre més de la societat (EP5).

Per a les persones diagnosticades amb trastorn mental, l'experiència i les capacitats són descrites com un procés d'aprenentatge i de superació del sentiment de fracàs i el rebuig del sistema per no complir amb les expectatives de l'esfera productiva del mercat (Dominelli, 1996; Losada et al., 1998). Per consegüent, un cop superada aquesta alienació, les persones diagnosticades amb trastorn mental s'adonen de la seva contribució a la comunitat on habiten i de les capacitats de què disposen. Aquest fet afavoreix que augmenti la seva autoestima en sentir que poden fer una aportació a la comunitat com a actors socials i, alhora ajuda a millorar la seva autopercepció.

Yo ahora me doy cuenta de que tengo capacidades, me puedo defender y decir que yo no trabajo, yo no cobro, pero yo soy productivo como nadie, madrugo mucho y llego a casa muchas veces tarde de trabajar. Pero hace 10 años yo eso era incapaz de decirlo porque pensaba que lo que hacía no tenía valor (GE1).

Quan jo vaig deixar de treballar em va costar molt adaptar-me, però com que és una realitat, doncs ho has d'acceptar i aquí també hi ha un creixement personal d'autoconeixement de

les capacitats. Perquè ho vius com un trauma terrible, perquè has d'acceptar que no pots fer determinades coses (GE2).

En aquesta dimensió es recull la definició que fan les persones informants del significat que té per elles el concepte de l'atribució positiva de les capacitats dels individus diagnosticats amb trastorn mental. Per a les persones que formen les entitats en “primera persona”, tal com s'ha mostrat en la primera etapa de l'anàlisi, el paper fonamental que desenvolupen les seves associacions és la visibilització del col·lectiu en la defensa dels seus drets mitjançant l'autogestió i el treball en xarxa a la comunitat. Aquests objectius denoten que com a col·lectiu que viu, en la seva pell, les conseqüències de la diferència, desenvolupen una sèrie d'accions, anomenades *activisme*, que van més enllà de les establertes com a protectores pel sistema, en considerar que les actuacions de benestar no són suficients per al manteniment del seu benestar. Així mateix, les entitats juguen una altra comesa important com és la configuració del sentiment de pertinença a un col·lectiu i el reconeixement entre iguals (Kieffer, 1984; Eiroa-Orosa, 2013). Les diferents accions que desenvolupen les organitzacions de les persones diagnosticades amb trastorn mental se centren en l'oferta de recursos, la prevenció de la discriminació i l'acompanyament en els processos que viuen. Aquest posicionament és compartit amb el grup de familiars, que valoren la tasca que porten a terme les associacions en “primera persona”, que comporta un reconeixement de les capacitats i l'abolició dels estereotips i dels prejudicis inculcats pel sistema.

Ara que conec una mica el món associatiu en “primera persona”, veig que realment fan moltes coses i que se'ls escolta, tenen visibilitat, i això els dona un lloc a la societat i els ajuda a sentir-se integrats (GF2).

Les associacions en “primera persona” són concebudes com l'organització del col·lectiu en lobby de pressió a l'administració pública. Pels professionals, aquestes entitats han analitzat la seva situació i han detectat una sèrie de mancances a les quals el sistema no ha donat respostes, i arran d'això han desenvolupat dues línies d'actuació. En primer terme, hi ha aquelles respostes a necessitats no cobertes, i en segon terme, aquelles accions reivindicatives a l'administració per promoure canvis, decisions i accions favorables a les seves demandes i interessos.

Les associacions d'afectats en "primera persona" són recursos que donen respostes a problemàtiques que la xarxa no ha previst i penso que és una font important de pressió a les administracions, que ells poden arribar on nosaltres com a professionals no podem arribar (GTS2).

5.2.4.2. ELS PROCESSOS D'EMPODERAMENT DE LES PERSONES DIAGNOSTICADES AMB TRASTORN MENTAL

L'empoderament s'associa amb el concepte de capacitat com un procés subjectiu, individual i progressiu, en què es vetlla pel respecte de la comprensió i la presa de consciència de les fortaleces de les persones diagnosticades amb trastorn mental (Kieffer, 1984). Així doncs, d'aquests plantejaments es pot extreure la importància del treball intern que desenvolupen els subjectes en el coneixement de les seves potencialitats, en un procés que pot rebre acompanyament professional, però que no és de cap manera una acció que rep des de l'exterior i que anul·la el subjecte i la seva capacitat de decisió. S'entén que aquest procés personal, en què els individus són coneixedors de les seves capacitats i limitacions, està lligat al sentiment de pertinença a una societat de referència.

L'empoderament penso que és viure la vida com qualsevol persona normal, fer les mateixes coses, sortir, anar amunt i avall. L'empoderament és, segons el grau d'estabilitat que tinguis, poder decidir per un mateix el que es vol fer i poder gestionar les coses d'una manera o d'una altra (GE1).

L'empoderament és fer-te responsable de tu i del propi trastorn. Crec que és molt important a causa d'aquesta posició jeràrquica del metge respecte al malalt. Quan ja portes temps amb el trastorn, qui millor coneix el trastorn i es coneix a un mateix ets tu, i l'empoderament és prendre aquest poder de tu, diguem que és veure i gestionar tant el trastorn com els altres aspectes de la teva vida (GE1).

El empoderamiento lo defino como la capacidad de emanciparte del rol de enfermo mediante la transformación de una situación personal crítica o anómala en una situación positiva para ti y para el resto de la sociedad (GE2).

L'empoderament és que la persona reconegui els seus recursos, les seves capacitats i la seva experiència com una cosa vàlida que li permeti tirar endavant, assumint que les fragilitats formen part d'això i que demanar ajuda no és negatiu (EP9).

L'empoderament és un procés que s'ha d'adaptar a la persona i la situació en què es troba, perquè es comprèn com un acte propi de la vida dels subjectes que procura el canvi en la millora de les opcions i oportunitats, sense oblidar la construcció de competències multidimensionals (Beresford i Croft, 2001). A conseqüència d'això, els/les professionals han de procurar no imposar intervencions que desconeixin la voluntat i les capacitats de les persones, ja que des d'aquesta imposició no s'afavoreix l'empoderament. Aquesta circumstància implica una reflexió en la intervenció del treball social i la voluntat dels individus, que cal respectar perquè el canvi que volen realitzar prengui la direcció i la intensitat que vulguin. Per tant, es considera que en l'empoderament existeixen graus i nivells.

Empoderar-se, per a cada persona, és una cosa diferent, depèn de com et trobis en cada moment. Trobo que no és un concepte únic, seria com sortir de la zona de confort i fer-la més gran, a mesura que comences a fer coses noves i agafes confiança en tu mateix, aconsegueixes sentir-te bé encara que et costin (EP3).

Els treballadors socials hem de pensar com empoderar en diferents nivells, perquè la persona pugui decidir, que se senti a gust i que faci el màxim possible dins de les seves possibilitats, perquè tots tenim límits i hem de saber empoderar en diferents graus. Nosaltres estem per treure lo millor de la persona i que ho vegi, perquè pugui treure la seva potencialitat, decidint fins on volt o pot arribar, com tothom (GTS1).

L'empoderament és l'equilibri entre el que la persona realment pot fer i el que vol fer; si nosaltres veiem que allò no ho podrà fer, no el *matxaquem*, perquè aleshores anirem cap a l'altre cantó i també és dolent (GTS2).

5.2.4.2.1. Les dificultats en els processos d'empoderament

Pel que fa al reconeixement del procés d'empoderament de les persones diagnosticades amb trastorn mental, apareixen diferents opinions, que atribueixen qualitats negatives als subjectes i qüestionen la idoneïtat d'aquesta actuació. Aquestes visions se sustenten en el discurs inconscient en la societat del lloc que pertoca a aquell que no compleix la norma i que ratifica l'ordre social preestablert (Honneth, 1997; Castellanos et al., 1998). Segons la veu dels familiars i les seves vivències, la justificació de no reconèixer les capacitats de les persones diagnosticades amb trastorn mental rau en la protecció d'aquells a qui s'identifica com a malalts i sense capacitat de raonament adequat, pel fet

que no se'ls atribueix la competència i el criteri de decisió sobre el rumb de la seva vida en veure'ls com a alienats del contracte social.

Quin empoderament dones a una persona que psicològicament no està bé? Una cosa és tenir en compte la seva opinió, però té una malaltia mental, les seves capacitats cognitives estan trastocades, llavors, si estem fent una curatela, ho estem fent per decidir per aquella persona perquè estem veient que no decideix el correcte o el que li va bé per a la salut. Li trobo poc sentit, a l'empoderament. Jo no estic d'acord en donar-li poder a una persona que mentalment no està sana (GF1).

Nosaltres donem el poder que creiem que pot tenir. Jo crec que tots els que som aquí estem amb les persones perquè volem decidir bé per ells, i dintre la seva capacitat decidir el millor possible. Tu els estimes i no faràs coses per amargar-los la vida, perquè ja la tenen prou amargada (GF2).

A mi m'ha passat que m'han sobreprotegit molt pel fet de tenir un trastorn mental i això no ajuda, fa que al final siguis menys capaç de fer les coses. Llavors, amb el tema de l'empoderament, penso que s'ha de conscienciar molt les famílies de no sobreprotegir per tal que aquestes persones surtin de la zona de confort (EP3).

Seguint aquest fil, apareixen postures que descriuen l'empoderament com un concepte buit de contingut i com una estratègia perversa que utilitza el mateix sistema per manipular les persones diagnosticades amb trastorn mental i per deslliurar-se de la càrrega que suposen. És per això que els/les professionals del treball social es plantegen si la utilització de l'empoderament és una forma d'exclusió mitjançant el fals enunciat de l'autodeterminació de les persones perquè així s'autoregulin elles mateixes des de la norma, sense que de fet es doni cap canvi real.

Hi ha un problema de l'empoderament, que és que a vegades em fa por que sota l'empoderament amaguem "ja t'ho faràs" i en salut mental correm el risc que passi el mateix, que diguin que els malalts s'han d'espavilar sense poder accedir a uns mínims. Això és una de les coses que em fa por de la perversió del terme empoderament (EP8).

L'empoderament és tot allò que socialment es va sostreure a les persones amb un diagnòstic des de les institucions que se'n feien càrrec, penso que és una disculpa inconscient i té molts residus catòlics i morals, des de la compassió i la pena. Això té a veure amb un ordre social que ajuda a estigmatitzar en afavorir certs diagnòstics basats en la classe social (EP2).

Els/les treballadors/es socials verbalitzen dubtes sobre que el món associatiu suposi realment un procés d'empoderament per a les persones diagnosticades amb trastorn mental, en qüestionar la capacitat de gestió del col·lectiu i relacionar-ho amb la figura d'un/a professional. Des d'aquesta perspectiva poc crítica amb l'impacte que tenen envers les persones a qui s'ha mobilitzat per crear un món associatiu, es manifesta que la o el professional no aposta per fomentar l'empoderament, sinó que perpetua els mecanismes de control en les persones que formen les associacions en "primera persona" mitjançant la dependència i el paternalisme amb el propòsit de mantenir l'ordre social (Cazorla, 2018; Eiroa-Orosa, 2019).

Jo les dos que conec van sortir del SRC, i com a treballadora social, si detectava alguna persona que tingués recursos personals per sumar a l'associació, contactava amb el professional referent que està portant el projecte i el derivaves (GTS2).

La creació de les associacions d'usuaris no ha sorgit d'ells, el tema ha sorgit dels professionals, que ens vam encaparrar fa uns anys que tots havíem de fer associacions, i clar, som allà i ara com marxem? Llavors penso que és la història, que ara ens ha portat a plantejar-nos com fer-ho per deslligar-nos del moviment que hem generat nosaltres mateixos (EP10).

5.2.4.2.2. La reflexió sobre les conseqüències de la intervenció del treball social en els processos d'empoderament

En la reflexió al voltant del significat del terme empoderament, apareix una alerta en relació amb les postures dels/les treballadors/es socials i l'exercici d'autoritat respecte a l'*Altre*, així com el manteniment del seu saber expert, que es considera superior al de la persona diagnosticada (Illich, 1977; Ahmedani, 2011). D'aquesta situació, en surt una reflexió sobre la perillositat d'exercir un rol paternalista, que justifica el rol passiu de la persona i la idoneïtat de la perpetuació de la seva porció de poder, més que no pas emancipador, en què la o el professional ha de superar certes dinàmiques preestablertes.

L'empoderament és una paraula molt controvertida, perquè penso que des del moment que parles d'empoderar l'altre, són els treballadors socials els protagonistes del projecte vital de l'altre (GTS1).

L'empoderament no existeix, no empoderes ningú, el poder el té l'altre i les capacitats són

d'ell o ella. A més, en quina actitud de poder necessita col·locar-se el professional per pensar que empodera? Des del treball social ajudes i acompanyes l'altre, i si l'altre sap, pot i vol, aprofitarà aquest acompanyament en el que té de positiu, però si tot això flueix, és perquè ell o ella té capacitats (EP1).

El treballador social pot fer aquest pont, però també pot cremar els ponts, pot ajudar a treure etiquetes o pot confirmar aquestes etiquetes i fer que els processos de participació es tornin un exercici de poder en què el professional digui com s'ha de participar, quan s'ha de participar i què és participar i què no és participar (EP5).

A vegades has donat tantes eines que després, clar, a tu com a professional et diuen: “no vull fer això” i, hòstia!, has de canviar la mirada i entendre que és la persona la que ha de decidir (GTS1).

Respecte a la paraula *empoderament*, emergeix la necessitat, per part del treball social, de trobar un sinònim que englobi el significat que recull el mot: per un costat, les característiques personals de l'individu, la capacitat de detectar les seves limitacions i el desenvolupament de les fortaleses emocionals del subjecte; per l'altre, la relació amb la figura professional i la repercussió de la seva pràctica en el procés.

Penso que estàs en creixement, en creixement personal, que et porta a creure en tu mateix i en poder sostenir el fracàs, perquè abans no ho dèiem, això de l'empoderament (EP9).

A mi em ve al cap tot el que seria el tema de la resiliència, perquè sí que realment et trobes persones amb un recorregut de vida molt marcat per dificultats, per patiment, i es pot veure que la persona té aquesta capacitat per ressorgir i per sortir d'aquestes situacions (EP10).

Crec que un concepte que és similar a l'empoderament seria la potenciació, perquè no és tant donar poder, com potenciar tot allò que tens i que pots aconseguir i que vols aconseguir. Seria com donar potència, donar gas al motor, tot allò que et pot ajudar a tirar endavant (EP8).

Estem parlant tota l'estona d'acompanyament. Jo penso que el verb de què estem parlant tota l'estona és acompanyar, estar al costat, més que empoderar, sempre estem parlant d'acompanyar, de fer un camí junts, d'estar al costat (GTS1)

5.2.5. LA INTERVENCIÓ DEL TREBALL SOCIAL EN SALUT MENTAL

La disciplina del treball social pretén afavorir la millora substancial en la qualitat de vida de les persones que per diferents circumstàncies, alienes a elles mateixes, són més desfavorides i sol·liciten l'ajuda d'un/a treballador/a social per satisfer-la (Richmond, 1962). Per aconseguir aquest objectiu, el treball social disposa d'una sèrie de principis i tècniques d'intervenció que permeten atribuir i identificar les capacitats, les habilitats i les potencialitats del subjecte, a qui s'acompanya perquè en sigui conscient i se li faciliten els recursos necessaris perquè en pugui adquirir de nous, tot incentivant l'autonomia i l'autodeterminació. Perquè aquesta concepció es materialitzi cal que les persones diagnosticades amb trastorn mental dipositin la seva confiança en la labor del professional del treball social (Healy, 2017):

Vaig anar a la treballadora social perquè em fes de pont amb l'associació on ara estic ficada, m'ha presentat la gent i després tinc molt tracte amb ella i es súper maca i m'encanta com a treballadora social (GE1).

Yo conozco varios asistentes sociales, y a mí me han ayudado mucho, porque te dicen las directrices, y también porque tienen una visión, del papel, por ejemplo, de las asistentas que yo conozco, de que seamos independientes, de poder estar en nuestra casa (GE2).

5.2.5.1. LES TÈCNIQUES QUE UTILITZA EL TREBALL SOCIAL EN LA INTERVENCIÓ EN SALUT MENTAL

L'acompanyament és descrit com una de les eines que porta a terme el treball social amb les persones diagnosticades amb trastorn mental perquè identifiquin les seves capacitats i, progressivament, prenguin consciència de la seva experiència personal (Hamilton, 1982). Per aconseguir aquest plantejament, cal que el/la treballador/a social sigui capaç de comprendre la persona i les seves circumstàncies, així com també comprendre l'existència de diferents estructures de la realitat, tal com indica la persona informant en la intervenció següent, en què exposa que les generacions actuals busquen desenvolupar rols que trenquin amb la submissió del malalt per exercir un paper dins de la societat:

Jo penso que des del treball social s'ha de fomentar l'acompanyament, que ja es fa. Llavors, doncs sí, que la persona s'hagi de sentir així, perquè ella mateixa és qui millor es coneix, què li passa i què és el que li va bé i que és el que no li va bé... i no ho sé, hi ha persones

que ja ho busquen per si soles, sobretot la gent jove que comença, no? Abans era més la idea del metge, jo el que digui el metge, ara potser s'empoderen, ho busquen (GT2).

Els participants en el treball de camp assenyalen que el treball social és una disciplina que acompanya les persones en els seus processos per afavorir un canvi, partint de la confiança en les capacitats de tots els individus, així com de la defensa de les persones més vulnerables des d'una mirada comunitària.

El perfil de la treballadora social era molt d'acompanyament, més que de recursos, d'acompanyament, i molt potent, perquè jo em nego a pensar que el treball social és només dir-te quins recursos hi ha, és també un acompanyament, si no, no té sentit que hi sigui (GF2).

Treballem sobre la part rescatable o sana de la persona i, en tot cas, de cara a fora el que treballem és: "Tu no ets diferent a ningú, s'han de treballar les teves capacitats des de la teva particularitat". Que potser sí que en alguns casos tens capacitats diferents, però no des de l'estigma, no el marquem com a diferent. Si els comencem a marcar diferent, comencem a fallar ja en la nostra feina (GTS2).

5.2.5.2. LA POSTURA DEL TREBALL SOCIAL DAVANT DE L'ALTRE

Tot i que es dibuixa com una professió activa, el respecte i l'atribució del lideratge de l'*Altre* requereix que el/la treballador/a social faci un acte reflexiu en la seva intervenció per evitar la dominació en la relació d'ajuda. Aquesta consideració diposita la decisió de la sol·licitud d'ajuda o d'acceptació de la intervenció del treball social en la pròpia persona a qui va dirigida, així com el reconeixement del principi d'autodeterminació dels individus.

Jo crec que com a treballadors socials hem de saber acceptar que la persona és la que lidera la seva vida i que tu a vegades no podràs fer res. Això, com a professional, costa molt d'assumir, però potser és el que aquella persona necessitava i més en processos que són individuals, que ha de fer cadascú (GT1).

La disciplina, pels/les propis/es treballadors/es socials, no és entesa com un mecanisme de poder dins de l'àrea de salut i salut mental en contrast amb altres àmbits professionals que si són interpretats com a tals; el treball social, pel lloc que ocupa en l'ordre del sistema sanitari, es concep com un aliat de les persones diagnosticades amb trastorn mental (Foucault, 1999; Bradshaw et al., 2007; Brown i Walter, 2014):

En salut mental, el treballador social no ha sigut l'exemple del control, penso que ho ha sigut més el metge o la infermera, que controlen la medicació, i el treballador social sempre s'ha posat al costat del malalt, més que altres figures (EP2).

Som més mediadors, sempre intervenim entre les persones. No som una figura de control com poden ser els psiquiatres (EP7).

5.2.5.3. LES DIFICULTATS AMB QUÈ EL TREBALL SOCIAL ES TROBA EN EL DESENVOLUPAMENT DE LA SEVA INTERVENCIÓ

La disciplina es considerada, dins de la jerarquització del sistema, com una professió per sota d'altres a les quals, socialment, s'ha donat una rellevància superior, la qual cosa s'interpreta com una desvalorització de la disciplina (Castellanos et al., 1998). Aquesta concepció del treball social es relaciona, per una part, amb l'objectiu que desenvolupa la disciplina en relació amb l'esfera reproductiva, i, per una altra, amb el prejudici social que s'ha elaborat sobre les persones que requereixen la intervenció dels/les treballadors/es socials. Malgrat aquest recel respecte a la professió, les i els participants en el treball de camp consideren que la intervenció del treball social és més propera que la d'altres professions amb què s'han relacionat, i justifiquen aquesta afirmació en la seva experiència en salut mental. Tanmateix, es pot deduir que el treball social es concep com una disciplina de menys autoritat que altres per la seva posició dins de la jerarquització del poder, així com per l'objectiu de la disciplina, relacionat amb la millora de la qualitat de vida de la persona amb qui es relaciona.

Sempre vaig eludir anar a un treballador social de salut mental per estigma, bé, per autoestigma, llavors quan hi vaig haver d'anar, hi anava d'incògnit, i és més, si era a la sala d'espera mirava d'amagar-me. En canvi, al psiquiatre, com que hi has d'anar per una qüestió de salut, no m'importava, a més el psiquiatre està a dalt, entremig hi ha el psicòleg i després el treballador social, que són persones més properes i penso que per ajudar a empoderar són una peça clau (GE1).

Els/les treballadors/es socials admeten la responsabilitat que tenen en la manca de reconeixement social de la disciplina i ho atribueixen a la baixa inversió de temps per visibilitzar els resultats de les seves intervencions. En un altre nivell, identifiquen les barreres i les dificultats que el sistema manté perquè no puguin portar a terme aquesta tasca (Dominelli, 1996; Beresford, 2002; Mancini, 2011). La intenció d'aquest propòsit és

minimitzar el potencial del treball social perquè se centrin en l'encàrrec i en la resolució del problema de forma reduccionista i evitar la lectura de les mancances i dels problemes individuals de forma global.

No sabem fer programes amb eficiència i eficàcia, no sabem justificar la nostra feina com altres professions, a l'hospital, infermeria té un departament de qualitat que els ajuda i nosaltres som nosaltres, la teva feina i a casa, si vols, escrius pel teu compte un projecte que demostris les coses que sabem fer perquè, si no, es perd, queda en no res, però llavors quan dius a les companyes: "va, anem a quantificar", et diuen que "quin rotllo, que no tinc temps", però si no ho fem no existim (GTS1).

L'opinió dels/les treballadors/es socials pel que fa a l'accessibilitat de l'*Altre* al treball social constitueix una dialèctica entre les postures del manteniment del vincle ja creat i la pèrdua de valor de les tasques que s'exerceixen enfront d'altres disciplines (Dominelli, 1996). Aquest sil·logisme es veu afectat per la pressió del sistema en la reclusió del treball social i la voluntat del/la professional, que l'exerceix, de ser més accessible o de limitar-lo. Les justificacions que es donen a aquestes restriccions estan vinculades amb la percepció professional de pèrdua d'estatus social i desvaloració de la pràctica de la disciplina, arguments que denoten un qüestionament entre la professionalització de la disciplina i la pràctica.

Jo crec que hem de ser més accessibles, tot i que les institucions a vegades no ens ho posen fàcil, per ser accessibles, però hem de mantenir-nos (GTS2).

Jo sóc bastant *reàcia* a contestar les demandes per telèfon, perquè tinc la sensació que acabo fent visites per telèfon i que no es dona la mateixa importància a la visita del psiquiatre, del psicòleg, d'infermeria que a la visita del treballador social (GTS2).

Penso que el que un pot treballar a la visita no és el mateix que el puguis fer per telèfon i és cert, jo tampoc agafo el telèfon, perquè quan agafo el telèfon i resolc aquella angoixa que hi ha, després la persona no ve a les visites, perquè qui truca és sempre el que no està compromès amb el pla de treball (GTS2).

Un dels temes que s'assenyalen en els discursos dels participants en el treball de camp és la pèrdua de l'òrbita comunitària davant de l'alta burocratització i l'aparició d'altres professionals als quals les institucions encarreguen aquesta labor. Aquesta situació inquieta als/les professionals, que conceben l'espai comunitari com la dimensió natural de la persona, on, a través del suport i de les relacions socials, el subjecte podrà augmentar

la seva qualitat de vida (Cazorla i Parra, 2019). En aquest sentit, es dedueix que les lògiques de l'estructura social pretenen que la disciplina del treball social es recolzi en models teòrics de caire individualista, en els quals les persones es deslocalitzin del seu entorn social, per establir una diversificació dels objectius i prevenir la mobilització dels col·lectius oprimits.

Han guanyat un lloc en un despatx, però han perdut tot el que seria el seguiment i l'atenció a les persones i a les famílies (GF2).

Vam passar de la comunitat als despatxos i ens estan relegant a la gestió, penso que la figura del treball social en la salut mental estava molt consolidada i cada cop estem perdent més el nostre espai (GTS1).

Estem en un moment molt delicat, perquè també hi ha més burocràcia: el tema dels papers, de demanar les prestacions, de dependència... Jo penso que ens estan empenyent més al despatx. I el tema és que hi ha unes altres professions que ens estan guanyant el terreny (GTS2).

Tinc la impressió que ens hem tancat als despatxos per fer molta feina de gestió i burocràtica, cada cop hi ha més protocols, i cada cop el marge de decisió és més petit (EP7).

Una altra de les qüestions que emergeixen de les diferents opinions dels informants és la preocupació per l'intrusisme professional d'altres disciplines en tasques que són pròpies del treball social en salut mental, com la rehabilitació i la intervenció comunitària. Segons verbalitzen, el sistema sanitari, en el seu afany de reducció de costos, relega la tasca del treball social a la burocratització, per evitar que els/les professionals que l'exerceixen desenvolupin les seves habilitats a favor de les persones diagnosticades amb trastorn mental, i així controlar tot allò que surti de la norma.

És curiós que estem desapareixent de salut i de salut mental quan cada vegada hi ha més estudis que demostren que els condicionants socials de la salut, com el codi postal, són el que determina la teva salut. I això és totalment social, com pot ser que els treballadors socials no hi siguem més? (GTS2).

Els recursos comunitaris, els serveis de rehabilitació de l'empresa on treballa, no posen treballadors socials, els deixen als CSMA's i hospitals de dia i contracten més terapeutes ocupacionals i educadors socials. Llavors jo tinc el tema comunitari més present que mai i ahora hi ha com una força que t'empeny al despatx (GTS1).

Infermeria ha descobert lo social i comencen a fer coses que abans fèiem nosaltres, clar, llavors la nostra figura està perdent identitat en alguns casos. Jo veig serveis que s'obren sense treballadors socials i em dic, com pot ser una unitat de subaguts sense treballador social? Qui treballa la rehabilitació? Doncs el terapeuta ocupacional que hi va vint hores! (EP11).

Tot i aquesta situació, les solucions que apareixen a la circumstància plantejada són diverses, com ara mantenir aquelles esferes d'intervenció que s'estan atribuint a altres professions, així com el sentit de les pròpies accions en referència a sortir dels despatxos i compartir espais amb les persones diagnosticades amb trastorn mental. Per tant, davant d'aquesta situació, els/les treballadors/es socials proposen desobeir amb iniciatives i accions subversives el mandat i l'encàrrec del sistema per evitar constituir-se com un mecanisme de control i mantenir l'esfera comunitària en els objectius de la disciplina.

Recordo que el coordinador nostre va dir: "que l'educadora social s'encarregui de buscar recursos comunitaris". Jo, quan tinc una persona, si puc adreçar-la a recursos comunitaris ho continuaré fent i informant, si una persona vol que l'acompanyi, o vol fer un grup, això forma part de la meva feina i ho estem deixant de fer, i dius, ara què? Si jo deixo de fer això, és un altre pastisset que et treuen, doncs no, ho continuaré fent (GT2).

Jo m'organitzo el temps per no passar tot el dia al despatx i poder fer accions a la comunitat, però és perquè jo ho vull fer, no perquè m'ho demani ningú (EP8).

5.2.5.3.1. Les influències d'altres disciplines en la pràctica del treball social

En la recerca de l'augment de reconeixement jeràrquic de la disciplina, emergeixen veus de professionals del treball social que han assumit discursos basats en el positivisme, que els/les aboca a fomentar relacions desiguals, recolzades en un saber i una metodologia que els investeix com a experts del que succeeix a l'*Altre*, sense la necessitat d'haver-lo de conèixer (Illich, 1977). Aquest escenari posiciona el treball social lluny del seu objectiu i premia les lògiques vinculades amb el mercat, en les quals les respostes materials immediates converteixen la persona diagnosticada en dependent d'un recurs o d'un/a professional per perpetuar el consum, obviant accions i plantejaments que fomentin l'autosuficiència i fins i tot l'alta d'un servei.

També hi ha treballadors socials jeràrquics, perquè hi ha persones que van a treball social i el treballador social no les escolta i aquest comença a tramitar-los certificats, pensions i

les deriva a serveis, i davant d'això la persona s'anul·la perquè l'avassalla i pobre d'ell que no es deixi ajudar (GTS2).

En relació amb l'adaptació a l'ordre social i a les circumstàncies de l'entorn, diferents veus associen aquesta habilitat amb el reconeixement de les capacitats de les persones diagnosticades amb trastorn mental. Des d'aquesta perspectiva, recolzada pels models biomèdic i rehabilitador, que perpetuen i augmenten l'estigma i l'exclusió, s'interpreta que les capacitats i el reconeixement de l'experiència passen per l'assimilació d'una normalitat hegemònica, l'adaptació d'un cànon normativitzat i el compliment d'unes expectatives que socialment són enteses com esperables (Beresford, 2002; Palacios i Romañach, 2006). Així doncs, es diposita tota la responsabilitat del procés d'homogeneïtzació, amb els estàndards de la comunitat, en les persones identificades com a diferents per la seva diversitat o diagnòstic, sense tenir en compte els efectes, les influències i el condicionament del medi, que creen les barreres i els obstacles en el desenvolupament de les capacitats reals de les persones, amb la intenció d'eliminar la diferència.

De persones que tenen un problema de salut mental hi ha molts nivells, hi ha persones que són capaces d'entendre el funcionament del sistema, de ser responsables. En el cas del meu fill, ell gestiona la seva vida, els seus diners i els seus recursos. Va demanar el reconeixement de discapacitat, perquè abans no tenia ni pensió, ell ho està fent tot sol i això és un aspecte sa (GF2).

Les capacitats de les persones aniran en funció de la persona i de les habilitats d'adaptació personals, depèn del que aquell diagnòstic li estigui afectant i de quanta part sana i quanta part malalta tingui, llavors, a partir d'aquí es tracta de donar-los la màxima capacitat individual a cadascú (GTS2).

Per alguns/es treballadors/es socials, una altra de les barreres o traves que es troben les persones diagnosticades amb trastorn mental en el reconeixement de la seva experiència en salut mental, emana de l'esforç personal que els suposa identificar les capacitats dels individus amb qui es relacionen (Steinauer et al., 2017). Aquest posicionament professional denota una pèrdua dels objectius i de la raó de la disciplina a favor de línies d'intervenció basades en lògiques funcionalistes que busquen l'eliminació de la complexitat, així com la pressió que pateixen els/les professionals del treball social per problemes de caire estructural als quals la seva intervenció no pot donar resposta, com és el cas de la discriminació de les persones diagnosticades amb trastorn mental.

Crec que hi ha una part cultural, en el poder dels professionals, perquè apropar-te a l'experiència personal requereix més compromís personal, més implicació en la relació i al final les relacions són una cosa que costa, que desgasta, que fa por i que ens afecta a tots, per això hi ha molts professionals que prefereixen estar més còmodes i identificar les persones amb un diagnòstic amb potes, per evitar el reconeixement de la seva experiència (EP8).

En el diàleg dels professionals del treball social, apareix la simbologia de la bata blanca com un tema que crea polèmica pel significat que guarda en si aquesta peça de roba. Una part de les i dels participants la considera com una barrera velada que el sistema introdueix en la disciplina per marcar la distància amb la situació de la persona amb qui es relacionen; d'altres que són partidaris/es de models fonamentats en el biopoder, en justifiquen l'ús per l'obligatorietat de marcar la jerarquia i l'expertesa professional davant de l'*Altre*, tal com és mostra en la intervenció següent del grup de discussió en què quatre components argumenten la seva postura:

TS1: Vosaltres aneu amb bata? Jo, des del SRC, no la porto, no em sembla lògic.

TS2: A l'hospital vaig amb bata per un tema d'higiene, perquè ets en un hospital i es taca la roba i clar. Per exemple, a la primària no cal, depèn del lloc on siguis.

TS3: Jo ara acabo de començar en un ambulatori i el primer que han fet ha estat donar-me una bata i no he portat bata en ma vida, i això que he estat molts anys en un hospital, però vaig pensar, si no me la poso no em reconeixeran i no em tacaré ni res... Però, d'aquí un temps ja me la trauré...

TS4: L'altre dia hi va haver una discussió sobre si era necessari portar bata en salut mental o no, perquè uns deien que com a protecció i perquè et distingeixin dels ingressats, però crec que et distancia de les persones, és una barrera més que posa el sistema.

TS5: Jo recordo que abans ens trèiem la bata i moltes vegades anàvem sense i les persones ens veien més propers perquè no ens relacionaven amb l'autoritat, sinó que ens veien com una persona més i no ens tenien por.

5.2.5.3.2. La concepció externa del treball social

Les i els participants del treball de camp comenten el seu sentiment d'insatisfacció en no complir-se les expectatives dipositades en l'atenció que han rebut per part de les i dels diferents professionals del treball social. Aquest malestar davant de la disciplina es pot resumir en la desconfiança que genera la manca d'un vincle sòlid, raó per la qual la persona considera que el/la treballador/a social s'entremet en la seva intimitat o se sent incompresa i poc valorada, una circumstància que els mateixos subjectes justifiquen per la pressió assistencial. En aquesta línia, apareix una idea segons la qual la intervenció del treball social és dirigeix a aquells casos que més ho necessiten i obvia la resta de situacions, un pensament que perpetua el sentiment d'abandó d'aquells que no se senten acompanyats. Tot i aquestes creences de les persones diagnosticades amb trastorn mental, es pot interpretar que aquesta falta de vincle, de confiança i d'intervencions concretes i puntuals per part del treball social, està influenciada pel model centrat en la resolució del problema que té com a finalitat la intervenció breu amb l'individu, evitant identificar les violacions del poder i responsabilitzant el mateix individu de la seva situació, un model que es determina en objectius clars i l'adaptació al sistema (Payne, 1995; Coady, 2012; Healy, 2017) i que alhora pot explicar el descontentament de les i dels informants de les intervencions següents:

La primera que tenia em va ajudar molt, ara la que tinc és molt professional però a vegades es passa de professional i es fica en coses que no li toquen, m'agradava més la primera treballadora social perquè tenia més temps per escoltar-me (GE1).

Tinc la sensació que no acaben de fer una feina sòlida, en el meu cas quan vaig deixar de treballar, em va explicar com havia de tramitar la invalidesa i ja està, però tinc la sensació que hi ha un munt de recursos i de subvencions que ni saben. Pot ser que es dediquin a coses més greus i de fet potser les meves preguntes eren menors (GE2).

Jo vull pensar que a les treballadores socials els falta temps i que tenen molta feina, perquè si no no entenc com potser que no t'ajudi en res (GF2).

La tasca del treball social que es desprèn del model de resolució de problemes se centra en la resposta a les situacions que se li plantegen des d'una perspectiva individualista, i les funcions del/la professional són gestionar i derivar als recursos i als serveis als quals té accés per tal de donar una resposta a una demanda concreta (Payne, 2005; Parazelli i Bourbonnais, 2017). Aquesta lectura simplista de la situació de les persones i al servei

dels interessos de l'estructura social busquen l'eficàcia de la disciplina dins del sistema per sobre de la denúncia de les desigualtats i de les problemàtiques estructurals del sistema.

Informar dels recursos, en alguns casos del tema de la sol·licitud d'invalidesa, coses d'aquestes, o tramitar possibles solucions per casos en què no havien cotitzat prous anys; però també informar de cursos, de formació i activitats que es facin al territori (GE1).

A mi la treballadora social només em va visitar per saber si m'havia de tramitar alguna cosa i ajudar-me amb els tràmits, però un cop va comprovar el que s'havia de fer en va enviar a l'INSS amb un munt de papers (GF2).

Encara hi ha molta gent que ens veu com a dispensadors de recursos, també és cert que hi ha molts treballadors socials que es dediquen a això, i clar trencar amb això... si n'hi ha que ho fan, és molt complicat lluitar-hi (GTS1).

Aquesta dinàmica basada en un model assistencial que perpetua un intercanvi o transacció permet identificar les persones que sol·liciten l'ajuda a treball social com a clients d'un servei, i en conseqüència es perpetuen les lògiques capitalistes de l'estat del benestar que deshumanitzen les persones i les seves situacions emparades pel funcionament del sistema (Dominelli, 1996). Així doncs, els familiars es troben amb un pensament pragmàtic que justifica que se sentin investits amb la raó per exigir una atenció en la que demanden que el treball social realitzi una praxi assistencialista i paternalista, la qual cosa justifiquen en la interpretació d'aquesta intervenció com una resposta en què s'evitencia que el/la treballador/a social es preocupa, s'implica i té cura de la seva situació.

Jo, com a mare, he hagut d'anar al darrere de la treballadora social, perquè ella no ofereix directament l'ajuda, l'has d'anar a buscar tu, i després et costa la vida que faci el que ha de fer perquè sempre vol entrevistar-se amb el malalt al davant i així és impossible decidir sobre temes importants (GF1).

Com a pares, tenim tantes necessitats, que quan ens trobem amb l'assistent social volem que ens ho facin tot i ens informin de tot i demani l'opinió als nostres fills, algú ha de prendre la iniciativa per ells i per nosaltres (GF2).

5.2.5.3.3. Les demandes externes de canvi de la disciplina

La pràctica que porten a terme els/les treballadors/es socials és descrita com a perpetuadora de la dependència, amb l'objectiu de mantenir la seva quota de poder, i que

desdibuixa la persona enfront del control d'aquell a qui es considera com a inadaptat (Williams i Lindley, 1996). Aquesta visió aporta una crítica a la línia de treball dels/les professionals de la disciplina, que amb les seves intervencions, emparades en voler ajudar i en la preocupació del benestar de qui està exclòs del sistema per la seva condició, no tenen en compte l'*Altre*, que, a conseqüència d'això, no pot accedir als seus processos socials.

Yo el trabajo social en salud mental lo veo un poco como de niñera más bien. Más que de amigo y de apoyo, de niñera, porque hace pasar por el tubo a todos y si necesitas una casa intenta institucionalizarte, que es, como diría yo, el matadero. Los van metiendo por ahí hasta que al final los exterminan en el Pere Mata¹⁷, que es donde acaban todos (GE2).

Paral·lelament a aquestes demandes, en sorgeixen d'altres que en deriven, per les quals els familiars sol·liciten una atenció multidisciplinària des del principi de la intervenció amb la persona diagnosticada amb trastorn mental i que inclogui la família i l'entorn. De tot això, se'n pot despendre que aquests requeriments dels familiar recolzen en la creença que la disciplina del treball social intervé des d'una perspectiva holística que té en consideració les esferes de la persona, la seva família i la comunitat a la qual pertany, o el que és el mateix, el treball social individual, grupal i comunitari (Kohs, 1966; Beresford i Croft, 2001), alhora que fa una valoració, en la qual integra aquesta perspectiva múltiple, de la situació de la persona, que derivarà en un pla de treball i en una intervenció d'aquells aspectes que es detectin com a necessaris, amb la persona, la família i els recursos i els serveis de la xarxa que es considerin.

El problema és que la treballadora social no fa una primera visita amb el metge per comprovar que tot estigui en ordre i t'has d'esperar que el psiquiatre ho valori i et derivi, quan lo normal seria que et visitessin els dos a la vegada perquè la treballadora social té en compte els recursos i els serveis que hi ha, treballa amb tu com a familiar i fa un seguiment del malalt (GF1).

La intervenció de la treballadora social hauria de ser des del començament, amb un equip multidisciplinari, que avalués les necessitats no només de la persona sinó del seu context familiar i de l'entorn (GF2).

¹⁷ És una institució que s'encarrega de donar diferents serveis d'atenció a la salut mental a la província de Tarragona. En aquesta vinyeta es refereixen, concretament, a la unitat d'aguts de Reus.

En la definició del treball social dins de l'àmbit de la salut mental emergeix la demanda d'un posicionament més actiu en la defensa i la denúncia de la vulneració dels drets del col·lectiu, com també de ser el nexa amb les institucions, amb les i els professionals que les formen i en molts casos amb les mateixes famílies. Una reflexió que és argumentada des d'un enfocament més crític de la disciplina i que concep les persones diagnosticades amb trastorn mental com a valedores de capacitat, que alhora es fixa en l'impacte que la disciplina exerceix en l'*Altre*. Per poder assolir aquesta fita, les persones informants demanen que el paper que desenvolupin els/les treballadors/es socials es fonamenti en canvis en les bases dels contextos que mantenen l'estigma, l'exclusió i el poder com a justificació del sistema actual. Per tant, el model d'intervenció que el treball social ha de portar a terme per aconseguir-ho s'ha de basar en el model de l'empoderament, que centra el seu interès en les potencialitats de les persones, o en la línia del canvi social, que planteja una revisió dels mecanismes d'opressió de l'ordre social, amb l'objectiu d'incidir en les barreres i limitacions que les persones pateixen per la seva etiqueta (Payne, 2012; Viscarret, 2007; Zamanillo, 2018). En particular, la pràctica del treball social es concreta en la responsabilitat d'una intervenció individual, per crear una relació en què la persona se senti compresa i acompanyada; grupal, per fer emergir la veu dels components en la intervenció i trencar amb el poder professional; i comunitària, en la qual es vetlla per la participació del subjecte en la comunitat, al mateix temps que s'activen els recursos necessaris per aconseguir l'emancipació de l'individu.

Haurien d'estar per la labor de defensar els drets dels malalts mentals, respecte a l'administració, així com estar molt d'acord amb què el pacient participi de la seva recuperació; llavors, tenim que modernitzar-nos, i aquesta és una labor molt important dels treballadors socials: fer de pont, de connexió entre els professionals i les persones amb trastorn mental. És més important que la gent s'empoderi i que pugui tirar endavant (GE2).

Yo creo que debería cambiar el enfoque de ver a las personas con problemas de salud mental como un colectivo vulnerable, para verlo como un colectivo con grandes capacidades de empoderamiento y de salir. Necesitan ayuda las personas, entonces no es un colectivo similar al de un barrio marginal, necesita empoderamiento, pero frente a administraciones, servicios médicos, frente a la sociedad. Y ese papel, ese rol de empoderar y proteger para que la propia persona salga de su situación de vulnerabilidad es clave. Entonces, ¿cómo es posible que estemos hablando de violaciones de los derechos de las personas aquí, en este momento? ¿No tiene nada qué decir el trabajo social frente a todo esto? ¿No debería ser su rol acompañar a estas personas y defender sus derechos? (GE2).

5.2.5.3.4. Els conceptes bàsics de la intervenció del treball social

Per els/les treballadors/es socials, la intervenció de la disciplina ha de gravitar en un model que identifiqui les capacitats, les fortaleces i les limitacions que el sistema imposa a les persones, amb l'objectiu de produir un canvi i un impacte en l'ordre social que permeti als subjectes conèixer les seves potencialitats. Per aquesta raó, els/les professionals de treball social es basen en l'enfocament teòric de l'empoderament, que persegueix reformular les situacions perquè les mateixes persones afectades per aquestes barreres identifiquin la seva expertesa per donar una resposta positiva (Payne, 2012).

La nostra tasca és aportar l'experiència d'altres persones i compartir-ho amb aquells que viuen experiències semblants. Però al final, l'experiència és seva, llavors, o ens interessem genuïnament per l'experiència de l'altre i com està vivint això que li passa, o aleshores no serveix de res, hem de donar valor a l'experiència (EP3).

Els treballadors socials som el col·lectiu que podem fer la funció de representar, d'acompanyar, de no fer-ho des d'una perspectiva de beneficència i paternalista, i això parteix d'una voluntat i uns principis del treballador social, es tracta de fomentar la percepció de l'altre com un igual, no com un client o un usuari (EP5).

La percepció del paper que desenvolupa el treball social en l'empoderament en l'àmbit de la salut mental que emergeix dels discursos de les persones participants en el treball de camp, és que ambicionen centrar-se en la persona, i que estableixen una relació horitzontal en la qual es reconeix l'*Altre* com a subjecte amb el propòsit de fomentar la seva autonomia, les seves fortaleces i les seves competències (Hamilton, 1982; Barber et al., 2011; Sebastin, 2014). Així doncs, la disciplina del treball social té com a objectiu que l'individu que ha quedat exclòs, per la condició que se li ha assignat externament, prengui consciència de les seves capacitats, habilitats i potencialitats per tal que ocupi el lloc que li correspon dins del sistema. Per tant, el treball social afavoreix l'empoderament mitjançant les eines de què disposa, com són l'acompanyament en els diferents processos, el suport, la mediació entre els diferents agents i l'accés als recursos i a la informació que potencien que les persones diagnosticades amb trastorn mental accedeixin a la capacitat de decisió de tots aquells assumptes que els concerneixen.

En el meu cas, la treballadora social ens ha facilitat molt les coses i obert portes, no ha tancat portes a l'hora de si vols fer algun tipus de cursets, tens aquests recursos, fins i tot en el meu cas, ha estat l'enllaç entre família i usuari (GE1).

El treballador social de salut mental ha fet una tasca d'informació i m'ha ajudat a assolir molt poder. Jo penso que és un altre esglaió i resulta molt proper, són persones més properes, i per ajudar a assolir poder penso que és una peça clau, ja que informen no tan sols dels recursos, informen del tema de la incapacitació laboral o la sol·licitud d'invalidesa, coses d'aquestes, o tramitar possibles solucions per casos en què no havien cotitzat prou anys (GE1).

T'acompanya en els diferents processos, i jo crec que està bé que hi hagi aquesta figura perquè hi ha persones que no compten amb la família, o que compten amb família però està perduda, és una bona figura, doncs, per comptar amb ella (GE2).

Els/les treballadors/es socials exposen que per poder desenvolupar l'empoderament és imprescindible que la pràctica de la disciplina promogui l'emancipació dels processos i el desenvolupament de les capacitats dels subjectes (Beresford i Croft, 2001; Cui et al., 2018; Beresford, 2019). Aquestes directrius requereixen que el/la professional del treball social estableixi una relació simètrica i que atribueixi el rol d'actor principal a l'*Altre*, a qui per la seva situació requereix l'acompanyament o la intervenció d'un/a professional per arribar a l'objectiu proposat. Per tant, la postura del/la treballador/a social no només ha de reconèixer l'altre i la seva experiència, sinó que també ha d'abandonar velles dinàmiques que el/la col·loquen com a expert/a en la matèria, per fer aflorar la capacitat de la persona diagnosticada amb trastorn mental. En el transcurs d'aquest acte, les persones augmenten la seva capacitat per identificar i aprofitar els seus recursos personals, les seves fortaleces, les capacitats i les habilitats, així com també les seves dificultats, per aconseguir més autonomia i participació en la presa de decisions (Luttrell i Quiroz, 2007; Carter i Francis, 2016). Des d'aquesta perspectiva, s'afavoreix que la mateixa persona prengui consciència de la situació en la qual es troba, de les competències i les habilitats de què disposa perquè pugui exercir el seu poder real.

L'empoderament és acompanyar les persones a fer servir tant com sigui possible les seves capacitats i a poder realitzar els seus desitjos, i si no poden, que puguin acceptar i buscar alternatives per diferenciar què té a veure amb les seves capacitats i les seves mancances, i les del sistema on viuen (EP4).

Quan ens deien lo d'ensenyar a pescar i no donar peixos, això és una manera de dir que treballes amb persones que tenen dificultats en alguna esfera de la seva vida. Com a treballador social el que intentes fer és un vincle per ajudar-les a descobrir totes aquelles potencialitats que encara conserven, donar-los valor, tot el que puguin fer no ho faràs tu, perquè siguin capaços de sortir d'una situació difícil, afrontar-les i tirar endavant, per a mi és una manera d'empoderar (EP7).

El treballador social, en la mesura que pot acostar-se a les habilitats, a les potencialitats del pacient amb trastorn mental, pot treballar d'una forma propera amb ell per fer emergir les seves potencialitats. Penso que té, per un cantó, les eines metodològiques de treball i, a la vegada, amb la proximitat d'una relació no jeràrquica i de proximitat, respectant el paper que juga cadascú, i és des d'aquesta proximitat que es pot fer aquesta feina d'acostar-se a la realitat, a la situació, a les necessitats de l'usuari (EP6).

Un punt destacat que sorgeix en l'argumentació sobre la intervenció en treball social és el de vetllar per l'accés als recursos i als drets que impulsen l'aproximació a les expectatives i a les oportunitats institucionals com a precursoras de l'empoderament de les persones diagnosticades amb trastorn mental. Aquesta lògica situa la disciplina com l'encarregada de supervisar que no es creïn barreres en els passos necessaris per desenvolupar un procés d'empoderament.

En la pràctica de l'empoderament, s'ha de tenir present la igualtat en expectatives de les persones, concepte relacionat amb el principi d'igualtat d'oportunitat institucional, i que apunta a una preocupació per afavorir la igualtat a l'accés dels mitjans que es necessiten per desenvolupar-se, i això s'ha de preservar per poder parlar d'empoderament (EP5).

En un altre ordre, el/la treballador/a social es presenta com una figura que fomenta la mediació entre el/la psiquiatre i la persona atesa, pel fet que els/les treballadors/es expressen conèixer el subjecte i la realitat que els envolta mitjançant el vincle creat (Ovejas, 2007; Tew et al., 2012; Idareta, 2013b). Per aquest motiu, els/les mateixos/es professionals es defineixen com un pont de comunicació per sobre de la pressió institucional que crea relacions de poder. Així doncs, per portar a terme aquesta acció, les persones que desenvolupen el treball social han de conèixer el ritme, els desitjos, la voluntat i el pensament d'aquell a qui volen ajudar. Un seguit d'accions que suposen el reconeixement com a individu, i la superació del corrent establert per l'homogeneïtzació de l'estructura que aquesta assigna a la psiquiatria.

Jo sempre intento potenciar molt la relació del pacient amb el psiquiatre i sempre intento plantejar que el psiquiatre ha de ser el millor aliat d'aquella persona; com més sàpiga el psiquiatre, millor podrem ajudar-lo, però després és veritat que depèn de cada persona, tant del psiquiatre com de la persona diagnosticada (GTS1).

El vincle que creem nosaltres i el que intentem treballar de reconeixement de la situació amb el metge és diferent. El psiquiatre busca solucions ràpides i no donen temps a la persona, jo busco l'actuació que la persona pensa que és més adient, tinc la sensació que no escolten la realitat de les persones amb la malaltia, perquè si els escoltessin veurien que no els fa falta tot això que ells projecten (GTS2).

Els/les treballadors/es socials al·ludeixen al canvi de paradigma en la relació assistencial en què el/la professional, des d'una posició horitzontal, identifica i reconeix l'expertesa de l'altre amb el propòsit de l'emancipació del rol de malalt de les persones diagnosticades amb trastorn mental, perquè assumeixin el seu protagonisme (Beresford, 2002; Salcedo, 2010; Mancini, 2011). Aquesta tendència suposa que el/la treballador/a social, en la seva pràctica, farà l'acompanyament, activarà els recursos personals i materials i facilitarà les eines necessàries perquè la persona diagnosticada amb trastorn mental prengui consciència de la seva expertesa amb l'objectiu de construir una intervenció conjunta:

L'usuari és el protagonista de la seva malaltia i tots anem col·laborant i estem al seu costat, però ja no hi ha un discurs tan vertical perquè saps que aquella persona marxarà. Llavors jo penso que el corrent actual és l'acompanyament (GT1).

Jo crec que, com a professionals, per assumir l'expertesa de l'altre, has d'assumir que no estàs en una posició jeràrquica-vertical, sinó horitzontal, i que jo soc expert en unes coses, però ell és expert en la seva vida i en el que li passa. Aquest canvi és un canvi de paradigma, on els dos hem de construir alguna cosa que el faci estar millor i crec que mitjançant la relació d'ajuda. I això ho ha de fer el professional, que li ha de donar eines a la persona perquè pugui ser experta, que ja ho és, i reconèixer aquesta expertesa (GTS2).



SISENA PART
CONCLUSIONS



6. CONCLUSIONS

En aquest capítol es recullen les interpretacions de l'anàlisi realitzat a partir de l'objectiu de l'aproximació al coneixement dels processos d'empoderament en salut mental i la influència que ha exercit en aquest àmbit la disciplina del treball social. Així doncs, per poder elaborar aquest capítol cal relacionar les preguntes inicials de la investigació amb els objectius plantejats i els conceptes teòrics treballats, per tal de comprendre la realitat estudiada en la recerca. A continuació, es presenten les principals conclusions de l'anàlisi realitzat en el punt anterior.

Les línies d'actuació de les polítiques derivades dels models rehabilitador i biomèdic s'han centrat en els aspectes considerats com a negatius de les persones diagnosticades amb trastorn mental en lloc de sensibilitzar sobre l'exclusió de l'*alteritat* i de considerar els subjectes com a part de la ciutadania. Per la seva part, els moviments associatius en "primera persona" segueixen perpetuant l'exclusió si es té en compte que es detecta que en els seus plantejaments es mantenen idees basades en la identificació com a diferents dins de la comunitat. Aquesta postura es cospa com una autodiscriminació del col·lectiu que posa de manifest que la victimització i la idea de ser defectuosos persisteix en la construcció de la identitat dels membres d'aquest col·lectiu. Totes dues postures se centren en les mancances de l'individu i evidencien en el rerefons la voluntat del sistema de mantenir el poder fent concessions als moviments en "primera persona" per evitar ser qüestionats i evitar igualment la incidència política de col·lectius que es qüestionin la idoneïtat de l'estructura social. Per tant, la intenció de l'estructura social és perpetuar un ritual sistèmic que anul·la el caos que produeix la participació i que permet l'acceptació de l'extracció del poder dels individus de forma voluntària. Aquest propòsit es materialitza en la creació d'identitats excloents que abanderin una causa, la qual cosa fa necessària l'existència de líders que capitanegin la reivindicació i que acabarà alienant el col·lectiu pel qual parla.

La participació de les persones diagnosticades amb trastorn mental és un procés que inicien i dominen majoritàriament les polítiques socials i els professionals de l'àmbit. Per aquesta raó, es pot afirmar que la participació està regulada per les línies de les

institucions i la voluntat de la persona que exerceix el rol de professional, la qual cosa no afavoreix l'empoderament d'aquestes persones. És cert que hi ha diferents iniciatives que, presumptament, volen fomentar l'empoderament, com també és cert que s'han trencat esquemes en el primer ordre de la participació, però no prou per poder denominar aquests processos com a empoderament atès que es construeixen fronteres per limitar el reconeixement real de les capacitats de les persones diagnosticades amb trastorn mental pel perill que suposaria el replantejament de l'estatu quo, que suposaria un canvi en l'estructura social. En aquesta línia de pensament, aquells que no acaten el mandat de l'empoderament són descrits com a inadaptats dins del joc pervers de la participació i se'ls responsabilitza de la seva exclusió, fomentant, d'aquesta manera, l'autodiscriminació i l'assimilació de l'estigma com quelcom negatiu i incapacitant. Per tant, es destaca que l'estigma es concep com una mesura d'autocontrol de les persones diagnosticades amb trastorn mental.

Es fa palès que en la relació de reconeixement és on s'instaura el canvi de la concepció que tenen d'elles mateixes les persones diagnosticades amb trastorn mental, perquè depenent de la perspectiva que adoptin, aquest canvi tindrà un efecte directe sobre la seva identitat. Així doncs, aquells a qui s'atribueixi característiques positives s'identificaran amb la capacitat de ser individus acceptats pel seu grup de pertinença i la comunitat, mentre que aquells altres a qui s'entengui des d'una visió negativa s'autoexclouran. És per això que es declara que les persones a les quals es dona l'oportunitat de desplegar les seves capacitats podran desenvolupar una autoestima que els permetrà enfrontar-se des d'una posició individualista a les desigualtats i l'alienació. Aquesta afirmació allibera de la seva responsabilitat els estaments i els organismes encarregats de fer-se càrrec d'aquests processos i premia les habilitats, els recursos i les iniciatives dels individus que les detectin i les superin pel seu compte.

És constata que una persona de l'àmbit de la salut mental es pot beneficiar del que s'anomena empoderament si prèviament adquireix l'etiqueta de *malalt mental*, la qual cosa posa de manifest que el pas previ a la participació i l'empoderament és l'exclusió per mitjà del diagnòstic que assigna un/a professional que, posteriorment, facilitarà l'accés al reconeixement. El diagnòstic és comprès, en gran mesura, com un procés que aliena les capacitats i l'experiència d'aquell que el rep. L'acceptació d'aquesta etiqueta per part dels subjectes mostra el grau d'assimilació de l'ordre social en les consciències

dels individus i la voluntat de ser una persona que compleixi amb la norma. És en la identificació d'aquesta voluntat que la persona diagnosticada amb trastorn mental experimentarà el benefici del reconeixement social.

S'ha establert que aquesta mateixa etiqueta és entesa com quelcom determinant i que provoca ajustos als individus als quals se'ls assigna, al mateix temps que es llegeix com un procés previ a la identificació de l'experiència com una fortalesa que reverteix en la identitat de la persona diagnosticada amb trastorn mental. Aquest supòsit revela la superació de la connotació negativa de l'etiqueta i la seva reivindicació des d'un vessant positiu en què els individus aprenen a identificar-se i a atribuir-se qualitats i capacitats com quelcom constitutiu de la seva identitat i que els legitima per reclamar un lloc en la societat.

Es posa de manifest que el diagnòstic perd el seu sentit de guia i orientació per comprendre una sèrie de circumstàncies concretes de la vida de la persona, pel fet que és un fi en si mateix, subordinat al servei del nominalisme dinàmic de la ciència i que patologitza el comportament quotidià que es concep com a anormal. En aquesta línia de pensament destaca la creació de la categoria del diagnòstic des de la seva lectura de la realitat d'un esdeveniment anteriorment inexistent, la qual cosa confirma que els/les encarregats/des d'assignar un diagnòstic es basen en la racionalitat de la dualitat natura i cultura, per poder cosificar aquells a qui s'ha assignat un diagnòstic en un objecte a estudi i com a éssers diferents de la resta de la comunitat. És pot afirmar, doncs, que els interessos de l'estructura social s'imposen a les necessitats de la diversitat, fomentant d'aquesta manera la dependència de les persones diagnosticades amb trastorn mental i el dubte sobre la validesa de les seves contribucions, alhora que atorguen drets com un privilegi individual a aquell que acata. S'ha pogut constatar que la construcció del terme *salut mental* s'ha vist influenciat pel pes del diagnòstic psiquiàtric que ha monopolitzat el concepte. A més, s'ha detectat que la salut mental ha evolucionat paral·lelament a la utilitat que el diagnòstic psiquiàtric ha suposat per al poder.

En la relació del treball social amb la salut mental, destaca la tasca d'humanització que s'ha dut a terme des de la introducció de la disciplina en l'àmbit; així com l'enfrontament progressiu que ha anat apareixent amb l'encàrrec institucional, de caire més assistencialista, per promocionar l'emancipació mitjançant les tres estratègies d'intervenció de la disciplina –el treball social individual, el treball social grupal i el treball social

comunitari-, i els models de caire crític amb l'estructura del sistema. Aquests elements tenen en compte l'esfera individual, grupal i comunitària de l'individu. Els propòsits de les persones treballadores socials és concentren en el reconeixement de la singularitat de cada persona, la denúncia de les injustícies, la promoció de les xarxes socials, la dignificació de cada individu, l'orientació en els tràmits i l'acompanyament en els processos vitals. Es pot afirmar que la metodologia del treball social en l'àmbit de la salut mental pretén potenciar les capacitats i fortaleces de les persones. És considera que és dins d'aquesta relació en la que el treball social desenvolupa el gruix més important de la seva intervenció en aquest àmbit, per tal que les persones siguin conscients de les seves capacitats i qualitats des d'un vessant positiu i, per tant, s'identifiquin com a individus. Aquest intercanvi positiu és el que permet fer aflorar sentiments de pertinença a un grup i a una comunitat en la qual poden influir, cosa que permet fer-los sentir que se'ls dona un valor i que són importants per a aquestes dues òrbites. De la mateixa manera, que es considera que l'empoderament és una resposta per pal·liar les conseqüències de l'alienació. Per això, s'entén com un procés nominal i íntim en què la pròpia persona pren el poder sobre si mateixa i decideix el grau d'empoderament que vol aplicar en cada moment de la seva vida.

L'estudi identifica que el treball social no gaudeix d'un reconeixement social de la identitat del seu col·lectiu, atès que l'autoritat de l'estructura social imposa sobre el treball social la seva pròpia definició sense deixar que hi participin als/les professionals. Aquesta manca d'identificació de la pròpia capacitat de decisió provoca un conflicte intern entre el qüestionament de la seva definició conceptual i les actuacions que porten a terme. Això ha afavorit la presència d'un biaix entre el món acadèmic i la pràctica, que no permet la cohesió ni la construcció d'una dialèctica comuna. Es posa de manifest que aquest seguit de circumstàncies afecta els subjectes que exerceixen com a treballadors/es socials perquè propicia la pèrdua de la seguretat en la justificació de qui són i per quin motiu actuen, abocant-los a adoptar models d'intervenció que recolzen en teories que perpetuen el control de l'altre, i es constata el monopoli de la intervenció individual en el mètode del treball social. Aquesta pèrdua d'horitzó dels/les professionals del treball social en relació amb la seva identitat provoca un sentiment de solitud i de malestar davant de les casuístiques de la pràctica. Seguint aquesta línia, es fan paleses les necessitats de justificació de la bona voluntat de les intervencions

dels/les professionals del treball social que s'emparen en la utopia de les repercussions positives en l'*Altre*.

Un aspecte positiu que es rescata d'aquest parany del sistema és que la intervenció del treball social és fa directament amb la persona i en un context determinat. Això possibilita un escenari en el qual s'inicia un diàleg amb l'*Altre* i que pot fer emergir un saber subjectiu de la situació i compromès amb la persona amb qui s'actua. Perquè això sigui possible cal que la persona s'apropiï del seu espai per disposar del poder que permeti treballar en la línia de la construcció d'una identitat col·lectiva de la disciplina. Aquest acord social de saber i de poder és la fórmula per aconseguir l'emancipació dels/les professionals dels mecanismes de control i que permet canviar les estructures. Entre els/les treballadors/es socials, que mostren aquesta preocupació professional, destaca el replantejament que duen a terme sobre la voluntat real dels estaments que controlen l'estructura social i com aquesta estructura afecta el paper que exerceixen respecte a l'*Altre*. En aquest replantejament es percep la voluntat de dur a terme un canvi en el sistema per evitar ser arrossegats com a tecnòcrates i perpetuar aquest seguit d'accions de control i submissió de l'*Altre*. La intenció que es transmet d'aquest fet és l'elecció del poder per influir en els objectius dels òrgans de poder del sistema i així propiciar l'emergència d'altres actors com en el cas de les persones diagnosticades amb trastorn mental.

Es constata que el/la treballador/a social ocupa un lloc a cavall entre el manteniment de la relació amb el contractant, el propòsit de produir un canvi en la persona que atén i la seva pròpia voluntat. Aquesta posició privilegiada presenta una oportunitat per a la persona treballadora social tenint en compte que pot exercir un contrapoder a través de discursos no normatius que busquin qüestionar els patrons de la normalitat de l'estructura social. Aquesta estratègia es concreta en la politització de l'acció col·lectiva de les persones diagnosticades amb trastorn mental en relació amb l'exclusió, el poder i la desigualtat. L'elecció d'aquesta direcció situa al/la treballador/a social en un escenari transgressiu en què ha de detectar els límits establerts i superar-los. Aquesta situació fomenta la tensió en la persona treballadora social, que ha de saber modular la seva capacitat de canvi, de mobilitzar les consciències de la comunitat i la dominació de l'*Altre*, en un seguit de situacions que posen de manifest un cop més la relació entre la identitat del/la professional i la disciplina en l'elecció del marc referencial. És per això

que la persona que exerceix la disciplina del treball social s'ha de proposar lluitar contra les línies de treball que marquen les estructures del mercat i l'estat, per tal de democratitzar les institucions i reduir la burocratització del sistema.

En aquest sentit, es considera que els objectius dels/les professionals del treball social es concreten en els principis d'igualtat i equitat, segons els quals el/la treballador/a social ha de planificar les seves actuacions atenent les expectatives de la persona atesa, les seves necessitats i possibilitats de desenvolupament, i ha d'afavorir els recursos necessaris perquè tot això sigui possible. Aquests principis, lluny de ser innovadors, es basen en models de caire comunitari, hermenèutic i constructivista, teories que superen la divisió social del capitalisme en relació amb la producció del que aporta cada individu a la societat, per fomentar una participació real i una harmonia amb el medi. Per aquesta raó, es considera que s'han d'enfortir els moviments col·lectius perquè es radicalitzin i no acabin sent absorbits per la normalització que el sistema busca per destruir-los. Sota aquest prisma, el terme *inclusió* significa ser consumidor d'atenció dominat pel *lobby* de la globalització. S'entén que el sistema desplega una sèrie d'estratègies per fomentar la inclusió dels col·lectius històricament exclosos en detectar el nínxol que suposen per al mercat i on les respostes a les necessitats es troben predeterminades pels interessos del sistema, com ha passat amb altres col·lectius, com en el cas del món LGTBIQ+. Per aquesta raó, l'exclusió conscient es pot veure com un avantatge pel que fa al propòsit de destrucció del sistema actual, perquè provoca que s'organitzin per buscar alternatives a les fórmules de les seves necessitats. El següent pas és el de l'impacte polític, en el qual el treball social pot jugar un gran paper pel fet de basar-se en el model social i apuntar cap a noves fórmules organitzatives que no estiguin al servei del mercat.

Aquesta investigació pretén conèixer millor el rol del treball social en l'àmbit de la salut mental i de quina manera la pràctica ha influenciat i pot contribuir en la millora de la qualitat de vida de les persones diagnosticades amb trastorn mental, així com en la veu de les persones amb les quals s'intervé per aportar nous elements de reflexió a la pràctica de la disciplina. El treball social en l'àmbit de la salut mental vetlla tant per la responsabilitat consubstancial en la millora de les condicions de vida dels subjectes en les diferents interaccions amb la seva comunitat, com per aproximar l'esfera social a la salut mental, amb l'objectiu de trencar amb els termes binaris que categoritzen la

diferència com quelcom estigmatitzant. És per això que es demostra la necessitat d'elaborar un seguit de reflexions al voltant de la necessitat de diversificar les etiquetes per donar-los uns valors diferents als actuals que permetin encabir els matisos de la complexitat de les relacions i de les situacions de les persones.

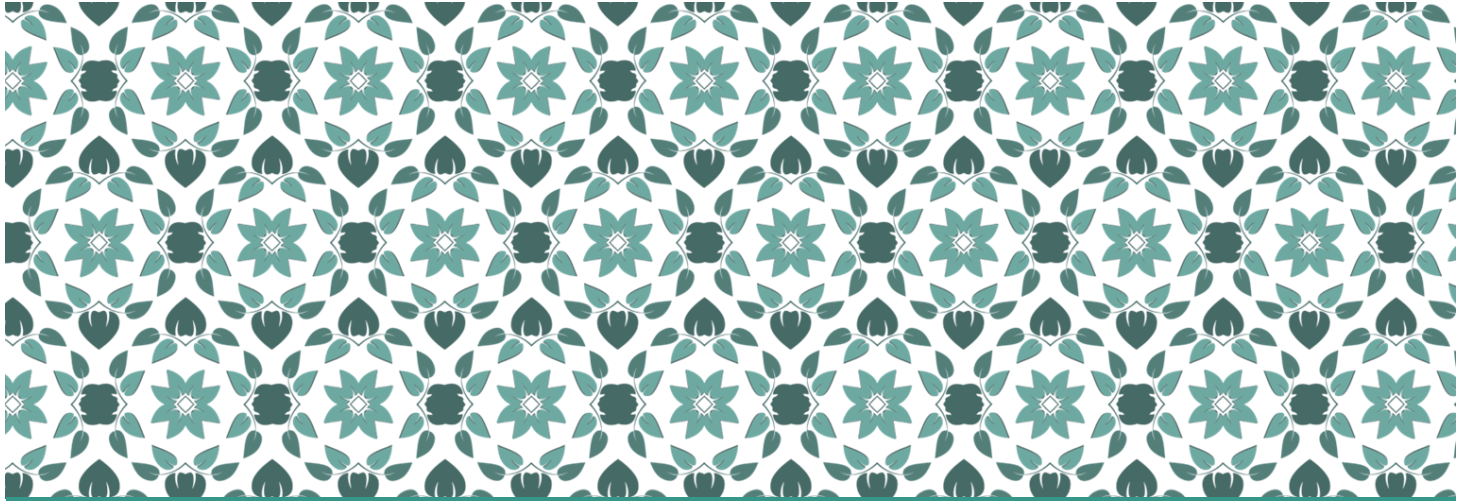
6.1. LIMITACIONS I PROPOSTES DE FUTUR

La principal limitació amb què l'investigador ha hagut de lluitar per poder elaborar la primera fase d'aquest projecte està lligada al component subjectiu i abstracte de l'objecte de recerca. Les premisses inicials provinents de l'experiència personal, laboral i acadèmica han provocat una concepció esbiaixada que afavoria les valoracions de caire personal. Un cop identificades aquestes primeres barreres en el procés de reflexió sobre el paper de l'investigador, va sorgir un segon obstacle relacionat amb els indicadors que regulen l'exercici del poder de l'investigador en el treball de camp, més enllà de la seva voluntat, que ha produït una lluita constant en la mateixa concepció de la realitat a la qual s'apropava. Pel que fa al treball de camp, i relacionat amb aquestes primeres limitacions, l'investigador ha topat amb alguns obstacles a l'hora d'accedir a alguns escenaris: dues negatives directes a l'observació de dues assemblees i una negativa indirecta d'accés a informació d'una d'aquestes dues assemblees. Tot i això, s'ha aconseguit la informació necessària per complir amb els objectius de la investigació. Una proposta per a futures línies d'investigació, que es desprèn del treball de camp, és complementar la metodologia qualitativa amb altres enfocaments i metodologies que permetin explorar les dades recollides mitjançant les entrevistes, els grups de discussió i l'observació participant des d'una altra perspectiva que complementi la comprensió de l'esdeveniment estudiat.

En un altre ordre, es considera que no incloure les aportacions de la psiquiatria al treball de camp (i en relació amb la voluntat d'aproximar-se a la realitat de les vivències de les persones diagnosticades amb un trastorn mental –que és un dels objectius–) no permet contraposar les opinions i la informació recollida, per la qual cosa es mostra només una part dels discursos dels participants en el món de la salut mental. Seria interessant replicar l'estudi en altres zones geogràfiques per poder conèixer quina és la realitat, la concepció de l'objecte d'estudi i les conclusions a què s'ha arribat i, alhora, incorporar

la participació de la psiquiatria, per disposar d'un marc més ampli i contribuir a nous nínxols de saber aplicables al rol del treball social en l'àmbit de la salut mental.

Per acabar, una proposta d'estudi que es pot despendre d'aquesta investigació és l'anàlisi de les iniciatives i del treball conjunt que duen a terme treballadors/es socials i persones diagnosticades amb trastorn mental per identificar els beneficis que aporten al coneixement del treball social i com aquestes experiències reverteixen en la població en general en situar-los com a aliats.



BIBLIOGRAFIA



7. BIBLIOGRAFIA

- Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears i Societat Catalana de Biologia (1978). *X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Perpinyà, 23-26 de Setembre de 1976. Llibre d'actes. Barcelona.
- Ackerman, N. W. (1971). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismo de la vida familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- ActivaMent Catalunya Associació [En línia] <http://www.activament.org/es> [visitat el 19 de maig de 2020].
- ADEMM – Associació Pro Salut Mental de Catalunya [En línia] <http://www.ademm-usm.cat> [visitat el 21 de gener de 2019].
- Agamben, G. (1998). *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Kadmos.
- Aguilera, R.M., Durand-Smith, A, Rodríguez, E.M. i Romero, M. (2003). Veinticinco años de investigación cualitativa en Salud Mental y Adicciones con población oculta. Primera parte. *Salud Mental*. 26 (6): p. 76-83.
- Ahmedani, B.K. (2011). Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *Journal of Social Work Values and Ethics*. 8 (2): p.1-16.
- Alpuche, E. i Bernal, J.L. (2015). La Institución y la Organización: un análisis centrado en el actor. *Intersticios sociales* , 10: 1-29.
- Allport, G. (1958). *The Nature of Prejudice*. New York: Doubleday. A. B.
- Aliaga, F. A., Basulto, O. F. i Cabrera, J. (2012). El grupo de discusión: elementos para la investigación en torno a los imaginarios sociales. *Prisma Social*. 9: p.136-175.
- Álvarez-Gayou, J.L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós Educador.
- Álvarez-Uría, F. (1983). *Miserables y locos. Medicina mental y Orden social en la España del siglo XIX*. Barcelona: Tusquets.
- Andorno, R. (1998): *Bioética y dignidad de la persona*. Madrid: Tecnos.

- Anczewska, M. i Ryan, P. (2009). Lifelong Learning and Recovery: An Account from the Perspective of the EMILIA Project. *Occasional Papers in Education an Lifelong Learning: An International Journal*. 3, 1-2: p.45-56
- Aretio, A. (2010). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*. 23: p.289-300.
- Arendt, H. (2018). *La libertad de ser libre*. Barcelona: Taurus.
- Arqués, E., Berruezo, M., Foix, J., Grifoll, C., Lago, P., Lalucat, Ll. Pinar, I., Roig, A., Tomés, A., Ureña, T., Vegué, J. (2007). *Pla Territorialitat d'Atenció Integral Comunitària (PTAIC)*. Fòrum Salut Mental.
- Asociación grupo de teatro Imagina [En línia] <http://gtimagina.org> [visitat el 19 de maig de 2016].
- Associació EMILIA – Bcn [En línia] <http://www.emiliaonline.org/web> [visitat el 23 d'octubre de 2015].
- Associació sociocultural Matissos [En línia] <http://matissos.org> [visitat el 21 de gener de 2016].
- Associació Terraferma- AADDMM [En línia] http://www.lleidaparticipa.cat/index_web.php?ap=czo3OiJhcGFydGF0ljs=&id=8c620c2faa-afd489b4c45b448acac3a0&idw=czozOil1NTUiOw==&idi=czozOiJjYXQiOw [visitat el 19 de maig de 2016].
- Bailey, D. i Liyanage, L. (2012). The Role of the Mental Health Social Worker: Political Pawns in the Reconfiguration of Adult Health and Social Care. *Journal of Social Work*, 42, p. 1113–1131 doi:10.1093/bjsw/bcs069
- Baker, J.A., Bowers, L. i Owiti, J.A. (2009). Wards features associated with high rates of medication refusal by patients:a large multi-centerd surrey. *General Hospital Psychiatry*. 31: p.80–89 doi:10.1016/j.genhosppsy.2008.09.005
- Banks, S. (1997). *Ética y valores en el Trabajo Social*. Barcelona: Paidós.
- Banks, S. (2012). *Ethics and Values in Social Work*, Basingstoke, Palgrave MacMillan, in association with the British Association of Social Workers.

- Barber, R., Beresford, P., Boote, J., Cooper, C. i Faulkne, A. (2011). Evaluating the impact of service user involvement on research: a prospective case study. *International Journal of Consumer Studies*. 35: p.609–615.
- Barton, L. (1998). *Discapacidad y Sociedad*. Madrid: Morata.
- Barton, L. (2018). *Superar las barreras de la Discapacidad*. Madrid: Morata.
- Basaglia, F. (1970). *La institución negada*. Barcelona: Barral.
- Benjamin, W. (1973). *La obra de arte en la época de su reproductibilidad técnica*. Madrid: Taurus.
- Bercovitz, R. (1976). *La marginación de los locos y el derecho*. Madrid: Taurus.
- Beresford, P. (2002). Thinking about “mental health”: Towards a social model. *Journal of Mental Health*. 11 (6), p. 581-584 doi: 10.1080/09638230020023921
- Beresford, P. (2019). Public Participation in Health and Social Care: EEExploring the Co-production of Knowledge. *Policy and Practice Reviews*, 3, (41), p. 1-12 doi: [0.3389/fsoc.2018.00041](https://doi.org/10.3389/fsoc.2018.00041)
- Beresford, P. i Croft, S. (2001). Service Users’ Knowledges and the Social Construction of Social Work. *Journal of Social Work*, 1(3), p.295-316.
- Bergeron-Leclerc, C. i Cormier, C. (2009). Les ingrédients magiques de la relation d’aide: Une exploration des facteurs à l’origine du succès de l’intervention dans le champ de la santé mentale. *Service social*, 55 (1), p.1-16 <https://doi.org/10.7202/029486ar>
- Bergold, J. i Thomas, S. (2012). Participatory Research Methods: A Methodological Approach in Motion [110 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 13 (1). Art. 30, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1201304>
- Bericat, E. (1998): *La integració de los metodos cuantitativos y cualitativos en la investigación social*. Barcelona. Ariel.
- Bilbeny, N. (2002). *Per una ètica intercultural : reflexions interdisciplinàries*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill
- Bilbeny, N. (2004). *Ètica intercultural*. Barcelona: Ariel.

- Blech, J. (2005): *Los inventores de enfermedades: Cómo nos convierte en pacientes*. Madrid: Destino.
- Blumer, H. (1981). *El interaccionismo simbólico: Perspectiva y método*. Barcelona: Hora.
- Barber, R., Beresford, P., Boote, J., Cooper, C. i Faulkner, A. (2011). Evaluating the impact of service user involvement on research: a prospective case study. *International Journal of Consumer Studies*, 35, p. 609-615.
- Bradshaw, W., Armour, M.P. i Roseborough, D. (2007). Finding a place in the world the experience of recovery from severe mental illness. *Qualitative Social Work*, 6(1), p.27-47 <https://doi.org/10.1177/1473325007074164>
- Brea, J. i Gil, H. (2016). Estigma y salud mental. Una reflexión desde el trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 78, p.95-112 <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2016.0012>
- Brett, J., Staniszewska, S., Monkford, C., Seers, K., Heron-Marx, S. & Bayliss, H. (2010) *The PIRICOM Study: A Systematic Review of the Conceptualisation, Measurement, Impact and Outcomes of Patients and Service User Involvement in Health and Social Care Research*. UK Clinical Research Collaboration, London.
- Brown, A. G. (1988): *Treball de grup*. Barcelona: Pòrtic.
- Brown, L. i Walter, T. (2014). Towards a Social Model of End-of-Life Care. *British Journal of Social Work*, 44, p. 2375–2390 doi:10.1093/bjsw/bct087
- Boetto, H. (2017). A Transformative Eco-Social Model: Challenging Modernist Assumptions in Social Work. *British Journal of Social Work*, 47, p. 48–67 doi: 10.1093/bjsw/bcw149
- Borg, M., Karlsson, B., Kim, H. S. i McCormack, B. (2012). Opening up for Many Voices in Knowledge Construction. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 13(1), 1, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs120117>
- Bourdieu, P. (1966). *Campo de poder, campo intelectual. Itinerario de un concepto*. Tucumán: Montessor.
- Bourdieu, P. (1991) *El sentido práctico*. Barcelona: Taurus.
- Bourdieu, P. (2003). *El oficio de científico: Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Anagrama: Barcelona.

- Butler, J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción*. Valencia: Catedra.
- Butler, J. (2006). *Vida precaria: El poder del duelo y la violencia*. Paidós: Madrid.
- Callejo, J. (2001). *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Barcelona: Ariel.
- Callejo, J. (2002). Observación, entrevista y grupo de discusión: El silencio de tres prácticas de investigación. *Revista Española de Salud Pública*. 76 (5): p.409-422.
- Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Casal, J.C. (2010). Derechos y participación de las personas con diversidad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*. 23: p.301-321.
- Casalet, M. (1974). *Alternativas metodológicas en Trabajo Social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Castellanos, B., Martín, A.M., Moleda, P.P., i Taucar, N., (1998). Una mirada sobre la repetición y el cambio en la comprensión de la locura. A varis autors. *La función social de la locura, una mirada desde el poder* (2ona Ed. p. 23-28). Buenos Aires: Espacio.
- Carralero, A., Eiroa-Orosa, F.J., Pérez, B., Plaza, M. i Sampietro, H.M. (2020). Cuidar sin atar: Experiencias Internacionales de atención a la salud mental libres de contención mecánica. Siglo XXI: *La Salud Mental un Derecho "Hacia una Salud Mental con derechos"*, Tudela, 17 de gener.
- Carri, J. O., Rossi, M. i Zunino, D. (1998). Función social de la locura (¿o de la funcionalidad de la locura al sistema?). A varis autora. *La función social de la locura, una mirada desde el poder* (2ona Ed. p. 29-34). Buenos Aires: Espacio.
- Carter, M.A. i Francis, A. (2016). Responding to changing landscapes in social work education in mental health: Possible ways forward. . *International Journal of Innovation, Creativity and Change*, 2 (3), p. 83-95.
- Causa, A., Sampietro, H.M. i Faura, R. (2009). *La relació entre les persones usuàries i professionals en l'àmbit de la salut mental*. 2on Estudi Psicosocial: El procés terapèutic. Barcelona: Apunts.

- Cazorla, J. (2018). Análisis del mundo asociativo «en primera persona» en salud mental en Cataluña. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 25, p.115-132 doi:10.14198/ALTERN2018.25.06
- Cazorla, J. i Bernal, S. (2014). Ética aplicada en la investigación del Trabajo Social: La mirada ética como eje vertebrador de la investigación social. *Trabajo Social Global*, 4 (7), p. 3-19.
- Cazorla, J. i Parra, B. (2017). El cambio en los modelos del trabajo social en salud mental: del modelo rehabilitador al modelo social. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 24, p.43-54 <https://doi.org/10.14198/ALTERN2017.24.03>
- Cazorla, J. i Parra, B. (2019). Salud Mental y Trabajo Social: hacia el modelo social en la diversidad. A Sobremonte, E. i Rodríguez-Berrio, A. (Ed. Sèrie). *El Trabajo Social en un mundo en transformación ¿Distintas realidades o nuevos relatos para la intervención?* (1era ed., p. 1015-1046). Valencia: Tirant hunabidades.
- Civicio, J.R. i Carbajo, L. (1999). Usuarios de Servicios sociales que viven solos. 43-58 [en línea] <http://www.sis.net/documentos/zerbitzuan/Usuarios%20de%20servicios%20sociales%20que%20viven%20solos.pdf> [visitat el dia 27 d'abril de 2015].
- COM (2005). Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. [en línea] http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf [visitat el dia 30 de gener de 2016].
- Comelles, J.M. (1993). La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. *Revisiones en salud pública*, 3, p. 169-192.
- Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat, 13 de desembre de 2006 a Nova York [En línea] <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf> [visitat el dia 28 d'octubre de 2016].
- Coady, N. (2012). Un enfoque generalista-ecléctico para la práctica del Trabajo Social. A Sobremonte de Mendicuti, E. (Coord.). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social reflexión sobre la construcción disciplinar en España*. (p.99-126). Bilbao: Deusto.
- Cooper, D.G. (1974). *Psiquiatría y Antipsiquiatría*, Buenos Aires: Paidós.

- Cordero, N. i Palacios, J. E. (2017) Claves éticas para el Trabajo Social, la dependencia, el cuidado y la autonomía. *Cuadernos de Trabajo Social*, 30(1), p.65-75 doi: 10.5209/CUTS.52504
- Coser, L. A. (1961). *La función del conflicto social*. México: Fondo de cultura Económica
- Cresswell, J. i Hawn, A. (2012). Drawing on Bakhtin and Goffman: Toward an Epistemology that Makes Lived Experience Visible. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 13(1), 20, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1201203>
- Cui, I.J., Mao, L., Rose, G. i Newman, C.E. (2018): Understanding Client Empowerment: An Online Survey of Social Workers Serving People with Mental Health. *British Journal of Social Work*, 0: p.1–16 doi: 10.1093/bjsw/bcy057
- Davies, K. i Gray, M. (2017). The place of service-user expertise in evidence-based practice. *Journal of Social Work*, 17(1), p. 3–20 doi: 10.1177/1468017316637222
- De la Red, N. (1993). *Aproximaciones al Trabajo Social*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.
- De Rivas, M.J. (2002). *Manual de Treball Social*. València: Universitat de València.
- De Robertis, C., i Pascal, H. (1994). *La intervención colectiva en trabajo social: la acción con grupos y comunidades*. Buenos Aires: Lumen.
- De Robertis, C. (2012). Evoluciones metodológicas del Trabajo social en los nuevos contextos. *Revista Internacional del Trabajo Social y Bienestar*, 1: p.39-48.
- Declaració Universal dels Drets Humans (1948) [en línia] http://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/legislacion/organismos_internacionales/naciones_unidas/common/pdfs/D.1-cp--DECLARACI-OO-N-UNIVERSAL-DE-DE-RECHOS-HUMANOS.pdf [visitat el dia 15 de maig de 2015]
- Derrida, J. (1997). *El monolingüismo del otro, o la prótesis de origen*. Buenos Aires: Manantial.
- Desjarlais, R., Eisemberg, L., Good, B. i Kleinman, A. (1995). *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries*. Nova York: Oxford University Press.

- Desviat, M. i Fernández, A. (2000): Salud Mental Comunitaria como estrategia o como utopia. *Revista Psiquiatría Pública*. 12 (1: p.7-8).
- Desviat, M. (2007): Vigencia del modelo comunitario en salud mental: teoría y práctica. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. 1: p.88-96.
- Deutsch, C. (2015). "L'empowerment en santé mentale". *Sciences et actions sociales*, 1, p.1-16. Recuperado de: <http://www.sas-revue.org/index.php/13-article-d-accueil/15-l-empowerment-en-sante-mentale>.
- Dey, I. (1993). *Qualitative data analysis. A user-friendly guide for social scientists*. Routledge: London.
- Dominelli, L. (1996). Deprofessionalizing Social Work: Anti-Oppressive Practice, Competencies and Postmodernism. *British Journal of Social Work*. 26, p. 153-175.
- Dominelli, L. (2007). *Revitalising Communities in a Globalising World*. Farnham: Ashgate.
- Douglas, M. (1986). *How Institutions Think*. New York: Syracuse.
- Enyier-Monroy, D. (2014). Las personas con discapacidad. La realidad al margen de los textos legales. *Revista Trabajo Social*, 5: p.135-145
- Eiroa-Orosa, F. J. (2013). Cambio sociocultural y bienestar psicosocial: Una propuesta para la investigación y la acción. *Psicología Política*, 47: p.39-53.
- Eiroa-Orosa, F. J. (2015). Activismo en salud mental y bienestar. *Rehabilitación psicosocial*, 12(2): p.32-35.
- Eiroa-Orosa, F. J. (2019). ¿Es posible la investigación desde el activismo en salud mental? *E-Átopos*, 5, p.64–84.
- Estévez, J.A. (1994). *La constitución como proceso y la desobediencia civil*. Madrid: Trotta.
- Fabra, P. (1989). *Diccionari de llengua catalana*. Barcelona: Edhasa.
- Farah, D., Ward, J., Woolner, S.J., Tumer, T. (2011). *Community Resources Connections of Toronto – CRCT*.
- Federació Veus – Entitats catalanes de salut mental en primera persona [En línia] <http://veus.cat> [visitat el 21 de gener de 2016].

- Fernández, J. (1985). Aspecto social de las enfermedades psíquicas. *Todo Hospital*. 21: p.51-56.
- Fernández, J. (1988). Jordi Gol i la salut social. A Casares, R., Fernández, J., Tizón, J. L. i Vall, O. *La salut en record del doctor Jordi Gol i Gurina*. 19-23. Barcelona: La llar del llibre.
- Fernández, J. (2018). Una nueva mirada [Resenya d' "Ales de paper de", de Cristina Páez]. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134): p.649-654 doi: 10.4321/S0211-57352018000200019.
- Ferreira, M. (2008). Una aproximación sociològica a la discapacidad desde el modelo social: Apuntes caracteriológicos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 124: p.141-174.
- Ferreira, M. (2010). De la minusvalía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico. *Política y Sociedad*, 47(1): p.45-65
- Ferreira, M. (2011). Discapacidad, globalidad y educación: ¿una nueva política del cuerpo? *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 6: p.6-19
- Ferrer, A.; Masip, J. i Rodríguez, M, (2006). Qué esperan los "enfermos mentales" de los jueces. A Ventura, S. i Santos, F. (coord.) *La respuesta judicial ante la enfermedad mental* (p. 13-68). Madrid: Estudios de derecho judicial.
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura: en la época clásica*. México: Fondo de cultura económico.
- Foucault, M. (1981). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Madrid: Alianza editores.
- Foucault, M. (1992). *Microfísica del Poder*. México: La Piqueta.
- Foucault, M. (1999). *Vigilar y castigar; el nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2001). *Historia de la sexualidad: La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI.
- Freire, P. (1973). *Education for critical consciousness*. Nova York: Seabury Press

- Font, J. (1983). Salut i malaltia mental. A Tizón, J. L. i Rossell, M. T. (Coor.) *Salut Mental y Trabajo Social*. (p.92-107). Barcelona: Laia.
- Frederick, T., Tarasoff, L.A., Voronka, J., Costa, L. i Kidd, S. (2017). The Problem with “Community” in the Mental Health Field. *Canadian Journal of Community Mental*, 36 (4), p.3-32 doi:10.7870/cjcmh-2017-030
- Galindo, L. J. (2000). *Técnicas de investigación: En Sociedad, cultura y comunicación*. México: EDAMSA.
- Gambrill, E. (2010) Evidence-based practice and the ethics of discretion. *Journal of Social Work*, 11(1), p.26–48 doi:10.1177/1468017310381306jsw.sagepub.com
- Gadamer, H. G. (1993). *El estado oculto de la Salud*. Barcelona: Gedisa.
- Gadamer, H. G. (1998). *El giro hermenéutico*. Madrid: Catedra.
- García, R. (2004). Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar? Servicios de Salud Mental de Collado Villalba. *Cuadernos de Trabajo Social*. 17: p.273-287.
- García-Dauder, S. (2010). La historia olvidada de las mujeres de la Escuela de Chicago. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*. 131: p.11-41.
- García-Santesmases, A. (2017). *Cuerpos (im)pertinentes: un anàlisi queer-crip de las posibilidades de subversión desde la diversidad funcional*. Tesi doctoral, Universitat de Barcelona, Barcelona, Espanya.
- Garcia Vazquez, Y.; Ferrás, C.; Aguilera, A.; Rocha, A. (2018). El presente y futuro de la terapia psicosocial para personas vulnerables en España. Qué pueden aportar los teléfonos móviles. *Cuadernos de Trabajo Social*. 31(1): p.223-233.
- Gavira, M. (1995). Una relectura de Mary E. Richmond. A Richmond, M. E. (1995). *El caso social individual . El diagnostico social. Textos seleccionados*. (p. 9- 58). Talasa: Madrid.
- Gelkorpff, M. i Roe, D. (2014). Evaluating Outcome Domains Assessing Caregivers of Individuals with Mental Illness: A Review. *Family process*, 53(1), p.150-174 <https://doi.org/10.1111/famp.12056>
- Generalitat de Catalunya [en línia] www10.gencat.net/catsalut/esp/servcat_hospitalaria.htm [visitat el dia 4 d'abril del 2015].

- Gencat , Departament de Benestar i Família [en línia] <http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/menuitem.c7a2fef9da184241e42a63a7b0c0e1a0/?vgnnextoid=24a8d1fbd2834210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=24a8d1fbd2834210VgnVCM1000008d0c1e0aRCRD&vgnnextfmt=default> [visitat el dia 28 de març de 2017].
- Glaser, B. G. i Strauss, A. L. (1968). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. London: Weidenfeld and Nicolson.
- Godrie, B. (2015). La participation publique favorise-t-elle l'empowerment ? Un état des lieux au Québec et dans le monde anglo-saxon. *Sciences et actions sociales*, 1 [En línia] <http://www.sas-revue.org/index.php/12-dossiers/17-la-participation-publique-favorise-t-elle-l-empowerment-un-etat-des-lieux-au-quebec-et-dans-le-monde-anglo-saxon>
- Goffman, E. (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (2001). *Internados: Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gol, J. (1977). La Salut. *Annals de Medicina*. 63, 7: p.1025-1040.
- González, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de educación*. 29: p.85-103.
- González, A. (2006). *Programa Pacient Expert Catalunya: Una estratègia per potenciar l'autoresponsabilitat del pacient i el foment de l'autocura*. [En línia] http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/programa_pacient_expert_catalunya.pdf [visitat el dia 24 de novembre del 2016]
- Göppner, H.J. (2012). Epistemological Issues of Social Work Science as a Translational Action Science. *Research on Social Work Practice*. 22, 5: p.542-547 doi: 10.1177/1049731512442250
- Gorz, A. (2008). *Carta a D. Historia de un amor*. Madrid: Planeta.
- Gutiérrez, J.F. i Delgado, J.M. (2007). Teoría de la observación. A Gutiérrez, J.F. i Delgado, J.M. (Coord.) *Métodos y técnicas cualitativas de la investigación en ciencias sociales*. (4rta ed., p. 141-176). Madrid: Síntesis.

- Hamilton, G. (1982). *Teoría y práctica del trabajo social de casos*. México D. F.: La Prensa Médica Mexicana.
- Healy, K. (2017). Becoming a Trustworthy Profession: Doing Better Than Doing Good, *Australian Social Work*. 70, 1: p. 7-16 doi: 10.1080/0312407X.2014.973550
- Heap, K. i Mosch-Fernandes, A. (1981): *Psicoterapia de grupos: Proceso y acción*. Madrid: Paraninfo.
- Hernández, M.D. (2006). Trabajo Social de ciclo largo, medio y corto: distintos ritmos de un mismo caminar. *Cuadernos de Trabajo Social*. 19: p.255-270.
- Hochstrasser, L., Voulgaris, A., Möller, J., Zimmermann, T., Steinauer, R., Borgwardt, S., Lang, U.E. i Huber, C.G. (2018). Reduced Frequency of Case with Seclusion Is Associated with “opening the Doors” of Psychiatric Intensive Care Unit. *European Psychiatry*. 48: p.51-57.
- Hodgson, D. i Watts, L. (2017). What Can Moral and Social Intuitionism Offer **Ethics** Education in Social Work? A Reflective Inquiry. *British Journal of Social Work*. 47: p.181–197 doi: 10.1093/bjsw/bcw072
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales*. : Barcelona: Crítica.
- Hotzy, F., Kerner, J., Maatz, A., Jaeger, M. I Schneeberger, A.R. (2018). Cross-Cultural Notions of Risk and Liberty: A Comparison of Involuntary Psychiatric Hospitalization and Outpatient Treatment in New York, United States and Zurich, Switzerland. *Policy and Practice Reviews*, 9: p.1-9.
- Howe, D. (1997). *La teoría del vínculo afectivo para la práctica del Trabajo social*. Barcelona: Paidós.
- Howe, D. (1999). *Dando sentido a la práctica: Una introducción a la teoría del trabajo social*. Granada: Maristán.
- Huletsche, A. M. i Delgado, L. (1998). “Yo soy y no quiero ser”. Acerca de la discriminación y la certeza. A varis autors. *La función social de la locura, una mirada desde el poder* (Zona Ed. p. 55-68). Buenos Aires: Espacio.
- Ibáñez, J. (1979). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Técnica i crítica*. Madrid: Siglo XXI.

- Ibáñez, J. (1994). *El regreso del sujeto: La investigación social de segundo orden*. Madrid: Siglo XXI.
- Idareta, F. (2013a). E. Lévinas y el Trabajo Social: Más allá que de Jonia a Jena. *Daímon. Revista Internacional de Filosofía*. 58: p.19-32.
- Idareta, F. (2013b). Ética y alianza terapéutica en el Trabajo Social. *Portularia*. 2: p.1-13.
- Idareta, F. (2018). *Trabajo social psiquiátrico*. Valencia: Nau Llibres.
- Idareta, F. i Ballesteros, A. (2013). Ética, paternalismo y burocracia en Trabajo Social. *Portularia*. 1: p.27-35 <http://doi.dx.org/10.5218/prts.2013.0004>
- International Association for Public Participation (2007). Spectrum of public participation. [En línia] https://cdn.ymaws.com/www.iap2.org/resource/resmgr/Communications/A3_P2_Pillars_brochure.pdf [visitat el dia 27 d'octubre de 2019].
- Illich, I. (1975). *Nemesis médica. La expropiación de la salud*. Cuernavaca: Barral.
- Illich, I. (1977). Disabling professions. A Illich, I., Zola, I. K., McKnight, J., Caplan, J. i Shaiken, H. *Disabling Professions*, Londres: Marion boyars Publishers.
- Jameson, F. i Žižek, S. (1998). *Estudios Culturales: Reflexiones sobre el multiculturalismo*. Buenos Aires: Paidós.
- Jociles, M.I. (2018). La observación participante en el estudio etnográfico de las prácticas sociales. *Revista colombiana de antropología*. 54:1, p. 121-150
- Jodelet, D. i Guerrero, A. (2000). *Desvelando la cultura: Estudios en representaciones sociales*. México: Facultad de Psicología UNAM.
- Joia Magazine Salut Mental (2011). ADEMM, per una salut mental impulsada pels usuaris [En línia] <https://joiamagazinesalutmental.wordpress.com/2011/10/17/ademm-per-una-salut-mental-impulsada-pels-usuaris/> [visitat el dia 4 de novembre del 2016]
- Jovell, A. J., Navarro, D., Fernández, L. i Blancafort, S. (2006). Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. *Atención primaria*. 38 (3): p.234-237.
- Kafer, A. (2013). *Feminist queer crip*. Bloomington: I.U. Press.
- Karnieli-Miller, O.; Strier, R. i Pessach, L. (2009). Power Relations in Qualitative Research. *Qualitative Social Work*. 19 (2): p.279-289.

- Kawulich, B. (2006). La observación participante como método de recolección de datos, *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6 (2), 43, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0502430>
- Kieffer, C. H. (1984). Citizen Empowerment: A Developmental Perspective. A Rappaport, J., Swift, C. and Hess, R. (Coor.). *Studies in Empowerment. Steps Toward Understanding and Action* (p. 9-36). New York: The Haworth Press.
- Kohs, S. C. (1966). *Las raíces del Trabajo Social*. Buenos Aires: Paidós.
- Konopka, G. (1966). *Trabajo social de grupo*. Madrid: Euroamérica.
- Kotera, Y., Green, P. i Sheffield, D. (2018). Mental Health Attitudes, Self-Criticism, Compassion and Role Identity among UK Social Work Students. *British Journal of Social Work* 0, p.1–20 doi: 10.1093/bjsw/bcy072
- Krueger, R. A. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Kymlicka, W. (1996). *Ciudadanía Multicultural*. Barcelona: Paidós.
- Lalande, C., i Crête, J. (2015). La recherche qualitative: un instrument favorisant la prise de pouvoir et la reconnaissance des intervenant (e) s-chercheur (e) s. *Recherches Qualitatives-Hors-série*, p.17, 26-41.
- Lévinas, E. (1967). *La huella del otro*. Madrid: Taurus.
- Lévinas, E. (2006). *De la existencia al existente*. Madrid: Arena.
- Lorenz, W.A. (2012). Hermeneutics and Accountable Practice: Lessons From the History of Social Work. *Research on Social Work Practice*. 22, 5: p. 492-498.
- Losada, G., Rodas, M., Rodríguez, S.M. i Veyra, M.E. (1998). Función social de la locura. A varis autors. *La función social de la locura, una mirada desde el poder* (2ona Ed. p. 45-52). Buenos Aires: Espacio.
- Luttrell, C. i Quiroz, S., (2007). Understanding and operationalising empowerment. Working Paper [En línia] <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/5500.pdf> [visitat el dia 29 de juliol de 2020].
- Madrid, A. (2010). El acceso a los derechos: la experiència del Proyecto dret al Dret. *Anuario de filosofía del derecho*. 26: p.31-56

- Madrid, A. (2014). Nothing about us without us! El movimiento de vida independiente: Comprensión, acción y transformación democrática. *Oxímora, Revista Internacional de Ética y Política*. 2: p.22-38.
- Madrid, A. (2019). La mania de etiquetar: uso y abuso del “charnego”. *Mientras Tanto*, 179. Recuperat de <http://www.mientrastanto.org/boletin-179/notas/la-mania-de-etiquetar-uso-y-abuso-del-charnego>
- Malinowski, B. (1995). *Los Argonautas del Pacífico Occidental. Comercio y Aventura entre los indígenas de la Nueva Guinea Melanésica*. Barcelona: Península
- Mancini, M. A. (2011). Understanding Change in Community Mental Health Practices through Critical Discourse Analysis. *British Journal of Social Work*, 41, p.645–667 doi:10.1093/bjsw/bcr067
- Martí, M. (2014). La Salud Mental: De un modelo rehabilitador a un modelo social. En Román, B.; Palaudarias, A. y Esquirol, J.M. (Coords) *V Congreso Internacional de Bioética: Filosofía y Salud Mental*, p.70-79. Barcelona: Universitat de Barcelona. [En línia] <http://aporia.cat/wp-content/uploads/2017/02/V-Congreso-Internacional-de-Bioetica.pdf> [visitat el dia 19 de maig de 2020].
- Maturana, H. (1995). *La realidad: ¿objetiva o construida? fundamentos biológicos de la realidad*. Barcelona: Anthropos.
- Mayan, M.J. (2001). *Una introducción a los métodos cualitativos: Modulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales*. Iztapalapa, México. Internacional Institute for Qualitive Methodology.
- McMahon, M.O. (1996): *The general method of social work practice: A problem-solving approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- McRuer, R. (2006). *Crip Theory: Cultural sings of queerness and disability*. New York:New York University Press.
- Merton, R. K. (1938). Social Structure and Anomie. *American Sociological Review*, Vol. 3, No. 5, p. 672-682.
- Michaels, P.J.; López, M.; Rüsçh, N. i Corrigan, P. W. (2012). Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psychology, Society & Education*, 4(2), p.183-194 <https://doi.org/10.25115/psye.v4i2.490>

- Miranda, M. (2008). Historia e identidad del trabajo social en la salud. *Revista Trabajo Social Salud*, 60: p.7-24.
- Morán, J. M. i Gómez (2004). *Intervención metodológica en trabajo social. Estrategias de intervención y contextos en trabajo social*. Zaragoza: Libros Certeza.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse, son image, son public*. Huemul: Buenos Aires.
- Moreno, J.L. (2004). La demanda de ciencia esbozo de una sociología de los discursos epistemológicos en trabajo social. *Portularia*. 4: p. 371-386]
- Mulvale, G. i Bartram, M. (2015). No More “Us” and “Them”: Integrating Recovery and Well-Being into a Conceptual Model for Mental Health Policy. *CANADIAN JOURNAL OF COMMUNITY MENTAL HEALTH*, vol. 34, 4: p.31-67 doi:10.7870/cjcmh-2015-010
- Muñoz, P.E., Salvador-Carulla, L., Bulbena, A., Vázquez-Barquero, J.L., Gómez-Beneyto, M. i Torres, F. (2002). La Salud Mental en España: Centenaria en el País de las Maravillas. *Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica, SEEP*. 15: p.301-326.
- Muyor, J. (2011). La (con)ciencia del Trabajo Social en la discapacidad: Hacia un modelo de intervención social basado en derecho. *Documentos de Trabajo Social*, 49: p.9-33.
- Muyor, J. (2019a). Nuevos significados de la discapacidad: De la igualdad de capacidades a la igualdad de derechos. *Acciones e investigaciones Sociales*. 39: p.33-55.
- Muyor, J. (2019b). La (des)institucionalización en el marco de la Convención Internacional de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Cuadernos de Trabajo Social*, 32 (2): p.407-417 doi.org/10.5209/cuts.60365
- Navarro, M.D., Rudd, R., Rosenfeld, L. i Arrighi, E. (2016). Health literacy: Implications for the Health System. *Medicina Clínica*. 147(4): p.171-175
- Nussbaum, M. (2006). *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión*. Barcelona: Paidós.
- Obertament [En línia] <https://obertament.org/ca> [visitat el dia 10 de desembre de 2019].
- Oehler, K. i Quiroga, C. (1973). *Compendio sobre metodología para el Trabajo Social*. Buenos Aires: ECR.

- Ogunleye, J., Griffiths, C. i Ryan, P. (2015). Students' and Teachers' Perceptions of a "Successful" Lifelong Learning Training Intervention--An EMILIA Project. Quality, Social Justice and Accountability in Education Worldwide. *Bulgarian Comparative Education Society Conference Books*, Vol. 13, 1: p.251-259.
- Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. Londres: Macmillan.
- Oliver, M. (2004). "If I had a hammer: the social model in action", in Swain, J., French, S., Barnes, C. and Thomas, C. (eds), *Disabling Barriers -Enabling Environments*, London: Sage.
- Organització Mundial de la Salut (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Ginebra: World Health Organization.
- Organització Mundial de la Salut (1996). *Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. Mental health care law : ten basic principles : with annotations suggesting selected actions to promote their implementation*. Ginebra: World Health Organization. [en línia] <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63624> [visitat el dia 6 de març del 2020].
- Organització Mundial de la Salut (2001). *Informe sobre la salut en el món*. Ginebra: World Health Organization. [en línia] https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1 [visitat el dia 25 de novembre del 2019].
- Organització Mundial de la Salut (2005). Document de conclusions del I Congrés de la FEARP. [en línia] <http://www.fearp.org/ConclusionesI Congreso FEARP.pdf>. [visitat el dia 9 de gener del 2018].
- Organització Mundial de la Salut (2010). *Política, planes y programas de salud mental*. Ginebra: Edimsa.
- Ovejas, C. (2007). Ayudarse a ayudar a sí mismo. *Servicios Sociales y Políticas Sociales*. 78: p.103-120.
- Páez, C. (2017). *Ales de paper*. Barcelona: Espai literari.
- Palacios, A. i Bariffi, F. (2007). *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos: Una aproximación sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Madrid: Cinca.

- Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plas-
mación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con
Discapacidad*. Madrid: Cinca.
- Palacios, A. i Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad: La bioética y los derechos
humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad
funcional*. Madrid: Diversitas.
- Palacios ,A., Romañach, J., Ferreira, M.A. i Ferrante, C. (2014). *Functional Diversity, Bi-
oethics and Sociological Theory: a New Approach to Disability*. [En línia]
http://www.um.es/discatif/TEORIA/Diversity_approach.pdf [visitat el 29 de juliol
del 2020].
- Parazelli, M. i Bourbonnais, M. (2017). L'empowerment en travail social. Perspectives,
enseignements et limites. *Sciences et Actions Sociales*, 6, p.1-29.
- Parrabera, S.; Chico, M., De la Hermosa, M. i Martín, C. (2019). La UAT: una adaptació
del marco de Diálogo Abierto finlandès. *Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría*. 39 (136): p. 223-238 doi: 10.4321/S0211-57352019000200012
- Parra, B. (2011). *Los vínculos: Factores de cambio en grupos socioeducativos*. Tesi final
de màster, Universitat de Barcelona, Barcelona, Espanya.
- Parra, B. (2017). *El trabajo social de grupo en la actualidad: La utilización de los vínculos
para la promoción del cambio social*. Tesi doctoral, Universitat de Barcelona,
Barcelona, Espanya.
- Parra, B., Oriol, A. i Martínez, M. (2011). Trabajo social y enfermero en un equipo de
atención precoz a la psicosis. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño
y del adolescente*, 18, p.89-98.
- Payne, M. (1995). *Teorías contemporáneas del Trabajo Social. Una introducción crítica*.
Barcelona: Paidós
- Payne, M. (2005). *Modern Social Work Theory*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Payne, M. (2012). Teorías sobre y para el Trabajo Social. A Sobremonet de Mendicuti.
E. (Coord.). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social :
reflexión sobre la construcción disciplinar en España*. (p.19-34).Bilbao: Deusto.

- Peled, E. i Leichtentritt, R. (2002). The Ethics of Qualitative Social Work Research. *Qualitative Social Work*. 1(2): p.145-169.
- Penalva, C. i Mateo, M. A. (2006). *Tècniques qualitatives d'investigació*. Alacant: Universitat d'Alacant.
- Pié, A. (2009). *Educació social i teoria Queer: de l'alteritat o les dissidències pedagògiques*. Barcelona: UOC.
- Postle, K., i Beresford, P. (2007). Capacity Building and the Reconciliation of Political Participation: A Role for Social Care Workers? *British Journal of Social Work*. 37: p.143–158 doi:10.1093/bjsw/bch330
- Prats, G. (2009). Salut mental i exclusió social. *Alimara*. 52: p.1-6. [en línia] http://www.revistaalimara.net/?id_section=185 [visitat el dia 17 de maig de 2015].
- Pintos, J. L. (1995). *Los imaginarios sociales. La nueva construcción de la realidad social*. Madrid-Cantabria: Fe y Secularidad-Sal Terrae.
- Ramis, O. (2009). Fa 32 anys de la definició de Salut de Perpinyà: Què vol dir treballar per a la Salut, avui i aquí?. *XVIII Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. (p.33-38). Girona: Llibre d'actes.
- Rappaport, J. (1984). Studies in Empowerment: Introduction to the Issue: A Developmental Perspective. A Rappaport, J., Swift, C. and Hess, R. (Coor.). *Studies in Empowerment. Steps Toward Understanding and Action*: (p. 1-9). New York: The Haworth Press.
- Rawls, J. (2006). *Teoría de la justicia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ray, M., Pugh, R., Roberts, D. i Beech, B. (2008). *Mental Health and Social Work*. SCIE Research Briefing 26 [En línia] www.scie.org.uk/publications/briefings/briefing26/index.asp [visitat el 23 de març del 2020].
- Revilla, C. (2003). Dimensiones de la racionalización hermenéutica. *Convivim* 16: p.141-158.
- Richmond, M. E. (1962). *Caso social individual*. Humanitas: Buenos Aires.
- Roca, F. (1983). Medicina, salut mental i treball social. A Tizón, J. L. i Rossell, M. T. (Coor.) *Salut Mental y Trabajo Social* (p. 267-284). Barcelona: Laia.

- Roca, R. (1969). Ayudar psicológicamente a las familias con enfermos psicicos en su seno. *Revista de Trabajo Social*. 34: p.7-13.
- Roca, R.; Borri, R. i Torrent, N. (1972). Aspectos psiquiátricos que el asistente social debe captar del medio ambiente. *Revista de Trabajo Social*. 2: p.10-19.
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J. i García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*: Granada: Ajibe.
- Rodríguez, S. i Ferreira, M. (2010). Diversidad funcional: Sobre lo normal y sobre lo patológico en torno a la condición social de la discapacidad. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 28(1): p.151-172.
- Rodriguez-Berrio, A. i Sobremonte, E. (2012). [Ensayo sobre la Epistemología del Trabajo Social y los modelos de intervención](#): ¿un nuevo significado para la construcción disciplinar del trabajo social?. A Sobremonte de Mendicuti, E. (Coord.). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social reflexión sobre la construcción disciplinar en España*. (p.81-98). Bilbao: Deusto.
- Rogers, C., Stevens, B., Gendlin, E. T., Shilien, J. M. i Van Dusen, W. (1980). *Persona a persona*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Rogers, C. i Rosenberg, R. (1981). *La persona como centro*. Barcelona: Herder.
- Rose, D., Carr, S. i Beresford, P. (2018): 'Widening cross-disciplinary research for mental health': what is missing from the Research Councils UK mental health agenda?, *Disability & Society*, doi: 10.1080/09687599.2018.1423907
- Rossell, T. (1998). *La entrevista en Trabajo social*. Barcelona: Biblària.
- Rotterdam, E. (2015). *Elogio de la locura*. Madrid: Alianza.
- Royse, D. (2018). *Research Methods in Social Work*. San Diego: Eighth
- Salcedo, D. (2001). *Autonomía y bienestar: la ética del Trabajo Social*. Granada: Comares.
- Salcedo, D. (2010). Los fundamentos normativos de las profesiones y los deberes de los trabajadores sociales. *Trabajo Social Global*. 1(1): p.10-38.
- Sampietro, H. M. (2016). Del diagnóstico al activismo, un proceso personal de empoderamiento. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 36(129): p.193-207.

- Sánchez-Carballo, A. (2013). Análisis de la Representación social del bienestar subjetivo en adultos beneficiarios del programa 70 y Más: acciones desde la política social. *Revista Perspectivas sociales*. 2: p.129-150.
- Saraceno, B. (2017). *Discurso global, sufrimientos locales. Análisis crítico del movimiento por la salud mental global*. Barcelona: Herder.
- Schrank, B. i Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*. 31, p. 321 - 325.
- Schön, D. (1998). *El profesional reflexivo. Cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Barcelona: Paidós.
- Schuster, M. (2013). Hermeneutics as Embodied Existence. *International Journal of Qualitative Methods*, 12: p.195-206.
- Searle, J. (2005). *Libertad y neurobiología*. Barcelona: Paidós.
- Sebastin, K.V. (2014). Tackling contemporary challenges throughs trengths based approach in Social Work. *International Journal of Social Work and Human Services Practice*, 2(6), P.291-295 doi: 10.13189/ijrh.2014.020613
- Sen, A. (1988). ¿Igualdad de qué? A McMurrin, S. M. (edit) *Libertad, igualdad y derecho*. Barcelona: Ariel.
- Simons, H. (2011). *El estudio de caso: Teoría y práctica*. Madrid: Morata.
- Snyder, C. (2012). A Case Study of a Case Study: Analysis of a Robust Qualitative Research Methodology. *The Qualitative Report*, 17, 26: p.1-21 <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR17/snyder.pdf>
- Staley, K. (2009). *Exploring Impact: Public Involvement in NHS, Service User Health and Social Care Research*. INVOLVE, Eastleigh.
- Steinauer, R., Huber, C.G., Petitjean, S. Wiesbeck, G.A., Dürsteler, K.M., Lang, U.E., Seifert, C., Andreeff, K., Krausz, M., Walter, M. i Vogel, M. (2017). Effect of Door-Locking Policy on Inpatient Treatment of Substance Use and Dual Disorders. *European Addiction Research*. 23 (2): p.87-96.
- Stern, F.A. (2005). *El estigma y la discriminación. Ciudadanos estigmatizados, sociedades lujuriosas*. Buenos Aires: Noveduc.

- Stevens, M., Manthorpe, J., Martineau, S. i Norrie, C. (2018). Practice perspectives and theoretical debates about social workers' legal powers to protect adults. *Journal of Social Work* 0(0) p.1–22 doi: 10.1177/1468017318794275
- Sousa, B. (2011). Utopía y praxis latinoamericana. *Revista internacional de filosofía iberoamericana y teoría social*. 54: p.17-40.
- Soydan, H. (2011). A glimpse into contemporary American social work research. *Journal of Social Work*, 11(1), p.4-7 doi: 10.1177/1468017310384662
- Szasz, T. (1974). *La fabricación de la locura*. Barcelona: Kairós.
- Taylor, F. W. (1953). *Principios de administración científica*. Barcelona: El Ateneo.
- Taylor, S. J. i Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Taylor, S.J. i Bogdan, R. (1992). *La observación participante en el campo. A Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Tew, J., Shula, R., Slade, M., Bird, V., Melton, J i Le Boutillier, CL. (2012). Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence. *British Journal of Social Work*, 42 (3), p.443-460. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr076>
- Thyer, B.A. (2012). The scientific value of qualitative research for social work. *Qualitative Social Work*, 11(2): p.115–125 doi: 10.1177/1473325011433928
- Tizón, J.L. (1981). Salud, Insania y Sociedad. *Revista de Treball Social*. 81: p.103-134.
- Tizón, J.L. (1988). Aspectos psicológicos de la salud. A Casares, R., Fernández, J., Tizón, J.L. i Vall, O. (Coord.). *La salut en record del doctor Jordi Gol i Gurina*. (p.25-44). Barcelona: La llar del llibre.
- Trinder, L. (1996). Social work research: the State of the art (or science). *Child and Family Social Work*. 4: p.233-242.
- Turner, V. (1974). *Dramas, Fields and Metaphors; Symbolic Action in Human Society*. Ithaca: Cornell University.
- Ureña, A. (2010). La salut mental del Treball Social a Catalunya. Revista: *Cuadernos de Trabajo Social*. 23: p.353-360.

- Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis Sociológica.
- Vázquez, A. (2011). Antipsiquiatría; Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la "Razón psiquiátrica". *Eikasía*. 41: p.7-20.
- Vicente, C. (2011). En busca de los derechos de ciudadanía del enfermo mental grave: Rescatando sujetos, liberando identidades. *V Congreso de Trabajo Social Madrid*. p.149-182.
- Victoria, J. A. (2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 138, 1093-1109.
- Viscarret, J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid: Alianza.
- Viscarret, J. (2009). Modelos de intervención en Trabajo Social. A Fernández, T. (Coord.). *Fundamentos del Trabajo Social*. (p.293-344). Madrid: Alianza.
- Watzlawick, P. (1995). *El sentido del sentido o el sentido del sinsentido*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. i Nardone, G. (1997). *Terapia breve estratègica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Williams J. i Lindley P. (1996). Working with mental health service users to change mental health services. *Journal of Community and Applied Psychology*, (6): 1: p.1-14.
- Williams, Ch., Almeida, M. i Knyahnytska, Y. (2015). Towards a Biopsychosociopolitical Frame for Recovery in the Context of Mental Illness. *British Journal of Social Work*, 45 (1), p.9-26 <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv100>
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. New York: Crown.
- Woodcock, J. i Tregaskis, C. (2008). Understanding Structural and Communication Barriers to Ordinary Family Life for Families with Disabled Children: A Combined Social Work and Social Model of Disability Analysis. *British Journal of Social Work*, 38, p. 55-71 [doi:10.1093/bjsw/bcl065](https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl065)
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research: Design and Methods*. Los Angeles: Sage.

Zamanillo, M. T. (2018). *Epistemología del Trabajo Social. De la evidencia empírica a la exigència teòrica*. Madrid: Ediciones Complutense.

Ziegler, H. (2005). What works in social work: Challenging the political agenda. In P. Sommerfeld (Ed. Sèrie) *Evidence-based social work: Towards a new professionalism?* (p. 31–52). Bern: Peter Lang



ANNEXOS



Annex 1

GUIA DE LES ENTREVISTES EN PROFUNDITAT DE LA PRIMERA ETAPA

1. Definició de l'entitat

Es vol conèixer l'opinió de les persones que formen l'entitat en relació amb la seva concepció i el seu contingut (VEUS-Salut, Emilia-Assistència social, ActivaMent-Salut, Terraferma-Salut, ADEMM-Assistència social, Nikosia-Cultural, Imagina-Cultural, Matissos-Cultural i Obertament-Salut), així com les expectatives que teniu en un futur.

- Com us definiu com a entitat?
- Quins són els inicis de l'entitat?
- Penses que és necessari que existeixin entitats com la vostra? Per què?

2. Motiu de la creació de l'entitat

Es pretén conèixer els motius que van impulsar la creació de l'entitat, així com saber des d'on va sorgir la idea i qui va formar part del grup motor. De la mateixa manera, es vol recollir el lligam o el suport que, en aquest inici, l'entitat va rebre d'altres persones, serveis o entitats.

- Com us va crear com a entitat? Des de quina perspectiva va sorgir la creació de l'entitat? Qui o quines van ser les persones que van impulsar la creació de l'entitat?
- Hi van participar altres agents extens? Quins i en quin grau i intensitat han estat i són presents?

3. Organització interna

Es busca conèixer la visió interna des de dins de l'entitat, per qui està composta, la forma d'organització, el funcionament i el finançament.

- Quina és l'organització de l'entitat? Per qui està formada l'entitat? I la Junta?
- Com us financeu? Les tasques són retribuïdes? Per què?
- Els estatuts de l'entitat són públics? I els comptes?

4. Funcions de l'entitat

Es persegueix obtenir les línies de les funcions que duu a terme com a entitat dins de la xarxa de salut mental per conèixer el grau i el nivell de participació, d'innovació, d'anticipació, de grup de pressió en els processos de decisió en els diferents òrgans. És per

aquest motiu que és necessari recollir les vostres experiències i sensacions de participació en decisions que us concerneixen.

- Creieu que la vostra entitat s'anticipa i fa una tasca de prevenció que la xarxa en salut mental no dona? Per què ho creieu? O per què penseu que no?
- Quins serveis oferiu?
- Penseu que la vostra opinió en les línies d'actuació i disseny de polítiques social i de salut és escoltada? Quina sensació teniu sobre això?

GUIA DELS GRUPS DE DISCUSSIÓ DE LA SEGONA ETAPA

1. Identitat/etiqueta/estigma

- Quina és la vostra percepció sobre la influència de l'etiqueta en la creació de la vostra identitat?
- Quins factors han pogut intervenir en el fet d'identificar-vos com ho feu? Creieu que ha d'existir un consens en la forma d'anomenar-vos? Quina forma creieu que és la millor?

2. Psiquiatria/incapacitat

- Penseu que la psiquiatria dona lloc al reconeixement de l'experiència pròpia com l'origen del saber? Quines poden ser les causes d'aquesta situació?
- Com concebeu que s'estableix la relació assistencial?

3. Salut i salut mental

- Com definiríeu la salut? I la vostra?
- Què considereu que és la salut mental?

4. Treball social

- Què és per vosaltres, o què hauria de ser, un treballador social expert en l'àmbit de la salut mental?
- Com creieu que hauria d'actuar un treballador social per fer una promoció de capacitats i d'empoderament a les persones diagnosticades amb trastorn mental?

5. Capacitats/Empoderament

- Accions amb repercussió a la vida assistencial, fins quin punt els professionals o el sistema de salut permeten i faciliten la participació de les persones diagnosticades amb trastorn mental a la xarxa de salut mental?
- L'empoderament ha donat lloc a un reconeixement, en canvi, es manté la idea que l'experiència és un coneixement sense legitimitat, relegant-la a l'esfera de les tasques d'un voluntari?
- Penseu que és necessari un professional per iniciar i impulsar processos de capacitat i empoderament? Quin perfil ha de tenir aquest professional?

6. Món associatiu

- L'existència de diverses entitats reforça o afebleix el moviment? Quin sentit té el treball en xarxa?
- El ràpid creixement d'algunes de les entitats existents en poc temps en desvirtua la filosofia o transfereix coneixement? S'ha de continuar creixent o és millor conservar els valors fundacionals?
- Quin creieu que hauria de ser el paper dels professionals que van impulsar o que han donat suport durant anys a les entitats per poder parlar d'empoderament?
- La contractació d'un professional provoca que les persones que formen part d'una entitat dipositin les responsabilitats de la gestió en aquets figura? Això podria implicar una pèrdua d'autonomia i d'autodeterminació o caldria saber delegar?

GUIA DE LES ENTREVISTES EN PROFUNDITAT DE LA SEGONA ETAPA

1. Identitat

La identitat de les persones en una societat és una construcció compartida i bidireccional en la qual es constitueix el paper i el rol que les persones diagnosticades amb trastorn mental desenvoluparan. Històricament, aquesta concepció ha estat negativa, i no s'han valorat els seus coneixements sobre la seva experiència. Aquest tipus de respostes han propiciat que les persones diagnosticades amb trastorn mental mostrin recel en identificar-se com a tals per por de ser discriminats.

- Quin creus que ha de ser el paper que han de desenvolupar els treballadors socials en la construcció de la identitat de les persones diagnosticades amb trastorn mental?
- Penses que s'ha de treballar en relació amb la normalització social de les persones diagnosticades amb trastorn mental? (O pel contrari, creus que han de tenir un paper directe en la seva normalització?)

2. Salut i salut mental

En la comprensió de la salut i la salut mental, les persones protagonistes han anat assumint quotes de protagonisme mitjançant el reconeixement de les seves experiències com a font de coneixement vàlid en la comprensió d'aquestes categories.

- Consideres que l'experiència proporciona un millor coneixement d'allò que els passa a les persones diagnosticades amb trastorn mental ?
- Des del treball social, reconeixem aquests processos i fomentem el sentiment que les persones se sentin sanes? En què et bases?

3. Psiquiatria

- Penses que la psiquiatria realment reconeix les persones diagnosticades amb trastorn mental com a expertes de la seva experiència?
- Com defineixes i valores el tipus de relació que s'estableix entre la persona diagnosticada amb trastorn mental i el seu psiquiatre?

4. Capacitats/incapacitat:

- Com determinaries què és l'empoderament? Creus que és un concepte únic o es pot relacionar amb altres conceptes iguals o més rellevants?
- Quin creus que ha de ser el paper dels/les treballadors/es socials en aquests processos?
- Què penses de la incapacitació total d'una persona diagnosticada amb trastorn mental? En aquests processos, quin ha de ser el paper dels/les treballadors/es socials?

5. Món associatiu

- Les diverses entitats de persones diagnosticades amb trastorn mental han experimentat un reconeixement social i del sistema promogut per les diferents accions i

activismes a favor de la comprensió de la salut mental, és per això que s'espera recollir la definició sobre què és una entitat i el paper que guarden en aquestes entitats els professionals de l'àmbit:

- Quin paper penses què tenen les entitats?
- Quin creus que hauria de ser el paper dels professionals en les entitats?
- Estàs a favor o en contra de la contractació/vinculació de professionals a les associacions? Per què?

6. Treball social

- Quin és el paper que creus què desenvolupa actualment el treball social?
- Vols afegir quelcom més que pensis que no s'hagi recollit?

<p>Annex 2</p> <p>QUI SOC?</p> <p>Soc en Josep Cazorla, treballador social, i en el meu recorregut professional he pogut comprovar i ser testimoni de com les persones diagnosticades amb trastorn mental viuen situacions de desigualtat, d'etiquetatge, de pèrdua d'autonomia i de revaloració de les seves pròpies capacitats.</p>	<p>És a dir, crear la identificació de l'individu com a actor social en fer-se visible, retornant al subjecte el protagonisme i propiciant la participació social.</p> <p>OBJECTIUS</p> <p>Comprendre el significat de la participació en els processos de les persones diagnosticades amb trastorn mental a través de les seves pròpies vivències, capacitats i experiències.</p> <p>Reflexionar i emmarcar l'evolució del terme de la salut mental a Catalunya mitjançant la participació de les persones i institucions implicades.</p> <p>Conèixer els models que ha desenvolupat el treball social envers a l'atenció de les persones diagnosticades amb trastorn mental.</p> <p>Identificar els valors i els fonaments professionals en què els/les treballadors/es socials es basen per fomentar les capacitats i les experiències de les persones diagnosticades amb trastorn mental.</p>	<p>Donar veu a les persones diagnosticades amb trastorn mental</p>
<p>EN QUÈ EM POTS AJUDAR?</p> <p>La perspectiva en què es basa aquesta recerca és en la descripció de la percepció subjectiva de les persones que han estat diagnosticades amb trastorn mental del significat de ciutadania de forma diferent a la resta de població, tenint en compte que se'ls deprecia i s'infravaloren les seves experiències vitals.</p> <p>Així doncs, entenc com a primordial conèixer les experiències de les persones implicades. Per aquest motiu, em plantejo recollir les vivències i experiències dels mateixos protagonistes i testimonis.</p> <p>La participació i les dades extretes d'aquesta recerca només es faran servir per analitzar-les. Preservem i garantim l'anonimat dels participants.</p>	<p>QUÈ ÉS EL QUE VULL FER?</p> <p>L'interès d'aquesta investigació se centra en el reconeixement de la subjectivitat com a font de coneixement per entendre la construcció dels significats dels mateixos protagonistes. Aquests objectius es concreten en el posicionament ètic de l'acció investigadora d'impulsar la participació de l'individu en el procés. Així doncs, la intenció principal és conèixer la realitat de l'objecte de recerca a través de l'estudi de les pròpies vivències dels individus, la qual cosa suposa un pas cap al reconeixement de les seves capacitats.</p>	

GRÀCIES PER LA VOSTRA ATENCIÓ I EL VOSTRE INTERÉS.

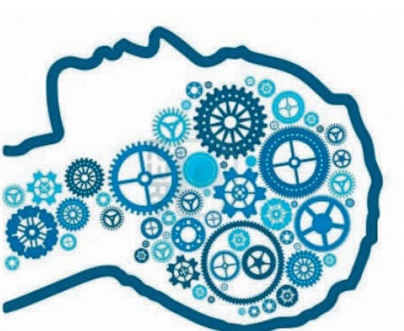


UNIVERSITAT DE
BARCELONA

**EL TREBALL SOCIAL EN L'ÀMBIT DE
LA SALUT MENTAL:**

El reconeixement de l'experiència de

l'Altre



PER A MÉS INFORMACIÓ:

- Josep Cazorla Palomo

Email: josepcazorlapalomo@gmail.com

Direcció: Passeig Vall d'Hebron, 171

Edifici Llevant, desp. núm. 376

Facultat d'Educació

Doctorat Educació i Societat

Linia de doctorat: Treball Social, Serveis

Socials i Política Social

Universitat de Barcelona

Doctorand: Josep Cazorla Palomo

Directora: Dra. Belén Parra Ramajo

Annex 3

Document informatiu i consentiment informat dirigit als participants:

INFORMACIÓ ALS PARTICIPANTS

El treball social en l'àmbit de la salut mental: El reconeixement de l'experiència de l'Altre

Benvolgut/da senyor/a:

Vostè forma part de la xarxa de salut mental de Catalunya i, per tant, té una visió important per a l'estudi dels processos de capacitació en salut mental de les persones diagnosticades amb trastorn mental. En aquest sentit, es planteja un estudi participatiu amb l'objectiu de determinar la participació de la disciplina del treball social com a facilitador de processos de capacitació en salut mental a Catalunya, amb la finalitat de captar la valoració subjectiva dels participants.

El marc des del qual s'inicia aquesta recerca és el d'una tesi doctoral en Educació i Societat en la línia de doctorat de Treball Social, Serveis Socials i Política Social de la Universitat de Barcelona a la Facultat d'Educació.

Què és un doctorat?

El doctorat en la línia d'investigació en Treball Social, Serveis Socials i Polítiques Socials és una investigació que pretén estudiar i crear coneixement de les diferents vessants en què la disciplina del treball social exerceix la seva tasca. La finalitat de fer una tesi és que els investigadors es converteixin en experts del tema escollit i l'elaboració d'un material que desvetlli alguna cosa nova per a la comunitat científica.

Què haig de fer si hi participo?

L'execució de l'estudi que es planteja requereix la **participació en un grup de discussió o una entrevista en profunditat sobre els processos de capacitació de les persones amb trastorn mental**, als quals haurà d'assistir a la sessió que se li indiqui. És per això que se li demana la col·laboració per participar en aquesta recerca.

La seva participació en aquesta recerca és totalment voluntària. La participació en la recerca no suposa cap canvi en relació amb els serveis on faci el règim de visites, o l'atenció del seu familiar o l'exercici de la seva pràctica laboral. La participació en la recerca requerirà, exclusivament, la participació en alguna de les dues fases de la investigació.

Aquest estudi no està promogut per cap empresa farmacèutica i l'investigador no rebrà cap remuneració per dur-lo a terme.

- En l'estudi participaran usuaris de la xarxa de salut mental, familiars, professionals de diferents serveis dels serveis socials i de salut de Catalunya.
- Vostè és una de les persones que ha estat seleccionada per participar en l'estudi i si inicialment decideix participar se li agraeix prèviament, però si posteriorment canvia d'opinió, té la possibilitat de retirar-se de la recerca.

Confidencialitat

Tota la informació que ens proporcioni serà estrictament confidencial i serà utilitzada únicament amb la finalitat de la investigació d'acord amb la Llei Orgànica de Protecció de Dades Personals (LOPD 15/1999, de 13 de desembre) i l'article 3, punt 6, del Reial Decret 223/2004. Totes les dades recollides seran utilitzades amb un codi alfanumèric i s'integraran en un document totalment anònim, que s'inclourà en un fitxer propietat dels investigadors durant un període de cinc anys. Una vegada transcorregut aquest temps les dades seran destruïdes.

La participació en aquest estudi **no tindrà cap perjudici** per a vostè ni per a ningú, ja que com se li explica, en aquesta investigació únicament es pretén conèixer la participació del treball social en els processos de participació, per això no hi haurà cap canvi en l'atenció ni el tractament que vostè rep habitualment. **Tampoc rebrà, necessàriament, cap benefici personal** per la participació, però en participar en l'estudi vostè permetrà augmentar els coneixements en referència als processos de capacitació i participació en salut mental, que poden servir per ajudar-lo a vostè o a altres persones.

Per això, es sol·licita la seva col·laboració en la participació en aquest estudi, que ens permetrà obtenir informació i coneixements que s'espera que serveixin per millorar la participació en salut mental.

Els resultats d'aquesta investigació i la informació adquirida suposaran un benefici en la comprensió subjectiva dels aspectes socials que incideixen en la dignitat, les capacitats, la participació i l'autonomia.

Finalment, li recordem que es pot posar en contacte amb l'investigador si té algun dubte o pregunta relativa a l'estudi, o per qualsevol altra qüestió, mitjançant el correu electrònic: josepcazorlapalomo@gmail.com

Li agraïm la seva col·laboració,

Josep Cazorla Palomo

CONSENTIMENT INFORMAT**El treball social en l'àmbit de la salut mental: El reconeixement de l'experiència de l'Altre**

Jo, _____, amb DNI número _____, manifesto voluntàriament haver estat informat/da per l'equip investigador que he estat inclòs/a en el projecte El treball social en l'àmbit de la salut mental: El reconeixement de l'experiència de l'Altre, de la meva participació en les activitats proposades en la investigació i de fer-les per aconseguir els resultats esperats.

He llegit l'imprès d'informació i se m'ha donat informació comprensible sobre l'estudi. Se m'han contestat totes les preguntes que he fet i se m'ha fet saber que se'm proporcionarà qualsevol informació addicional que desitgi en el futur.

També se m'ha informat, de conformitat amb el que convé la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal, que les meves dades personals seran incorporades en un fitxer titularitat de l'investigador Josep Cazorla Palomo, i que seran utilitzades per a la gestió del procés d'anàlisi de la investigació en els termes previstos en la legislació aplicable. Aquest fitxer s'emmagatzemarà durant un període de cinc anys en un arxiu específic complint les normes LOPD d'emmagatzematge, i posteriorment, una vegada transcorregut aquest període, el fitxer serà destruït. Igualment, se m'indica la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, mitjançant un escrit dirigit a l'investigador, a la següent direcció: Passeig Vall d'Hebron, 171 - Edifici Llevant, desp. núm. 376, Barcelona o a través d'un correu electrònic a: josepcazorlapalomo@gmail.com.

Consento a l'investigador a analitzar i utilitzar aquestes dades amb finalitats científiques. De la mateixa manera, autoritzo el registre de la sessió per facilitar-ne l'estudi i l'extracció de la informació necessària per a la investigació.

I perquè consti signo el següent consentiment informat.

_____, _____ de _____ del 201____

Signatura