

La participació de les persones amb malaltia mental als serveis i entitats de salut mental. La perspectiva dels professionals

Júlia Molas Iborra

Resum

Encara que darrerament els serveis de salut mental intenten apostar cap a la intervenció des d'un model d'atenció comunitària i l'atenció ja hagi adoptat transformacions molt importants en aquest aspecte, la promoció de la participació de les persones amb malaltia mental en l'organització i gestió dels serveis i en els seus projectes de vida és una tasca complexa per a molts/es professionals de l'àmbit. L'objectiu d'aquest article és presentar els resultats d'un estudi adreçat a conèixer, des del punt de vista professional, la promoció de la participació de les persones amb malaltia mental i el poder de decisió que disposen aquestes dins dels serveis de salut mental. Es fan entrevistes a professionals de serveis de llar residència per a persones amb malaltia mental i finalment, s'extreuen conclusions sobre la dificultat existent pel que fa a la transformació del model d'atenció mèdic cap al model d'atenció comunitària. De la mateixa manera, es conclou que potenciar la participació en els serveis és una tasca complexa i molt relacionada amb el paper que hi juga l'estigma social.

Paraules clau

Malaltia mental, participació, model d'atenció comunitària, educació social.

Abstract

Despite the fact that in recent years the mental health service has made strides in moving towards a community care model and has adopted important changes in that respect, the promotion of the participation of people with mental illness in the organisation and management of the services and life projects remains a

complex task for many professionals in the sector. The aim of this article is to present the results of a study which looks at the promotion of the participation of people with mental disorders and the extent of their contribution to the decision-making process within the mental health service. Interviews were carried out with professionals from residential mental health facilities and finally conclusions are drawn which focus on the current difficulty in transforming the medical care model towards the community care model. In addition, it is concluded that enabling and empowering more participation in a services is a complex task and closely related to the role played by social stigma.

Key words

Mental illness, participation, community care model, social education.

Tutora: Judit Fullana Noell
Educació Social

Treball de fi de grau
Universitat de Girona

1. INTRODUCCIÓ

Segons Ramos et al. (2009), el col·lectiu de persones amb malaltia mental sempre ha estat un col·lectiu estigmatitzat i invisible. Històricament, s'ha posat en dubte la capacitat de decisió d'aquestes persones i per tant, encara avui dia se'ls limita el fet de poder prendre decisions significatives per a si mateixos/es. Aquests factors són estigmes i creences falses, que originen pràctiques discriminatòries cap a les persones amb malaltia mental i no permeten que aquestes gaudeixin totalment dels seus drets (Pérez i Eiroá, 2017).

L'atenció a les persones amb malaltia mental arreu, ha estat des de principis del segle XX centrada en el model mèdic. Tal com ens indiquen Cazorla i Parra (2017), el model mèdic centra la seva atenció en el dèficit i responsabilitza a l'individu amb malaltia mental sobre les barreres d'adaptació al medi i a l'entorn,

infravalorant les seves aptituds. D'aquesta manera, l'objectiu i l'actuació del model és la cura de la malaltia i la normalització de la persona que pateix malaltia mental. Aquest tipus d'atenció situa els professionals de l'àmbit en una posició jeràrquica envers la persona amb malaltia mental i genera una mirada paternalista cap a aquestes. És per això, que el model mèdic contribueix al fet que la figura professional percebi a la persona des de la diferència i com a hom llunyà i diferent, col·locant-la així en una condició desigual (Cazorla i Parra, 2017).

Tot i així, actualment s'intenten plantejar intervencions en el camp de la salut mental que tendeixin a estar més enfocades a un model denominat model social. Cazorla i Parra (2017), plantegen el model social com a un moviment que atén a totes les persones des de la seva singularitat i tenint en compte la seva dignitat. Així doncs, aquest model suposa un desafiament pels professionals de l'àmbit, ja que comporta explorar una altra manera de viure la malaltia mental i la persona que la pateix, fent que aquesta desenvolupi un paper molt més actiu, afavorint la seva autonomia i les mateixes decisions (Ramos, 2018).

En conseqüència, Ramos (2018) diu que l'evolució del model mèdic i paternalista cap al model social i d'atenció comunitària basat en l'autonomia i en les decisions compartides suposa que les persones ateses tindran el dret a l'auto determinació i el dret de prendre decisions basant-se en el seu propi projecte de vida i els seus valors. Tanmateix, en el territori de Catalunya, que és on se situa la recerca que es presenta en aquest article, tot i el propòsit de canvi de paradigma, el model dominant segueix sent el model mèdic i paternalista (Pérez i Eiorá, 2017).

Ramos et. al (2009) fan esment de diversos estudis i investigacions realitzades als Estats Units, Canadà o Regne Unit sobre la participació de les persones usuàries als serveis de salut mental en diferents àmbits com poden ser la planificació, l'organització o la gestió. A partir d'aquí, veuen necessari que el model d'atenció i d'intervenció en l'àmbit de la salut mental evolucioni i deixi enrere el rol passiu de les persones usuàries i que la intervenció ajudi a transformar aquest rol en un altre en què les persones amb problemes de salut mental participin en un pla d'igualtat amb professionals dels serveis de salut mental. Es proposa que aquests serveis apostin per una participació activa de

les persones usuàries pel que fa als processos de presa de decisions i fomentin el dret de participació en la planificació de l'atenció (Guisado, 2018).

En efecte, la participació com a tal té l'objectiu d'oferir opcions reals a les persones i que les seves veus siguin escoltades i ateses (Sheldon i Harding, 2010). Aquesta participació engloba la presa de decisions de tota mena als serveis de salut mental, ja sigui sobre la planificació i organització, la gestió i l'avaluació d'aquests, com també la participació en la presa de decisions sobre el mateix projecte vital o pla de vida (Gómez, 2009). Ramos et. al (2009) asseguren que quan les persones usuàries participen significativament en la planificació del seu projecte de vida, tot i que encara ocorre poques vegades, el nivell de satisfacció que s'aconsegueix és destacable. A més a més, continuen destacant que la participació de les persones amb malaltia mental, així com també la de la seva xarxa social, és fonamental i provoca un resultat favorable en la seva recuperació i apoderament. Així, la base d'aquesta recuperació i apoderament hauria de partir precisament de les decisions personals que permetin a la persona construir el seu projecte i estil de vida (Pérez i Eiroá, 2017). Els autors destaquen la necessitat de fomentar els processos de participació i presa de decisions, considerant que l'expressió de les necessitats i preferències no deixa de ser un dret ciutadà fonamental. En aquest sentit, la bona qualitat de vida està estretament relacionada amb la participació activa als serveis de salut mental on la persona està vinculada, ja que tan sols a través d'aquesta, les persones tindran opcions reals i seran escoltades (Sheldon i Harding, 2010).

Beresford (2019) planteja que al Regne Unit, les persones usuàries dels serveis assistencials de salut mental han fet un pas endavant i han desafiat els models d'atenció fins ara establerts, mostrant les seves crítiques i opinions sobre la gestió i les qüestions organitzatives dels serveis de salut mental, posant en interès i valor els seus coneixements en primera persona. Així doncs, aquesta implicació permet treballar persones usuàries i professionals conjuntament, fet que aporta a aquests últims un aprenentatge sobre una altra manera d'intervenir i comprendre les necessitats reals que tant reclamen els usuaris/àries.

Casal (2010), com a membre del moviment associatiu de persones usuàries de salut mental en primera persona a Espanya, parla de la necessitat d'augmentar la participació de persones en situació d'exclusió a causa de malaltia mental a

través d'associacions, per tal que la seva veu sigui escoltada i que a través d'aquestes puguin cercar una identitat i un espai real de participació. El moviment participatiu i associatiu en primera persona és una eina a través de la qual les persones que en formen part poden reivindicar la qualitat de vida del col·lectiu, fent ressò a un reconeixement com a experts en el seu problema de salut mental i amb la mateixa dignitat que la resta de persones. Al nostre país, la representació en primera persona de les persones amb malaltia mental tradicionalment sempre ha recaigut a les famílies i professionals, encara que actualment comencen a néixer aquestes associacions gestionades i representades per les mateixes persones. Això estableix una via per a representar el col·lectiu als llocs on es tractin els seus drets i els seus projectes de vida i formar part dels òrgans de decisió (Casal, 2010).

A Catalunya, la federació pionera de teixit associatiu de persones amb trastorn mental és la Federació Veus (Federació Catalana d'Entitats de Salut Mental en 1a Persona-VEUS). Dirigeix diverses associacions creades per a les persones amb malaltia mental i el seu objectiu és reforçar la defensa dels seus drets i la influència en les polítiques públiques. A més a més, les persones de la Federació participen en grups de treball i decisió en diversos espais institucionals per aportar propostes i valoracions, representant al col·lectiu de persones amb malaltia mental (Federació Veus, 2017).

A partir d'aquí, el manual de bones pràctiques a les llars residències de Catalunya per a persones amb malaltia mental (Departament de Benestar i Família, 2005) feia ja una crida a millorar l'assistència i la intervenció professional a aquests centres. Plantejava que entre els drets de les persones que viuen en llars residències hi consta el dret de participar en la presa de decisions del seu pla terapèutic, i que per tant, les llars residències han d'incloure mecanismes de participació que permetin tenir en compte les necessitats de cada persona usuària. En conseqüència, els/les professionals han de treballar amb les persones a partir de l'elaboració del Pla d'Atenció Individualitzat (PAI). Aleshores, s'atén a l'usuari/ària a partir de la seva participació activa i per un procés de presa de decisions, creant sempre el PAI conjuntament amb aquesta.

El manual de la Generalitat també aporta suggeriments en relació amb els mecanismes de participació de les persones residents. Un mètode que s'ha de

garantir per fomentar la participació en els serveis són reunions periòdiques amb les persones usuàries, així com també establir sistemes d'atenció per tal de reconèixer els seus suggeriments i inquietuds. Encara més, s'aconsella crear "grups focals", els quals permeten tractar determinats temes d'interès, a través d'una metodologia que fomenti l'intercanvi i la participació. (Departament de Benestar i Família, 2005).

Tot i així, malgrat que les entitats i els serveis de salut mental apostin per un canvi de model que millori la participació i la presa de decisions, moltes institucions encara no tenen òrgans de participació. Sovint, fins i tot la participació dels equips professionals o famílies té més consideració i valor que la de la persona en qüestió (Pérez i Eiroá, 2017).

És per això que encara ara, el Govern de la Generalitat de Catalunya, d'acord amb la Convenció de l'ONU sobre els drets de les persones amb discapacitat (Nacions Unides, 2006), proposa la implementació del Pla Integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions 2017 – 2019 (Departament de Presidència, 2017). La Convenció manifesta que les persones que pateixen una situació incapacitant a causa d'una malaltia mental són subjectes de dret, i que aquests drets són fonamentals i idèntics a la resta dels ciutadans. Per tant, el reconeixement i compliment d'aquests ha de ser real, i en aquest aspecte, els serveis han de ser totalment efectius (ONU, 2006).

El pla intenta impulsar una millora respecte a la intervenció i atenció, apostant pel Model d'Atenció Comunitària. Un dels principis d'aquest model és abordar les intervencions en l'àmbit de la salut mental a partir dels drets humans i a través del rol actiu de les persones, centrant-se en una organització dels serveis des del model basat en la recuperació i posant interès en les capacitats i les fortaleces dels usuaris/es amb una atenció i valoració integral de la persona, no només en la seva malaltia. Pel que fa a la intervenció, la Generalitat de Catalunya (2017) demana que el treball dels professionals sigui en equip i en xarxa, juntament amb les administracions i entitats del sector, persones usuàries i els seus familiars, per tal d'assegurar que el paradigma se centri en les necessitats de les persones i amb la seva participació i apoderament, implicant sempre a tota la comunitat. És per això que el pla proposa aquest canvi de paradigma als

entorns assistencials, per convidar-los a reflexionar sobre les pràctiques dutes a terme que afectin els drets de les persones ateses.

El Pla ofereix diverses línies estratègiques per tal d'aconseguir els objectius i actuacions planejades. Si ens centrem en la participació i presa de decisions, la tercera estratègia fa referència a la promoció dels drets i millora de l'atenció en els entorns assistencials. Així doncs, el Pla Integral interdepartamental (Departament de Presidència, 2017), reconeix que el Model d'Atenció Comunitària ha de treballar aspectes com la participació i altres mecanismes que afectin els drets de les persones ateses als serveis, regint-se per objectius que incentivin la promoció de l'apoderament i la participació de les persones usuàries. La línia estratègica 11 del mateix pla, té en compte la implicació dels/les usuaris/àries en els òrgans de participació i en moviments i associacions en primera persona, defensant que, a banda de ser oportunitat per a elles, també és important per a la societat en general escoltar la veu de l'experiència i els desitjos d'aquests, per tal que l'atenció i el model en salut mental es transformi i evolucioni (Departament de Presidència, 2017). A més a més, el pla sosté que les associacions en primera persona haurien de ser imprescindibles per planificar, avaluar i millorar els serveis, i encara més per a trencar amb els estigmes i valorar la capacitat de participació de les persones amb malaltia mental.

Si seguim amb la línia estratègica 11, el Pla Integral planteja un objectiu que proposa constituir una comissió de treball entre els professionals i entitats i els comitès d'Ètica, la Federació Veus i Federació Salut Mental, per tal de fomentar el respecte als drets de les persones amb malaltia mental i també per a promoció de la participació activa (Departament de Presidència, 2017). Així doncs, Pérez i Eiorá (2017), de la Federació Veus, diuen que com a col·lectiu de persones amb malaltia mental, el fet de poder expressar-se lliurement a través de l'associació i participar en el desenvolupament del Pla Integral, vol dir que les seves veus són considerades i poden manifestar les opinions que els afecten en molts àmbits.

Amb tot això, els/les professionals de l'àmbit han d'aprendre i adaptar-se a aquest nou model d'atenció i als nous rols que se'ls planteja davant les seves intervencions. És importantíssim que des de la perspectiva professional,

s'entengui aquest canvi de paradigma com a una nova distribució de poder en les relacions entre aquests i les persones usuàries (Munarriz, 2013).

Segons el Pla, la formació dels professionals de l'àmbit social i sanitari en salut mental no està alineada amb el model d'atenció comunitària que es planteja, i per tant, es proposa una millora de la formació respecte a equiparar els coneixements i habilitats professionals amb la finalitat del Pla, oferir formació de qualitat i varietat d'aspectes teòrics i pràctics per encarar els canvis necessaris per a la transformació de l'atenció a les persones amb malaltia mental (Departament de Presidència, 2017).

Les tasques més essencials que han de dur a terme els professionals de l'àmbit de la salut mental són, segons Páez (2017) acompanyar, reconèixer i apoderar. Ara bé, res d'això és efectiu si els/les professionals segueixen duent a terme les seves pràctiques des de la sobreprotecció i l'autoritat. És per això que s'han de deixar enrere les intervencions paternalistes i tenir clares les capacitats de cada persona, i també fomentar l'autonomia i l'apoderament.

Finalment, Páez (2017) reclama que els professionals del món de la salut mental escoltin les persones usuàries i entenguin de què parlen i què és el que volen. Cal actuar des de les relacions humanes i parlar de les seves necessitats i les seves propostes de millora. L'autora reconeix que els/les professionals i les organitzacions no han de veure la persona, l'han de mirar i deixar exercir el seu protagonisme.

En efecte, en aquest article es presenten els resultats d'un estudi que té com a objectiu conèixer, des del punt de vista dels/les professionals, com es promou la participació de les persones amb malaltia mental en els serveis adreçats a aquests/es. S'explora quin és el poder de decisió que tenen les persones amb malaltia mental dins els serveis, quina metodologia segueixen els/les educadors/es socials per fomentar aquesta participació i quins beneficis aporta aquesta participació, des del punt de vista dels/les professionals, a les persones amb malaltia mental.

2. MÈTODE

El mètode que es va utilitzar per a la investigació s'inclou dins de la metodologia qualitativa. La intenció d'utilitzar un plantejament de recerca qualitativa era conèixer en profunditat i obtenir perspectives i punts de vista de diversos professionals de l'àmbit de la salut mental, per tal de conèixer el nivell de participació i presa de decisions de les persones usuàries de diferents serveis de salut mental.

2.1 Participants

Els/les participants que es van intentar cercar per a dur a terme les entrevistes havien de ser professionals de l'àmbit de la salut mental i que fossin treballadors/es de diferents organitzacions i entitats adreçades a persones amb malaltia mental. El fet que fossin professionals de diferents centres podia aportar visions més àmplies i variades respecte al tipus de metodologia i intervenció, que no si se centrava la investigació en professionals d'un mateix centre on, possiblement, el rol d'aquests fos més semblant. A més a més, també es va intentar buscar professionals el rol dels quals se centrés en el tracte directe amb les persones usuàries dels serveis i en el seu dia a dia, perquè d'aquesta manera tinguessin més coneixement sobre la promoció de la participació i la presa de decisions de les persones usuàries, així com del funcionament del mateix servei. Per tant, els factors que es van tenir en compte per seleccionar les persones entrevistades va ser una experiència directa en el camp de la salut mental i formar part de centres o serveis diferents.

Finalment es van seleccionar tres professionals de l'àmbit, totes tres dones, que treballaven en Llars Residències de salut mental. Dues d'elles treballaven al mateix centre situat a un poble de la comarca d'Osona, una com a educadora social i l'altra com a psicòloga clínica i directora tècnica, mentre que la tercera entrevistada era la directora d'una Llar Residència de les comarques gironines. A la taula 1 es mostra de manera esquemàtica la formació, el càrrec i l'experiència que té cadascuna de les entrevistades als diferents centres:

Taula 1: Experiència, càrrec i formació de les professionals entrevistades.

	FORMACIÓ	CÀRREC	EXPERIÈNCIA EN SALUT MENTAL
Entrevistada 1 (E1)	Psicòloga.	Psicòloga clínica i directora tècnica de Llar Residència situada a la comarca d'Osona.	5 anys
Entrevistada 2 (E2)	Treballadora Social amb molta formació en intervenció comunitària i psicologia.	Coordinadora de dispositius residencials per a persones amb malaltia mental (Llar Residència i 9 llars amb suport) i directora de Llar Residència situada a la comarca del gironès.	30 anys
Entrevistada 3 (E3)	Integradora social i Educadora social amb màster de Psicopedagogia.	Educadora social de Llar Residència situada a la comarca d'Osona.	5 anys

2.2 Instrument de recollida d'informació

Els instruments de recollida d'informació que es van utilitzar van ser les entrevistes individuals i de tipus semiestructurades. Les entrevistes semiestructurades estan estructurades amb un guió previ i, per tant, estan organitzades en temes, objectius i preguntes. Les entrevistes semiestructurades, segons Meneses i Rodríguez (2011), se centren en preguntes obertes i, per tant, són flexibles, fet que permet a les persones entrevistades i a l'entrevistadora emmotllar-se si el guió es veu alterat.

A partir de la revisió bibliogràfica presentada a la introducció de l'article, sobre la participació de les persones amb malaltia mental als serveis, es van seleccionar les temàtiques que els documents cercats tenien més en compte sobre la participació i, a partir d'aquestes temàtiques, es van plantejar els objectius de les entrevistes. Les temàtiques i els objectius es presenten a la taula 2.

Taula 2: Temàtiques i objectius de les entrevistes

TEMÀTIQUES	OBJECTIUS
Model d'Atenció Comunitària (Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions 2017 – 2019).	1. Conèixer com valoren els/les professionals una intervenció basada en el model comunitari i no tan basada en el model mèdic. 2. Conèixer si la metodologia que utilitza el centre segueix el Model d'atenció comunitària plantejada per la Generalitat de Catalunya en el Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions 2017 – 2019 i saber quina és la valoració que fa el centre sobre aquest Pla.
Participació de les persones amb malaltia mental als serveis de salut mental respecte a l'organització i gestió.	3. Conèixer com es treballa la participació activa de les persones del servei pel que fa als aspectes relacionats a l'organització i gestió.
Participació en la presa de decisions dels projectes de vida.	4. Conèixer com es tracta la presa de decisions de les persones usuàries del servei respecte a les decisions que afecten els seus projectes de vida. 5. Conèixer si el centre s'adapta a les necessitats i desitjos de cada persona.
Participació – Qualitat de vida.	6. Saber si els/les professionals relacionen la participació activa de les persones amb malaltia mental als serveis amb el seu benestar i qualitat de vida.
Moviment associatiu de persones amb malaltia mental en primera persona.	7. Conèixer si el centre promou l'interès i recolza a les persones usuàries en participar en associacions en primera persona.
Rol dels professionals. Atenció/intervenció professional.	8. Recollir informació sobre la metodologia que utilitzen els/les professionals per a fomentar la participació de les persones usuàries. 9. Saber si els/les professionals de l'àmbit haurien de rebre una tipologia de formació més centrada en el nou model d'atenció comunitària que es planteja, per tal que les pràctiques siguin les més adients possibles.
Grau de poder de decisió dels usuaris/es, des de la perspectiva dels/les professionals.	10. Saber, des del punt de vista dels professionals, el grau de poder de decisió de les persones usuàries del centre respecte a la presa de decisions sobre el seu pla individual.
Dificultats per a impulsar una participació real a les Fundacions, Entitats i serveis de salut mental.	11. Conèixer si la participació que s'intenta fomentar al centre és realment una participació significativa o més aviat simbòlica. 12. Conèixer els punts febles o dificultats que es troba el servei per a promocionar la participació de les persones

	usuàries en la gestió i organització del servei, així com també en la pràctica de la mateixa presa de decisions.
--	--

2.3 Procediment

Les persones que van participar finalment en la realització de les entrevistes van ser tres, i el primer contacte es va fer per via electrònica a través del correu, així com també per via telefònica. El nombre d'entrevistades va variar respecte al nombre previst en un inici, ja que primerament es va plantejar una quarta entrevista dirigida a una professional educadora social en l'àmbit també de Llar Residència que, finalment, no es va poder dur a terme.

Les tres entrevistes es van realitzar durant el mes d'abril de l'any 2020 a través de vídeo trucades, i la durada d'aquestes va ser d'una hora de mitjana. Per tal de dur-les a terme, es va fer signar a cadascuna de les entrevistades un document de consentiment informat, el qual significava que estaven d'acord en participar en l'entrevista, que aquesta s'enregistrés en format àudio, que la informació era confidencial i per ús de la present recerca i que a més, tant la seva identitat com la del centre seria anònima en tot moment. Un dels tres documents es va retornar signat i escanejat per via correu, mentre que els dos restants es van declarar a través del vídeo trucada. A partir d'aquí, i per tal d'analitzar la informació de les tres entrevistes, aquestes van ser transcrites per així facilitar el procés d'anàlisi.

2.4 Anàlisi de la informació

Per a analitzar la informació extreta de les tres entrevistes, es va realitzar una anàlisi de contingut temàtic. L'anàlisi de contingut temàtic va implicar un procés de codificació, és a dir, la creació de codis per a identificar la informació més rellevant de les entrevistes. Aquests codis feien referència a les temàtiques que es volien tractar, per tant, van sorgir a través dels objectius i de les preguntes plantejades per a les entrevistes.

Un cop transcrites les tres entrevistes es va classificar la informació mitjançant una taula que recollia de forma esquemàtica la informació per cada codi. Aquesta taula mostrava els objectius de l'entrevista, els codis establerts per a cada

objectiu i la informació de les tres entrevistes. Els codis que es van establir per a l'anàlisi de la informació van ser:

- Experiència i formació.
- Model d'Atenció Comunitària i Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions.
- Participació en l'organització i gestió del servei.
- Participació en el pla individualitzat.
- Adaptació del servei a les necessitats de les persones usuàries.
- Qualitat de vida.
- Associacions en primera persona.
- Metodologia usada pels professionals.
- Formació professional.
- Grau de poder de decisió.
- Participació real – Participació simbòlica.
- Dificultats del servei.

A més a més d'aquests codis plantejats, després de realitzar les tres entrevistes es va identificar un nou codi que no s'havia previst en un inici i era important en moltes de les respostes. Aquest codi rep el nom d'"estigma social".

3. RESULTATS

La presentació dels resultats s'organitza en vuit apartats, que fan referència a la valoració del Model d'atenció comunitària i el Pla integral, la participació en l'organització i gestió del servei, la participació en els projectes de vida de la persona usuària, la participació en el funcionament del dia a dia del servei, l'associacionisme en primera persona, el paper dels professionals en la promoció de la participació i les dificultats per promoure la participació. A banda d'aquests temes, un cop realitzades les entrevistes s'ha contemplat una nova temàtica interessant i important a tenir en compte als resultats: l'estigma social, al qual es dedica un apartat.

3.1 Valoració del Model d'Atenció Comunitària i del Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions (2017 – 2019)

Les professionals valoren molt positivament una intervenció basada en el model comunitari, admetent que aquest model hauria de ser l'eix vertebrador dels serveis i posen èmfasi a la importància de deixar enrere un model mèdic, assistencial i paternalista:

“Una persona no només és la part mèdica, la part mèdica és només un percentatge de molts altres que omplen a la persona. És vital, si no la part mèdica quedaria coixa [...]. Ho ha estat molts anys ja la part mèdica... tot això ha de canviar, però és complicat...” (E1).

Si ens centrem en el Pla integral i en les seves línies estratègiques adreçades als serveis de salut mental, veiem que en tots els casos s'intenten adherir als objectius plantejats pel Pla, fins i tot, l'equip professional de la Llar Residència d'on n'és directora l'entrevistada 2, han participat en el mateix disseny del pla. Tot i així, alhora es fa incís en què per arribar a un canvi real cap a un model comunitari falta una transformació a nivell de societat i de recursos, entre altres coses, per lluitar contra l'estigma social que pateixen les persones amb malaltia mental, fet que no només depèn dels/les professionals dels centres de salut mental:

“Penso que és un bon pas. No sé si és el definitiu, possiblement no, però cal una gran quantitat de recursos adreçats per exemple, a l'estigma social, no? Falta informació que des d'aquí els professionals podem fer-ho, però s'ha d'estendre... Llavors crec que fins que això no es faci, és molt difícil complir tots els estaments del Pla.” (E1).

3.2 Participació de les persones usuàries en l'organització i gestió del servei

En relació amb la participació de les persones usuàries dels diferents centres en l'organització i gestió d'aquests, es pot veure que a les Llars Residències les persones residents no participen directament en la presa de decisions organitzatives i de gestió del servei, en canvi, en les llars en suport les persones estan vinculades en els aspectes organitzatius d'aquestes. Tot i així, en tots els

casos sí que es tenen en compte els interessos i necessitats de cadascú. Les professionals compten amb una activitat assembleària mensual comuna en tots els serveis, i usen aquestes trobades per tal que els/les residents expressin i posin en comú les seves necessitats i interessos, preferències en l'elecció de les activitats d'oci o de les tasques de la llar, encara que no tenen un paper en la mateixa organització del centre. Es destaca que l'assemblea és una bona eina per tal de conèixer i adaptar-se a les necessitats i desitjos de les persones usuàries:

“No es fa... Sí que es fa una activitat assembleària un cop al mes per tal que exposin les coses que creuen que s’han de millorar al servei, coses que no els agraden, que veuen que no funcionen... Però com a nivell de presa de decisions no. Sí que escoltem les seves veus, però no com per prendre decisions... no ho hem aplicat.” (E1).

De tota manera, la Llar Residència de les comarques gironines compta amb una representant del grup de les persones usuàries. El seu paper és de portaveu de totes les persones residents, per tant, s'encarrega de recollir les necessitats, inquietuds o queixes grupals que poden presentar i posteriorment les transmet a la directora en reunions concertades per a aquesta tasca. Tot i així, es destaca que aquesta figura tampoc interpel·la en decisions a nivell d'organització del centre, sinó que és una via de comunicació entre les necessitats de grup i la direcció del centre per a conèixer-ho:

“Als pisos les persones ateses estan incorporades completament a les decisions organitzatives i de gestió. En canvi, els residents de la Llar Residència participen en totes les decisions, però excepte aquelles que impliquin un canvi normatiu o al mateix servei.” (E2).

“No... no participen de forma directa i plena en aspectes relacionats a l'organització i gestió del centre. Tot i així, direcció té molt en compte les preferències i interessos de cadascú, i els/les residents participen en l'elecció d'activitats, festivitats, organització horària...” (E3).

“Hi ha una persona usuària que és presidenta del grup d'usuaris/es del centre. Aquesta persona presidenta és la portaveu de la resta de persones usuàries i

manté contacte amb directe amb mi per parlar contínuament de tot el que necessita el grup.” (E2).

3.3 Participació i presa de decisions en els projectes de vida de cada persona usuària

L'eina bàsica que s'utilitza per a fomentar la presa de decisions de les persones usuàries respecte al seu projecte i objectius de vida és el Pla Individual d'Atenció (PIA). Les tres entrevistades coincideixen que és l'instrument que empren per a elaborar els objectius i àrees a treballar amb cada persona. Malgrat això, dues de les professionals reconeixen que al seu centre, encara que tenen present els desitjos i necessitats de cada persona, el PIA és elaborat per les professionals, tot i que òbviament la persona usuària és la principal a donar el vistiplau als objectius que li proposen assolir. El fet que les persones usuàries no participin directament de la creació del seu propi PIA és un fet que les professionals posen de manifest, tot i reconèixer que el volum de feina i la jornada laboral no els és d'ajuda:

“Fa un parell d'anys vam provar-ho, però era totalment inviable. Hi ha molt volum de feina i som dues professionals per 73 PIAS... i amb poques hores per a realitzar-los.” (E1).

“Les persones usuàries no participen... i seria molt important que es tingués en compte. És important tenir consciència de la veu de l'experiència.” (E3).

Tanmateix, l'entrevistada 2 de la Llar Residència restant explica que en el seu cas les persones usuàries sí que participen completament en l'elaboració del pla individual.

3.4 Participació en el funcionament del dia a dia del servei

Els mecanismes que fan servir els centres per a conèixer amb més profunditat i recollir les necessitats i desitjos són entrevistes individuals programades amb cada persona usuària. De tota manera, simplement l'atenció personal diària és

considerada positiva, ja que així els/les residents manifesten directament allò que requereixen en un espai-temps més còmode:

“Sempre que ho creuen oportú manifesten queixes, exigències i fins i tot recordatoris diaris, així que això també ens ajuda a nosaltres els/les professionals a conèixer les necessitats.” (E3).

“Les persones t’ho diuen... “A mi m’agradaria fer això, tinc ganes de fer allò...” i llavors tu fas el possible per gestionar-ho.” (E1).

A més a més, l’entrevistada 3 remarca que realitzar un acompanyament de les tasques diàries de la llar amb la persona usuària, els serveix de pretext per crear o reforçar el vincle educatiu, personal i de referència, fet que obra la possibilitat d’atendre i adaptar-se en millor qualitat les necessitats i demandes.

Aquests aspectes porten a investigar sobre la connexió entre participació i qualitat de vida. D’aquesta manera, les tres professionals hi veuen una relació clara i directa i estan d’acord en el fet que la participació aporta un benefici íntegre en moltes àrees de la vida de les persones ateses. Es defensa que participar, tant en els processos vitals de cada persona com en la vida a la llar, dota a les persones de més autonomia i més responsabilitat personal i col·lectiva, i afegeixen que com més alt és el nivell de participació, major serà l’apoderament, fet que contribueix també en el benestar emocional i social de la persona. A més, es remarca que la participació en el centre aporta sentiment de pertinença a la llar i per tant, s’incrementa el benestar i la qualitat de vida dels/les residents:

“A més, la participació activa al servei fa que s’impliquin molt més en la cura de la seva pròpia salut i en el seu benestar.” (E2).

“Crec que el fet de participar activament va més enllà, crec que aporta a les persones el sentit de pertinença, d’integritat i sobretot, de desobediència.” (E3).

“Crec que és sentir-se com a casa i una persona més... És imprescindible la participació i que s’adonin que tenen unes necessitats i desitjos que els poden aconseguir. Sentir-se a casa i sentir-se una persona com tu, com jo i com qualsevol.” (E1).

Pel que fa al nivell de participació que hi ha als serveis i el grau de poder de decisió de les persones usuàries, les tres persones entrevistades afirmen que any rere any es va avançant pas a pas i es va millorant:

“El grau de poder de decisió de les persones del centre? Crec que podríem dir que progressem adequadament... De mica en mica s’apropien dels espais i dels temps de l’organització i any rere any les seves veus se senten des de més amunt” (E1).

“Crec que hem avançat fins a topar amb la legalitat o organització del servei [...]. Es va negociant fins a un punt en què ja no es pot i s’actua sempre d’acord amb la resta de professionals, família i el mateix usuari/a que acaba acceptant l’ajut.” (E2).

“Cada any observo unes persones més empoderades, i és molt cert. Amb el disseny de les activitats i tallers i la nostra actitud professional, mirem de crear una rutina que els implica a prendre partit, mullar-se, ser crítics/es, no deixar-se...” (E3).

3.5 Teixit associatiu de persones amb malaltia mental

Per conèixer si els/les professionals dels serveis promouen l’interès a les persones usuàries en participar en moviments i associacions en salut mental en primera persona, es fan dues preguntes a les entrevistades respecte a això. Primerament, es vol saber si veuen necessari potenciar aquest moviment associatiu com a possible vector cap a una participació real i significativa de les persones amb malaltia mental, i a continuació, si les persones usuàries dels diferents centres formen part d’alguna associació.

S’arriba a la conclusió que és necessari potenciar l’auto representació en el món associatiu. S’expressa que l’auto governança és el mèrit que tots/es hem de procurar assolir al llarg de la nostra vida, encara que les persones usuàries dels diferents serveis no tenen el plaer de formar part d’alguna associació. Tot i així, l’entrevistada 3 explica que al seu centre, els/les professionals sí que tenen contacte amb algunes associacions catalanes de salut mental en primera persona i participen en les reunions que els col·lectius fan:

“Tenim molta relació amb grups d’usuaris i associacions en primera persona, com el col·lectiu Activament. Participem de totes les reunions que fan tan Activament com Salut Mental Catalunya, tenim molta relació”. (E2).

Malgrat tot, algunes de les professionals reconeixen que és un anhel però no una realitat, i que educar en l’associacionisme és una de les tasques més difícils actualment. Encara que ho vegin imprescindible, l’entrevistada 1 accepta que és complicat i que depèn del trastorn de salut mental, patologia o dependència – més o menys greu –. La professional reconeix que és importantíssim el moviment associatiu, però que el perfil de malaltia mental que presenten les persones ateses de la llar és una malaltia mental greu i que per tant, trobaria necessari que el grup estigués mitjanament mediat:

“És complicat. Jo crec que sí que podem arribar a una part associativa, però potser necessitem sempre alguna figura que ens guïï o que ens talli quan la conversa... divagui, per exemple.” (E1).

3.6 El paper dels professionals en la promoció de la participació

Les tres entrevistades pensen que els/les professionals tenen un paper important en fomentar la participació de les persones usuàries. Aquesta participació es fomenta a través de diverses estratègies que es duen a terme dins dels mateixos serveis i també, sobretot, a través de fomentar l’atenció comunitària. Per una banda, les eines que s’utilitzen per a promocionar la participació generalment se centren a disposar d’espais de reunió i a la vegada, a través de totes aquelles activitats i projectes que els centres organitzen i ofereixen diàriament als residents/es. Per altra banda, les entrevistades coincideixen en el fet que les habilitats que permeten una bona intervenció directa amb les persones usuàries fan referència a l’actitud de les professionals, la confiança que es forja entre aquestes i les persones usuàries i l’afecte:

“Com diuen, tot és qüestió d’actitud. Tenim molt present que sense l’adopció d’una actitud dinàmica, flexible i motivadora que sigui capaç d’interpel·lar, no aconseguirem un verdader aprenentatge [...]. L’autoritarisme no arriba a l’arrel del problema, l’emmascara i llavors només serveix per fomentar actituds

contràries. Amb això vull dir que el rol que ens cal adoptar sempre és d'agents motivadors on s'alci l'humor, l'afecte, les ganes de divertir-nos i participar en el que és una llar.” (E3).

“Penso que tots/es els/les professionals tenim un sisè sentit per veure aquella persona i què és el que li agradaria o el que podria necessitar.” (E1).

Pel que fa al paper de l'educació social en els processos per a impulsar la participació, es constata que és una figura vital i un dels perfils professionals més adients per a la intervenció. La pedagogia que aporta l'educació social parteix de l'atenció comunitària, de l'escolta i de l'acompanyament, i es defensa que aquest perfil professional fa tangible els processos participatius, tant individuals com grupals:

“Considero que és fonamental la figura de l'educadora social, en aquest i en tants altres àmbits del sector social i educatiu! Perquè la seva mirada sempre parteix de l'acte participatiu.” (E3).

“Penso que és ineficaç l'opció d'atendre la participació sense un marc social no? Com a éssers socials, l'educació social pensa des d'allò individual a allò grupal.” (E1).

En referència a la tipologia de formació professional, la necessitat que aquesta estigui encarada al model d'atenció comunitària és reconeguda com a indispensable. Tot i així, la formació és un aspecte que no s'acaba de completar i realment és vital que els/les professionals de l'àmbit estiguin formats constantment. És per això que dues de les entrevistades reconeixen que la formació professional actualment no va dirigida al model comunitari, tot i que pensen – o els agradaria pensar – que en alguns casos concrets la formació sí que s'adequa:

“No, jo crec que no, rotundament no, almenys aquí. Aquests anys treballant aquí he hagut de fer formacions personals, però mai de centre. És per això que penso que aquí manquem.” (E1)

“No sé del cert si la formació s'adequa al model comunitari, desitjaria que així fos. Si no, endarreriria molt la diversitat i la innovació educativa.” (E3).

3.7 Dificultats per promoure la participació

Es valora que en el marc dels serveis no hi ha l'existència d'una participació real sinó més aviat simbòlica i que per tant, caldria un canvi integral en aquest aspecte. En la majoria de serveis, les persones usuàries simplement s'emmotllen i accepten les rutines organitzatives establertes, tot i que en altres centres, es creu que la participació és un fet que es promou adequadament.

Els factors que dificulten aquesta participació són diversos. En primer lloc, els recursos i les polítiques que disposen els serveis de salut mental no potencien i no inclouen una participació òptima de les mateixes persones usuàries:

“Cal menys por a les repercussions legals de tot el que fem. Ha de canviar el sistema de justícia... Aquest és completament paternalista.” (E2).

“El factor políticoeconòmic penso que delimita totalment les oportunitats i la igualtat d'accessos a una vida de qualitat.” (E3).

En segon lloc, una de les entrevistades recalca que el factor sociocultural dictamina uns patrons i unes conductes que defineixen allò que entra o allò que no dins la normativa establerta socialment, donant pas a la creació de guetos del col·lectiu de salut mental:

“El primer canvi i el primer pas seria reconèixer que, com a professionals, no som exemplars, i que la nostra tasca no consisteix a governar vides, sinó crear juntament amb les persones usuàries, una democràcia compartida.” (E3).

Tot i així, les tres professionals coincideixen en el fet que el factor principal i responsable de què la participació en els serveis sigui de moment simbòlica, és l'estigma social. Com que s'ha considerat l'estigma social com a condició relacionada amb el nivell de participació de les persones amb malaltia mental, s'ha decidit exposar-ho en un nou apartat de resultats.

Així mateix, pel que fa a les dificultats que presenten els centres per a promocionar la participació, l'entrevistada 1 considera que els factors i inconvenients més rellevants que el servei es troba són la falta de professionals i els horaris d'aquests/es:

“Nosaltres no ens dediquem jornades completes, llavors la ràtio de residents per professional és de, en el meu cas com a psicòloga, d’una per setanta-tres usuaris/es... És molt i molt difícil poder-te integrar bé en una atenció centrada en la persona.” (E1).

L’entrevistada 2 manifesta que la dificultat que es troben al centre per a promocionar la participació és el grau de gravetat psicopatològica d’algunes de les persones usuàries:

“A vegades també és difícil, eh? Perquè d’allò real a allò ideal per ells és res! Llavors és complicat baixar al real i dir: “d’acord, hem d’aconseguir això”.” (E2).

Si ens centrem en l’entrevistada 3, reconeix que una de les tasques més difícils que es troben els professionals en l’actuació socioeducativa és educar en la participació. Existeixen moltes mancances a escala relacional, emocional i conductual presents en algunes persones amb diagnòstic de salut mental, a banda també de xarxes de suport inexistents o molt dèbils.

A més a més, a nivell de centre s’esmenta que aquest, encara que sigui un servei ciutadà, no deixa de ser un servei privat el qual obté guanys monetaris i que per tant, a l’hora d’aplicar canvis que afavoreixin a l’autonomia i participació activa de les persones que hi viuen, es troben limitats per aquests interessos. Aquest fet porta a analitzar que els beneficis de la institució són en gran part econòmics i que aquests es troben per damunt de les persones ateses.

Per últim, els diferents nivells d’implicació per part dels/les professionals també es veuen reflectits en la promoció de la participació dels/les residents de la llar residència. Es considera que no tots els/les professionals parteixen de les mateixes aptituds i destreses i que això també afecta a la promoció de la participació i la intervenció socioeducativa:

“La tasca social no és un camí planer... totes ho tenim molt clar... no? Malgrat això, no totes tenim el mateix llindar de coneixement, motivació, tolerància, paciència, flexibilitat ni creativitat.” (E3).

3.8 L'estigma social

Un tema que no s'havia inclòs directament però que apareix a partir de les entrevistes és el de l'estigma social. Les persones amb malaltia mental formen part d'un col·lectiu molt vulnerable a nivell social. L'escassa participació d'aquestes en aspectes socials i també en decisions personals es relaciona directament amb l'estigma social que existeix envers la malaltia mental:

“Les mirades d'aquells qui ens envolten són molt potents.” (E1).

Així mateix, les entrevistades expliquen que l'estigma social construït provoca que la persona es percebi a ella mateixa com a malalta mental i es crea un “auto estigma”, per tant, això fa que no s'impliqui en els processos de participació de la vida diària:

“L'etiquetatge de “malalts mentals” implica respondre com autòmats de decisions alienes. No es participa de la vida diària perquè hi ha un Déu superior que són els/les professionals... I que ells/es saben què és beneficiós i què no. D'aquesta manera, el “jo faig perquè tu obeeixis” és més planer, més senzill, menys complex.” (E3).

Per últim, la professional vol anar més enllà i denunciar que la participació no s'hauria de plantejar mai com a opció només pel simple fet que la persona es categoritza dins d'un col·lectiu de salut mental. Sosté que el fet de categoritzar i haver de treballar la promoció de la participació d'aquest grup en concret ja és una acció que exclou i discrimina:

“No hauria de ser així, atendre que cal un canvi en la participació de persones “X” em sembla cruel... Ells/es haurien de tenir l'opció de ser un engranatge més del món sociocultural. No entenc ni entendré com hem arribat al punt de plantejar-nos aspectes d'aquest tipus, oi? Participo socialment en el meu context i deixo de fer-ho un cop entro en un centre de Salut Mental?” (E3).

4. DISCUSSIÓ

A partir de l'estudi realitzat s'observa que, encara que actualment s'intenti plantejar el model d'atenció comunitària, i el Pla Integral de la Generalitat de Catalunya que l'impulsa, i que en les intervencions professionals en el marc de la salut mental es proposin línies estratègiques encarades al canvi, la realitat és una altra i no és més que el model que segueix predominant en les actuacions professionals és el mèdic (Pérez i Eiorá, 2017). L'estudi realitzat aporta dades que indiquen que, tot i els grans canvis en les intervencions que s'han produït i se segueixen produint als serveis de salut mental durant els últims anys cap a l'atenció a les persones usuàries, la mirada mèdica segueix tenint molta força. A més a més, tot i que alguns serveis com les Llars Residències s'adhereixen als objectius plantejats pel Pla Integral, es pot percebre que realment els és una tasca difícil treballar de manera integral les línies estratègiques proposades per aquest, en concret la línia estratègica 3 (promoció dels drets, millora de l'atenció assistencial i incorporació en el desenvolupament dels serveis) i 11 (implicació dels usuaris/es en òrgans de participació i en moviments i associacions en primera persona). Malgrat això, s'ha de tenir en compte que els centres analitzats sí que aborden l'objectiu general del Pla que és intervenir a través del rol actiu de les persones usuàries i treballar per la participació i apoderament (Departament de Presidència, 2017).

Si es parla de la participació de les persones usuàries en el servei, hi ha diversos assumptes a considerar. En primer lloc, pel que fa a la participació respecte a l'organització i gestió del servei, diversos estudis mostren la clara necessitat d'oferir l'elecció de participar en la presa de decisions sobre l'organització, planificació i gestió d'aquest, treballant així conjuntament amb professionals del servei (Ramos et. al, 2009). En l'estudi realitzat, s'observa que una de les dificultats importants és incentivar la participació de les persones usuàries a nivell de presa de decisions quant a gestió i organització del mateix servei, encara que participen d'activitats assembleàries, essent una bona eina per tal de conèixer les seves necessitats i suggeriments. No obstant això, aquest fet porta a pensar que encara que existeixin mecanismes per a recollir els interessos o les queixes respecte al servei que afecten directament a les persones ateses, no hi ha l'opció de participació real en aspectes que impliquin un canvi normatiu ni en els

estaments a on formen part les figures professionals. Així doncs, es pot veure que actualment no existeix una relació horitzontal entre les persones usuàries i els/les professionals.

En segon lloc, apostar per la participació en la presa de decisions sobre el pla de vida i en la planificació de l'atenció és quelcom els serveis de salut mental haurien d'incloure (Guisado, 2018). És per això que el Departament de Benestar i Família (2005) proposa treballar-ho a través dels PIA, reunions periòdiques i altres sistemes de recollida de suggeriments. Això es reitera en la investigació duta a terme, ja que en tots els serveis els/les professionals treballen a través de totes les eines esmentades per a fer front a les necessitats de cada persona usuària. Tanmateix, és una realitat que la participació de les persones usuàries en l'elaboració del seu propi PIA, en alguns casos, és inexistent. És per això que la participació d'aquestes hauria de ser directa i activa, perquè no s'hauria d'oblidar que s'estan tractant els seus interessos i objectius de vida sense ser la mateixa persona qui els planteja. Tot i que els PIA no s'acaben duent a terme sense el consentiment de les persones usuàries, aquestes tenen un rol passiu respecte a les propostes i decisions inicials dels objectius relacionats en les seves vides.

S'observa que tant el Pla Integral (Departament de la Presidència, 2017) com diferents testimonis membres del moviment associatiu de persones usuàries de salut mental a Catalunya, plantegen que la implicació de les persones amb malaltia mental en el teixit associatiu és indispensable per al reconeixement i la dignitat d'aquestes i per escoltar la seva veu i experiència (Casal, 2010). A més, també contribuiria a trencar els estigmes relacionats amb la capacitat de participació i per tant, que el model d'atenció a la salut mental es transformés. Ara bé, el que s'ha pogut conèixer amb la recerca és que fomentar el teixit associatiu en els serveis que s'han estudiat és una tasca difícil per a les professionals, ja que les persones residents de les llars residències presenten un nivell de gravetat de la malaltia força elevat. No obstant, encara que el perfil de la malaltia mental sigui considerat com a complex per a l'autogestió, formar part d'un grup que defensa els drets de les persones amb malalties mentals és un gran pas per apoderar i motivar als residents. Sigui la tipologia de malaltia mental que sigui, formar part d'un conjunt de persones que lluiten pels seus drets

i que alcen la seva veu hauria de ser bàsic, però es pot veure que aquesta tasca segueix recaient en els/les professionals.

En referència al paper dels/les professionals en la promoció de la participació, els resultats mostren que l'acompanyament i l'escolta són dos pilars importants per a l'atenció de les persones usuàries, a més a més de tenir una relació socioeducativa basada en la confiança i un vincle positiu. Aquests fets s'assimilen al plantejament de Páez (2017), que afegeix que a través de tots aquests factors es potencia l'autonomia i així les intervencions no estan encarades des de la perspectiva del paternalisme.

Sobre la tipologia de formació professional, el Departament de Presidència (2017) defensa que la formació rebuda pels professionals socials i sanitaris de l'àmbit actualment no està alineada amb el model d'atenció comunitària que es proposa i això coincideix amb els resultats d'aquest estudi. És per aquest motiu que caldria una evolució en la formació que s'ofereix per tal que els/les professionals es formin des d'unes altres directrius, que estiguin encaminades cap al model d'atenció comunitària i oferissin mètodes per a la promoció de la participació activa i real de les persones ateses. Sense una base formativa adient, no es generaran canvis en la intervenció del món de la salut mental. Amb tot, la tasca de conduir les intervencions cap a un model d'atenció comunitària no només recau en els/les professionals, sinó que aquesta qüestió la determinen factors econòmics, polítics i socials. Tot i així, encara que no sigui fàcil modificar aquests elements, la mirada els/les professionals hauria d'anar dirigida cap al canvi. Existeixen molts actes que es poden realitzar des dels serveis, començant per a fomentar la participació en els mateixos centres i intentant canviar les relacions de poder entre professionals i persones usuàries. Encara que la visió mèdica segueix predominant, en molts plantejar un model comunitari i un treball interdisciplinari és la lluita de molts/es professionals.

Per últim, s'estableix que un factor molt potent que fa que la participació segueixi sent més aviat simbòlica és l'estigma social. Segons Arnaiz i Uiate (2006), en les últimes dècades les actituds estigmatitzadores han augmentat, i aquestes tenen un efecte directe en moltes àrees de la persona amb malaltia mental. Contribueixen a restringir els seus drets socials, l'accés a recursos socials, als serveis públics i a la participació social (Aretio, 2011). És per aquest motiu que

l'estigma té un impacte important en les persones amb malaltia mental, fet que porta a l'autoestigma. Aquest sorgeix quan les mateixes persones que pateixen la malaltia mental es veuen tan immerses en els estereotips i prejudicis rebuts que els incorporen en les seves pròpies actituds i els accepten, fet que afecta especialment a l'autoestima (Arnaiz i Uiate, 2006). Aquesta realitat es corrobora amb l'estudi realitzat, ja que es revela que l'estigma dicta unes normes socials que exclouen als col·lectius més vulnerables, en aquest cas, la malaltia mental. De la mateixa manera, l'autoestigma que pateix la persona comporta que aquesta adopti una visió de la seva persona centrada tan sols en la malaltia mental i per tant, presenti menys implicació en els processos de participació.

És per això que es podria pensar que l'estigma social i l'autoestigma podrien allunyar encara més la persona amb malaltia mental del servei que l'atén. Això fa reflexionar sobre si dins dels mateixos serveis adreçats a la salut mental, les relacions socioeducatives es construeixen des de l'estigma. Moltes de les persones amb malaltia mental tenen una percepció sobre elles mateixes que els impedeix participar en els centres, o fins i tot en aspectes de presa de decisions de la seva pròpia vida, però si a la vegada els serveis i les entitats tampoc fomenten aquesta participació l'únic que s'aconsegueix és seguir nodrint l'estigma social.

Amb tot, tant els documents revisats com l'estudi presentat coincideixen en el fet que una participació significativa està estretament relacionada amb un alt nivell de satisfacció i qualitat de vida. La participació aporta un efecte positiu en l'apoderament de les persones amb malaltia mental, en la seva autonomia i en el seu benestar emocional (Ramos et. al, 2009).

5. CONCLUSIONS

L'objectiu d'aquest estudi se centra a conèixer, des del punt de vista professional, la promoció de la participació de les persones amb malaltia mental als serveis adreçats a aquests/es. La intervenció en la participació de les persones amb malaltia mental és un tema extens i que va molt més enllà de l'enfocament i del tipus l'atenció. Encara que sigui indispensable partir d'un model d'atenció comunitària, lluitar contra l'estigma social existent en el col·lectiu de salut mental

és una finalitat essencial per efectuar el canvi i entendre la salut mental des d'un altre punt de mira. La figura professional i la relació socioeducativa s'ha de concebre des d'una posició horitzontal i des de l'acompanyament, només així les persones podran sentir que la seva vida és únicament seva.

De tota manera, es reconeixen certes limitacions que afecten els resultats de la recerca. En primer lloc, la quantitat d'entrevistes realitzades és reduït, és per això que amb un nombre més elevat l'estudi hauria estat més complet. En segon lloc, dues de les professionals entrevistades formaven part del mateix equip professional, fet que en un inici es volia evitar per així obtenir visions variades sobre la metodologia d'atenció en els serveis. En tercer lloc, el fet de realitzar les entrevistes a través de vídeo conferència a causa de la situació actual derivada de la pandèmia de Covid19, també ha estat una limitació important, que a més a més, ha portat a la dificultat per accedir a altres professionals per a participar en les entrevistes. Per últim, per a obtenir un altre punt de vista, hauria estat interessant fer entrevistes a persones usuàries de les llars residències. D'aquesta manera les seves experiències haurien pogut completar l'estudi de manera molt positiva.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Aretio, A. (2011). Una mirada social al estigma de la enfermedad mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 289-300. Recuperat de: <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110289A/7486>

Arnaiz, A. I Uriarte, J, J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 26, 49-59. Recuperat de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830167>

Beresford, P. (2019). Public participation in health and social care: exploring the co-production of knowledge. *Frontiers in Sociology*, 3(41), 1-12. doi: <https://doi.org/10.3389/fsoc.2018.00041>

Casal, J. C. (2010). Derechos y participación de las personas con diversidad mental. *Cuadernos de Trabajo social*, 23, 301-321.

Cazorla Palomo, J. y Parra Ramajo, 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, 43-54. <https://doi.org/10.14198/ALTERN2017.24.03>

Departament de Benestar i Família (2005). *Manual de recomanacions de bones praxis: llars residències per a persones amb discapacitat derivada de malaltia mental* (1^a ed.) Barcelona: Generalitat de Catalunya. Recuperat de: <https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/01departament/08publ>

[icacions/ambits tematics/malaltia mental/03manualbonespraxis05/docu
ments suport bones praxis 1.pdf](#)

Departament de la Presidència (2017). Pla Integral d'Atenció a les Persones amb Trastorn Mental i Addiccions. Estratègia 2017 – 2019. Generalitat de Catalunya. Recuperat de: https://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/pla_integral_trastorn_mental_addiccions/docs/estrategia_2017_2019.pdf

Federació Veus (2017). Memòria d'activitats 2017. Recuperat de: https://veus.cat/wp-content/uploads/2018/10/2017_Memòries-Fed.-Veus_VE_FINAL.pdf

Gómez, M. (2009). La participación de los usuarios: ¿Qué opinan los profesionales? Encuesta sobre las actitudes de los profesionales de salud mental hacia la participación de los usuarios en la gestión de los Servicios. Dins J. Carmona, i F. Del Río, (Coords.) *Gestión clínica en salud mental*, 161-172. Recuperat de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Gestionclinicaensaludmental.pdf>

Guisado, A. B. (2018). Gestión de espacios de participación con personas con trastorno mental grave: primeras jornadas de participación de usuarios de la línea de rehabilitación psicosocial de hermanas hospitalarias. *Informaciones Psiquiátricas*, 231, 97-101. Recuperat de: <http://informacionespsiquiatricas.com/informe231/files/assets/basic-html/page-1.html#>

Meneses, J. i Rodríguez, D. (2011). *El qüestionari i l'entrevista*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

Munarriz, M. (2013). Sin ti no soy nada Participación de usuarios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsicología*, 33, 239-242. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000200001>

Organització de les Nacions Unides (2006). *Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat i protocol facultatiu*. Recuperat de: https://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/11_discapacitat/2012_04_11_convencio_drets_persones_discapacitat_catala.pdf

Páez, C. (2017). *Ales de paper: una altra mirada cap a les persones que pateixen trastorn mental*. (1^a ed.) UE: Editorial Espai Literari.

Pérez, B. I Eiroá, F. (2017). *Guia de drets en salut mental. No hi ha recuperació sense drets*. Barcelona: Federació Veus.

Ramos, J. (2018). *Ética y salud mental*. Barcelona: Herder Editorial, SL.

Ramos, C., Marqués, M^a J., Ballester, M., Rodríguez, N. Savall, V., Santiago, C i Munárriz, M. (2009). Participación de usuarios en planificación, formación e investigación en salud mental: Una revisión de la literatura. Dins J. Carmona, i F. Del Río, (Coords.). *Gestión clínica en salud mental*, 137-154. Recuperat de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Gestionclinicaensaludmental.pdf>

Sheldon, K. I Harding, E. (2010). Good practice guidelines to support the involvement of Service Users and Carers in Clinical Psychology Services.

*La participació de les persones amb malaltia mental als serveis i entitats de salut mental.
La perspectiva dels professionals.*

The British Psychological Society, Division of Clinical Psychology, 1-40.

Recuperat de:

<https://consaludmental.org/publicaciones/Goodpracticeinvolvementserviceuserscarersclinicalpsychologyservices.pdf>

POSSIBLE REVISTA PER ENVIAR L'ARTICLE

RES, Revista Educació Social

CRITERIS DE PRESENTACIÓ DE TEXTOS PER A COL·LABORACIONS

- L'extensió de les propostes de col·laboració com articles serà d'un mínim de 5 i un màxim de 20 planes, DIN A 4, lletra Arial o Times, cos 12, interlineat 1,5. En cas d'una ressenya bibliogràfica, cròniques o informacions de curs, l'extensió no podrà superar les dues planes DIN A4, lletra Arial o Times, cos 10. Interlineat 1,5.
- La primera pàgina haurà d'incloure el títol de la col·laboració – breu i descriptiu – (com a mínim en castellà o anglès), el nom del lloc de feina dels autors/es; un resum (com a mínim en castellà i anglès) d'entre 100 i 200 paraules, en el que s'indicarà l'àmbit, el contingut, la metodologia, els resultats i les conclusions principals i les paraules clau (i keywords) de l'article o col·laboració. Al final de la col·laboració s'inclourà un apartat de bibliografia i referències, ordenades alfabèticament.
- Els marges seran de mida APA (2,5 cm en les quatre vores).
- Si es tracta d'una ressenya bibliogràfica, s'ha d'encapçalar amb la cita bibliogràfica completa del document ressenyat.
- L'autor enviarà el text en suport digital (disc, pen-drive, targeta, etc.) o per correu electrònic, escrit en Word o en format compatible (odt, rtf, etc.).
- Les taules, imatges, gràfics, etc. han de constar a més a més del text, en arxius diferents; s'ha d'indicar la localització en el text. Així mateix, han d'anar numerats consecutivament, portant un títol breu auto-explicatiu i la font.
- Es pot (i s'aconsella) adjuntar imatges, fotografies, gràfics, etc., amb permís de publicació, per l'edició digital.

- Els articles hauran d'anar acompanyats de les següents dades: nom i cognoms dels autors/es, direcció, telèfon, e-mail, professió i lloc de feina.
- El/la/els/les autors/es són responsables de què les cites siguin completes i exactes.
- Les afirmacions en el text s'han de documentar.
- Les cites han de seguir el següent esquema. Exemples:

Las Citas documentadas se realizarán en texto

- Si no són textuales: (Autor (apellido), fecha (año)). Exemple: (Alonso, 2006).
- Si són textuales i no superen les 3 líneas: en el mateix text, "entrecorrida" (Autor (cognom), data (any): pàg.). Ejemplo: "aaaaaa aaaaa aaaaa" (Alonso, 2006:72).
- Si són textuales i superen les 3 líneas (o 40 paraules), serán independents i amb bloc/tabulador, "entrecorrida" + (Autor (cognom), data (any): pàg.). Exemple:
 - o "aaaaaa aaaaa aaaaa, aaaaaa aaaaa aaaaa aaaaaa aaaaa aaaaa, aaaaaa aaaaa aaaaa aaaaaa aaaaa aaaaa, aaaaaa aaaaa aaaaa, aaaaaa aaaaa aaaaa aaaaaa aaaaa aaaaa, aaaaaa aaaaa aaaaa aaaaaa aaaaa aaaaa, aaaaaa aaaaa aaaaa aaaaaa aaaaa" (Alonso, 2006:72).
- Totes les cites han de ser referenciades a la bibliografia, que es confeccionarà amb "sangria francesa". S'ha de provenir el doi de la Font sempre que estigui disponible.
- Format de les referències i bibliografia:

Monografies, bibliografia al final de l'article

Apellido, Nombre (inicial). (fecha: año). *Título de la publicación*. Ciudad/ Lugar de publicación: Editor.

Ejemplo:

García, A. (2012). *El ornitorrinco poético*. Barcelona: Planeta.

Capítols de llibre, bibliografia al final de l'article

Apellido, Nombre (inicial).; Apellido2, Nombre2 (inicial). (fecha: año). "Título del artículo". En, autor principal: Apellido, Nombre (inicial).; Apellido2, Nombre2 (inicial). (fecha: año). *Título del libro*, Ciudad/ Lugar de publicación: Editor, págs. Inicio – Final.

Ejemplo:

Martín, C.; Cánovas, A. (2012). "El infierno azul". En García, A. (2012). *El ornitorrinco poético*. Barcelona: Planeta, 45-78.

Artículos de publicación en serie bibliografía al final de l'article

Apellido, Nombre (inicial).; Apellido2, Nombre2 (inicial). (fecha: año). "Título del artículo". En *Título de la publicación*, volumen, (núm), págs. Inicio - . Final. Ciudad/ Lugar de publicación: Editor.

Ejemplo:

Martín, C.; Cánovas, A. (2012). "El infierno azul". En *Revista de poesía*, vol. 1, (1), 11-22. Barcelona: Planeta.

Recursos en línea (páginas web, etc.)

Nombre de la página o recurso [en línea]. <dirección URL>. [fecha de consulta].

Ejemplo:

Constitución Española [en línea].
<<http://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>>. [10 de junio de 2012].

- **MOLT IMPORTANT!!!!** En qualsevol cas: articles, ressenyes, etc., Així com de les imatges que l'autor o autors enviïn per a la seva publicació,

haurà d'autoritzar-se l'edició, publicació, reproducció, etc., per escrit a RES, Revista de Educación Social, per part de l'autor/a o autors/es.

- La revista està sotmesa a un procés de revisió per pars, pel qual les propostes de col·laboració passen per un procés de validació en el que són revisades per dos experts aliens al consell de redacció.
- Enviar, en format digital, a: res@eduso.net