

EL MODEL DE RECUPERACIÓ I LA SEVA
APLICACIÓ ALS SERVEIS DE REHABILITACIÓ
COMUNITÀRIA: UNA APROXIMACIÓ
QUALITATIVA DES DE LA PERSPECTIVA DELS
USUARIS I PROFESSIONALS

Eduard Palomer Roca



<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.ca>

Aquesta obra està subjecta a una llicència Creative Commons Reconeixement

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento

This work is licensed under a Creative Commons Attribution licence



TESI DOCTORAL

EL MODEL DE RECUPERACIÓ I LA SEVA APLICACIÓ ALS
SERVEIS DE REHABILITACIÓ COMUNITÀRIA:
UNA APROXIMACIÓ QUALITATIVA DES DE LA PERSPECTIVA DELS
USUARIS I PROFESSIONALS

Eduard Palomer Roca

2023



TESI DOCTORAL

EL MODEL DE RECUPERACIÓ I LA SEVA APLICACIÓ ALS
SERVEIS DE REHABILITACIÓ COMUNITÀRIA:
UNA APROXIMACIÓ QUALITATIVA DES DE LA PERSPECTIVA DELS
USUARIS I PROFESSIONALS

Eduard Palomer Roca

2023

PROGRAMA DE DOCTORAT EN PSICOLOGIA, SALUT I QUALITAT DE VIDA

Dirigida per: Dra. Beatriz Caparrós Caparrós

Memòria presentada per optar al títol de doctor per la Universitat de Girona

Publicacions derivades de la tesi

Palomer, E., i Caparrós, B. (2019). Estudio cualitativo del proceso de recuperación de personas diagnosticadas de trastorno mental grave atendidas en servicios de rehabilitación. *Rehabilitación Psicosocial*, 15(1), 20-29.

Palomer, E., i Caparrós, B. (2022). Servicios orientados a la recuperación: un estudio cualitativo de la percepción de los profesionales durante el proceso de cambio de paradigma. *Rehabilitación Psicosocial*, 18(1), 52-63.

Llistat d'abreviatures

CD	Centre de Dia
CHIME	Connectedness, Hope, Identity, Meaning and Empowerment
CMHC	Community Mental Health Centers
CSMA	Centre de Salut Mental d'Adults
CSS	Community Support System
EMILIA	Empowerment of mental illness service users: Lifelong learning, integration and action
GF	Grup focal
IAS	Institut d'Assistència Sanitària
IQ	Investigació qualitativa
MdR	Model de Recuperació
PRA	Psychiatric Rehabilitation Association
REFINEMENT	Research on Financing systems' Effect on the quality of Mental health care
REFOCUS	Developing a recovery focus in mental health services in England
ROSSAT	Recovery Oriented Service Self Assessment Toolkit
RPS	Rehabilitació Psicosocial
SRC	Servei de Rehabilitació Comunitària
S/C/U	"survivors"/consumidors/usuaris
SOR	Servei Orientat vers la recuperació
TF	Teoria Fonamentada
TMG	Trastorn Mental Greu
XSMiA	Xarxa de Salut Mental i Addiccions

Agraïments

La realització d'aquest treball no hagués estat possible sense la col·laboració i participació dels usuaris que, a través dels grups de discussió, m'han fet confiança i s'han obert a explicar la seva perspectiva, sovint íntima i personal sobre la recuperació.

També vull agrair la participació dels tots els professionals dels SRC de la XSMiA de la província de Girona per la seva col·laboració. Uns, en qualitat de participants als grups de discussió m'han permès accedir a la seva perspectiva sobre la seva feina; els altres, han estat uns facilitadors del projecte facilitant l'accés als serveis i ajudant-me en la gestió dels grups de discussió. A tots gràcies per la confiança.

En la vessant acadèmica, vull agrair a la doctora Beatriu Caparrós, tutora d'aquesta tesi, sense la qual no hagués pogut tirar endavant el projecte. Per la seva dedicació, professionalitat i la confiança depositada en mi durant aquests anys, que m'ha permès persistir en el projecte i no permetre'm defallir en aquests últims anys. Vull donar les gràcies també a la Paz i la Roser per haver-me permès aprendre al seu costat, obrir-me noves portes i confiar en mi.

A nivell personal, vull agrair als meus pares el fet d'haver-me permès tenir una educació i pel seu suport incondicional. Al meu germà per haver cregut sempre en mi i animar-me a no defallir. A la Míriam, l'Ariadna i en Guim, pel temps “robot” durant aquest últim any i pel suport i la comprensió.

Índex general

Resum en català.....	12
Resum en castellà.....	14
Resum en anglès.....	16
Interès personal en la recerca	18
Part I. Introducció i marc teòric.....	20
1.1 Desinstitucionalització i Rehabilitació Psicosocial.....	21
1.1.2 La desinstitucionalització.....	21
1.1.2.1 La desinstitucionalització i l'inici i evolució de la RPS a EUA. Elements clau.....	24
1.1.2.2 La desinstitucionalització a Europa i l'origen i evolució de la RPS al continent.....	27
1.1.3 La reforma psiquiàtrica ,els inicis de la RPS a l'estat espanyol i la seva situació actual.....	32
1.1.4 Les diferents conceptualitzacions de la Rehabilitació Psicosocial (RPS).....	37
1.2 El paradigma de la Recuperació.....	41
1.2.1 Orígens del paradigma de la recuperació.....	41
1.2.1.1 Els moviments de "survivors"/consumidors/usuaris(s/c/u) en el món anglosaxó.....	42
1.2.1.2 Les narratives de persones amb experiència pròpia en salut mental.....	47
1.2.1.3 Influències de l'Antipsiquiatria i els seus principals teòrics (Szasz, Laig, Goffman, Foucault i Basaglia) al Model de Recuperació.....	51
1.2.1.4 Els grans estudis de seguiment a persones afectades de TMG.....	56
1.2.2 Què és la Recuperació?.....	63
1.2.2.1 Recuperació clínica vs. Recuperació personal.....	63
1.2.2.2 La recuperació entesa com un procés personal.....	64
1.2.2.3 Conceptualització del Model de recuperació: el Model CHIME i el model de les fases de la recuperació.....	69
1.2.2.4 Rellevància, reptes i riscos del Model de Recuperació (MdR).....	82
1.3 Els serveis orientats vers la recuperació (SOR).....	85
1.3.1 Introducció.....	85

1.3.2 Dels serveis tradicionals als SOR.....	85
1.3.3 Conceptualitzacions, Instruments de mesura i guies pel procés de transformació Dels serveis tradicionals als SOR.....	86
1.3.4 Barreres, dificultats i facilitadors en la transició cap als SOR.....	92
Part II: Investigació Empírica. La Recuperació com a marc de treball dels Serveis de Rehabilitació Comunitària: Una exploració qualitativa dels professionals i usuaris implicats.....	99
2.1 El context de la recerca.....	100
2.1.1 Els SRC i el seu marc organitzatiu.....	100
2.1.2 El procés de transformació dels Centres de Dia a SRC.....	103
2.2 Objectius generals.....	106
2.3 Justificació de l'ús de la metodologia qualitativa en l'estudi: Teoria Fonamentada (TF).....	107
2.4 Estudi I: Estudi qualitatiu del procés recuperació de persones diagnosticades de trastorn mental greu ateses en Serveis de Rehabilitació Comunitària (SRC).....	111
2.4.1 Justificació de la Part I de l'estudi.....	111
2.4.2 Objectius.....	113
2.4.3 Metodologia.....	113
2.4.3.1 Participants.....	114
2.4.3.2 Procediment.....	115
2.4.3.3 Anàlisi de dades.....	118
2.4.4 Resultats.....	119
2.4.4.1 Identitat i model biomèdic de recuperació.....	122
2.4.4.2 Autoestigma.....	125
2.4.4.3 Acceptació.....	126
2.4.4.4 Facilitadors del procés de recuperació.....	127
2.4.4.5 Característiques del rol professional que faciliten la recuperació.....	128
2.4.4.6 Barreres a la recuperació.....	130
2.4.5 Discussió.....	132
2.4.5.1 La identitat de les persones en procés de recuperació: De la saturació per la malaltia a la seva incorporació com un aspecte més d'un mateix.....	133
2.4.5.2 Estigma, autoestigma i recuperació.....	136

2.4.5.3 La percepció del procés de recuperació.....	138
2.4.5.4 El paper dels professionals durant el procés de recuperació.....	139
2.4.5.5 Barreres a la recuperació.....	140
2.4.6 Utilitat i transcendència pràctica de l'estudi.....	141
2.4.7 Limitacions.....	145
2.5 Estudi II: Serveis orientats vers la recuperació: un estudi qualitatiu de la percepció dels professionals durant el procés de canvi de paradigma.....	146
2.5.1 Justificació de l'estudi.....	146
2.5.2 Objectius.....	150
2.5.3 Metodologia.....	152
2.5.3.1 Participants.....	151
2.5.3.2 Procediment.....	152
2.5.3.3 Anàlisi de dades.....	153
2.5.4 Resultats	155
2.5.4.1 Ambivalència durant el canvi de model.....	155
2.5.4.2 Canvis en el rol i les actituds del professional.....	159
2.5.4.3 Barreres i facilitadors durant el canvi de paradigma.....	162
2.5.4.4 Barreres a les recuperació.....	162
2.5.4.5 Facilitadors de la recuperació.....	164
2.5.4.6 Factors terapèutics i pràctiques orientades cap a la recuperació.....	164
2.5.5 Discussió.....	166
2.5.6 Limitacions de l'estudi.....	171
2.5.7 Utilitat i transcendència pràctica de l'estudi.....	171
Part III: Síntesi i Conclusions generals.....	172
3.1 Limitacions i línies d'investigació futures.....	197
Bibliografia	201
Annexos.....	233

Annex I: Model de consentiment informat.....	233
Annex II: P Palomer, E., i Caparrós, B. (2019). Estudio cualitativo del proceso de recuperación de personas diagnosticadas de trastorno mental grave atendidas en servicios de rehabilitación. <i>Rehabilitación Psicosocial</i> , 15(1), 20-29.....	240
Annex III: Palomer, E., i Caparrós, B. (2022). Servicios orientados a la recuperación: un estudio cualitativo de la percepción de los profesionales durante el proceso de cambio de paradigma. <i>Rehabilitación Psicosocial</i> 18(1), 52-63.....	248

Índex de figures

Figura 1. Diagrama de relacions entre els elements.....	131
--	-----

Índex de taules

Taula 1. Síntesis dels grans estudis de seguiment de persones amb TMG.....	57
Taula 2. Característiques de la recuperació entesa com un camí personal.....	72
Taula 3. Dimensions durant el procés de recuperació.....	75
Taula 4. Fases del procés de recuperació adaptades al Model Transteòric del canvi.....	78
Taula 5. Components/Procesos a través de les fases (adaptat d'Andresen, 2006).....	79
Taula 6. Model de Recuperació de SAMSHA.....	81
Taula 7. Elements principals del model de recuperació de Jaiswal et al. (2020).....	81
Taula 8. Dominis i característiques dels SOP. Adaptat de Le Boutillier (2011).....	89
Taula 9. Indicadors dels SOR adaptats de Shepherd et al. (2014).....	98
Taula 10. Guia per als GF de l'estudi. Part I.....	116
Tabla 11. Categories establertes a partir dels GF.....	121
Taula 12. Guia per als GF de l'estudi. Part II.....	152
Taula 13. Dimensions durant la transició i el canvi de paradigma.....	155
Taula 14. Classificació de les barreres i facilitadors durant el procés de canvi de paradigma.....	161

Resum

Introducció

La recuperació, com a concepte i com objectiu, sobre el qual orientar els serveis de salut, s'està implantant al món anglosaxó. Al nostre context aquest nou paradigma encara té poc pes però està penetrant en els discursos dels professionals i els usuaris, en la investigació i en les polítiques públiques de salut. Malgrat això, disposem de poca recerca sobre l'aplicabilitat d'aquest concepte i com organitzar els serveis per fomentar-la al nostre territori.

Objectius

El present treball pretén aportar coneixement sobre com entenen la recuperació les persones afectades d'un trastorn mental ateses als Serveis de Rehabilitació Comunitària (SRC) i conèixer quins són els factors o elements dels serveis, i dels seus professionals, que els usuaris dels SRC perceben que la faciliten o dificulten.

Per altra banda, es pretén explorar què significa pels professionals dels SCR la recuperació, identificar els factors i actituds que la faciliten i la dificulten i les condicions que consideren que són necessàries per aconseguir-la.

Metodologia

S'ha utilitzat metodologia qualitativa basada en la Teoria Fonamentada. S'han dut a terme 7 Grups Focals amb usuaris de diferents serveis de rehabilitació de la província de Girona i 6 Grups Focals amb professionals dels mateixos serveis de rehabilitació.

Resultats

Una identitat saturada per la malaltia, la presència d'un marcat autoestigma i l'acceptació

de la malaltia són els temes més recurrents durant el procés de recuperació. La manca d'expectatives dels professionals, les pràctiques coercitives i la distància professional són vistes com les barreres més importants a la recuperació. Pel que fa a com viuen el procés de transformació els professionals, s'han establert les categories següents: ambivalència durant el canvi de model, canvis en el rol professional, barreres i dificultats durant el canvi de paradigma, i factors terapèutics.

Conclusions

Dels resultats obtinguts es conclou que afavorir l'enriquiment de la identitat personal, abordar l'autoestigma i canviar les pràctiques i les actituds professionals és necessari per a promoure la recuperació personal en persones afectades de trastorns mentals greus de llarga evolució.

A més, cal promoure la formació i elaborar guies de bones pràctiques basades en l'evidència que permetin transformar el paradigma en accions concretes, eines de monitorització, compromís organitzacional i espais de discussió i negociació de significats, com elements clau per a que es pugui implantar el paradigma de recuperació.

Resumen

Introducción

La recuperación, como concepto y como meta hacia la que orientar los servicios de salud se está implantando en el mundo anglosajón. En nuestro contexto, este nuevo paradigma tiene todavía poco peso pero está empezando a penetrar tanto en los discursos profesionales, como en el de los usuarios, en la investigación y también en las políticas públicas de salud. Sin embargo, disponemos de poca investigación sobre la aplicabilidad de este concepto y cómo organizar los servicios para fomentarla en nuestro territorio.

Objetivos

El presente trabajo pretende aportar conocimiento sobre cómo entienden la recuperación las personas afectadas de un trastorno mental atendidas en los SRC i conocer cuáles son los factores o elementos de los servicios y de sus profesionales que los usuarios de los SRC perciben que facilitan este proceso y aquellos que los dificultan.

Pretende también explorar qué significa para los profesionales de los SRC la recuperación, los factores y actitudes que la facilitan y dificultan, y las condiciones necesarias para que se den estos procesos.

Metodología

Se ha utilizado metodología cualitativa basada en la Teoría Fundamentada. Se han realizado 7 Grupos Focales con usuarios de diferentes servicios de rehabilitación de la provincia de Girona y 6 Grupos Focales con profesionales de los mismos servicios de rehabilitación.

Resultados

Una identidad saturada por la enfermedad, la presencia de un autoestigma muy marcado, y la aceptación de la enfermedad son los temas más recurrentes durante el proceso de recuperación. La carencia de expectativas de los profesionales, las prácticas coercitivas y la distancia profesional son vistas como las barreras más importantes a la recuperación. En cuanto a cómo viven el proceso de transformación los profesionales, se han establecido las siguientes categorías: ambivalencia durante el cambio de modelo; cambios en el rol profesional; barreras y dificultades durante el cambio de paradigma y factores terapéuticos.

Conclusiones

De los resultados obtenidos, podemos concluir que favorecer el enriquecimiento de la identidad personal, abordar el autoestigma y cambiar las prácticas y actitudes profesionales es necesario para promover la recuperación personal en personas afectadas de trastornos mentales graves de larga evolución.

Además, es necesario la formación, las guías de buenas prácticas basadas en la evidencia que permitan transformar el paradigma en acciones concretas, las herramientas de monitorización, el compromiso organizacional y los espacios de discusión y negociación de significados, son elementos clave para que exista implantación del paradigma de recuperación

Abstract

Introduction

Recovery as a concept and as a goal towards which to orient health services is being implemented in the Anglo-Saxon world. In our context, this new paradigm still has little weight but it is beginning to penetrate both professional and users discourses, research and also in public health policies. However, we have little research on the applicability of this concept and how to organize services to promote it in our territory.

Aim

The present work aims to gain knowledge about how the people affected by a mental disorder treated in Rehabilitation Day Center (RDC) understand recovery, to know what are the factors of the services and their professionals that CDC users perceive that facilitate this process and those that hinder them.

It also aims to explore what recovery means for RDC professionals, the factors and attitudes that facilitate and hinder it, and the conditions necessary for these processes to take place.

Methodology

Qualitative methodology based on Grounded Theory has been used. We have carried out 7 Focus Groups with users of different rehabilitation services in the province of Girona and 6 Focus Groups with professionals from the same rehabilitation services.

Results

An identity saturated by the disease, the presence of a very marked self-stigma, and acceptance of the disease are the most recurrent themes during the recovery process. Lack of expectations from professionals, coercive practices, and professional distance are seen as the most important barriers to recovery. Regarding how professionals live the transformation process, the following categories have been established: ambivalence during the change of model; changes in professional role; barriers and difficulties during the paradigm shift and therapeutic factors.

Conclusions

Encouraging the enrichment of personal identity, addressing self-stigma and changing professional practices and attitudes is necessary to promote personal recovery in people with serious mental disorders.

Training, good practice guides based on evidence that allow transforming the paradigm into concrete actions, monitoring tools, organizational commitment and spaces for discussion and negotiation of meanings, are key elements for the implementation of the recovery paradigm.

Interès personal en la recerca

Des que em dedico al món de la psicologia clínica sempre m'he qüestionat les pràctiques professionals que duc a terme. Aquest qüestionament m'ha portat a buscar sempre millors maneres de desenvolupar la meva tasca com a professional. Fa 16 anys que em dedico al camp de la rehabilitació comunitària. En aquests anys he compaginat el rol de clínic amb el rol de coordinador d'un Servei de Rehabilitació Comunitària (SRC). Aquest doble paper m'ha donat una mirada privilegiada tant dels elements més individuals i relacionals que promouen la recuperació com també d'aquells més estructurals. La meva posició, com a responsable d'un equip humà amb una responsabilitat amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida de les persones ateses en un servei públic, combinada amb el qüestionament constant m'ha portat a la recerca de noves i millors formes de treballar des del camp de la rehabilitació psicosocial.

La possibilitat ara ja fa uns 18 anys de participar en el projecte europeu de recerca EMILIA (A Empowerment of mental illness service users: Lifelong learning, integration and empowerment) em va permetre obrir-me a noves idees i formes de treballar i entendre el paper dels professionals, dels usuaris, dels serveis i de la comunitat en la millora de la qualitat de vida de les persones amb un trastorn mental.

Aquests tres elements: una actitud de qüestionament sobre la pròpia feina, un rol de responsabilitat sobre un equip humà, i l'accés a noves idees i formes de treballar, són els que m'han portat a investigar el camp de la recuperació d'una forma que ens permeti adaptar conceptes i formes de treballar més pròpies, en l'actualitat, d'altres contextos.

Estructura de la Tesi

Hem estructurat aquesta tesi en tres parts:

A la **Part I**, hi consta el marc teòric de treball que ens permet entendre com s'arriba al MdR, quines influències té i com és entès avui en dia a la literatura.

La **Part II** és la part empírica del treball. Està dividida en dos parts. La primera, explora la recuperació des del punt de vista dels usuaris dels serveis. I la segona, ho fa a través de les percepcions dels professionals que treballen en serveis de rehabilitació.

La **Part III** està dedicada a les conclusions generals de la Tesi així com també a les limitacions i futures línies d'investigació.

1. Part I: Introducció i Marc Teòric

Per poder parlar de l'actual paradigma de Recuperació és inevitable repassar la història recent de l'atenció a les persones afectades de trastorns mentals greus. El Model de Recuperació (MdR) condensa i apareix en un marc d'atenció concret i en un context socioeconòmic i cultural també determinat. El MdR rep influències de diferents maneres d'entendre la salut i la malaltia i de diferents models d'atenció. Cal conèixer, doncs, les diferents visions per entendre la complexitat del model i les seves múltiples influències.

Organitzarem aquest apartat posant el focus en el paper dels dos actors principals en el procés d'atenció en salut mental al llarg dels últims 50 anys: professionals i usuaris.

Començarem per fer un breu recorregut pel què ha estat la desinstitucionalització i quina transcendència ha tingut en les diferents maneres d'organitzar l'atenció en salut mental. Farem especial èmfasi en l'aparició i auge de la Rehabilitació Psicosocial (RPS) com a nou camp de treball sorgit de la desinstitucionalització. Tot seguit, abordarem la història i el desenvolupament dels moviments d'usuaris en salut mental i, per últim, la influència dels teòrics de l'Antipsiquiatria tant en el camp de la RPS com també en els moviments d'usuaris i el MdR.

Un cop feta aquesta breu introducció històrica, exposarem les diferents formes d'entendre la recuperació. Ja centrats en la recuperació entesa com un procés personal, articularem les diferents conceptualitzacions de la recuperació i els seus models de fases.

Per finalitzar aquest marc teòric, exposarem què s'entén per Serveis Orientats vers la Recuperació (SOR), quines diferències tenen amb els serveis tradicionals, com es caracteritza el procés de transformació, i de quines eines disposem per guiar el procés de canvi.

1.1 Desinstitucionalització i Rehabilitació Psicosocial

En aquest apartat farem un recorregut per la història de la Rehabilitació Psicosocial tant a nivell mundial com a nivell europeu i, més detingudament, a nivell de l'estat espanyol. En aquest recorregut pels orígens de la recuperació es farà especial èmfasi en com els processos de desinstitucionalització i les reformes psiquiàtriques han marcat el curs tant de la psiquiatria comunitària com de la RPS. Es revisaran les diferents conceptualitzacions de la RPS: com una pràctica, com un mitjà que guia els processos de rehabilitació, com una estratègia que guia l'atenció a les persones amb trastorn mental greu (TMG), i com una ètica professional (AEN, 2012). S'examinaran també els valors clau que guien la RPS.

Finalment s'exploraran els reptes i desafiaments als quals s'enfronta la RPS al segle XXI, entre ells, la introducció del paradigma de la recuperació en les pràctiques assistencials i la introducció de les pràctiques basades en l'evidència en rehabilitació psicosocial.

1.1.2 La Desinstitucionalització

La història de la RP està inevitablement lligada a l'anomenada Desinstitucionalització. Aquest va ser un moviment i una estratègia de salut mental comú a la majoria de països desenvolupats entre els anys 70 i 90, desigual i irregular entre estats i fins i tot dins els propis estats (com podrem veure en el cas de l'Estat Espanyol).

El model predominant d'atenció a les persones afectades de trastorns mentals greus (TMG) a Europa abans del 1900 era la institucionalització i, per tant, el seu confinament en institucions totals.

Tal i com descriuen Goffman y Alister (2001), la institució total és aquella que aïlla l'individu de la societat, funciona amb unes normes pròpies alienes a les de la societat, i

que persegueix com a objectiu una nova socialització de la persona. La Institució Psiquiàtrica com a paradigma d'institució total, persegueix la modificació de la conducta dels seus membres ("la curació") a través de noves normes, la impossibilitat de sortir-ne lliurement i, en definitiva, de l'organització de la vida quotidiana. Cap a la dècada de 1970 van començar a sorgir veus que criticaven aquest model i en descrivien els efectes nocius per l'individu. Autors com el propi Goffman (1961) o Foucault (1967) van desenvolupar una visió crítica de les institucions psiquiàtriques i dels efectes d'aquestes en l'individu. Segons Goffman (1961), la institució controla el temps de l'intern i envaeix el seu sentit d'identitat originant el que ell mateix denomina "profanació de si-mateix", privant l'individu de les possibilitats i dels objectius que defineixen o recullen la seva identitat, i perdent individualitat i privacitat, acceptant identitats generades per altres (Doménech et al., 1999).

Des d'un altre context i punt de vista, Foucault (1973) es centra en els models de "tractament" i en les diferents formes de violència (prohibicions, repressió, exclusió, coerció, etc.) com a expressió d'un poder que es transforma en una sèrie de d'estratègies i maniobres reglades i meditades (el tractament moral) que, a més a més, generen saber i, en definitiva, gestionen la "veritat". Foucault, doncs, nega el caràcter científic de la institució psiquiàtrica per entendre-la i analitzar-la com un espai de vigilància, disciplina i control social.

Aquests discursos crítics amb la Institució Psiquiàtrica van ser la base per a la creació d'un clima de crítica i problematització de les institucions i dels processos d'institucionalització als anys 70 i van ajudar a trencar amb la idea que aquell model, la institucionalització, era el que les persones amb TMG necessitaven.

Conjuntament amb aquestes veus autoritzades, altres factors van promoure un canvi de model d'atenció a les persones amb problemes de salut mental. Entre els més importants destaquen l'evolució de la psicofarmacologia, la saturació dels hospitals psiquiàtrics, una visió economicista de l'atenció psiquiàtrica basada en la potencial

disminució dels costos traspasant-la a la comunitat, i una nova percepció social i humanista dels drets humans esperonada pels efectes de la II Guerra Mundial (Mueser et al., 2013).

Amb aquest context de rerefons, el terme desinstitucionalització comença a utilitzar-se a principis dels anys 70 a Estats Units per referir-se a l'alliberament dels grups socialment exclosos en grans hospitals i la ubicació a dispositius de petit format a la comunitat (Niles, 2013).

En resum, la reforma i transformació psiquiàtrica i el sorgiment de la RPS com a disciplina que va tenir lloc en les últimes dècades del segle XX, pivoten en la desinstitucionalització.

Podem segmentar aquest procés en 3 fases (Garcia, 2000):

- La primera, relacionada amb l'estudi dels efectes adversos de la “Institucions totals” com els psiquiàtrics i les innovacions terapèutiques com la introducció del Clorpromazina. En aquesta fase es porta a terme la modificació tant pel què fa a l'estructura com al funcionament dels hospitals psiquiàtrics però no el seu tancament.

- Una segona fase associada a la publicació als EUA de la “Action for Mental Health” (Joint Commission on Mental Illness and Health) l'any 1961 en la que, com veurem a continuació, es van promoure reformulacions del sistema d'atenció a les persones amb problemes de salut mental desplaçant el centre de gravetat de l'assistència dels hospitals a la comunitat.

- La tercera i última fase, implica una nova manera d'entendre l'atenció a les persones amb problemes de salut mental, les relacions entre aquests i la societat i el concepte de “normalització” que implica abandonar l'estatus especial que tradicionalment ha caracteritzat a les persones amb problemes de salut mental.

És important entendre que la desinstitucionalització va més enllà de la simple deshospitalització i, per tant, no és un mer “externament” sinó que implica el desenvolupament d'estructures assistencials alternatives que permetin millorar la qualitat de vida de les persones amb problemes de salut mental.

1.1.2.1 La Desinstitucionalització i l'Inici i Evolució de la RPS a EUA. Elements

Clau. En el context de l'anterior clima exposat, l'any 1963 els EUA van legislar per donar resposta a una situació de massificació dels hospitals psiquiàtrics, proporcionant recursos econòmics per a traslladar l'atenció sanitària en salut mental a la comunitat (Accordino et al., 2021). Més concretament, la Community Mental Health Centers (CMHC, 1963) va legitimar la noció que les persones havien de tractar-se i d'obtenir suport fora de l'hospital, a prop de les seves cases i llocs de treball: a la comunitat. Al darrera d'aquest canvi legislatiu hi havia la idea que les persones tractades en el context de les seves relacions i els seus suports naturals faria menys costós el tractament, en termes econòmics.

Malgrat això, la CMHC va finançar diferents iniciatives com ara els programes formatius per professionals a la comunitat, la recerca i la metodologia en salut mental comunitària, i la millora de la qualitat assistencial dels programes existents a la comunitat. Aquests canvis legislatius van tenir un efecte crucial en l'ocupació dels hospitals psiquiàtrics, disminuint molt els ingressos.

En aquest context, autors com Wing o Lamb (Lamb, 1994) comencen a desenvolupar la filosofia i la tecnologia necessària per treballar amb les persones amb TMG. Són rellevants pel desenvolupament de la RPS els estudis de Wing (1987) sobre afrontament de l'estrès; els estudis d'Olshansky (1980) que desvinculen capacitat laboral i simptomatologia; els principis desenvolupats per Bachrach (1987) (desenvolupament de capacitats de forma individualitzada, atenció als factors ambientals i les adaptacions

necessàries, millora de la competència i els punts forts de l'individu, i recuperació de l'esperança); i els desenvolupaments en rehabilitació cognitiva, entrenament en habilitats socials o psicoeducació.

Als anys 80, les polítiques i el finançament que va facilitar l'inici de la desinstitucionalització als EUA va disminuir, fent que els suports i els tractaments necessaris per poder sostenir les persones amb TMG fossin insuficients i, com a conseqüència, apareixen els “nou crònics joves” a la comunitat: un nou tipus de pacient que ha rebut hospitalitzacions breus i un abordatge a través dels programes comunitaris, però que manté uns nivells de reingrés hospitalari alt i nivells també alts de simptomatologia que dificulten la seva integració social i que fan que, en molts casos, es desplaci el focus dels dispositius sanitaris als penitenciaris, on molts d'ells acaben, com una forma de reinstitucionalització (Caton, 1981).

Malgrat aquesta situació, és també als anys 80 quan comencen a crear-se de forma més o menys generalitzada els “Clubhouse” com el Fountain House o Fellowship. Aquests centres estaven constituïts per joves adults amb TMG formant una comunitat terapèutica. Eren voluntaris i no hi havia límit d'estada. Formar part de la comunitat implicava alhora un sentiment de pertinença i una responsabilitat sobre la marxa de la pròpia comunitat (McKay et al., 2018). Els “Clubhouse” tenien un enfocament basat en les capacitats de l'individu, emfatitzaven el treball en equip, i facilitaven oportunitats als seus membres per contribuir al dia a dia del funcionament del dispositiu, amb el personal i els usuaris del servei treballant conjuntament en la implementació del programa. Els seus principis es centraven la creença en que tothom té capacitat de recuperar-se dels efectes d'un trastorn mental de forma suficient per dur una vida satisfactòria, el dret a tenir relacions socials satisfactòries, a escollir l'ocupació, entre d'altres. Es tractava, per tant, d'un enfocament que emfatitzava les estratègies que estan al nucli de la filosofia i els valors de la RPS (Farkas i Anthony, 2010).

En aquest context de falta de recursos adequats (tot i l'experiència dels "clubhouse") per fer front a les dificultats amb les que es trobaven les persones amb TMG a la comunitat, el govern federal dels EUA va crear el Community Support System [CSS] (Anthony et al., 1990). Es basava en una conceptualització sobre com havien de ser els serveis que donaven suport a les persones amb TMG, reconeixent que els serveis post-desinstitucionalització eren inacceptables. El CSS va identificar els components essencials d'un tractament i suport adequat a la comunitat. Pel què fa als serveis de rehabilitació, la CSS planteja els següents components (Department of Health and Human Services, 1980):

- Ajudar als pacients a avaluar les seves capacitats i dificultats i a participar en l'establiment i planificació d'objectius.
- Entrenar als pacients en habilitats per la vida comunitària com ara adherència al tractament, dieta, exercici, neteja, cuina, etc...en l'entorn més natural possible.
- Facilitar un allotjament apropiat en un entorn que faciliti l'assumpció de responsabilitats i l'exercici de l'autodeterminació.
- Millorar l'ocupació, a través d'avaluacions vocacionals, oportunitats pre-laborals i d'oportunitats laborals, formació i suport al propi lloc de treball.
- Desenvolupar habilitats socials, interessos, activitats de lleure facilitant un sentiment de pertinença.

En aquest context de desenvolupament de la RPS, cal destacar la fundació de la Psychiatric Rehabilitation Association (PRA) l'any 1975. La PRA va tenir un paper determinant a l'hora de definir i desenvolupar les pràctiques de la RPS, instaurant els serveis de rehabilitació com a part integral dels tractaments comunitaris i liderant el

moviment vers la recuperació (Psychiatric Rehabilitation Association [PRA], 2021).

Finalment, i no per això menys important, cal destacar el paper de les organitzacions d'afectats, familiars i les narracions en primera persona d'afectats, en el desenvolupament de la RP als EUA (Chamberlin, 1990). Pel que fa als moviments en primera persona, van iniciar-se als anys 70 com un moviment polític de persones que havien patit hospitalitzacions psiquiàtriques. Els seus objectius es centraven en desenvolupar tractaments alternatius basats en l'ajuda mútua, per una banda i, per l'altra, assegurar el respecte als drets i la plena ciutadania de les persones "etiquetades" com a "malalts mentals". Aspectes claus en l'atenció actual en RPS com ara la promoció de l'apoderament, el suport mutu, i el concepte de recuperació els devem als moviments de "supervivents" i "d'ex-pacients".

Paral·lelament als moviments d'usuaris en salut mental (Geekie et al., 2013) van sorgir crítiques a la metodologia científica usada en salut mental. La idea que el coneixement científic que s'estava acumulant estava essent esbiaixat, al deixar fora part d'aquest coneixement per no disposar d'eines estandarditzades o fiables per mesurar-lo obre la porta a l'exploració de les experiències en primera persona. Pioners com Chamberlin, Deegan o Fisher van iniciar una diàleg internacional sobre què significava experimentar un trastorn mental. A partir d'aquí es van multiplicar les narracions en primera persona publicades en revistes, llibres i pàgines d'internet. Aquestes narracions van permetre entendre els processos de recuperació i els mecanismes d'acció pels quals aquests tenien lloc.

1.1.2.2 La Desinstitucionalització a Europa i l'Origen i Evolució de la RPS al Continent. Podem situar al voltant de la dècada del 1950 el pic màxim de persones institucionalitzades amb problemes de salut mental a Europa. Entre el 1950 i el 1990 podem situar el procés de desinstitucionalització a Europa, tot i que ha estat (i està essent

encara) un procés poc homogeni. A diferència dels EUA, on la desinstitucionalització va tenir un component econòmic molt important, a Europa aquest procés està més motivat per proporcionar formes de tractament més humanes, que afavorissin la reducció de la psicopatologia i la millora de la qualitat de vida dels pacients (Priebe, 2003).

En aquest apartat explorarem exemples concrets en aquest procés de desinstitucionalització com són els d'Alemanya, Itàlia i Regne Unit.

L'interès per la qualitat de vida de les persones institucionalitzades a Alemanya s'inicià tard (Haug i Rössler, 1999) ja que les seves institucions no tenien la saturació d'altres països d'Europa. El motiu principal d'això va ser el fet que el règim nazi va assassinar entre 90.000 i 130.000 persones amb problemes de salut mental que vivien en grans institucions psiquiàtriques, deixant-les amb pocs pacients. Malgrat això, hi va haver un canvi molt ràpid a partir de 1975 quan el govern alemany va crear una comissió d'experts per investigar l'estat de l'atenció psiquiàtrica al país. Els pèssims resultats d'aquest procés van impulsar reformes legislatives per millorar l'atenció de les persones amb TMG a la comunitat. De forma global, els llits destinats al tractament psiquiàtric van disminuir a tot el país a partir del 1960, com també ho van fer els temps d'estada hospitalària.

Inspirats per una comissió d'experts, i encoratjats per les recomanacions de l'Institut Central de Salut Mental de l'estat de Baden-Württemberg, el govern federal i els governs locals van impulsar el desenvolupament de programes amb l'objectiu d'afavorir la integració social de les persones amb TMG. Tot i això, el sistema de pensions alemany i el funcionament de la sanitat pública al país van dificultar el disposar de recursos suficients i eficaços (Häfner, 1997).

A Itàlia la reforma de la psiquiatria i la desinstitucionalització té nom propi: Franco Basaglia (Evaristo, 2011; Rotelli et al., 1987). Itàlia posseïa abans de la reforma psiquiàtrica uns 110000 interns en base a una llei de 1904 per la qual els pacients perdien

tots els drets civils i eren sotmesos a un règim d'opressió propi de les estructures institucionals.

Basaglia i el seu grup van treballar sobre la hipòtesi que el problema de la psiquiatria era haver separat un objectiu fictici, la malaltia, de l'existència global dels pacients i del cos o teixit de la societat. Sobre aquesta separació artificial s'ha construït un conjunt d'aparells científics, legislatius, i administratius (les institucions, precisament), tots ells referits a la malaltia. És, segons ell, aquest conjunt el que és precís desmuntar (desinstitucionalitzar) per prendre contacte amb l'existència dels pacients, en tant que "existència" ferma" (Rotelli et al.,1987). L'objectiu principal, doncs, del procés de desinstitucionalització era, per Basaglia, transformar les relacions de poder entre la institució i els pacients. Basaglia va lluitar per aconseguir que les persones amb problemes de salut mental rebessin una atenció adequada de forma ambulatoria, abolint l'internament obligatori i instaurant, en el seu lloc, una xarxa de suport professional comunitària. El tancament de l'hospital de San Giovanni de Trieste l'any 1977 va ser un gran triomf del moviment liderat per Basaglia. Un any després, el parlament italià va aprovar la llei 180 que reformava radicalment la gestió de la psiquiatria, prohibia l'internament involuntari i promovia la implementació d'una xarxa de recursos socials i sanitaris per donar suport a la vida a la comunitat de les persones amb TMG.

A diferència dels altres processos de desinstitucionalització, la lluita antimanicomial italiana es va desenvolupar en un context en el qual s'entrellaçaven les causes d'alliberament antiautoritari del moviment juvenil, feminista, estudiantil i obrer. En resum, els principis que la defineixen millor són els següents (Hernández, 2017):

- Focalització de les intervencions en els contextos (biogràfics, relacionals, assistencials, etc.).
- Entendre que la rehabilitació ha de començar per la rehabilitació dels dispositius, amb una alerta constant davant del risc de noves formes de

reinstitutionalització.

- La implicació imprescindible dels usuaris.
- L'evitació de tota forma de segregació.
- El reconeixement que els canvis més substancials de l'atenció psiquiàtrica no provenen de la pròpia psiquiatria, sinó condicionats des de fora (els parlaments i la legislació, els moviments ciutadans, etc.).

Des del 1978 la RPS a Itàlia ha promogut la continuïtat de cures en el context subjectiu de la vida de la persona i l'atenció pluridisciplinar. El Pla Italià Nacional per la Salut Mental (2013) explicita, a través del seus objectius, els diferents recursos residencials i de rehabilitació en funció del nivell d'intensitat. Als dispositius de RPS italians es duen a terme diferents enfocaments i tècniques: tècniques per assolir major autonomia, la reinserció laboral, una millor comprensió del trastorn, o focalitzades en l'entorn o l'habitatge amb suport. Tot i això, el panorama actual de la RPS a Itàlia no està exempt de dificultats. Destaquem les següents (Vita et al., 2016):

- Les limitades experiències en la participació d'usuaris i ex-usuaris com a experts per l'experiència.
- El rol subsidiari de la RPS en molts departaments de salut mental, essent considerada com una intervenció de “segona” i no essent ofertada a primers episodis psicòtics ni psicosis no afectives.
- El fet que la majoria de professionals del camp de la RPS treballen de forma independent dels equips de tractament comunitaris, dificultant la coordinació de les intervencions.

El Regne Unit també té el seu particular procés de desinstitutionalització. Tot i això,

la situació al Regne Unit prèvia a la dècada dels 60 no era tan diferent de la resta de l'Europa continental. L'"Asylums Act" de 1845 va promoure la construcció d'asils públics per "llunàtics" i les institucions psiquiàtriques angleses van arribar a les 100.000 persones internades (Scull, 2021). El principal motiu pel qual s'inicia la desinstitucionalització al Regne Unit és el creixent èmfasis en els drets humans i els avenços tant des de la ciència com des de la filosofia que criticaven el funcionament de la psiquiatria dels anys 50 i 60. Una sèrie d'escàndols l'any 1970 sobre el tractament dels pacients i un fort moviment d'usuaris a través del relat de les experiències en primera persona, van contribuir a la crítica. Paral·lelament, el ministre de sanitat Enoch Powell va promoure l'any 1960 el canvi dels hospitals psiquiàtrics a la ubicació d'aquests llits en hospitals generals, la creació de centres de dia i equips d'atenció domiciliària (Timms i Craig, 2016). Al 1968 es va realitzar una reorganització dels serveis socials introduint els principis de la sectorització en l'atenció social i sanitària. Les diferents crisis econòmiques i les polítiques privatitzadores van dificultar que als anys 80 es poguessin tancar places d'internament i reconvertir aquells recursos en comunitaris. Amb aquest context, molts ex-treballadors de les institucions manicomials van passar a fer-ho a la comunitat. Però la falta d'una mirada diferent, d'una formació adequada i la contaminació per la pròpia història de la institució, va perpetuar pràctiques institucionals. A mesura que s'anaven instaurant més equips comunitaris, es van fer evidents les necessitats d'una formació adequada en els equips multidisciplinaris. Es van promoure cursos en teràpia cognitivo-conductual, prevenció de recaigudes i adherència al tractament, intervenció familiar, suport per la vida independent, Tractament Assertiu Comunitari, etc. A finals dels anys 90, el sistema sanitari britànic va articular els principis i estàndards pels serveis de salut mental comunitaris. Cal destacar el "Care Programme Approach" (CPA), un pla que posa les bases de l'atenció en RPS a Anglaterra i que n'ha facilitat el desenvolupament.

Actualment, les polítiques donen suport als principis de la RPS i en la majoria de

documentació es defensa el paradigma de la recuperació i la idea de la participació i empoderament dels usuaris en la provisió de serveis (Holloway et al., 2002). Prova d'això és el creixent número de grups d'usuaris i ex-usuaris des dels anys 70 i sobretot, la seva participació activa al sistema sanitari des de la Community Care Act de 1990 a través de diferents rols com a pacients experts (Wallcraft et al., 2003). De forma més recent, s'han dut a terme diferents iniciatives per millorar els serveis de rehabilitació i orientar-los vers la recuperació com és el projecte REFOCUS (Developing a recovery focus in mental health services in England) (Slade, 2015).

1.1.3 La Reforma Psiquiàtrica, els Inicis de la RPS a l'Estat Espanyol i la seva Situació Actual

Des de 1973 es va iniciar un procés gradual de disminució dels llits d'hospitals psiquiàtrics. A tall d'exemple, l'any 1973 hi havia 43.000 llits i l'any 1994 15879. A causa de la postguerra i la Dictadura, a l'estat espanyol la reforma psiquiàtrica i la desinstitucionalització va iniciar-se més tard. Tot i això, hi van haver diferents moviments professionals durant la dictadura que van aplanar el camí per l'aprovació l'any 1986 de la "Ley General de Sanidad" (Ley 14/1986 de 25 de abril), data més o menys oficial de l'inici de reforma a l'estat. Entre aquests moviments cal destacar la creació a la dècada dels 1970-1975 de l'anomenada "Coordinación Psiquiátrica" (formada per joves psiquiatres MIR que comencen a denunciar la situació de la psiquiatria a Espanya) (Fernandez-Catalina i Ballesteros-Pérez, 2017).

La *Ley General de Sanidad [LGS]* (LEY14/1986, BOE, mim. 102, de 29 de abril de 1986) va establir les bases teòriques per dur a terme la desinstitucionalització i la reforma a l'estat. L'article 20 del capítol tercer d'aquesta llei fa referència a aquest procés, com podem veure reproduït parcialment aquí:

Capítulo Tercero de la Salud Mental:

Artículo 20.

Sobre la base de la plena integración de las actuaciones a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a la demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. *La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.*

2. *La hospitalización de los pacientes (...) se realizará en unidades psiquiátricas de los hospitales generales.*

3. *Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios (...) buscando la coordinación con los servicios sociales.*

4. *Se cubrirán (...) los aspectos de prevención primaria y atención a los problemas psicosociales.*

La LGS perseguia, doncs, els següents objectius (Desviat, 2011)

– Trencar amb la marginació de l'assistència de les persones afectades amb problemes de salut mental, integrant els serveis de salut mental al sistema sanitari general, tot procurant la creació d'unitats d'hospitalització en hospitals generals i procurant la disminució de llits i el progressiu tancament dels hospitals psiquiàtrics.

– El disseny de canvis legals que salvaguardessin els drets dels pacients, com la reforma del Codi Penal.

- Es va modificar la formació MIR, PIR i EIR per incorporar rotacions obligatòries per tots els dispositius assistencials.
- La consideració de les Àrees de Salut com a estructures fonamentals del sistema sanitari i els Centres d'Atenció Primària com a porta d'entrada pels serveis de salut mental especialitzats (Centre de Salut Mental i Serveis de Rehabilitació i Integració Social, principalment).

A partir d'aquest moment, de forma heterogènia i improvisada comencen a sorgir els primers dispositius de RPS. A partir de 1990 l'interès per la RPS queda reflectit en l'augment del número de publicacions sobre RPS, de cursos, seminaris i altres experiències formatives dels professionals dels serveis, i el sorgiment de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP) i la Sección de Rehabilitación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) (Hernández, 2017).

Algunes de les crítiques més importants al desenvolupament de la RPS a Espanya són les següents (Hernández, 2017; Desviat, 2004):

- Hi ha una gran heterogeneïtat i diversitat tant entre comunitats com dins d'una mateixa comunitat quant a l'atenció en RPS.
- Els equips de RPS han quedat en un lloc perifèric a la xarxa de recursos de salut mental.
- Els programes d'intervenció comunitària són més aviat residuals o testimonials.
- En algunes comunitats els serveis de RPS que depenguin d'administracions diferents de la resta de serveis sanitaris crea una falta de

continuïtat de l'atenció o crea circuits d'atenció paral·lels, afectant a moltes pràctiques professionals.

- L'atenció en RPS a la psicosi precoç es proporciona de forma molt tardana.
- Hi ha hagut una renúncia per part dels centres de salut mental a considerar la RPS com a part de la seva responsabilitat, assumint un rol molt reduccionista.
- La formació dels professionals que es dediquen al camp de la RPS és molt heterogènia: conviuen psicòlegs clínics (sobretot en les comunitats on aquests serveis depenen de conselleries de salut) amb formacions més psicosocials (on els serveis de RPS pivoten sobre conselleries més socials).

L'any 2006 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud va aprovar un document titulat "Estrategia en Salud Mental" on es proposava, en relació a la RPS, una harmonització i apropament de models entre comunitats autònomes alhora que proposava una millora dels serveis d'acord amb els valors de la salut mental comunitària i la recuperació.

Durant els últims anys, el moviment de la Recuperació està essent reconegut i està guanyant un paper central en l'atenció a les persones amb TMG a Espanya. Durant els últims 10 anys són nombroses les publicacions en revistes d'abast nacional relacionades amb el paradigma de la recuperació. Aquest moviment social, en el que més endavant ens centrarem extensament, està promogut i gestat des del moviment d'usuaris, sobretot en el món anglosaxó. Al nostre país hi arriba a través de projectes de recerca i/o petites experiències i a través d'estudis qualitius que condensen les experiències de recuperació en 1a persona, ja que el desenvolupament de l'associacionisme de persones amb experiència pròpia és molt limitat i s'ha estès tard en comparació amb altres països

com Anglaterra, amb una forta tradició de moviments d'usuaris de salut mental.

Tot i la millora en molts aspectes des de l'aprovació de la LGS, la salut mental comunitària i la RPS afronta una sèrie de reptes importants. Entre els més importants, destaquem els següents (Desviat, 2011; Julià-Sanchis et al., 2020):

- La persistència de l'hospital psiquiàtric o les unitats de llarga estada a moltes comunitats autònomes obliga a repensar, confiar en, i finançar serveis comunitaris de suport.
- Uns pressupostos a l'atenció comunitària baixos en comparació amb altres estats europeus.
- El model d'atenció comunitari i el paradigma de la recuperació no s'han integrat en la consciència col·lectiva dels professionals de salut mental i, per tant, elements centrals d'aquests com són l'atenció al projecte vital de l'usuari, la seva participació o l'empoderament queden desatesos.
- Hi ha una baixa participació social (més enllà de les associacions de famílies) i una manca de centralitat de l'usuari en l'atenció als problemes de salut mental.
- Hi ha una falta de professionalització al camp de la RPS i una falta de tècniques basades en l'evidència.
- Persisteix un reduccionisme biològic que tenyeix tot el sistema de salut mental, afectant tant el finançament com les pràctiques professionals i la formació d'aquests, relegant la RPS a una intervenció de “segona classe”, practicant una estigmatització institucional a través d'unes baixes expectatives de millora i una desatenció de la recuperació personal (restauració de la identitat personal).

En resum, la llavor del model de recuperació rau en la desinstitucionalització. Té el

seu origen en els intents d'aplicar polítiques de desinstitucionalització que reduïen aquesta a la mera remissió simptomàtica sense tenir en compte que les persones amb TMG tenen moltes i més variades necessitats (residencials, vocacionals, socials, educatives...). La desinstitucionalització va canviar com, des dels sistemes sanitaris, s'abordaven les necessitats de les persones ateses fent aparèixer múltiples i variades alternatives a l'hospitalització. Va ser precisament aquesta diversitat de serveis la que requeria d'un model que orientés l'exercici professional, fent emergir el paradigma de recuperació (Anthony et al., 1990).

1.1.4 Les Diferents Conceptualitzacions de la Rehabilitació Psicosocial

El concepte de rehabilitació prové d'altres camps de salut, essent el de la traumatologia el que podem identificar amb més facilitat. La noció de rehabilitació s'ha anat articulant i ampliant i perdent el sentit reduccionista que va tenir en els inicis de la desinstitucionalització. Hi ha almenys tres punts de partida a l'hora d'introduir la RPS. El primer és el consens, gairebé general, del fracàs del manicomi com a opció terapèutica, tal i com hem vist a l'apartat anterior (Desviat, 1994). El segon, és que la idea de "tractament" com a abordatge únic de les persones amb TMG resulta insuficient. I el tercer, és la idea que és fonamental garantir els drets de les persones amb TMG, en el sentit de facilitar que puguin desenvolupar-se coma ciutadans de ple dret (Guinea, 1997). Es parteix, doncs, de la idea que el "tractament" és quelcom que no cobreix les necessitats de les persones amb TMG i es planteja la necessitat d'alguna cosa més que vagi més enllà per atendre la cronicitat, per atendre aquelles persones amb les que el "tractament" no assoleix la restitució o el retorn a l'estat de funcionament previ. És en aquest punt en què apareix el concepte de Discapacitat, entesa com la situació en la que es troba la persona a causa de les seves condicions de salut i que l'impedeix o dificulta la

participació social. Aquesta idea de Discapacitat obra la porta a un nou marc d'intervenció que va més enllà de la pròpia persona: el seu entorn. La virtut d'aquest enfocament es posa de manifest en el fet que si s'actua sobre l'entorn de la persona variarà el seu grau de discapacitat. La RPS és, per tant, un enfocament ecològic (ajustament persona-ambient) que es focalitza en el retorn de la persona a la capacitat funcional i a la seva participació en rols socials valorats. Persegueix, doncs, dos objectius: facilitar l'èxit i la satisfacció en el desenvolupament de rols socialment valorats i crear oportunitats de participació a la societat (Farkas et al., 2007). Aquests objectius s'assoleixen assegurant que la persona té les habilitats i els suports suficients. Globalment, doncs, la RPS planteja intervencions per millorar les competències personals i facilitar la realització de rols valorats i l'empoderament, per una banda, i per l'altra, la creació d'oportunitats i la reducció de la discriminació (Farkas i Anthony, 1989). Dit d'una altra manera, la RPS fa referència al conjunt d'estratègies per afrontar les dificultats del dia a dia de les persones amb un TMG i que limiten la seva vida i els seus objectius personals (Hernández, 2011). Per tal de facilitar-ho la RPS disposa de tècniques específiques com són el desenvolupament d'habilitats socials o de la vida diària, la rehabilitació cognitiva, la psicoeducació familiar o l'acompanyament terapèutic entre d'altres.

Malgrat la definició anterior de RPS, aquesta pot ser entesa de diferents formes, totes elles interrelacionades. Abordarem com aquesta pot ser entesa com una ètica o una filosofia professional, com una estratègia, com un nivell d'intervenció, com un conjunt de programes, i com un tipus de dispositius i/o professionals (López i Laviana, 2017).

Podem entendre la RPS com una ètica en el sentit que aquesta implica un compromís vers l'accés i exercici de la ciutadania i dels drets civils. Des d'aquesta òptica, considerem els problemes de les persones amb TMG com un desavantatge social en un context determinat. Entendre la RPS com una filosofia d'atenció ens permet disposar d'un suport ideològic i ètic que ens permet guiar, planificar i orientar els serveis i les

intervencions. En el camp de la RPS no existeix un corpus axiomàtic tancat, sinó una serie de principis en la que se sustenta. Els més destacats són els següents (Gisbert et al., 2002):

- La RPS s'ha de basar en una conceptualització àmplia i integral dels drets humans i la defensa de la ciutadania plena i digna.
- La RPS ha de promoure la integració de les persones en la seva comunitat natural.
- La RPS ha d'oferir el suport que sigui necessari durant el temps que calgui.
- Parteix del principi d'individualització tenint en compte les característiques úniques de cadascú.
- Ha d'implicar una actitud d'esperança, una expectativa positiva sobre l'individu i sobre les seves possibilitats de millora.
- Ha de promoure un constant èmfasi en l'avaluació de resultats, tant en termes d'autonomia, millora de la qualitat de vida i satisfacció dels usuaris com de l'eficàcia, eficiència i impacte dels serveis de rehabilitació.

Podem conceptualitzar la RPS també com una estratègia específica que permet fer front a aquests desavantatges socials, i no tant de revertir o retornar a una situació prèvia a la persona, diferenciant-se del concepte de “curació” i incorporant el context com a camp d'intervenció. La RPS implica, des d'aquest punt de vista, partir d'un balanç entre capacitats i discapacitats de la persona en un entorn microsocial concret i promoure l'empoderament i la participació activa.

En tant que nivell d'intervenció, la RPS es pot situar juntament amb la promoció de la salut, la prevenció, el tractament i la reinserció social, tot i que en la majoria de casos la RPS abasta de forma transversal aquestes disciplines en diferents moments dels

processos d'atenció.

En la seva accepció més habitual, podem entendre la RPS com un conjunt de programes amb diferents graus d'evidència científica, i que formen part de l'arsenal de procediments dels quals es disposa. En aquest sentit, destaquen, entre d'altres, els programes de psicoeducació, rehabilitació cognitiva, habilitats socials, orientació vocacional. Molts d'aquests programes s'han importat al context espanyol des del món anglosaxó, fet pel qual s'ha fet necessari una adaptació i validació d'aquestes estratègies al nostre context cultural.

Per últim, podem entendre la RPS com un tipus de dispositius i professionals. En aquest sentit, cada administració ha creat els seus dispositius amb la denominació de "rehabilitació" (per exemple, a Catalunya Serveis de Rehabilitació Comunitària i a la resta de l'estat Serveis de Rehabilitació Psicosocial). Hi ha un risc important que la RPS quedi circumscrita només en aquells dispositius que duen "rehabilitació" al seu acrònim, i que dispositius com els Centres de salut mental comunitària o les Unitats d'Hospitalització perdin la rehabilitació com una de les tasques del seu fer diari. Pel que fa a la formació, des de fa dues dècades aproximadament, s'han desenvolupat nombrosos programes de formació específica en RPS atesa l'especificitat del camp de treball i la dificultat que des d'altres formacions generalistes es pogués cobrir aquesta necessitat (com per exemple, des de l'especialitat de Psicologia Clínica).

En resum, els objectius principals de la RPS són els següents (Gisbert et al., 2002):

- Afavorir i possibilitar l'adquisició o recuperació d'un conjunt d'habilitats i destreses necessàries pel funcionament a la comunitat amb la millor qualitat de vida possible.
- Potenciar la integració social a la comunitat, donant suport i fomentant un funcionament el més autònom possible, integrat i independent, així com el desenvolupament de rols socialment valorats i normalitzats.

- Oferir suport individualitzat per assegurar el manteniment a la comunitat.
- Prevenir el deteriorament, la marginalitat i/o la institucionalització.
- Assessorar i donar suport a les famílies de les persones amb TMG

1.2 El Paradigma de la Recuperació

1.2.1 Orígens del Paradigma de la Recuperació

En aquest apartat desenvoluparem el model de recuperació des dels seus orígens i fins a les seves conceptualitzacions actuals. Primer de tot, farem un breu recorregut històric dels moviments de "supervivents"/consumidors/usuaris" (s/c/u) en salut mental, prestant especial atenció al seu desenvolupament en el món anglosaxó. Tot seguit, farem èmfasi en l'impacte que han tingut, en el desenvolupament del model de recuperació, les narratives en primera persona d'aquelles que han relatat els seus processos de recuperació. A continuació, repassarem els grans estudis de seguiment de persones afectades de trastorns mentals greus (TMG) i el paper de "Antipsiquiatria" i la seva influència en els moviments d's/c/u.

Com podem veure, el Model de recuperació es forja entre formes oposades d'aproximar-se al fenomen de la recuperació. Per una banda, el coneixement experiencial provinent dels col·lectius d'usuaris i de figures amb lideratge dins d'aquests que han plasmat la seva experiència en diferents obres de referència i, per l'altre, les aproximacions professionals. Malgrat ambdues estratègies d'aproximació al fenomen sovint s'han desacreditat mútuament, són i han estat necessàries per aconseguir que el Model/Paradigma de la Recuperació tingui la influència actual en el camp de la salut mental (Roe i Davidson, 2005).

1.2.1.1 Els Moviments de "Supervivents"/Consumidors/Usuaris (s/c/u) en el Món Anglosaxó. Els s/c/u han tingut un paper únic a l'hora de promoure noves maneres d'entendre la recuperació d'un trastorn mental, explicant les seves històries de recuperació, compartint les experiències que han tingut al ser atesos, vivint amb un problema de salut mental del qual n'han d'aprendre a manejar els símptomes, enfatitzant la centralitat de la persona que "pateix" un trastorn i no pas que "és" un trastorn, i assenyalant la idea que la recuperació ha d'esdevenir l'objectiu central dels serveis de salut mental (Davidson et al., 1997).

El moviment de s/c/u neix als EUA entre les dècades dels 50 i 70 en el context de la desinstitucionalització, els avenços en el camp de la psicofarmacologia, una consciència creixent sobre els drets humans, i les aportacions d'intel·lectuals associades al moviment de l'antipsiquiatria (Tomes, 2006). Tot i situar els seus inicis en aquest interval, hi van haver diferents experiències anteriors més aviat aïllades sobre les quals el moviment apareix. Entre aquestes, cal destacar a Clifford Beers, famós per relatar les seves experiències de tractament per la psicosi i reclusió a l'obra titulada "A Mind that Found itself". Beers va ser el fundador de la "Connecticut Society for Mental Hygiene" i el "National Committee for Mental Hygiene", entitat que ha evolucionat fins a la coneguda "Mental Health America", (entitat encarregada de protegir els drets humans de les persones amb problemes de salut mental i assegurar la seva influència en totes les polítiques que els afecten). La seva obra i la seva trajectòria van establir les bases pels futurs moviments de s/c/u. Cal destacar la importància i l'èmfasi en l'ajuda mútua tant en la seva obra com en les organitzacions que va liderar posteriorment (Zinman et al., 2009).

A partir de 1960 sorgeix, doncs, una nova consciència social als EUA precedida per diferents moviments d'alliberació, drets civils i contracultura com els moviments

d'alliberació de les dones o la lluita pels drets dels homosexuals, etc (Chamberlin, 1990). Aquests grups d'usuaris estaven formats per persones diagnosticades que, sobretot, havien patit experiències de reclusió en institucions psiquiàtriques i que van convertir una lluita individual en col·lectiva. En aquest sentit, duïen a terme moltes activitats per promoure el suport mutu, la protecció dels drets humans, les alternatives de tractament "no oficials" i la denúncia de l'opressió i l'abús de poder de la Psiquiatria. Una de les seves tasques centrals era actuar com a defensors ("advocacy") d'altres usuaris per fer front a actituds coercitives del sistema sanitari, ja que consideraven la Psiquiatria com una eina de control social (Morrison, 2005). Com explica Chamberlin (1998), inicien un procés de desmitificació del coneixement d'expert i de l'autoritat psiquiàtrica. Al popularitzar-se els principis de l'autoajuda i el suport entre iguals, va prenent forma de manera incipient el que més tard s'anomenarà Model o Paradigma de Recuperació.

Els moviments pro-drets dels usuaris als EUA interioritzen la idea que treballen millor si exclouen els professionals de les seves organitzacions. Com altres grups oprimits, defensen l'autodeterminació i l'autodefinició com a principi enfront de la definició que la psiquiatria oficial i la societat fa d'ells. Entre ells creix la consciència que els seus problemes no són només problemes "interns" sinó que, gràcies al fet de compartir experiències, s'adonen que tenen a veure amb diferents patrons d'opressió comuns a molts d'ells (Chamberlin, 1990).

Durant els anys 70-80 es formen diferents grups "d'alliberació" com l'"Insane Liberation Front in Portland, Oregon" o la "Network Against psychiatric Assault" a San Francisco. Aquestes entitats disposaven de dos principals mitjans de comunicació: l'"Annual Conference on Human Rights and Psychiatric Oppression" i la publicació "Madness Network News". Aquests grups compartien una sèrie de normes i principis com: la suspensió de la terminologia de salut mental; l'assumpció que la limitació d'oportunitats per les persones amb problemes de salut mental s'havia de revertir; i la legitimació i

defensa de sentiments de ràbia vers el sistema sanitari (Chamberlin, 1990). Durant la dècada dels 90, amb l'eclosió de les noves tecnologies i internet, els moviments d's/u/c s'expandeixen, es multipliquen i s'internacionalitzen.

Al Regne Unit (RU) es van desenvolupar moviments i iniciatives de forma paral·lela a l'experiència nord-americana. Com a precedent en el que s'inspira el moviment cal destacar a John Perceval. Al 1845, després de narrar les seves experiències d'internament psiquiàtric, va formar la "Alleged Lunatics' Friends Society" a través de la qual van promoure campanyes per reformar els asils victorians (Bowl, 2002). Els escrits de Perceval van reforçar la importància de l'ajuda mútua i la idea de recuperació com a possibilitat i és considerat el primer "expert per l'experiència"(Gault, 2008).

Els anys 70 del darrer segle van significar un canvi important pel que fa a l'atenció en salut mental al RU: la falta de consistència dels diagnòstics psiquiàtrics, la limitada millora que els tractaments psicofarmacològics oferien, i les diferents veus que narraven els efectes negatius de les hospitalitzacions prolongades, van posar en dubte el model d'atenció imperant en l'època. Les restriccions de drets, els abusos de poder i els tractaments invasius van facilitar que els s/c/u s'organitzessin en defensa dels seus drets. L'organització més coneguda va ser la "Mental Patients Union". Tot i el seu impacte mediàtic, no van tenir el desenvolupament i consolidació d'organitzacions similars en el context americà (Bowl, 2002). No va ser fins la dècada dels 80 quan les organitzacions d's/c/u tenen el seu auge al RU. "Survivors Speak Out" i "The Nottingham Advocay Group" s'erigeixen com a grups de pressió i defensa dels drets de les persones amb problemes de salut mental. Gràcies a aquestes organitzacions, hi va haver un compromís governamental per tal que la visió dels usuaris, les seves necessitats i desitjos quedessin reflectits en la legislació i les polítiques en salut mental. Així doncs, un dels àmbits en els que més incidència han tingut els moviments d'usuaris a RU, és la participació dels usuaris a com experts a tots els nivells i el desenvolupament d'iniciatives de defensa dels

propis drets com a col·lectiu (Tomes, 2006).

Tant a nivell nord-americà com anglès, una de les grans fites aconseguides és el canvi de consciència col·lectiva a tres nivells: del col·lectiu d'usuaris, dels professionals i de la societat. La participació d'usuaris en activitats formatives i de provisió de serveis, el canvi d'actituds professionals vers els usuaris, i els canvis legislatius són bons exemples de la influència en aquests 3 nivells (Shera i Ramon, 2013).

Dins dels moviments en primera persona cal fer una distinció entre aquells anomenats "supervivents" i els anomenats "consumidors". Malgrat ambdós defensen els drets del col·lectiu, hi ha una sèrie de diferències que va més enllà de la denominació (Everet, 1994). Pel que fa als seus objectius, mentre que els "consumidors" volen reformar el sistema sanitari, els "supervivents" volen alliberar-se completament de la psiquiatria. Els "consumidors" volen treballar de forma col·laborativa amb els professionals (a través de la seva participació en comitès, per exemple) però els "supervivents" no creuen en la possible reforma de la psiquiatria i volen substituir-lo per altres formes d'"ajuda". Per tant, la seva fita és el desenvolupament d'alternatives basades en el suport mutu. Els patrons de relació d'ambdós grups també són diferents: mentre que els "consumidors" tenen més contacte amb els col·lectius professionals i poc entre ells mateixos, els "supervivents" presenten un comportament oposat, més interacció entre ells mateixos i menys amb els professionals.

Tot i aquestes diferències, podem dir que de forma conjunta, és impossible explicar el Model de Recuperació si l'escindim dels moviments d's/c/u, ja que gràcies a la seva tasca com a grups de pressió i conscienciació i defensa col·lectiva s'han produït importants canvis tant a nivell legislatiu, d'atenció i socials. Podem resumir-los amb els següents (<https://Camhpro.org>):

- La participació d'usuaris al sistema sanitari com a professionals de

suport entre iguals, entre altres rols.

- El finançament d'iniciatives promogudes i liderades per persones amb experiència pròpia en salut mental.
- La promoció de la recerca duta a terme per persones amb experiència pròpia així com també l'emergència d'investigadors que s'autoidentifiquen com a tals.
- Auge dels programes formatius conduïts per persones amb experiència pròpia.
- Implicació d's/c/u en diferents nivells del sistema sanitari.
- Implicació d's/c/u en matèria de legislació i polítiques sanitàries.

1.2.1.2 Les Narratives de Persones amb Experiència Pròpia en Salut Mental.

Durant la dècada dels 90, un conjunt d'usuaris de salut mental van establir les bases del concepte de recuperació a través de les narracions de les seves experiències de recuperació. Malgrat cadascú d'ells posava èmfasi en uns aspectes concrets, tots comparteixen la idea que els símptomes i/o els trastorns no defineixen la identitat personal. Alhora, aquestes narratives van permetre als moviments de defensa dels drets del col·lectiu disposar d'un argumentari i una idea del procés de recuperació que els va orientar (Fisher i Lee, 2016).

Per la seva transcendència, ens centrarem en 3 figures representatives (Patt Deegan, Ron Coleman i Dan Fisher) de les moltes narracions en primera persona que han tingut rellevància pública. Exposarem breument les idees diferencials de les seves obres per, finalment, sintetitzar globalment la seves aportacions al Model de Recuperació.

Pat Deegan. Va ser diagnosticada d'esquizofrènia d'adolescent. Avui en dia és una de les representants dels moviments de recuperació més activa. Es va doctorar en Psicologia l'any 1984. Va ser directora del programa Northeast Independent Living Programme a Massachusetts, on va posar en marxa un model d'atenció per donar suport a la vida independent. Des del 1992 fins al 2001 va dirigir el National Empowerment Center (NEC) (Deegan, 1988 i 1996). A través de la seva experiència personal, explica com l'associació entre pràctiques diagnòstiques i mals pronòstics pot tenir conseqüències devastadores. Posa èmfasi en la importància de ser vist com una persona, i no pas com una malaltia, ja que ella mateixa va viure un procés de deshumanització. Però l'element més rellevant de la seva obra és la importància de l'esperança com a un dels factors terapèutics més importants i un dels eixos que han de vertebrar els serveis de salut mental. Per Deegan, la pregunta clau és “com podem crear un entorn relacional esperançador humà que promogui el creixement i el desenvolupament?”(Deegan, 2005).

Pel que fa a la orientació dels serveis vers la recuperació, Deegan creu que sense un compromís clar vers el canvi, pot quedar en un canvi superficial i lingüístic. En aquest sentit Deegan postula una sèrie de requisits per fer efectiva la transformació del serveis de salut mental: un canvi en l'equilibri de poder entre usuaris i professionals, relacions basades en el reconeixement mutu, l'eliminació de les pràctiques coercitives, veure la persona i no només el trastorn, i eliminar la deshumanització de l'atenció en salut mental (Deegan, 1996).

Ron Coleman. Va ser diagnosticat d'esquizofrènia i va passar 6 anys hospitalitzat entre els anys 1982 i 1991, quan va tenir el primer contacte amb el Moviment d'escortadors de veus, del qual va ser coordinador a Regne Unit. Ha treballat com a consultor i educador en camp de la salut mental i ha escrit diferents obres on aporta la seva visió de la recuperació i de com orientar els serveis vers ella (Amering i Schmolke, 2005). A l'obra

“Recovery-an Alien Concept” (Coleman, 1999) ofereix una conceptualització de la recuperació i d'un pla d'acció que permeti aconseguir-la. Una de les qüestions que Coleman planteja és la importància de l'assumpció de riscos i la presa de decisions autònoma com a element imprescindible durant el procés de recuperació. Coleman critica la tendència a prendre decisions per part dels professionals de la salut o bé de restringir les opcions que s'ofereixen basant-se en una idea preconfigurada de les necessitats de l'altre. Un dels altres elements importants en la seva obra és la necessitat de donar sentit a les experiències psicòtiques en el context de la biografia de cadascú i no reduir-les a una simple expressió d'un trastorn.

Un dels elements que més caracteritza Coleman és el paper central que dona al Pla de Recuperació. Pla que, segons ell, s'ha de basar en: disposar d'opcions, paper central de la persona en la presa de decisions, la importància de les persones de suport i la identitat. Durant les formacions que duu a terme, anima als assistents a crear un pla d'acció basat en els seus desitjos en el període d'un any, que inclogui possibles dificultats i obstacles, i també que inclogui els èxits passats (Brastreet i McBrierty, 2012).

Coleman resumeix la recuperació de la següent forma: “recuperar-se significa aprendre a afrontar les dificultats, guanyar control sobre pròpia vida, aconseguir acomplir els propis objectius, desenvolupar habilitats i complir somnis” (Coleman, 1999).

Dan Fisher. Es descriu a si mateix com una persona que s'ha recuperat de l'esquizofrènia. És psiquiatre i té un doctorat en bioquímica. Abans de formar-se com a psiquiatre va estar hospitalitzat en diferents ocasions. És un dels directors del National Empowerment Center (NEC), entitat que duu a terme recerca i formació en recuperació i empoderament, i que té com a missió la transformació del sistema sanitari orientant-lo vers la recuperació.

Ha desenvolupat el model-guia PACE (Personal Assistance in Community

Existence (Ahern i Fisher, 1999), una guia per orientar els serveis de salut mental tradicionals vers la recuperació. Es basa en els següents principis:

- Les persones es recuperen totalment fins i tot dels trastorns mentals greus.
- Els trastorns mentals són etiquetes pel malestar emocional que poden ser d'ajuda durant la recuperació.
- La confiança és la peça clau de la recuperació.
- Les persones que creuen en tu t'ajuden a recuperar-te.
- Les persones han de ser capaces de seguir els seus somnis per recuperar-se.
- L'autodeterminació és essencial per la recuperació.
- La dignitat humana i el respecte són vitals per la recuperació.
- Tot allò que hem après sobre els vincles socials és aplicable a les persones etiquetades amb trastorns mentals.
- Sentir-se segur en les nostres relacions és vital per poder expressar els nostres sentiments.
- Fins i tot durant els períodes de malestar és important trobar un sentit i comprendre l'experiència.

Aportacions de les Històries en Primera Persona al Model de Recuperació.

Les narratives en primera persona han trencat el discurs dominant en el camp de salut mental. Alhora, han permès posar llum a un fenomen inaccessible per altres vies com són els elements i factors terapèutics que els propis afectats postulen com a catalitzadors del seu procés de recuperació. Aquestes narratives en primera persona faciliten el fet d'arribar a un punt de trobada entre la recerca duta a terme pels afectats i la recerca tradicional,

aquest punt d'intersecció són els estudis qualitius. Aquest punt de trobada permet explorar les narratives personals i comptar, alhora, amb el rigor metodològic i l'acceptabilitat sense el qual un model basat única i exclusivament en el relat dels afectats no tindria l'impacte que ha tingut el Model de Recuperació. Les narratives en primera persona són, doncs, una important font que ha permès canviar el focus de la recerca i també dels serveis de salut mental. Les narratives autobiogràfiques són testaments de l'existència de la recuperació i de les capacitats inherents de les persones que afronten un trastorn mental. Les narratives en primera persona són, doncs, un punt d'intersecció entre la teoria i la pràctica; entre la recerca i les pràctiques professionals; entre l'estudi de processos i de resultats (Ridway, 2001). Han contribuït a desenvolupar una comprensió més completa de la recuperació, influenciant les teories, les polítiques sanitàries i les pràctiques professionals i han permès l'auge dels estudis qualitius sobre processos de recuperació que hi ha hagut durant els últims 20 anys a través dels quals s'han pogut abstraure les comunalitats d'aquestes històries de recuperació.

Ridway (2001) a través d'un estudi qualitatiu de les 25 narratives en primera persona més representatives del moviment d'u/c/s, conclou que els principals temes que d'elles es deriven són els següents:

- La recuperació com a un nou despertar de l'esperança després de la falta d'expectatives vitals i el desànim: èmfasi en la falta d'expectatives associades a certs diagnòstics psiquiàtrics i en com, en algun moment durant el procés de recuperació, hi ha hagut un punt d'inflexió que els ha fet creure en ells mateixos.
- La recuperació del control sobre la pròpia vida i decisions.
- La comprensió i l'acceptació com a elements bàsics del procés. Èmfasi en donar sentit i entendre l'experiència de patir un trastorn mental en el marc biogràfic de cadascú.
- Importància de la participació activa i el trencament de l'aïllament.

Èmfasi en abandonar el rol de “pacient” i reempendre les connexions amb els altres.

- La recuperació com un procés actiu d'afrontament
- Implica no veure's a si mateix com una persona malalta sinó a la recerca d'un sentit positiu d'un mateix.
- Implica la recerca d'una vida amb sentit; un propòsit vital.
- La recuperació no és un camí lineal.
- No s'aconsegueix la recuperació sol sinó amb suport i col·laboració amb altres.

1.2.1.3 Influències de l'Antipsiquiatria i els seus Principals Teòrics en el Model de Recuperació. L'Antipsiquiatria va tenir un paper molt rellevant en el procés de desinstitucionalització. Molts grups de pacients i expacients van abraçar el seu ideari i van lluitar contra les pràctiques abusives i a favor de l'auto-determinació. L'antipsiquiatria ha evolucionat des d'un moviment antisistema fins als actuals moviments d'u/s/c actuals. Avui en dia l'empremta de l'Antipsiquiatria la podem veure en aquests moviments ja no tant amb l'objectiu de desmantellar els serveis de salut mental sinó amb la voluntat de promoure una reforma que pivoti sobre les conceptualitzacions dels propis usuaris de la salut i la malaltia. La seva empremta es veu clarament en les lluites contra els tractaments farmacològics abusius, les hospitalitzacions forçades i altres pràctiques de la Psiquiatria. El MdR també ha rebut la seva influència a través dels moviments d'u/s/c. Conceptes com l'empoderament, l'autodeterminació i el control sobre les pròpies decisions estan connectades amb l'Antipsiquiatria i el procés de desinstitucionalització.

El moviment de l'Antipsiquiatria neix com un grup de pensadors (sociòlegs i psiquiatres principalment) que s'organitzen per fer oposició al que ells percebien com els abusos de la psiquiatria de caire més biològica en nom de la ciència (Rissmiller i

Rissmiller, 2006). Aquest moviment sorgeix en el context d'una psiquiatria que actuava principalment des dels hospitals/manicomis i que actuava sovint de forma coercitiva (a través de la presa de neurofàrmacs de forma obligada, la teràpia electroconvulsiva, o tinguent un tracte deshumanitzat vers els interns). Alhora, el moviment s'emmarca en un context més ampli a nivell global en el que diferents col·lectius oprimits (homosexuals, dones, negres...) reclamen els seus drets formant una espècie de moviment contracultural en contra de qualsevol forma d'opressió política, sexual o racial. El moviment va ser secundat per psiquiatres i sociòlegs arreu de món. Entre els més representatius hi ha Thomas Szasz i Ervin Goffman a EUA, David Laing a Anglaterra, Franco Basaglia a Itàlia i Michel Foucault a França.

El terme Antipsiquiatria no va ser proposat fins al 1967 per David Cooper. Com a moviment, es feien les preguntes següents: El rol dels metges està legitimat en relació als trastorns mentals o el dolor psíquic? Pot contribuir la medicina al camp del dolor i el sofriment psíquic si aquest inclou emocions, pensaments, relacions i comportaments? És vàlid el terme "malaltia mental"? La resposta a aquestes preguntes des de l'Antipsiquiatria va ser clarament que "no" (Bracken et al., 2012). Pel moviment, la "malaltia mental" i els internaments psiquiàtrics eren els mecanismes socials, regulats i determinats per la psiquiatria, per aquelles persones amb comportaments que incomodaven. Perseguiu, doncs, reformar la institució psiquiàtrica i transformar les relacions entre el personal i els interns, eliminant la noció de "malaltia mental". S'entén la institució psiquiàtrica com a opressora. Des del seu pensament, la psiquiatria és una institució opressora incompatible amb els principis d'una societat democràtica i lliure, i per tant, ha de ser abolida (Vásquez, 2011). Els internats són considerats llocs on s'institucionalitzen rols i comportaments a través de la vida quotidiana que porten els interns.

Cadascuna de les personalitats més rellevants del moviment posa l'accent en diferents aspectes de la psiquiatria com a opressora: Laing (1965) posa l'accent en la

medicalització com a element de suport a l'"objectificació" de la persona; Foucault centra el seu discurs en la institució psiquiàtrica com a mecanisme de control social (Foucault, 1967); Goffman es centra en l'estigmatització que genera en la pròpia persona (Goffman, 1961); Szasz (1961) en la construcció social de la "malaltia mental" i la denúncia de la Psiquiatria com a una pseudociència que té l'objectiu del control social, i Basaglia (1989) en la denúncia de la institució psiquiàtrica i l'impuls de la desinstitucionalització. Resumirem breument les aportacions de cadascú d'ells posant èmfasi en aquells aspectes que els connecten amb el Model de Recuperació.

Laing, des del Regne Unit, va promoure la idea que la malaltia mental tenia una causa social. La seva pròpia experiència com a diagnosticat d'esquizofrènia i internat diverses vegades, va fer que tingués un interès especial en la subjectivitat de les persones diagnosticades. A la seva obra "The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness" (1965) explica com a un pacient amb psicosis pot ser vist de diferents maneres: "Podem veure el seu comportament com a "signe" d'una malaltia o com a expressió de la seva existència". Els símptomes, per Laing, eren una reacció a la persecució social. Per Laing, doncs, la seva solució no passava per la medicació, sinó pel "tractament social". En aquest sentit, Laing i Cooper van posar en marxa 20 comunitats terapèutiques en les quals tant pacients com professionals tenien el mateix estatus i la medicació era voluntària. El llegat de Laing, del qual el Model de Recuperació es nodreix, es pot resumir en els següents punts:

- L'èmfasi en la importància de donar sentit personal a les experiències psicòtiques i a entendre-les com una resposta a una situació "insana".
- L'interès en l'experiència subjectiva.
- Èmfasi en els factors relacionals i les relacions de poder en el tractament dels trastorns mentals.
- Centrar el focus de la recuperació en la responsabilitat personal.

– L'esforç en oferir alternatives a l'internament psiquiàtric involuntari i la medicació obligatòria.

Focault, a través de l'obra "Història de la bogeria a l'època clàssica"(1961), planteja la relació entre poder i coneixement en el camp de la salut mental. Entén el poder psiquiàtric com a quelcom que oprimeix, silencia, nega i segrega. Entén que el poder genera noves formes de coneixement, que alhora estructurin les relacions entre individus i entre aquests i les institucions. Parteix de la base que les diferents conceptualitzacions dels trastorns mentals no són el resultat d'una descoberta, sinó que són construccions. Al llarg de la seva obra fa un repàs de les diferents conceptualitzacions que ha tingut la malaltia mental al llarg del temps, fins arribar a l'època moderna, en la qual la bogeria esdevé una malaltia i, per tant, objecte de recerca científic. Passa, doncs, de ser una construcció cultural a quelcom natural. Les seves idees sobre el poder i la relació amb el coneixement són el principal llegat en relació al Model de Recuperació (Bracken et al., 2018).

Goffman, a través de l'obra "Asylums"(1961) i "Stigma"(1963) es va centrar en l'estudi de l'internament psiquiàtric i els seus efectes (l'alienació de la vida social, la pèrdua de responsabilitats, i el comportament institucional). Goffman va posar de relleu com l'estructura de l'atenció en salut mental modificava el curs vital de les persones internades. Segons ell, els interns passaven per tres fases: la fase pre-pacient, la de pacient i la post-pacient. Posava èmfasi en com la primera i segona fase servien per deslegitimar a la persona internada com a "normal" facilitant així el control de la institució psiquiàtrica vers ells (Watson, 2012). El seu assaig sobre l'estigma ha estat la base sobre molts dels desenvolupaments posteriors que s'han fet. Goffman planteja l'estigmatització com un procés d'etiquetatge d'un conjunt de comportaments com a desviats per part d'un grup legitimat socialment per fer-ho a través d'etiquetes associades a idees negatives com

ara la de perillositat o irresponsabilitat (Goffman, 1961).

Thomas Szasz és una de les figures cabdals de l'Antipsiquiatria amb la seva obra "The Myth of Mental Illness"(1961). Szasz creia que la classificació de trastorns com l'esquizofrènia com a malalties era fictícia ja que no hi havia cap lesió demostrable i que que aquest etiquetatge era promogut per la psiquiatria per aconseguir major poder. Va arribar a considerar la psiquiatria com a "la major i més destructiva força que ha afectat els EUA en els últims 50 anys" (Rissmiller i Rissmiller, 2006). Sobre l'existència dels trastorns mentals Szasz deia que no són literalment "una cosa/un objecte" i que, per tant, només poden existir de forma teòrica tal i com existeixen els conceptes. Malgrat segons Szasz els trastorns mentals no existeixen, sí que ho fan les persones que pateixen i duen a terme comportaments socialment desviats de persones que tenen problemes siguin biològics, econòmics, polítics o psicosocials. El problema, segons Szasz, és l'aplicació de les solucions paternalistes que ofereix la psiquiatria, etiquetant-los equivocadament de "malalts mentals" (Domaradzki, 2021). Va oposar-se a la idea de reduir el comportament humà a la biologia/balanços químics; emfatitzava que el comportament humà podia descriure's en termes de motivacions i no de forma mecanicista. Per ell, la psiquiatria s'hauria d'ocupar de les relacions personals i dels problemes del dia a dia, especialment les relacions interpersonals i el significat vital.

Per la seva banda, Franco Basaglia va liderar la desinstitucionalització a Itàlia defensant les tesis de l'antipsiquiatria. Treballant de psiquiatre des del manicomi de Trieste va arribar a la tesi que els trastorns mentals no eren malalties sinó l'expressió de necessitats humanes. a reforma va culminar l'any 1989 amb la llei que prohibia els internaments i establí que les persones amb problemes de salut mental havien de ser ateses en hospitals comunitaris (Rissmiller i Rissmiller, 2006).

El moviment de l'Antipsiquiatria va ser clau, ja que va abonar el terreny per

l'emergència de la Recuperació com a discurs dominant (Mills, 2017). Malgrat l'Antipsiquiatria apareix dins del sistema liderat per teòrics, i el Moviment per la recuperació apareix a partir del col·lectiu d'usuaris, hi ha certs solapaments entre ambdós moviments. Els principals punts d'unió són el rebuig frontal vers el dret d'imposar un model explicatiu sobre una experiència, i la consciència col·lectiva sobre el paper que tenen en això el poder dels professionals de la salut mental (Slade, 2009). L'Antipsiquiatria també va promoure l'expressió del què representa patir un trastorn mental incloent l'experiència de persones diagnosticades de trastorns mentals en les seves investigacions i a través de la difusió d'aquestes amb les seves obres.

Podem resumir la influència de l'Antipsiquiatria en el Model de Recuperació en els següents punts:

- La idea de recuperació fora del sistema sanitari com a possibilitat.
- La mirada holística vers la persona.
- L'interès per les experiències subjectives.
- El rebuig frontal contra tota forma de coerció.
- La importància de l'autoestigma, l'etiquetatge i les baixes expectatives professionals associades a determinats diagnòstics.
- L'interès per la identitat personal i dels canvis que aquesta experimenta al ser diagnosticat.
- La importància de les relacions interpersonals com a motor del canvi.
- L'èmfasi en la responsabilitat individual i la presa de control sobre el propi procés de recuperació.

1.2.1.4 Els Grans Estudis de Seguiment a Persones Afectades de TMG. En aquest apartat es mostren de forma sintètica un conjunt d'estudis de seguiment duts a terme entre els anys 40 i 80. La raó de situar-los aquí és la seva transcendència a

l'hora d'entendre el curs i pronòstic dels TMG i, per tant, la seva influència en el Model de Recuperació. Els estudis exposats ajuden a canviar la visió hegemònica sobre el curs deteriorant i la falta de recuperació de les persones amb un TMG. Entre aquesta visió pessimista i els resultats obtinguts per uns 10 estudis de seguiment completats durant les 3 últimes dècades del segle XX, hi ha discrepàncies importants. Els següents estudis longitudinals analitzats segueixen cohorts de pacients durant dos o tres dècades segueixin o no tractament i en conjunt, mostren com els resultats pel que fa a recuperació són heterogenis (Cohen, 2003). A la taula 1, exposarem breument els resultats de cadascun dels grans estudis de seguiment analitzats i finalment revisarem la seva transcendència en el Model de Recuperació. Per facilitar la comprensió dels resultats d'aquests estudis els sintetitzarem en la taula que es mostra a continuació:

Taula 1

Síntesis dels grans estudis de seguiment de persones amb TMG

Estudi/Localitat /Investigador/Any	Període de seguiment	Variables d'anàlisi	Resultats	Importància
Els estudis de l'Hospital Burghölzli; Suïssa; (Bleuler, 1942).	20 anys	Funcionament social: treball, vida autònoma vs institucionalització, independència del sistema sanitari	-25% es recuperen totalment. -65% alterna fases de millora i recuperació amb altres de brots psicòtics i -10% es manté psicòtic i necessita d'atenció hospitalària continuada.	El curs i els resultats de les persones amb esquizofrènia és heterogeni. La distinció entre esquizofrènia i esquizoafectius (sobrediagnosticats en l'estudi original de Bleuler) és vàlida a nivell de pronòstic.
L'estudi de Hinterhuber; Innsbruck, Austria; (Hinterhuber, 1930).	Seguiment de primers ingressos durant 30 anys.	Clíniques i socio-laborals	Un 33% de la mostra va necessitar d'atenció hospitalària a llarg termini. Predictors de recuperació: -Bon ajustament premòrbid social, familiar i professional. -Personalitat premòrbida poc desadaptada. -Haver conclòs l'etapa	Les taxes d'hospitalització estan influenciades per molts factors a part dels estrictament clínics (estructura social, familiar, sistema sanitari...).

			formativa.	
Les investigacions de Lausana; Suïssa; (Ciompi i Müller, 1976).	Més de 20 anys	Clíniques, socials, econòmiques.	-62% els símptomes han desaparegut a la vellesa -11% han millorat -20% no han canviat en la vellesa o s'han intensificat. Un terç dels pacients té unes bones relacions socials.	-Globalment, un 60% dels casos tenen un curs favorable. -Hi ha poc paral·lelisme entre la psicopatologia i el desenvolupament social de la persona. - Importància del context socioeconòmic en l'evolució.
L'Estudi Iowa 500; Iowa, EUA (Howland, 1930).	30-40 anys.	Estatus marital, residencial, ocupacional i simptomatologia psiquiàtrica.	Al final del seguiment: Un 21% dels pacients van mostrar bon resultat marital. El 35% bon resultat ocupacional i un 34%, un habitatge adequat. El 20% no presentaven simptomatologia psicòtica	Aproximadament un 46% dels usuaris diagnosticats d'esquizofrènia millora al llarg del temps.
Les investigacions de Bonn; Alemanya. (Huber, 1945).	22 anys	Clíniques i funcionament sociolaboral.	i 57% dels casos milloren o es recuperen. El 22% assoleixen la remissió complerta. Un 40% no mostra un síndrome residual característic (que només és vist en el 35%). 56% es recuperen socialment (retornen al seu estatus laboral previ).	El 66% estan socialment recuperats.
Bulgaria; (Marinow, 1946)	20 anys.	Psicopatologia i funcionament social i laboral.	-50% tenien un resultat favorable. -25% millorava -25% resultat pobre.	El resultat positiu a llarg termini correlacionen amb l'estat marital dels pacients, la seva habilitat per treballar i amb tractament amb neurolèptics més que no pas amb la història de malaltia, el número d'ingressos i la duració d'aquests
L'estudi longitudinal de Vermont; (Harding, 1955)	20-25 anys.	Clíniques, ocupacionals/labors/	-62-68% van millorar significativament en tots els dominis de funcionament. - 40% van augmentar la seva activitat productiva.	-L'estudi es dur a terme en el context de la desinstitucionalització -El seguiment es feia després d'haver passat per un

				-68% restablir les relacions socials -81% va millorar l'autocura. -68% del total no van mostrar símptomes propis de l'esquizofrènia.	programa de rehabilitació. -Remarca la importància de disposar de suport professional a llarg termini per garantir l'èxit.
Estudi longitudinal comparatiu de Maine-Vermont; EUA (DeSisto, 1987).	20-25 anys	Clíniques, ocupacionals/labors/	Indicadors de bon pronòstic: el nivell educatiu, estades hospitalàries curtes i ser dona.		-Primer intent de dur a terme una comparació a llarg termini entre dues mostres utilitzant els mateixos protocols però paradigmes diferents d'atenció. -Importància que el programa de rehabilitació va tenir essent un dels punts forts de la intervenció, l'oportunitat d'adaptar-se a la vida en comunitat, el suport residencial, el treball i les oportunitats socials.

Conclusions sobre els Estudis de Seguiment a Llarg Termini. S'han realitzat moltes crítiques metodològiques als estudis comentats (Harding et al., 1987). La majoria d'elles posa en dubte la comparabilitat i per tant, validesa externa, dels resultats. D'entre les més importants destaquen les següents:

- S'utilitzen diferents criteris diagnòstics que donen lloc a diferents mostres
- Diferents temps de seguiment
- Diferent definició dels resultats. Definicions ambigües de "recuperació"
- Diferents fonts d'informació en els seguiment (des d'entrevistes fins a revisions de la història clínica)
- Manca de cec en els procediments de recollida (els investigadors coneixien la història prèvia dels subjectes)
- Ús d'entrevistes no estructurades

- Excessives pèrdues que fan pensar que són selectives
- Sovint només es fa una avaluació puntual

Malgrat aquestes crítiques, Harding (1987) argumenta que l'ús de criteris diagnòstics més restrictius no prediu de forma uniforme una mala evolució (com s'ha vist en el rediagnòstic en alguns estudis). Els estudis de seguiment mostren conjuntament que, a llarg termini, les tendències de l'evolució del trastorn són més favorables, i particularment molt més diverses que el què s'havia cregut. L'evolució a llarg termini de les psicosis sembla dependre d'una combinació de diferents factors: ambientals, situacionals i biològics (Hegelson, 1985). Bentall (1992) conclou també que els resultats són enormement variables. En relació a això, emfatitza que el curs de l'esquizofrènia no és un curs natural sinó un curs social. El que ha estat, doncs, anomenat tradicionalment el curs de l'esquizofrènia no existeix i el desenvolupament com a persona és vist com molt més obert i dependent de la biografia i d'influències socials de tot tipus, més que no pas un procés d'emmalaltir. Globalment, els estudis revisats "ens porten a la conclusió que el curs de l'esquizofrènia no és compatible amb la concepció d'un deteriorament progressiu sinó que, més aviat, els diferents cursos es mostren per ells mateixos com un procés vital" (Ciompi, 1980). Warner (1985) estudia la recuperació des d'una perspectiva política i econòmica. Ha intentat demostrar que la vida de les persones amb esquizofrènia està llargament determinada per les condicions de vida en una societat particular i per les forces de producció. Segons Warner, els canvis en els resultats de les persones afectades d'esquizofrènia reflecteixen canvis en la percepció d'utilitat que és té d'ells en el procés productiu. Així, per exemple, els èxits en la integració i rehabilitació dels malalts està estretament relacionat amb la demanda de treball. Warner evidencia que:

- La rehabilitació és més efectiva en temps de guerra i durant períodes de manca de mà d'obra.

- La desinstitucionalització va començar, abans de la introducció dels psicofàrmacs, en els països del nord d'Europa on hi havia les taxes d'atur més baixes.

- El número de llits d'hospitalaris l'any 1965 estava relacionat amb la taxa d'atur

- Durant la Gran Depressió va augmentar el número de malalts esquizofrènia a l'hospital (Bentall, 1992)

En la mateixa línia, Ciompi (1980) argumenta la hipòtesi que l'esquizofrènia crònica sigui un artefacte psicosocial en el sentit que les conseqüències de la malaltia aguda estiguin determinades situacionalment. Postula que la cronicitat observada pot ser deguda pels següents factors:

- Institucionalisme i ambient poc estimulant: la simptomatologia negativa està associada a ambients empobrits com els ambients psiquiàtrics institucionals, centres de dia poc dotats i altres. Pacients anomenats "defectuats" poden millorar en ambients estimulants i que responguin a les seves necessitats fins i tot després de dècades d'hospitalització.

- No especificitat dels símptomes crònics de l'esquizofrènia: molts dels símptomes atribuïts a l'esquizofrènia crònica no són específics d'aquests trastorns sinó que són característiques més generals en institucions psiquiàtriques, camps de concentració o de presoners.

- Factors socials: Les expectatives dels familiars i els pacients, la duració de l'hospitalització prèvia i l'aïllament social, van ser les variables més predictores d'un bon resultat entre totes les estudiades com a factors pronòstics en pacients amb esquizofrènia amb curs crònic que segueixen rehabilitació (Ciompi, 1980) La psicopatologia i el diagnòstic, per contra, no semblen tenir massa influència en els resultats a llarg termini. A més a més, segons Ciompi determinats factors es combinen en un "principi general d'inèrcia psicosocial" a través del qual es mantenen i reforcen les pautes "d'esquizofrènic crònic". Com per exemple el cercle viciós en el que els pacients confirmem les

expectatives negatives quan veuen, després de repetits fracassos, que no poden dur a terme un treball, el que fan és adoptar una regressió en forma de passivitat com a conseqüència més lògica (Ciompi, 1980).

- Influències familiars: Certes dinàmiques familiars poden mantenir i perpetuar el rol de pacient definit en el sí de la família.

Tsuang (1997) conclou que globalment i, a través dels resultats en conjunt dels diferents estudis, hi ha certa unanimitat dels factors que afecten el curs de les persones amb TMG. Com a factors associats al bon pronòstic descriuen els següents: inici tardà i brusc, duració breu, afectivitat conservada, consciència trastorn, precipitants obvis, nivell socioeconòmic alt, IQ alt, desenvolupament normal dels ventricles, presència de simptomatologia maníaca o depressiva, episodis de confusió a l'inici, bon ajustament premòrbid, simptomatologia maníaca o depressiva en familiars, ser dona, tenir bon suport familiar i social i estar casat.

Podem resumir la influència d'aquests estudis en relació amb el Model de Recuperació, en els següents aspectes:

- Han ajudat a trencar la idea que la recuperació no és possible per les persones amb TMG.
- Ha ampliat la idea de recuperació més enllà de la merament simptomàtica.
- Ha incorporat factors socio-econòmics als determinants del curs i pronòstic dels trastorns.
- Han remarcat la importància de desenvolupar rols socialment valuosos de cares a la recuperació.

És important tenir en compte que en cap d'aquests estudis s'ha definit la

recuperació com quelcom més que allò funcional o clínic i no pas com un procés personal molt més complex. Malgrat això, van ajudar a trencar idees molt arrelades en l'imaginari dels professionals de la salut mental sobre les expectatives de millora i el curs de les persones afectades d'un TMG.

1.2.2 Què és la Recuperació?

A la base del concepte i Model de Recuperació hi conflueixen diferents factors, la gran part d'ells abordats en el capítol anterior. La desinstitucionalització, el moviment d'u/c/s, el naixement de la RPS i la Psiquiatria Comunitària, i els grans estudis de seguiment del segle XX, constitueixen el conjunt de circumstàncies necessàries per a l'aparició del nou Model de Recuperació.

Existeixen diferents conceptualitzacions de la Recuperació: com un paradigma, una ideologia, un moviment, un enfoc, una filosofia, una actitud, un model i un marc conceptual. Alhora s'ha conceptualitzat com un procés intern, un objectiu assistencial o "outcome" i com un objectiu sociopolític (Le Boutillier et al., 2015). Nosaltres ens centrarem en la conceptualització de la Recuperació com un procés personal, que implica un seguit de canvis psicològics, socials, conductuals, identitaris i vers la qual podem orientar els serveis per facilitar-la.

En aquest capítol abordarem el seu naixement diferenciant-lo clarament de la mera recuperació clínica/simptomàtica, les diferents conceptualitzacions actuals més acceptades, la seva traducció en un model procesual, el seu impacte i riscos, i la seva vocació orientadora dels serveis de salut mental.

1.2.2.1 Recuperació Clínica vs. Recuperació Personal. Tradicionalment, s'ha entès en la literatura científica que quan parlem de recuperació estem fent referència, per

una banda, a la remissió clínica o almenys a la disminució d'aquesta fins a límits no interferidors i, per l'altra, a la recuperació funcional entesa com la recuperació d'un nivell de funcionament psicosocial previ a l'impacte dels símptomes. Slade et al. (2008) fan una distinció clara entre aquesta recuperació clínica i aquella definida pels afectats com a recuperació personal, argumentant que la primera està vinculada a una visió mèdica tradicional d'entendre la cura com a remissió dels símptomes, i la segona amb un procés personal de transformació de les persones que viuen amb un trastorn mental.

Aquesta distinció també la trobem descrita a la literatura com a la “recovery from” contra “recovery in” (Carr, 1983; Davidson et al., 2008; Liberman et al., 2005; Schrank i Slade, 2007). La primera es basa en els resultats dels estudis fets a llarg termini. La conceptualització “recovery from” considera que la recuperació és el resultat a llarg termini de la remissió tant funcional com clínica. És per tant, una definició de recuperació des de l'òptica dels professionals. La segona, prové del moviment associatiu i és subscripta, sobretot, per pacients i professionals del camp de la rehabilitació. Entén que la recuperació pot incloure, però no requereix de la remissió clínica ni del retorn a un nivell “normal” de funcionament (per exemple, treballar, viure de forma autònoma, tenir amics). Sinó que la recuperació és vista com un procés personal de creixement i desenvolupament, i inclou, d'una banda, la superació dels efectes de ser un pacient de salut mental, amb totes les seves implicacions, i, d'una altra, recuperar el control sobre la pròpia vida i establir objectius propis que condueixin a una vida amb significat personal. Els orígens d'aquestes dues formes d'entendre la recuperació són diferents: mentre que la recuperació clínica ha emergit des de la pràctica professional i la recerca, l'altra emergeix, com hem vist en els apartats anteriors, de l'experiència dels usuaris a l'hora d'afrontar la vida amb un trastorn mental.

1.2.2.2 La Recuperació entesa com un Procés Personal.

La desinstitucionalització va generar el requeriment de cobrir antigues i noves necessitats de les persones amb TMG a la comunitat. Van caldre nous serveis per atendre noves demandes (d'habitatge, de suport pel manteniment a la comunitat, laborals...) i també van aparèixer noves conceptualitzacions sobre quin és l'objectiu de l'atenció a les persones amb TMG i noves fites i necessitats dels propis usuaris, abans cobertes per les "institucions totals". El tractament a la comunitat de les persones amb TMG, conjuntament amb l'auge i conceptualitzacions des de la RPS, van posar de manifest que calia anar més enllà dels símptomes i abordar l'impacte que el trastorn té a la vida de la persona (Cohen i Farkas, 1990). La RPS va posar de manifest que els trastorns mentals i el seu impacte generen una discapacitat que, en interacció amb les condicions del medi, pot ser generadora o no d'una minusvalidesa i, per tant, generar un desavantatge social respecte la resta de la població.

En aquest context el concepte de recuperació apareix vinculat a la salut mental a través dels escrits de u/s/c que narren la seva experiència. En aquest sentit, podem considerar l'article de Patt Deegan(1988) titulat "Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation" el primer amb repercussió internacional on apareix la idea de "recuperació" expressada amb aquesta paraula. En ell, Deegan posa les bases del Model de Recuperació. Les idees principals sobre el concepte de recuperació que planteja són les següents:

- La diferenciació entre Rehabilitació i Recuperació: entenent la primera com un conjunt de serveis i tècniques, i la segona allò que les persones han de fer de forma activa.
- L'estigma com un element comú que dificulta el procés de recuperació.
- La impossibilitat d'arribar a conèixer el fenomen de la recuperació si no és través dels seus protagonistes: les persones amb una discapacitat.

- El paper actiu i protagonista de la persona en el procés de recuperació.
- L'efecte nociu de les baixes expectatives professionals projectades en un mateix.
- La recuperació entesa com un procés amb diferents fases (des de la negació, el dol i la desesperança a l'esperança i l'autorealització).
- El necessari redescobriments d'un mateix i la construcció d'un nou propòsit vital.
- La desmotivadora idea de "retorn a l'estat previ" com a filosofia dels serveis.
- La importància de comptar amb un entorn que cregui en les persones.

En el mateix article Deegan comença a posar el focus en com els serveis poden facilitar la recuperació i com, a vegades, els serveis estan disposats i estructurats per dificultar aquest procés. Descriu els següents elements dels serveis que faciliten la recuperació:

- Facilitar i promoure la presa de decisions i l'assumpció de riscos.
- Ser flexibles, no lineals i adaptar-se a les necessitats de cadascú en cada moment.
- Oferir un suficient ventall d'oportunitats per escollir (clubs socials, serveis laborals, etc.).
- Comptar amb els recursos d'ajuda mútua.
- Prestar atenció als valors subjacents de cada dispositiu (cooperatiu vs. competitiu, per exemple).
- El reconeixement de l'expertesa per l'experiència de cadascú pel fet d'haver patit un trastorn mental.
- La importància de factors terapèutics comuns als tractaments grupals com és la universalització i el comptar amb iguals que han superat ja experiències

similars (el “contagi” de l'esperança).

- Focalitzar en les actituds professionals com les actituds estigmatitzants generadores d'alteritat (augmentant la diferència “nosaltres” i “ells” i considerant tota activitat de l'altre com a signe del trastorn).

En obres posteriors, Deegan (1996) ha seguit ampliant les idees bàsiques del model, centrant-se sobretot en tots aquells elements que són generadors d'esperança i, per tant, faciliten l'acció.

En el context de naixement d'aquest nou model, cal destacar també un escrit anònim de 1989 (Anonymous, 1989) publicat a l'apartat “first accounts series” de la revista *Schizophrenia Bulletin* com un dels primers on apareix la recuperació com a concepte, malgrat no apareix amb el nom de “recuperació”. En ell, s'hi veuen descrits molts dels conceptes que formaran part del corpus central del concepte de recuperació:

- La recuperació entesa com a procés no lineal.
- La importància de comptar amb persones que creguin en tu i siguin font d'esperança.
- La importància de recuperar un propòsit vital.
- La importància de l'ajuda mútua i l'activisme com a rols socialment valorats.
- El desenvolupament d'altres rols socialment valorats
- La importància del maneig de la malaltia com a element necessari per guanyar control sobre la pròpia vida.
- La recuperació entesa com un procés multi-dimensional (social, identitari, emocional...).

Només dos anys després de l'article fundacional de Deegan, Anthony et al. (1990) introdueix el concepte de recuperació i de serveis orientats a la recuperació al món

acadèmic a través de l'article titulat "Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s". En aquest, Anthony es centra en dos aspectes molt transcendents: primer, descriu quines són les principals idees del model i, segon, es centra en quina transcendència té el concepte de recuperació pels serveis de salut mental.

Anthony descriu els següents vuit supòsits sobre la recuperació, que marcaran les conceptualitzacions futures:

- La recuperació pot donar-se sense ajuda professional.
- La presència d'almenys una persona que cregui en ella és un denominador comú a tots els processos.
- La idea de Recuperació no implica cap teoria sobre les causes dels trastorns mentals.
- Hi pot haver recuperació malgrat la presència de símptomes.
- La recuperació implica també una millora clínica, en el sentit de ser menys interferidora amb els projectes personals de cadascú.
- La recuperació no és un procés lineal.
- La recuperació de les conseqüències de la malaltia és més complexa que la simptomàtica o clínica.
- Les persones que han fet un procés de recuperació són una font de coneixement sobre el propi procés i poden ser d'ajuda d'altres persones.

Pel què fa al segon aspecte relatat per Anthony (la transcendència del concepte de recuperació pels serveis de salut mental), creiem que és necessari prestar-hi atenció per la implicació que té pel sistemes sanitaris. L'autor posa l'accent en com cada element dels dispositius de salut mental ha de ser avaluat des del Model de Recuperació. És a dir, fins a quin punt cada element dóna suport a la recuperació de les persones ateses. Per

exemple, les accions encaminades al control dels símptomes faciliten la recuperació perquè no aturen ni arruïnen les possibilitats de construir un futur laboral o de mantenir relacions socials. Malgrat posar l'accent en això, també afirma que el concepte s'ha de desenvolupar. I això significa, conèixer els principals elements, definir-los operativament, disposar de mètodes per avaluar-los i traduir-los en accions que li donin suport.

A partir d'aquests articles inicials que col·loquen els fonaments pel Model de Recuperació, apareix un interès creixent en la literatura per la recuperació. Els diferents focus d'interès es poden resumir en els següents, que abordarem més endavant:

- Aprofundir en el procés de recuperació a través d'estudis qualitius d'usuaris (Davidson,2003) i aconseguir un model de consens.
- Avaluar tant serveis com competències professionals en relació al suport que donen a la recuperació (Borkin et al., 2000).
- Construir un model processual de recuperació (Weeks et al., 2011) que permeti adaptar les accions a cada fase dins el procés.
- Aprofundir en com promoure serveis orientats vers la recuperació a través d'estudis qualitius dels professionals implicats en el canvi de model/paradigma (Le Boutillier et al., 2015) i guanyar coneixent sobre les barreres, dificultats i facilitadors d'aquest canvi.

1.2.2.3 Conceptualització del Model de Recuperació: el Model CHIME i el Model de les Fases de la Recuperació. Durant els últims 20 anys hi ha hagut un interès creixent en explorar i conceptualitzar la visió dels usuaris sobre el seu propi procés de recuperació amb l'objectiu d'obtenir un model robust que permeti orientar els serveis. La recerca relacionada amb el Model de Recuperació ha augmentat de forma exponencial durant aquest temps. Per tal de ser fidel a la recuperació entesa com un procés personal,

s'ha utilitzat de forma prioritària metodologia qualitativa (MQ). Aquesta metodologia és molt útil quan l'objectiu de la recerca s'orienta als significats i experiències de les persones implicades, sobretot quan allò a conèixer és una àrea complexa poc coneguda (Crowe et al., 2015) o quan es vol obtenir una teoria sobre un fenomen nou (Peters, 2010). L'ús de la MQ també permet conèixer l'abast i la translació d'una intervenció a la pràctica, conèixer els factors terapèutics percebuts i allò valorat pels participants d'una intervenció. Alhora, la MQ permet accedir a processos interns i sistematitzar-los en forma de teoria per poder ser testada posteriorment per altres mètodes i/o utilitzada per orientar accions concretes.

És per això que ha estat la metodologia més utilitzada per explorar la Recuperació entesa com un procés personal. Procés que té moltes comunalitats entre les diferents persones que hi estan immerses. En la literatura, doncs, trobarem diferents estratègies qualitatives per accedir a aquest processos. Principalment, s'han utilitzat grups focals de discussió (GF) i entrevistes que, un cop analitzades, han permès emergir allò comú que hi ha en tot procés de recuperació.

Malgrat la proliferació d'estudis amb MQ sobre el procés de recuperació i els seus components principals, cal que aquest conjunt de resultats sigui sistematitzat d'alguna manera per guanyar robustesa científica i poder esdevenir un paradigma d'aplicació general i no quedar només en una mera retòrica. Cal tenir en compte, que, com hem vist, la recuperació és entesa en la literatura de diferents formes, i si la seva vocació és guiar i transformar els serveis, cal guanyar una base científica sòlida (Le Boutillier et al., 2011). En un context de falta de recursos, encara es fa més necessari disposar d'aquest aval científic que justifiqui possibles canvis en els serveis per orientar-se cap al suport a la recuperació. És necessari, doncs, una definició clara i operativa de la recuperació i el seu procés, conèixer quins elements/factors promocionen la recuperació i quins no, realitzar estudis de resultats d'aquells serveis orientats vers la recuperació; i elaborar programes

de formació i guies d'acció per tal de transformar els serveis (Silverstein i Bellack, 2008; Meehan et al., 2008).

Arran d'aquesta necessitat d'operativització sorgeix el model CHIME (acrònim en anglès que adopten els investigadors a partir d'aquells elements més rellevants del procés de recuperació: Connectedness, Hope and Optimism, Identity, Meaning and Purpose i Empowerment). Aquest model sorgeix de la primera revisió sistemàtica de la literatura disponible en recuperació (Leamy et al., 2011; Bird et al., 2014; Slade et al., 2014), i és el marc conceptual de la recuperació personal més acceptat avui en dia internacionalment i a partir del qual es genera més recerca (Tse et al., 2012; Laws, 2013). El model CHIME es deriva d'una síntesi de la literatura existent de narratives i conceptualitzacions de recuperació personal utilitzant l'anàlisi temàtic. Aquesta aproximació metodològica permet generar nou coneixement a partir de diferents estudis a través diferents estratègies de forma sistemàtica, com és la Teoria Fonamentada (TF, Grounded Theory; Glaser i Strauss, 1998; Snilstveit et al., 2012;). La TF aporta una forma inductiva d'aproximar-se a un fenomen social del qual encara no se'n disposa d'una teoria substancial. Exigeix identificar les categories teòriques que es deriven de les dades mitjançant el mètode de comparació constant, que consisteix a comparar els continguts de diferents entrevistes amb els conceptes teòrics que van emergent amb la identificació de temes fonamentals, passant així de les dades a categories teòriques que ens ajuden a comprendre les dades. Aquesta metodologia és molt adequada per poder construir un model com el de recuperació, basat en l'experiència intersubjectiva de les persones afectades d'un trastorn mental.

En base a aquesta aproximació metodològica, el model CHIME consta de 3 parts:

- La descripció de les característiques del procés de recuperació personal.
- La identificació del processos que apareixen durant la recuperació.
- El model de les fases de recuperació basat en el model transteòric del canvi

(Prochaska i DiClemente, 1994).

A la Taula 2 podem veure quines són les característiques més comunes i compartides del concepte de recuperació entès com un procés personal. Un dels elements més destacat d'aquest és la consideració de la recuperació com un procés actiu de confrontació, treball, integració d'esdeveniments traumàtics en el sentit que l'impacte negatiu del trastorn a la vida de cadascú es minimitza en el moment en què ens orientem vers el futur. En aquest sentit, la recuperació és vista com una alternativa a la negació o la victimització contínua (Davidson et al., 2003). S'entén també com un procés actiu de reprendre el control sobre un mateix, els seus somnis, la seva salut, etc. elements que el trastorn sovint pren. Recuperar-se implica esforços d'adaptació a una nova situació. David i Strauss (1992) contraposen aquest pas vers l'activitat amb la desmotivació, apatia, aïllament i desmoralització que provoca la consciència d'estar patint un trastorn mental. Kvia et al., (2021) vinculen també aquest procés actiu amb la participació en la presa de decisions sobre tot allò que els afecta.

Taula 2

Característiques de la recuperació entesa com un camí personal

-
- La recuperació com a procés **actiu**
 - La recuperació com a procés **únic**
 - La recuperació com a procés **no lineal**
 - La recuperació com a conjunt de **fases o estadis**
 - La recuperació com a **lluita contra la dificultat amb esforç**
 - La recuperació com a concepte **multidimensional**
 - La recuperació com a procés **gradual**
 - La recuperació com a **experiència de canvi vital**
 - La recuperació com a **possibilitat malgrat no hi hagi curació**
 - **L'entorn** com a element de **suport** a la recuperació
-

-
- La recuperació com una possibilitat **sense ajuda professional**
 - La recuperació com un **procés d'assaig i error**
-

La recuperació és entesa com un procés profundament personal i únic de canvi d'actituds, valors, sentiments, objectius, habilitats i rols (Anthony et al., 1990). Es parteix de la base que cada persona és única, amb les seves aspiracions, dificultats, pors, capacitats...i per tant, si els serveis volen donar-hi suport, cal individualitzar l'atenció tenint en compte aquesta singularitat i excepcionalitat de cadascú.

La recuperació també s'entén com un procés no lineal. En incorporar aquesta característica es fa èmfasi en la possibilitat que el procés tingui alts i baixos i que, en determinats moments, es retorni a funcionaments i estadis previs de menor esperança, més símptomes, més inactivitat i aïllament. D'aquesta manera, s'incorporen les crisis i/o hospitalitzacions si calen, com a part d'un procés i es trenca amb la idea d'evitar els riscos a qualsevol preu. La idea de "camí", també reforça aquesta visió de la recuperació com un procés que s'allarga en el temps i, fins i tot, pot ser considerat un camí vital que acompanyi a la persona a la recerca de l'autorealització fins la mort.

Com veurem de forma més extensa quan abordem la conceptualització de la recuperació com un procés per fases, aquesta idea rau en el nucli del concepte. Andresen et al. (2006), en base a una revisió sistemàtica de la literatura sobre la conceptualització de la recuperació com un procés, descriu un model de fases globals per les quals transiten les persones "en recuperació". Aquesta visió ens ajuda, com a professionals, a poder pensar quina és la millor manera de donar suport a la persona en funció de la fase en la que es trobi.

La idea de la recuperació com una lluita contra les dificultats emfatitza la responsabilitat i l'activitat de la persona a l'hora de fer front a un trastorn i el seu impacte, la necessitat de donar sentit a l'experiència de malaltia i a la no disgregació de la identitat

personal, i la recuperació d'un sentiment d'agència personal. Deegan (2011) fa èmfasi en la importància d'entendre el que representa haver de lluitar contra l'estrès que implica el trastorn, les pèrdues i el dol, i també el manteniment de l'optimisme i l'esperança vers el futur.

La recuperació s'entén com un procés multidimensional. Per tant, com un procés que implica diferents aspectes: la vida social, la identitat, l'empoderament i la recuperació del sentit a la vida. Aquestes dimensions, que més endavant desenvoluparem, es plantegen com independents les unes de les altres en cert grau, per exemple, que mentre que una persona pot avançar en la recuperació d'un sentit vital, pot mantenir també una identitat molt saturada pel trastorn, o viceversa. Per tant, l'avanç en una d'elles no condiciona les altres, malgrat òbviament estan interrelacionades en certa mesura.

Un altre característica del concepte és la seva possibilitat fora del sistema de suport professional. Aquesta idea està molt vinculada a l'origen del moviment c/s/u i a la posada en marxa, sobretot al món anglosaxó, de formes d'atenció basades en l'ajuda mútua.

L'èmfasi en l'assumpció de riscos es veu reflectida en la idea de la recuperació com un procés d'assaig i error. Aquesta idea es contraposa amb la visió tradicional d'evitar els riscos en pro d'evitar la reagudització dels trastorns i les possibles recaigudes. Per tant, es confronta amb l'orientació vers la reducció dels símptomes i la idea reduccionista de la recuperació entesa com a remissió dels símptomes.

Tal i com hem comentat més amunt, diferents estudis han conceptualitzat la recuperació com un procés multidimensional (Andresen et al., 2006; Roe et al., 2006; Jeanette, 2006; Wood et al., 2010). Optarem per centrar-nos en el model CHIME (Leamy et al, 2011) per condensar la resta d'aproximacions al fenomen. CHIME és l'acrònim en anglès de les següents dimensions/componentes del procés de recuperació:

- Connectedness
- Hope and Optimism
- Identity
- Meaning and Purpose
- Empowerment

Hem d'entendre tots aquests elements com a necessaris durant el procés de recuperació. La persona ha de dur a terme passos actius per avançar en cadascuna d'elles i assumir la responsabilitat de moure's vers el canvi. Com podem veure a la taula 3, cadascun d'ells disposa d'una sèrie de subcategories connectades entre elles.

Taula 3

Dimensions durant el procés de recuperació

1. Connexions socials/Xarxa Social

- 1.1 Suport d'iguals i grups de suport
- 1.2 Relacions
- 1.3 Suport d'altres persones
- 1.4 Formar part de la comunitat

2. Esperança i Optimisme vers el futur

- 2.1 Creure que la recuperació és possible
- 2.2 Motivació pel canvi
- 2.3 Relacions que siguin motor d'esperança
- 2.4 Valorar l'èxit i pensament positiu
- 2.5 Tenir somnis i aspiracions

3. Identitat

- 3.1 Dimensions de la identitat
- 3.2 Construcció i redefinició d'una identitat positiva
- 3.3 Superació de l'estigma

4. Significat vital

- 4.1 Significat de l'experiència de malaltia mental
 - 4.2 Espiritualitat
 - 4.3 Qualitat de vida
-

4.4 Significat vital i rols socials

4.5 Significat vital i objectius socials

4.6 Reconstrucció vital

5. Empoderament

5.1 Responsabilitat personal

5.2 Control sobre la pròpia vida

5.3 Enfocament en capacitats

La dimensió de Connexions Socials fa referència a la necessitat de comptar amb familiars, professionals, membres de la comunitat, companys o mascotes, que ens donin suport per fer front a les dificultats i que ens ajudin a prendre consciència que estem en el camí de la recuperació (Davidson i Roe, 2009).

La dimensió d'Esperança i Optimisme, es centra en la idea que el canvi és possible i l'establiment d'objectius com a mitjà per aconseguir-ho. En aquest sentit, les relacions que ens ajuden a mantenir aquesta esperança són determinants i emfatitzen que la recuperació és inevitablement un procés social. Els altres, a través de la transmissió de les seves expectatives sobre la persona, ajuden a enviar el missatge de que és possible una vida satisfactòria i productiva malgrat els trastorns (Mancini i Rogers, 2005).

La identitat és un dels altres elements rellevants del procés. En aquest punt és important saber que les persones afectades d'un TMG desenvolupen una Identitat del Trastorn, entesa com el conjunt de rols i actituds que les persones desenvolupen sobre elles mateixes en relació amb la comprensió que es fa del trastorn. Per tant, el trastorn afecta la concepció que es té d'un mateix i, en alguns casos, pot acabar essent definitiva d'un mateix (*role engulfment*) (Lally, 1989). La Identitat del Trastorn no és irrellevant ja que pot tenir un paper important tant el curs de trastorn com en la recuperació de la persona (Yanos et al., 2010) L'estigma i l'autoestigma està íntimament lligat a la idea d'identitat, en el sentit que les conceptualitzacions socials sobre les persones amb un trastorn mental

modifiquen el propi jo quan s'és etiquetat o autoetiquetat com a persones amb un trastorn mental (Cruwys i Gunaseelan, 2016). La dimensió d'identitat també incorpora la subcategories d'acceptació. Acceptar un trastorn mental implica incorporar-lo d'alguna manera a la identitat sense que esdevingui definitiva. Alhora, l'acceptació és un procés actiu en el qual la persona s'implica en el maneig dels símptomes i l'impacte d'aquests en la vida quotidiana, incorpora el trastorn en la seva identitat, afronta les emocions negatives que implica aquesta acceptació i s'implica en relacions i interacciona amb altres persones que l'ajuden a acceptar-la (Mizock i Russinova, 2016).

En general, les persones descriuen el desenvolupament d'un sentit i propòsit vital com un element clau del seu procés: “recuperar-me és moure'm des de l'alienació fins a un sentir que tinc un propòsit i sentit vital” (Ridgway, 2001); “la recuperació és trobar un marc que ens ajudi a explicar l'experiència que hem tingut” (Jacobson i Greenley, 2001). Aquesta dimensió fa èmfasi en la importància de trobar sentit a la vida més enllà del trastorn, entenent que el trastorn canvia i obliga a reorientar-se vitalment. Alhora, la idea de poder donar sentit a l'experiència en el marc de la psicobiografia de cadascú de patir un trastorn mental es vincula directament amb l'oposició frontal a desatendre des dels serveis sanitaris la persona i atendre només símptomes i trastorns.

Per últim, la dimensió d'empoderament està connectada amb la relació de la persona amb els serveis sanitaris i la societat, en el sentit d'aconseguir la ciutadania plena. L'empoderament inclou una dimensió personal en les relacions de poder, sobretot amb els professionals i altres persones que prenen decisions importants per ells i/o que els afecten. Reprendre el control, prendre decisions i disposar d'opcions per fer-ho és un element central del procés de recuperació. Alhora, l'empoderament és entès com procés que implica també la persona i els seus vincles amb la comunitat i exerceixi la plena ciutadania. També incorpora una vessant social com a col·lectiu: com a grup oprimat, el col·lectiu de c/s/u reclamen una major participació en tot allò que l'afecta i una millora en

les condicions de vida i l'accés als recursos (d'habitatge, econòmics, laborals, educatius, etc.) (Nelson et al., 2001). En resum, fer valer aquella màxima de “res per nosaltres sense nosaltres”.

A la taula 4 hem reproduït de Leamy et al. (2011) la conceptualització de recuperació entesa com un procés personal a través d'un model de fases o estadis. Aquesta taula sintetitza i recull els diferents desenvolupaments que hi ha a la literatura al respecte. Entre les diferents formulacions, destacarem la d'Andresen et al. (2006) per la seva claredat i utilitat ja que permet situar la persona en qualsevol fase dels diferents processos identificats. A la taula 5. reproduïm el seu model adaptat.

Taula 4

Fases del procés de recuperació adaptades al Model Transteòric del canvi

Precontemplació	Contemplació	Preparació	Acció	Manteniment i Creixement
Bloquejat	Lluitant contra la discapacitat		Recuperació parcial visquent amb discapacitat	Recuperació plena més enllà de la discapacitat
Descens a l'Infern	Acceptació d'ajuda	Creure en la possibilitat de canvi	Aprenent	Segur d'un mateix
Desmoralització		Desenvolupament i establint autonomia		Esforz cap a la integració comunitària
Dependència ocupacional		Activitats ocupacionals de suport	Actiu en la implicació en activitats significatives	Èxit en el desenvolupament ocupacional
Dependent/No conscient	Depenent/conscient		Independent/conscient	Interdependent/conscient
Moratòria	Consciència	Preparació	Reconstrucció	Creixement
	Tímides mostres de recuperació	Punt d'inflexió	Caminant cap a la recuperació	
	Un bri d'esperança després de la desesperació	Ja no et veus només com una persona amb un trastorn mental	Transitant de l'aïllament vers la vinculació	Afrontament actiu en comptes d'ajustament passiu
Sobrecarregat i		Lluitant contra	Visquent amb la	Vivint més enllà de la discapacitat

desbordat per la discapacitat	la discapacitat	discapacitat	
Iniciant la recuperació		Recuperant allò /anant endavant	Millorant la qualitat de vida
Crisis	Decisió de reempendre l'autonomia	Construint una independència sana	
	Punt d'inflexió	Determinació	Autoestima

Taula 5

Components/Processos a través de les fases (adaptat d'Andresen, 2006)

Processos	Estadis				
	Estadi 1	Estadi 2	Estadi 3	Estadi 4	Estadi 5
	Moratòria	Consciència	Preparació	Reconstrucció	Creixement
Esperança	- Nul·la esperança per la recuperació - Desesperança	- Confiança en la possibilitat de millora - Fonts d'esperança	- Creença en un mateix - Ús d'inspiracions	- El patiment és recompensat - Sentiment d'agència personal	- Benestar - Optimisme vers el futur
Identitat	- Identitat negativa - Pèrdua de la identitat - Pèrdua de la identitat futura	- La malaltia com a quelcom separat d'un mateix - Consciència del potencial d'un mateix - Acceptació de la malaltia	- Reconeixement del manteniment del nucli del self - Emergència d'una nova identitat - Fer balanç d'un mateix	- Incorporació del trastorn - Redefinició d'un mateix - Forjant una nova identitat	- Sentiment positius vers un mateix - El self ha canviat i ha millorat - Actualització
Significat	- La malaltia com a significat - Pèrdua del sentit vital	- Donant significat a la malaltia - Sensació de direcció	- Redescubriment de les capacitats personals - Establiment d'objectius vers el futur	- El trastorn com a font de creixement - Implicació i participació a la vida	- Significat al trastorn - Significat a la vida
Responsabilitat	- Indefensió - Dependència - Sobrepassat	- Sentiment que podria implicar-me més - Desig de mirar més enllà d'un mateix - Necessitat d'aprendre habilitats d'afrontament	- Construint confiança - Aprenent estratègia d'afrontament - Utilitzant recursos	- Disposició a arriscar-se - Maneig del trastorn - Responsabilitat a la vida	- Resiliència - Control sobre el trastorn - Control sobre la vida pròpia

A partir d'aquest model Andresen et al. (2011) van desenvolupar l'instrument STORI (Stages of Recovery Instrument) per avaluar i poder situar cada persona en l'estadi i procés que es troba. La qüestió de l'avaluació de les fases de la recuperació no és trivial ja que permet ajustar les intervencions a la fase en què es troba cada persona i així facilitar els processos de recuperació.

Segons Andresen, les persones passen primer per una fase de moratòria en la que no veuen esperança, la identitat personal està molt malmesa per la irrupció del trastorn; hi ha una pèrdua de sentit vital i no es troba explicació ni es pot integrar l'experiència de malaltia. Alhora, el trastorn, ha escombrat els somnis personals i el futur no té sentit; el trastorn tampoc està sota control i la persona es troba sobrepassada i amb sentiments d'indefensió davant del què li passa. A mesura que avança en el seu procés de recuperació i va entrant als següents estadis (conscienciació, preparació, reconstrucció i creixement), aquesta situació es va modificant a través de les diferents dimensions (esperança, identitat, sentit, responsabilitat). Segons Andresen et al. (2003) una persona pot estar en un estadi en un procés concret i alhora en un altre estadi en un altre component. També planteja que aquest procés no és lineal malgrat la seva exposició sí que ho sigui. Per tant, durant el procés pot haver-hi passos enrere.

No volem acabar aquest apartat sense exposar dos models més recents però que no han tingut l'impacte del model CHIME. Són models coherents amb l'anterior i es diferencien sobretot en el grau de detall i en el número de components i processos que engloben.

El primer d'ells està basat en el model recuperació de l'agència americana SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health Service Administration) (Ellison et al., 2018) a través d'una revisió sistemàtica dels models existents fins al moment. El seu model consta finalment de 17 components que podem veure a la taula 6.

Taula 6

Model de Recuperació de SAMSHA

Components
Individualitzat i centrat en la persona
Empoderament
Esperança
Autodirecció
No lineal/Múltiples camins
Basat en les capacitats
Respectuós amb la persona
Responsabilitat personal
Suport mutu
Holístic
Focalitza en el trauma
Relacional
Respectuós amb els valors i cultura de cadascú
Atén la salut mental i física
Importància d'un lloc estable on viure
Propositiu importància de desenvolupar rols socials valuosos
Comunitat: importància de la participació comunitària

Per últim, Jaiswal et al. (2020) en base a un model ja existent fan una revisió de la literatura obtenint un model amb vocació d'orientar les accions dels serveis per facilitar la recuperació. A la taula 7 podem veure una adaptació d'aquest model.

Taula 7

Elements principals del model de recuperació de Jaiswal et al. (2020)

Relacions	Terapèutiques
	Amb persones significatives
	Amb la Comunitat
Significat	Identitat
	Esperança

	Propòsit
Participació	Rols
	Sentiment d'agència personal

1.2.2.4 Rellevància, Reptes i Riscos del Model de Recuperació (MdR). La difusió i penetració del MdR ha permès ampliar el focus de l'objectiu dels serveis. Si fins aleshores la tasca dels professionals es centrava a la reducció de la simptomatologia i la millora del funcionament, ara s'incorpora la persona que pateix el trastorn, amb les seves necessitats, inquietuds i somnis. El MdR, doncs, ha permès una reorientació de la pràctica professional (Jaiswal et al., 2020). Les narratives d'u/s/c han ajudat a canviar la percepció que els professionals tenen sobre quins són els seus objectius i inevitablement de les accions a implementar (Khan i Tracy, 2021).

La no necessària desaparició dels símptomes per tal que hi hagi un procés de recuperació, ha facilitat el canvi de mirada cap a altres aspectes intrapsíquics i socials (identitaris, d'esperança, d'empoderament...) que es donen durant el procés de recuperació i que necessiten suport per tirar endavant de forma efectiva.

El MdR ha ajudat també a canviar les expectatives i el pronòstic pessimista que s'havia instal·lat entre els professionals sobre les persones amb TMG. El fet que el MdR plantegi aquesta com un procés on l'esperança hi té un lloc central, ha ajudat a canviar idees molt arrelades als professionals sobre l'evolució d'aquests trastorns (Davidson et al. 2005).

Malgrat aquests avenços, hi ha un risc que el MdR només impliqui una operació de “maquillatge” i no canviï pràctiques professionals. Per tal de poder-ho fer, és necessari ampliar el coneixement sobre quins són aquells aspectes dels serveis que donen suport a

la recuperació i quins no. I, un cop definits aquests elements, cal que els professionals adaptin les seves pràctiques professionals. Per fer-ho, serà necessari desenvolupar estratègies formatives d'ampli abast per difondre i fer la translació de coneixements a pràctiques professionals (Jainswall et al, 2020; Davidson et al; 2005) i disposar d'un mapa de les actuacions pràctiques i professionals en salut mental comunitària (Khan i Tracy, 2021).

Aquests canvis no estan exempts de riscos. Des del moviment d'u/c/s s'ha vist amb preocupació la translació d'un model social i descrit pels propis afectats, a un model científic de la recuperació. Trivedi (2020) planteja el risc que la idea de recuperació sigui distorsionada pels serveis sanitaris en pro de motivacions econòmiques, polítiques i ètiques i convertit en un "outcome"/resultat assistencial/ o indicador amb la voluntat última de preservar les estructures i el poder institucional. En aquest sentit es pregunta fins a quin punt allò que ha estat originat i desenvolupat pels usuaris/supervivents de salut mental, pot ser posteriorment redefinit i reestructurat pels professionals, i si ha estat per cobrir les seves necessitats o les dels usuaris.

Roe i Davidson (2007) posen l'accent també en la importància de no confondre el fet que la persona estigui en recuperació a pensar que la recuperació és una fita, un resultat, i pot ser convertit en un outcome. Convertir la recuperació en allò que els serveis han de fer (i pel que moltes vegades seran valorats/finançats) podria implicar que els serveis actuessin de forma coercitiva i pressionessin als usuaris per avançar en la seva recuperació, tornant-se el sistema sanitari intolerant cap a aquelles persones que "no es recuperen" i decidint qui està prou recuperat. Convertir, doncs, la recuperació en un "outcome" implicaria abandonar la idea de procés i camí on allò important no és on s'arriba sinó el camí en si mateix. Aquesta idea de "procés" té sentit per aquelles persones que segueixen patint l'impacte psicosocial i clínic d'un trastorn mental. Seguint la lògica de

la recuperació com un “outcome”, si ja estan recuperats ja no estan en procés de recuperació i, per tant, ja no cal que es beneficiïn de les estratègies assistencials dirigides a facilitar-la. En resum, s'ha d'aplicar de forma que encoratgi, i no com un mandat, cap a la recuperació de nous rols socials i significatius així com també el sentiment de pertinença a la comunitat. O amb paraules de Deegan (1996) “la nostra feina (com a professionals) no és decidir qui vol i qui no vol recuperar-se; la nostra feina és establir relacions de suport que la facilitin”.

La idea de la recuperació com un procés individual i únic també pot comportar conseqüències negatives: els serveis poden retallar les seves prestacions o la seva durada amb l'excusa que cadascú ha de fer el seu propi procés de recuperació: si es recuperen, ja no necessiten serveis i, si no ho fan, serà perquè no s'esforcen prou (Slade et al, 2014). Aquesta idea seria poc coherent amb el model de discapacitat vigent i coherent amb el MdR, que diu que cada persona requereix els serveis i suports que calguin per tal de que pugui exercir la ciutadania amb la màxima plenitud que el trastorn li permet. Per tant, hi pot haver certa desatenció dels contextos materials, socials, culturals, econòmics i polítics en el quals les persones es recuperen (Roe i Davidson, 2005).

Si partim d'una idea neoliberal i un individualisme extrem (Braslow, 2013), el MdR pot caure el l'error de considerar que la recuperació és un procés principalment intrapsíquic i, per tant, desatendre factors socials que són nuclears per recuperar-se. En aquest sentit, diferents autores han posat el focus en la recuperació com a procés eminentment relacional (Roe i Davidson; 2007; San Juan et al., 2021; Price-Robertson et al., 2016) durant el qual els vincles que establim amb els altres, siguin professionals, familiars, amics o la Comunitat, són determinants. Cada cop més veus, doncs, reclamen la recuperació d'aquest rol de ciutadà que implica que la persona desenvolupi rols socialment valorats, tingui responsabilitats, accés a recursos, relacions satisfactòries i exerceixi els seus drets.

1.3 Els Serveis Orientats vers la Recuperació (SOR)

Com hem comentat a l'anterior apartat, el MdR ofereix una ideologia i un marc transformador pels serveis i suggereix reformes i canvis en la manera en com s'entenen els processos de salut i malaltia, i en la forma en que s' ofereix solucions als problemes identificats (Le Boutillier et al., 2011). Si els serveis han de posar-se al servei de la recuperació, cal saber quins elements d'aquests la faciliten i quins la dificulten, i com podem convertir-los en accions concretes mesurables i que permetin, alhora, als professionals formar-se per implementar-les. Malgrat el MdR s'ha convertit en un eix principal a l'hora de guiar les polítiques assistencials dels països anglosaxons, al context espanyol el seu impacte és més baix i tot just està present en els plans estratègics de salut d'algunes comunitats autònomes (Penas et al., 2020). És necessari, doncs, augmentar el coneixement sobre quins són aquells elements que els serveis han de desenvolupar per facilitar la recuperació, valorar i disposar d'indicadors fiables i vàlids que permetin avaluar aquests serveis tant des de la perspectiva dels professionals i organitzacions sanitàries, com la dels usuaris, i guanyar coneixement sobre com transformar els serveis tradicionals en SOR.

1.3.2 Dels serveis Tradicionals als SOR

El canvi de model d'atenció des d'un model tradicional/mèdic, focalitzat en la reducció dels símptomes i la millora del funcionament, a un altre que integri el MdR és un procés llarg i complex. Aquest procés el podem entendre com un canvi de paradigma que comporta un canvi de la cultura organitzacional, entenent aquesta última com el conjunt de formes de pensar, sentiments i comportaments compartits d'una organització (Mannion i Davies, 2018)(Slade et al., 2014). Els paradigmes, entesos com una constel·lació coherent de creences, hàbits, i procediments per aconseguir un objectiu concret es basen

en tradicions, documents, i proves que garanteixen que aquella és la forma òptima d'aconseguir allò perseguit. Moltes vegades aquests són acceptats sense qüestionament pels professionals. Però arriba un moment en les ciències on apareixen noves teories que poden explicar millor o de forma més completa el canvi, i partir de les quals es genera prou recerca per considerar-les una millor opció (Kuhn, 1971). Quan aquestes noves maneres de fer i entendre el canvi s'instal·len i són assumides i assimilades per la majoria de professionals, podem dir que hi hagut un canvi de paradigma.

En aquest sentit podem dir que el Paradigma de la Recuperació està en procés d'esdevenir un nou paradigma per la crisi de l'anterior (Tradicional/Biomèdic) en el camp de la salut mental. El MdR implica canvis en aspectes molt arrelats en la tradició d'atenció a les persones amb TMG. Implica canvis en els valors, les actituds i les conductes dels professionals i, per tant, es tracta d'un procés que requereix ampliar-ne el nostre coneixement per poder facilitar-lo. La implementació de pràctiques orientades vers la recuperació implica, doncs, un canvi de model d'atenció que comporta la modificació de les pràctiques tradicionals pels professionals de "primera línia", pels directius, i per l'organització com un tot (Martinelli i Ruggeri, 2020).

1.3.3 Conceptualitzacions, Instruments de Mesura i Guies pel Procés de Transformació

Durant els últims anys s'ha multiplicat la recerca dedicada a com han de ser i quins elements han d'atendre els serveis de salut mental per tal de donar suport a la recuperació (Chester et al., 2011). La recerca per millorar el coneixement dels SOR s'ha dut a terme mitjançant 3 línies: la primera d'elles s'ha dut a terme consultant directament a les persones afectades sobre quins són aquells elements dels serveis que els han estat d'ajuda. Per tant, s'ha realitzat a través de metodologia qualitativa mitjançant grups focals de discussió i entrevistes, que han proporcionat informació que ha estat posteriorment

analitzada i categoritzada. Una segona línia de recerca complementaria, és la revisió de documents-guia elaborats en base al MdR exposat en l'apartat anterior (Le Boutillier et al., 2011). I per últim, s'han utilitzat qüestionaris com el RSA (Recovery Self Assessment; O'Connell et al., 2005), per valorar fins a quin punt un programa és coherent amb els principis de la recuperació.

Dividirem l'exposició dels elements dels SOR en dos grups: a) aquells que tenen a veure amb les pràctiques individuals i b) aquells que tenen a veure amb el sistema o l'organització sanitària com un tot.

a) Pel què fa als elements relacionats amb les pràctiques individuals coherents amb els SOR, exposarem el model desenvolupat per Bird et al. (2014) que les divideix en dos components: relacions que promouen la recuperació per una banda, i les pràctiques, activitats i tasques que donen suport a la recuperació per l'altra.

Pel què fa a les relacions que orienten la recuperació, destaquem les següents:

- La capacitat d'establir relacions basades en el respecte, l'empatia i calidesa.
- L'establiment de valors compartits.
- Donar suport als objectius i aspiracions personals.
- Promoure el sentit d'agència i control personal.

Pel què fa a les pràctiques que promouen la recuperació, destaquem les següents:

- Promoure el relat de narratives de recuperació.
- Utilitzar enfocaments basats en les capacitats.
- Utilitzar mètodes propis del “coaching”.
- Utilitzar els Plans de Desenvolupament Personal.
- Implementar estratègies de “self-management”.
- Implementar la presa de decisions compartida

- Fer ús de plans de seguretat/voluntats anticipades centrats en la persona.

b) Per tal que tant les tasques com les relacions descrites puguin mantenir-se en el temps i, alhora, estendre's de forma global a tota l'organització, calen també canvis a nivell organitzacional. Aquests es resumeixen en els següents:

- L'ús d'instruments que ens permetin monitoritzar si el servei està orientat a la recuperació.
- Grau d'adherència als següents principis (Le Boutillier et al., 2011):
 - Relacions de suport genuïnes
 - Suport a la recuperació personal: focalització en els objectius personals de cadascú, el suport mutu, atenció a les capacitats i aproximació holística a la persona.
 - Compromís organitzacional: l'ambient de treball i l'estructura són coherents amb la promoció de la recuperació.

Slade et al. (2014) fa èmfasi en aquest compromís organitzacional com a prerrequisit per poder transformar un servei i orientar-lo vers la recuperació. La revisió de la cultura de l'organització, quins són els seus compromisos i la seva capacitat són els 3 elements essencials per assegurar el desenvolupament d'accions vers els SOR. La cultura fa referència a la "forma de pensar" de l'organització. Inclou tant les polítiques explícites com també aquelles normes no escrites implícites que guien les interaccions professionals. Per tal que l'organització sanitària pugui orientar-se vers la recuperació cal que els valors d'aquesta s'alineïn amb els de la recuperació. Per exemple, una organització que no faci esforços per identificar el talent, les capacitats i els interessos dels seus treballadors, difícilment ho podrà fer vers els seus usuaris. Cal també, segons Farkas, un compromís clar no només dels líders de l'organització sinó també de tots els

nivells assistencials amb el MdR. És a dir, cal que tot el personal comparteixi la creença en que les persones amb un TMG poden desenvolupar rols valuosos a la societat, estar compromesos amb facilitar la participació dels usuaris en l'organització. Per últim, cal desenvolupar la capacitat necessària per orientar els serveis vers la recuperació: calen coneixements, aptituds i habilitats. Alhora que cal una estructura flexible per adaptar-se a les necessitat de la persona. Tant la capacitat, com la cultura poden desenvolupar-se mitjançant formació, per exemple.

Per últim, volem exposar el model de Le Boutillier (2011) per estar basat en una revisió sistemàtica de la literatura i per la transcendència a l'hora de guiar futures recerques sobretot el l'àmbit dels factors que poden facilitar o dificultar la implementació dels SOP (Erondu i McGraw, 2021; Klevan et al., 2021; Piat et al., 2021). El model s'estructura en 4 dominis i 16 característiques i subtemes per cadascuna de les respectives característiques que ajuden a concretar-les. Podem veure'n una adaptació a la taula 8.

Taula 8

Dominis i característiques dels SOP. Adaptat de Le Boutillier (2011).

Dominis	Característiques
	Veure la persona més enllà del "pacient"/"malalt"
	Garantir els drets de la persona
	Inclusió social
	Ocupació significativa
Promoció de la ciutadania	Model de Recuperació
	Estructures de suport al lloc de treball
	Millora de la qualitat assistencial
	Pla de cures
Compromís Organitzacional	Planificació
	Atenció individualitzada
	Elecció informada

Suport a la recuperació Personal	Suport mutu
	Focus en les capacitats
	Visió holística
Relació amb els professionals	Col·laboració
	Generadora d'esperança

Més recentment, Martinelli i Ruggeri (2020), a través d'una revisió de la literatura al respecte, resumeixen en els següents els principis d'un SOR:

- Desenvolupar pràctiques centrades en la persona amb l'objectiu d'ajudar-los a desenvolupar una vida significativa.
- Promoure l'esperança i facilitar l'autodeterminació.
- Posar el focus en la comprensió de les capacitats, preferències i aspiracions de la persona.
- Donar suport a la presa de decisions.
- Partir d'una relació de col·laboració entre usuaris i professionals.
- Donar suport a la millora de la salut i dels factors socials.
- Facilitar l'accés als serveis i als tractaments.
- Combinar l'ajuda professional, amb els recursos informals de la comunitat per assolir els objectius personals.

L'interès per sistematitzar els SOR i disposar d'indicadors que permetin conèixer fins a quin punt un servei s'orienta vers la recuperació i l'emergència de models sistemàtics com els que acabem de veure, ha fet proliferar nous instruments de mesura. Aquests instruments permeten implementar noves accions i augmentar la coherència dels serveis amb el MdR. Permeten també veure quins són els punts forts d'un servei i quines mancances té. Aquest instruments també han contribuït a tenir models menys ambigus i que orientin la pràctica professional vers la recuperació. Una de les grans virtuts d'aquests instruments és que connecten el MdR, l'orientació dels serveis vers la recuperació, i les pràctiques últimes que li donen suport. Entre els més utilitzats destaquem els següents pel

fet d'haver estat creats de forma conjunta amb els usuaris dels serveis i perquè tant l'RSA com l'INSPIRE disposen d'adequades propietats psicomètriques (Penas et al., 2019):

- Recovery Oriented Systems Indicators (ROSI) (Dumont et al., 2007).
- Recovery Self Assessment (RSA) (O'Connell et al, 2005) .
- INSPIRE (Slade, 2010).
- Recovery Enhancing Environment (REE) (Ridway i Press, 2004). Adaptat a l'espanyol per Uriarte et al. (2020).

Tant el ROSI com RSA disposen de versions tant pels usuaris del servei com pels professionals i directors recollint, així, la visió dels 3 actors principals. El ROSI, per exemple, destaca per l'esforç d'haver definit indicadors respecte cada element del MdR que el servei ha de promoure en la seva versió pels professionals i directius. Per exemple, en l'element de suport mutu, planteja com a indicador que hi hagi almenys un usuari fent aquest rol en cada servei. Les versions pels usuaris plantegen el grau en què el servei respon a cadascun dels elements del model. Per exemple, en el RSA: *' el grau en què els professionals creuen que jo puc prendre les meves pròpies decisions, el grau en què participo de l'avaluació dels serveis i puc donar feedback sobre aquest, grau en què em faciliten els programes d'ajuda mútua, grau en què em fan suport en la integració comunitària, grau en què m'ajuden a assolir els meus objectius, grau en què s'intenta implicar la meva família en el tractament, grau en què m'ajuden a desenvolupar les meves activitats de lleure (...)'*.

El qüestionari INSPIRE té com a objectiu que els usuaris valorin el grau en què els serveis s'orienten vers la recuperació. Està construït des del CHIME, exposat prèviament aquí. Consta de dues sub-escala: Suport a la recuperació (percepció de suport dels iguals, disposició de relacions satisfactòries, grau d'integració comunitària...) i Relacions (grau en què la persona se sent escoltada, es prenen seriosament les seves aspiracions,

és respectat, és tractat com una persona i no com un trastorn, se 'l'ajuda a prendre decisions, es creu en les seves possibilitats).

L'REE no està construït seguint el model CHIME per ,tot i això, és coherent amb aquest i està adaptat a l'espanyol. Consta de 3 parts: la primera implica que l'usuari valori la importància que té per ell cada element de recuperació; a la segona, que valora l'experiència de recuperació que està tenint al servei i la tercera, el grau de recuperació a través d'una sèrie de marcadors.

Aquest conjunt d'instruments permeten operativitzar i fer una translació del MdR a com els serveis donen suport a la persona. Alhora, permeten monitoritzar quins components i en quin grau donen suport i ofereixen una guia que suggereix accions de millora en cas que no s'estigui donant suport a la recuperació en algun aspecte concret. En resum, permeten connectar el MdR amb els SOR i les accions finals que li donen suport.

1.3.4 Barreres, Dificultats i Facilitadors en la Transformació dels Serveis en SOR

De forma similar a com l'estudi i conceptualització del MdR prenia com a base les narratives en primera persona dels afectats i les seves síntesis, l'abordatge dels factors determinants en el canvi de paradigma, es basa, en gran manera, en les narratives dels professionals implicats en aquests canvis (Piat i Shalini, 2012).

En aquest apartat abordarem, dificultats i facilitadors per tal que el MdR esdevingui un nou paradigma en el camp de salut mental.

Pel què als elements clau del canvi, podem dividir-los en els següents:

- Aquells que depenen de l'organització sanitària.
- Aquells que depenen dels valors i actituds, rols i coneixements dels professionals.

- Aquells que depenen del propi MdR.

L'organització sanitària, amb la seva cultura organitzacional, estructura i normatives i requeriments sobre els professionals i els serveis, poden esdevenir un facilitador o una barrera pel canvi (Evans et al., 2020). Un suport institucional clar que permeti flexibilitzar les estructures i les definicions tant dels llocs de treball com dels resultats esperats de cada servei, és bàsic per donar suport a la recuperació. Tal i com mostren Martinelli i Ruggeri (2020) a través de l'estudi de les pràctiques que faciliten la transformació dels serveis en SOR, cal un canvi en la cultura organitzacional. Cal que la Recuperació formi part de la missió, visió i valors de les organitzacions. Destaquen també la importància de la participació en el canvi de tothom: no n'hi ha prou, diuen, que els professionals de primera línia facin un canvi d'actituds, coneixement i conductes. Aquest canvi l'han de fer també els caps i els directius ja que són els que tenen el poder per modificar les estructures i els objectius i línies de treball general, que tot sovint actuen com a "mandats" d'obligat compliment pels treballadors.

Un dels altres compromisos que l'organització sanitària ha de promoure és la implantació de programes de formació específics en MdR. Una de les característiques clau en aquests és la participació dels usuaris com a formadors (Martinelli i Ruggeri, 2020; Piat et al, 2021; Shepherd et al., 2014). Precisament, una de les qüestions clau que han d'abordar aquests programes és la reavaluació del propi rol professional i les seves pràctiques associades. És important que per aconseguir la col·laboració dels treballadors aquests estiguin implicats des del principi i no visquin el procés de canvi com una imposició. En aquest sentit cal destacar la revisió d'Eiroa i Garcia (2019) sobre les intervencions formatives centrades en el MdR. En aquesta conclouen que els programes formatius no només s'han de centrar en canviar actituds i coneixements sinó que han de ser més ambiciosos i tenir com a objectiu impactar en les pràctiques diàries dels

professionals. Alhora, fan èmfasi en el baix impacte de la formació quan aquesta no va acompanyada d'un compromís clar de l'organització a canviar les estructures per facilitar el canvi de les pràctiques. Deane et al. (2010) a través de l'estudi de l'eficàcia d'un programa formatiu, conclou que aquest pot canviar actituds i modificar el coneixement que els professionals tenen de la recuperació i fa èmfasi en la importància que aquest programes es basin en pràctiques basades en l'evidència per guanyar més acceptació entre aquells professionals més asèptics a fer canvis. Luigi et al. (2020) en un estudi per esbrinar què determina les actituds dels professionals vers la recuperació, destaca que a través de formació que exposi resultats positius a llarg termini de persones amb un trastorn mental i mostri evidència d'intervencions orientades vers la recuperació, s'afavoreix que s'abandonin les baixes expectatives de futur i els pronòstics molt pessimistes, element central del MdR. Destaca també com els professionals amb un contacte menys estret i amb una formació més clínica tenen més dificultat a adoptar el MdR.

En general, els estudis mostren que els professionals coneixen el MdR però que no en saben les conductes associades i, per tant, no hi ha canvis estables i persistents als seus rols professionals (Davidson et al. 2006).

La majoria de professionals tenen una actitud positiva vers el canvi cap als SOR. Piat i Lal (2012) mostren com molts professionals han augmentat el pes que té per ells l'ambient i els determinants socials de la salut mental. Tot i això, hi ha molts professionals que mostren el seu escepticisme vers la reforma i creuen que no aporta res. Molts d'ells treballen des d'un model mèdic centrat en la reducció dels símptomes, la prevenció de recaigudes i hospitalitzacions, la millora del funcionament, la reducció dels riscos, cert paternalisme, i la posició del professional com expert. Aquest model biomèdic entra en tensió amb el MdR ja que aquest planteja el focus en la persona, una relació de col·laboració no jeràrquica, la consideració de l'usuari com a expert, i l'assumpció de

riscos com a part del procés (Roe i Davidson, 2005; Kvia et al. 2020). Els professionals, alhora, poden viure el pas a un model més col·laboratiu com una pèrdua de poder. També, el canvi de model pot provocar cert temor a professionals que hipotetitzen que tindran més feina en haver d'atendre a la persona d'una forma més holística. Schwartz et al. (2013) destaquen com hi pot haver un conflicte entre els valors dels professionals i el MdR: entre promoure l'autonomia i la protecció; entre poder d'expert i l'usuari com a expert per l'experiència; entre poder professional i l'empoderament de l'usuari.

Farkas et al. (2005) descriu en quins són els elements del professional que poden donar suport al procés de canvi de model i aquells que el poden dificultar. Entre els que la poden facilitar destaquen els següents:

- Capacitat per establir relacions de col·laboració. Idea d'acompanyar en el procés de recuperar un rol a la comunitat i no pas “custodiar”/guardar o assistir a les persones.
- Capacitats per fer suport a afrontar la malaltia.
- Habilitats per facilitar la presa de decisions.
- Suport en la identificació els objectius.
- Habilitats de promoció de l'empoderament, esperança i acceptació.

Entre els obstacles, destaca els següents:

- Falta de formació.
- Falta de coneixement dels conceptes clau de la recuperació i de la seva traducció en accions concretes que li donin suport.
- La recuperació implica major exposició al risc.
- Augment de tasques. Per exemple, l'avaluació conjunta dels serveis.
- Difícil encaix amb el model mèdic.

Pel que fa al MdR en si mateix, la seva falta de concreció i ambigüitat, es postula com una dificultat important (Piat i Shalini, 2012; Lal, 2010; Davidson, 2006). Aquesta ambigüitat genera dubtes sobre la seva aplicació i, més concretament, sobre la seva aplicació a col·lectius concrets com les persones grans amb un TMG. L'ambigüitat del concepte pot fer que sigui interpretat de diferents formes. Le Boutillier et al. (2015) defineix que la comprensió del rol professional en la transició vers el MdR genera dubtes i incertesa. Descriu que aquest pot ser entès de tres formes diferents. La primera, com a recuperació clínica (rol centrat en la remissió, la consciència de trastorn, la prevenció de recaigudes i la millora del funcionament en les activitats de la vida diària). El segon, com a recuperació entesa des del servei (El MdR com una forma de reduir els costos), i el tercer, entesa com a recuperació personal (implica un canvi en les relacions de poder, holística, incorpora factors relacionals, socials, psicològics, condicions de vida...).

En resum, podem dir que els elements clau en el procés de canvi de paradigma són els següents (Le Boutillier, 2011; Whitley et al., 2009):

- Compromís organitzacional (incorporació del MdR a la missió i visió de la institució, canvis estructurals que la facilitin).
- Formació (a tots els nivells professionals, implicant usuaris com a docents, abordant coneixements, actituds i pràctiques).
- Negociació i encaix entre model biomèdic i MdR.
- La participació dels usuaris en tot el procés de transformació.

Com hem vist, una de les crítiques i dificultats a l'hora de dur el MdR a la pràctica és la seva ambigüitat i falta de concreció. Durant els últims anys hi ha hagut un interès important en poder sistematitzar-lo i disposar d'indicadors que ens permetin saber en quin

punt del procés de canvi de model ens trobem. En aquest sentit, cal destacar l'esforç de Le Boutillier (2011) que revisa els documents-guia que permeten orientar els serveis vers la recuperació. Destaca els següents aspectes comuns:

- Mirar més enllà de "l'usuari": No ser definit ni mirat en base al diagnòstic.
- Drets de l'usuari: Es protegeixen els drets de la persona.
- Inclusió social: Participació comunitària. Oportunitats d'habitatge, relacions, educatives, econòmiques, de participació social.
- Vida significativa: Ocupació significativa.
- Visió de Recuperació: tant a la missió com a la visió del servei.
- Estructures de suport al lloc de treball: La política de l'empresa és coherent i dóna suport a això.
- Millora de la qualitat: Participació dels usuaris en la millora del servei.
- Pla de participació: es fa suport als usuaris perquè participin activament de la comunitat en activitats socials/oci.
- Planificació del treball: es fa formació. X millorar les competències professionals.
- Individualitat: es prou l'autonomia i les preferències de cada individu.
- Decisions informades.
- Suport Mutu.
- Aproximació holística.
- Relació de col·laboració.
- Generadors d'esperança.
- Promoció de la ciutadania.
- Compromís organitzacional.

Per acabar, volem comentar la iniciativa més recent de Shepherd et al. (2014) per obtenir indicadors de qualitat i de resultat (outcomes) dels SOR. En la taula 9. podem

veure resumits aquests indicadors. Shepherd fa quelcom que mancava en la literatura al respecte, que és proposar formes concretes de valorar la marxa i evolució de la transformació vers el SOR. En alguns casos fins i tot proposa instruments per la seva valoració.

Taula 9

Indicadors dels SOR adaptats de Shepherd et al. (2014).

Indicadors de qualitat	Relacions	- Compartir valors - Habilitats per establir vincle - Suport a les aspiracions
	A nivell individual	Pràctiques - Narratives de recuperació - Focus en les capacitats - Ús d'eines per construir plans de treball - Decisions compartides
	A nivell organitzacional	- Ús d'instruments per obtenir feedback del procés per part dels usuaris. - Foment del suport mutu
	Qualitat del procés	- Ús d'instruments per recollir visió dels usuaris
Indicadors de resultats	Assoliment d'objectius	- Els objectius dels individus s'assoleixen. Goal Attainment Scaling (GAS)
	Percepció subjectiva de millora	- Els usuaris perceben que gràcies al contacte amb els serveis, milloren les seves oportunitats, el control sobre la pròpia vida, etc.. Questionnaire on the Process of Recovery (QPR)
	Assoliment d'objectius socials	- Han millorat els rols socials gràcies al contacte amb els serveis? Adult Social Care Outcomes
	Millora de la qualitat de vida	Mesurat amb Escala de Qualitat de vida
	Disminució de l'ús de serveis de salut mental formals	Mesurat a través de dades extretes de la facturació dels serveis sanitaris

2. La Recuperació Com a Marc de Treball dels Serveis de Rehabilitació Comunitària: Una Exploració Qualitativa dels Professionals i Usuaris Implicats

Hem dividit aquest capítol en els següents apartats:

- **El context de la recerca:** En aquest punt es posa context a la investigació duta a terme. S'exposa què són els SRC, en quin entorn es troben, l'organització en la qual s'emmarquen i el procés de transformació en el què estan immersos.
- **Objectius Globals**
- Justificació de l'ús de la metodologia qualitativa en l'estudi.
- Estudi I: **Estudi qualitatiu del procés recuperació de persones diagnosticades de trastorn mental greu ateses en Serveis de Rehabilitació Comunitària (SRC).**
- Estudi II: **Serveis orientats vers la recuperació: un estudi qualitatiu de la percepció dels professionals durant el procés de canvi de paradigma.**

2.1 El Context de la Recerca

2.1.1 Els SRC i el seu Marc Organitzatiu

Els SRC són uns dispositius sanitari especialitzats que desenvolupen diferents accions en règim ambulatori, orientades a la rehabilitació psicosocial de persones amb trastorn mental, que integren els nivells d'atenció individual, grupal, familiar i comunitària per donar resposta a les necessitats i característiques personals.

Contempen un conjunt d'accions psicològiques educatives, ocupacionals i socials desenvolupades per professionals integrats en un equip interdisciplinari (psicòleg, educador social, treballador social, terapeuta ocupacional i integrador social). Els SRC tenen com a objectiu minimitzar la simptomatologia, potenciar les capacitats i elaborar itineraris personalitzats d'inserció comunitària.

Els usuaris del servei són persones amb un trastorn mental greu en diferents moments de la seva evolució, que es troben compensats clínicament i que presenten dificultats diverses en el seu funcionament social i necessiten participar en un procés de rehabilitació activa que els ajudi a reintegrar-se en la comunitat.

Com a recurs, formen part de la xarxa d'atenció en Salut Mental del Servei Català de la Salut. Estan integrats dins del circuit assistencial, articulant-se amb la resta de dispositius de salut i socials, i establint un sistema de coordinacions que possibilitin la continuïtat assistencial.

Els seus objectius generals són els següents:

- Donar resposta a les necessitats de tractament rehabilitador a les persones amb TMG.
- La rehabilitació psicosocial.
- La reinserció social-comunitària.

- La reinserció laboral.
- El suport i assessorament a les famílies.
- Potenciar la coordinació entre els diferents recursos de la xarxa assistencial.
- Promoure la rehabilitació i reinserció psicosocial en l'àmbit comunitari (inserció laboral, formativa, ocupacional...), minimitzant el nivell de deteriorament en relació amb la pròpia evolució de la malaltia.

Els SRC de la província de Girona estan integrats i depenen dels Centres de Salut Mental d'Adults (CSMA), que són els serveis bàsics d'atenció ambulatoria especialitzada en atenció psiquiàtrica i salut mental, dirigits a les persones, majors de 18 anys, que presenten un trastorn mental, en qualsevol de les etapes evolutives de la malaltia, que per la seva gravetat i/o complexitat no poden ser atesos únicament des de l'àmbit dels serveis d'Atenció Primària de Salut. Alhora els CSMA, estan integrats dins del circuit assistencial, articulats amb la resta de dispositius i establint un sistema de coordinacions que possibilitin la continuïtat assistencial del projecte terapèutic de l'usuari.

Els SRC que han participat a l'estudi formen part de la Xarxa de Salut Mental i Addiccions de la Província de Girona gestionats per l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS). L'IAS és una empresa pública que proporciona atenció especialitzada, atenció a la salut mental, atenció primària, sociosanitària i social. Ho fa a través dels centres i serveis del Parc Hospitalari Martí i Julià de Salt, on s'ubica també l'Hospital Santa Caterina, de la Xarxa de Salut Mental de les Comarques Gironines, i de les Àrees Bàsiques d'Anglès, Breda-Hostalric i Cassà de la Selva.

L'IAS presta tots els serveis de salut mental a la regió sanitària de Girona, que té una població de referència pel que fa la salut mental d'unes 750.000 persones. L'IAS

disposa d'una estructura descentralitzada de 43 dispositius d'atenció comunitària a la salut mental i a les addiccions (centres de salut mental d'adults, centres de salut mental infantojuvenil, serveis de rehabilitació comunitària, centres d'atenció i seguiment a les drogodependències, pisos amb suport i llars residència, i equips d'intervenció precoç de la psicosi) i 18 equips assertius comunitaris. La institució té acords amb centres d'inserció laboral i entitats de suport jurídic i social. Sis centres d'atenció primària i deu consultoris locals cobreixen les necessitats de les tres àrees bàsiques de salut.

La seva missió com a organització sanitària és contribuir a la millora de l'estat de salut de la població de referència oferint una cartera de serveis adaptada a les necessitats i expectatives dels ciutadans en el marc de la continuïtat assistencial. Pretén oferir una atenció centrada en les persones, de qualitat, amb criteris d'eficàcia, efectivitat, i eficiència, i responsabilitat social. L'IAS també realitza docència, investigació i innovació; i té la vocació de ser centre d'excel·lència en l'atenció a la salut de les persones per a contribuir a la millora de la salut de la població, la qualitat de vida i la cohesió social.

A la dècada dels 80, l'IAS va articular la transformació de l'atenció a la salut mental en general, i a la població amb Trastorn Mental Greu (TMG), en particular, proposant l'organització d'un nou model d'atenció basat en la comunitat. Concretament a les comarques gironines, el model que l'IAS ha implantat en l'atenció pública a la salut mental i addiccions es basa en:

- El desplegament dels recursos comunitaris, promovent l'accés a les intervencions en psicoteràpia i garantint la rehabilitació psicosocial en els trastorns més greus, facilitant l'accés a un habitatge digne, a una feina i l'accés a l'oci en aquells usuaris amb un impacte funcional com a conseqüència d'un trastorn mental greu. Aquest model comunitari es fonamenta en una xarxa integrada d'atenció a la salut mental per a joves i adults.
- La gestió des del territori, fomentant el desenvolupament de cada

sector comunitari (comarques) i el treball coordinat i integrat per facilitar la continuïtat assistencial real, tant entre els diferents serveis de l'IAS com amb les diferents fundacions, associacions o institucions amb les quals es comparteixen processos d'intervenció als usuaris: l'escola, els serveis socials, l'atenció primària, les famílies, etc.

– La participació en la Junta assistencial de salut mental, òrgan de gestió fonamental de la Xarxa, dels responsables interns i externs a l'organització (la direcció, els dispositius comunitaris, hospitalaris, l'atenció a les drogodependències, els serveis residencials, i els representants d'entitats de suport individual, d'inserció laboral, del món associatiu de famílies i d'usuaris).

La Xarxa de Salut Mental i Addiccions de les Comarques Gironines ha esdevingut model de referència nacional internacional segons l'estudi REFINEMENT (<http://www.refinementproject.eu/>). El REFINEMENT (Research on Financing systems' Effect on the quality of Mental health care) analitza com els sistemes de finançament afecten la qualitat de l'atenció en salut mental i compara models existents al continent (Itàlia, Àustria, l'Estat espanyol, Anglaterra, França, Finlàndia, Suècia, Estònia i Romania).

2.1.2 El procés de transformació dels Centres de Dia a SRC

L'any 2001 es comença el procés de conversió de Centres de Dia (CD) en SRC. La transformació dels CD partia de la definició de SRC, que es considera el tractament dels factors psicosocials dels trastorns mentals orientat a l'activació dels recursos personals, familiars i de la xarxa social, dirigit a millorar la capacitat funcional i la inclusió social, per aconseguir el nivell més alt de recuperació i de qualitat de vida possible de les persones.

La transformació dels CD en SRC queda sintetitzada en dues línies d'actuació:

- Individualitzar el procés d'intervenció respectant la diversitat d'objectius, intensitat de vinculació, nivells de reinserció possibles i durada dels processos.
- Superar l'antiga vinculació a "temps parcial / total" o a "activitats" per establir vinculacions a programes en funció de les necessitats.

Aquest procés s'ha fet de manera molt lenta i sense unes directrius clares sobre el que representa la conversió ni sobre els criteris pel desplegament territorial del nou model. De fet, al llarg dels anys, molts centres de dia ja havien fet una progressiva evolució des del model inicial i la conversió era un reconeixement, i un suport econòmic, a aquesta transformació.

L'any 2017 va finalitzar aquest procés de transformació, que va implicar que els 7 Centres de Dia (CD) de la XSM de Girona fessin aquesta transformació. Aquest pas va implicar la millora de la dotació en recursos humans als serveis. Cada SRC disposava de personal tècnic superior i, en els centres de més volum, també de personal tècnic mig. Alhora, la transformació ha implicat una millora qualitativa de l'atenció centrant-la en la persona i un viratge cap al MdR a l'hora d'orientar les pràctiques professionals. Cal tenir en compte que la dotació en recursos humans fins aquest procés de transformació era baixa i pivotava molt sobre personal auxiliar amb la conseqüent falta de coneixements tècnics.

Com s'ha comentat més amunt, també va implicar una major individualització de l'atenció a través de vincular els usuaris a programes o activitats en funció de les seves necessitats i l'elaboració i revisió de plans d'atenció individuals.

Aquest procés de canvi i transformació segueix encara en marxa ja que implica canvis en els valors, actituds, i comportaments de tots els actors implicats en l'atenció a

les persones afectades de TMG. Implica alhora canvis en la cultura organitzacional i canvis en professionals que no estan vinculats directament amb els SRC però que hi tenen una estreta relació (com poden ser els professionals de treball social, psiquiatria, psicologia o infermeria dels serveis de salut mental comunitària). Ha coincidit en el temps el procés de transformació dels SRC amb l'entrada a l'estat espanyol del nou model d'atenció o paradigma de la Recuperació, en un moment en que no es disposen de guies ni pautes sobre com adaptar aquest model a la idiosincràsia del sistema sanitari català ni al nostre context socioeconòmic i cultural.

Aquesta convergència de factors fan del moment actual un moment propici per estudiar com es fa la translació MdR a les pràctiques professionals últimes. Per millorar el coneixement d'aquests aspectes cal:

- Explorar el significats que els usuaris donen a la recuperació i a les pràctiques dels SRC que hi donen o no suport. Aquesta exploració ens permetrà detectar àrees desateses i potenciar-ne d'altres que permetin orientar els serveis a la recuperació. Alhora, ens permetrà conèixer si la visió del procés de recuperació tal i com està relatat en la literatura té una correspondència al nostre context sociocultural.
- Explorar les actituds, valors i comportaments dels professionals en aquest procés de canvi, a través de l'exploració del significat del concepte de recuperació que fan, i dels facilitadors i barreres que perceben en aquest procés de canvi.

Es tracta, doncs, d'un moment propici per estudiar les conceptualitzacions dels professionals sobre la seva pròpia feina ja que conèixer-les ens permetrà fer suport a aquests serveis per facilitar el canvi de paradigma.

Incorporar els valors de la recuperació a dispositius que han estat treballant des

d'un enfocament tradicional és complexe, implica canvis organitzacionals, estructurals i també abordar les barreres de la pròpia organització. Implica que tots els implicats en el canvi redefeixin els seus rols, revisin els seus valors i actituds i, per tant, promoguin canvis tant a nivell individual com a nivell organitzacional (Schwartz i Conklin, 2014). El context organitzacional és també un element clau en aquests processos: afecta com els serveis implementen les seves accions. La cultura de l'organització, entesa com el conjunt de sentiments, formes de pensar i comportaments compartits en un organització, és rellevant ja que determina el context i clima en què s'implementa un canvi i pot facilitar-lo o convertir-se en una barrera.

2.2 Objectius Generals

El present treball pretén augmentar el coneixement de l'aplicació del MdR i del propi procés de recuperació en el camp de la RPS a través de l'estudi de la percepció de la implementació d'aquest model des del punt de vista de dos dels actors implicats en el procés: els usuaris i els professionals dels SRC de la XSMiA de la província de Girona.

En tant que és un nou paradigma d'atenció en salut mental (i especialment en rehabilitació) que està començant a penetrar als serveis, és important obtenir informació de tots aquells elements associats a aquest canvi. Així doncs, ens proposem conèixer:

- Quin coneixement tenen usuaris i professionals del MdR.
- En quin grau s'està duent a terme la implementació del MdR.
- Quines dificultats i barreres es troba el MdR a l'hora implementar-se als serveis.
- Quins elements són aquells que es promouen amb més facilitat
- Quins factors poden facilitar o dificultar la seva implementació.

- Quins elements són vistos com a imprescindibles o com a principals factors terapèutics de les intervencions que duen a terme des dels SRC.

L'estudi de la visió dels implicats en el procés permetrà proposar accions que donin suport al canvi i que reverteixin en una millora qualitat assistencial i, per tant, és cabdal disposar de major informació que guiï el procés de canvi.

2.3 Justificació de l'ús de la Metodologia Qualitativa en l'estudi: Teoria Fonamentada (TF)

En aquest estudi s'ha optat per utilitzar metodologia qualitativa. S'ha escollit aquesta aproximació metodològica pels següents motius (Peters, 2010):

- És útil quan aquells fenòmens objecte d'estudi requereixen de la participació i implicació d'usuaris. Els usuaris són un actor clau en el procés. La visió de la recuperació que ens ha arribat està molt influenciada per factors culturals que ens són aliens i cal valorar les possibles diferències de conceptualització que en fan els usuaris. Alhora, estudiar aquest fenomen per altres vies pot ser complexe a causa de les dificultats cognitives, emocionals i la relació de poder/submissió amb els professionals.
- Té sentit el seu ús quan els fenòmens són molt privats, com són els factors percebuts com a generadors de canvi. Intentar accedir a percepcions i conceptualitzacions amb instruments creats prèviament amb aquest objectiu condicionaria les respostes al determinar què es pregunta i què no. Per tant, l'exploració a través de la metodologia qualitativa té sentit en aquest cas per evitar determinar allò rellevant i allò que no ho és pels actors implicats.
- És útil quan ens aproximem a un fenomen molt nou, que requereix del

desenvolupament d'una nova teoria o marc interpretatiu. En aquest sentit no hi ha un acord sobre què és exactament la recuperació, com operativitzar-la i com fer una translació d'aquesta a pràctiques professionals concretes.

– Permet l'observació i estudi de fenòmens en un context natural. La recuperació és un fenomen que s'ha d'estudiar de forma ecològica ja que depèn, en part, de les opcions i oportunitats de l'entorn on es desenvolupen les persones i els serveis que utilitzen. Per tant, l'ús de metodologia qualitativa és apropiada en un fenomen que depèn de factors socioeconòmics .

– És útil per valorar els efectes d'una intervenció i conèixer els determinants. La investigació dels processos i factors terapèutics encaixa perfectament amb l'ús d'aquesta metodologia.

– És útil quan es volen traduir conceptualitzacions a la pràctica assistencial, ja que permet saber el valor que els implicats en aquesta donen a la intervenció. No tots els elements tenen el mateix pes en el mateix context i per tant, cal explorar si aquells factors determinants de la recuperació en un context, també ho són en d'altres en la mateixa mesura.

La recerca s'ha dut a terme en el marc de la Teoria Fonamentada (TF) com a eina d'anàlisi (Grounded Theory; Glaser i Strauss, 1967). Es tracta d'una metodologia d'aproximació a fenòmens que han estat poc abordats que, per tant, no es disposa de teories formals sobre aquests. Glaser i Strauss (1967) defineixen la TF com una “aproximació inductiva en la qual la immersió a les dades serveix de punt de partida pel desenvolupament d'una teoria sobre un fenòmens concrets”.

La TF exigeix la identificació de categories teòriques que es deriven de les dades a través de la utilització del Mètode de comparació constant, recurrent a la sensibilitat teòrica de l'investigador. Implica que l'investigador compari els continguts de diferents

episodis d'observació amb els conceptes teòrics que neixen de l'esforç d'identificar els temes fonamentals (Harper i Thomson, 2012). Un dels conceptes bàsics en la TF és la Codificació. Aquesta es tracta del procés central de la TF a través del qual els textos són identificats a través de les paraules clau que l'investigador consideri (unitats de significat) que més endavant seran codificats en categories més àmplies. S'hauran de definir les relacions entre aquestes categories de forma que constitueixin una nova hipòtesi. A aquest punt s'hi arriba quan hi ha Saturació Teòrica (Strauss i Corbin, 1986). Aquesta es defineix com el punt en el que ja no emergeixen més dades, relacions o categories durant l'anàlisi.

Es tracta, doncs, d'un procés iteratiu i sistemàtic de recollida i anàlisi de dades dissenyat per assegurar el rigor científic que la recerca requereix. Durant el desenvolupament de la investigació, sorgeixen nous codis i aquests es comparen amb els anteriors i son agrupats per la seva semblança. Aquest procés es produeix de forma continua desde la primera fins a l'última recollida de dades, quan un codi preliminar pot convertir-se en un codi conceptual i aquest, a la seva vegada, en una categoria o subcategoria, segons la seva representativitat i densitat. Aquesta comparació constant és una de les tècniques d'anàlisi de dades qualitatives desenvolupades per Glaser y Strauss, ideòlegs del mètode l'any 1967.

Per analitzar les dades sovint s'utilitzen eines informàtiques que faciliten l'emmagatzematge, gestió i interpretació de les dades i les relacions que s'estableixen entre elles. Aquestes eines faciliten l'establiment de Memos, que són les idees teòriques sobre els codis i les seves relacions que van aparèixer durant el procés de codificació.

La TF es basa en l'interaccionisme simbòlic (Blumer, 1982). Aquesta corrent de la psicologia social i la sociologia estudia la interacció i els símbols com a elements clau per

comprendre tant la identitat individual com l'organització col·lectiva. L'ús, doncs, de l'Interaccionisme simbòlic, com a marc de referència teòric, permet captar els aspectes subjectius de l'experiència i possibilita la comprensió dels significats atribuïts a situacions concretes. Entén la societat i l'ésser humà com un constructor actiu de significats organitzats a l'entorn de processos compartits d'interacció (Natera-Gutiérrez et al., 2017). L'Interaccionisme simbòlic, com a teoria conductora d'investigacions qualitatives permet examinar de forma profunda un reduït número de casos per explorar de forma detallada processos específics que ajudin a comprendre un fenomen concret.

Com a mètode, pretén que siguin els resultats de l'estudi aquells que guiïn la seva interpretació i no pas que sigui la literatura existent aquella que influeixi en la interpretació.

La TF presenta certs avantatges com a marc metodològic en el nostre estudi (Tweed i Charmaz, 2012):

- Es focalitza en processos socials: Permet investigar situacions, relacions i interpretacions de fenòmens en un context natural.
- És idònia per estudiar els punts de vista i les experiències subjectives dels usuaris.
- Permet valorar l'impacte d'intervencions en la qualitat de vida.
- El seu objectiu fonamental com a tècnica és explicar.
- Permet ser sensibles a canvis en teories ja existents però aplicades en nous contextos. En aquest sentit, ja disposem de models conceptuals de la recuperació però cal valorar-les en el nostre context.
- Permet identificar quines són les principals preocupacions dels usuaris i professionals sense apriorismes de quines són aquestes.
- L'estreta relació tant entre usuaris com entre usuaris i professionals als SRC fa que sigui una tècnica adequada ja que posa molt d'èmfasi en com els

significats que atorguem es construeixen a través d'experiències socials (Bryant, 2002).

- En tant que fenomen nou, la recuperació pot ser estudiada de forma inductiva. És a dir, generant hipòtesis a través de l'anàlisi de les dades obtingudes.

Per a la generació de dades, s'ha utilitzat la tècnica dels Grups Focals (GF). Es tracta d'una tècnica que implica la reunió d'un grup de persones representatives d'una població amb l'objectiu d'analitzar un tema en base a unes preguntes prèviament definides. En aquests, el moderador desenvolupa de manera flexible un conjunt de temes que tenen a veure amb l'objecte d'estudi. Els GF poden considerar-se discussions guiades. S'ha escollit aquesta tècnica pels següents motius (Gundumogula, 2021):

- Permeten obtenir dades de forma col·lectiva.
- Promouen la interacció entre els participants de forma espontània.
- Permeten obtenir informació de col·lectius que poden tenir dificultats davant de qüestionaris o poden estar molt afectats per la desitjabilitat social i, per tant, no discriminen aquelles persones menys capaces.
- Permeten obtenir dades amb més profunditat i riquesa que en entrevistes individuals.
- Permet animar aquelles persones més inhibides que espontàniament no exposarien els seus punts de vista.
- Permeten obtenir noves hipòtesis sobre un tema concret.
- Són cost-efectius.

2.4 Estudi I: Estudi Qualitatiu del Procés de Recuperació de Persones Diagnosticades de Trastorn Mental Greu ateses en Serveis de Rehabilitació Comunitària (SRC)

2.4.1 Justificació de la Part I de l'estudi

La població atesa als Serveis de Rehabilitació Comunitària (SRC) formen un grup específic amb unes característiques concretes: llarga evolució del trastorn, impacte del trastorn en gairebé totes les àrees vitals, edat avançada, molts anys de relació amb els serveis sanitaris, xarxa social pobre, identitat molt saturada pel trastorn i pocs vincles comunitaris entre d'altres.

Els SRC a Catalunya estan en procés de transformació. El canvi i transició de Centres de Dia a SRC que s'està duent a terme implica una major professionalització de l'atenció però també implica un canvi de mirada i de reorientació de l'atenció vers el MdR.

En el context espanyol no disposem de guies adaptades que ens permetin, per una banda, conèixer si el marc de la recuperació (tal i com s'entén al món anglosaxó) és vàlid al nostre territori i, per l'altra, guies que ens permetin orientar els serveis vers aquest procés de canvi per tal de millorar la qualitat de vida de les persones ateses.

No està clar, doncs, que el MdR tingui la mateixa rellevància i faci èmfasi en els mateixos aspectes en el nostre context: el MdR s'ha construït sobre la base de persones adultes amb edat de treballar en el context anglosaxó. En el nostre context és diferent: molts usuaris tenen una edat avançada i disposen de prestacions econòmiques que actuen com a desincentiu per a la millora (Palomer, 2010). Alhora, molts d'ells fa molts anys que van debutar amb el trastorn i, per tant, són persones amb una llarga evolució i també amb una experiència de relació amb els serveis d'anys d'evolució també. Com hem pogut veure, l'estat espanyol tampoc té la tradició d'usuaris que hagin exercit d'activisme i hagin lluitat en contra dels abusos del sistema com té Regne Unit o els Estats Units.

No disposem d'estudis qualitius a l'estat espanyol sobre el MdR, la seva aplicació i com orientar els serveis vers aquests objectiu, malgrat és un concepte que comença a sentir-se i veure's en diferents documents i comença a ser utilitzat pels professionals del sector. Existeix el risc que si no s'explora la recuperació, tant en la seva vessant conceptual com aquells elements que són determinants per a la orientació dels serveis, quedi com a un mer canvi lingüístic sense transcendència pràctica. El concepte de Recuperació és polivalent, té diferent significat per diferents persones i també en diferents contextos i, per tant, és difícil orientar-se vers aquests si abans no s'han explorat aquests significats i s'han buscat aquells elements que en són definitoris.

La investigació de la percepció que els usuaris dels SRC tenen tant del seu propi procés de recuperació, com també d'aquells elements dels serveis que perceben que hi donen suport, té importants implicacions pràctiques a l'hora d'organitzar l'atenció que des dels SRC se'ls hi ofereix. Definir què significa per ells la recuperació i què creuen que els ajuda a caminar cap a aquesta és un objectiu de recerca legítim en aquest moment.

2.4.2 Objectius

El present treball pretén ampliar el coneixement sobre com entenen la recuperació les persones afectades d'un trastorn mental ateses als SRC.

Pretén també conèixer quins són els factors o elements dels serveis i els seus professionals que els usuaris dels SRC perceben que faciliten aquest procés i els que el dificulten.

2.4.2 Metodologia

Es va dur a terme un mostreig no probabilístic intencional, coherent amb l'aplicació

del mètode de TF. En aquesta metodologia, els participants són escollits segons el seu potencial per ajudar a refinar o expandir conceptes i teories; i l'analista selecciona, codifica i analitza la informació de forma conjunta. El procediment de recollida d'informació està controlat per la teoria emergent. En aquest sentit, les dades poden venir de diferents fonts directes o indirectes i s'admet una àmplia font de recursos. La mida mostral, en aquest cas, no es coneix d'inici sinó que l'ampliació es pot produir en el cas que sigui necessària més informació per a la investigació (Cuñat, 2007).

L'investigador principal va contactar amb els coordinadors de cada SRC via correu electrònic i posteriorment a través d'una reunió presencial en la qual es va exposar el projecte. Un cop fet això es va procedir al reclutament dels participants i la fixació de dates per dur a terme els GF. Aquests es van realitzar als espais dels que cada SRC disposa, essent aquest un espai familiar i pròxim pels usuaris i professionals. No es va optar per espais més neutres a causa de la dificultat d'accés que podia generar per alguns usuaris i el consegüent esbiaix. Cap professional dels diferents SRC va estar present durant els GF. El reclutament dels participants va anar a càrrec d'un representant de cada servei amb bon coneixement dels usuaris atesos en aquest: Va proposar la participació al GF a usuaris que fossin capaços de participar d'una activitat grupal i d'expressar-se verbalment. No es van dur a terme entrevistes individuals ja que amb els GF es va aconseguir suficient saturació d'informació en les categories generades.

2.4.3.1 Participants. En total, hi han participat 76 usuaris, tots ells en procés de recuperació, vinculats als SRC i diagnosticats de trastorns mentals greus de llarga evolució. S'ha dut a terme un mostreig intencional. Els criteris de participació han estat els següents: estar vinculat al SRC, disposar d'un diagnòstic de trastorn mental greu i tenir una mínima capacitat d'expressió.

Tots ells han estat informats pels professionals dels serveis on són atesos i han

signat el consentiment informat (Annex I). Es va demanar que hi haguessin representats subjectes de diferents edats, gènere, classe social i en diferents fases del seu procés per tal d'enriquir al màxim la discussió. Un requisit per a la participació és que els usuaris estiguessin en condicions de suficient estabilitat per participar del GF sense demanar, en cap cas, que estiguessin asimptomàtics, ja que això dificultaria incloure la percepció del procés d'un conjunt important d'usuaris dels SRC. El temps de vinculació en el SRC tampoc va ser un requisit ni un criteri d'exclusió. Tot i això, es va demanar explícitament als representants dels SRC que la mostra inclogués persones amb diferents temps d'estada al servei. La voluntat de l'estudi era poder accedir a la perspectiva de tots els usuaris dels SRC, entenent que en aquests serveis hi ha usuaris molt heterogenis i amb diferents temps d'estada, evolució, impacte de la malaltia, etc.

Es van excloure de la participació aquells usuaris amb una discapacitat intel·lectual moderada, admetent-se aquells amb un diagnòstic comòrbid de Discapacitat Intel·lectual Lleu associada. Els participants van complimentar el document de consentiment informat que poden veure a l'annex II. Els GF van ser enregistrats i transcrits pel conductor d'aquests.

2.4.3.2 Procediment. S'han dut a terme un total de 7 GF d'una hora i mitja de duració a 7 SRC de la província de Girona. Els grups es van dur a terme a les instal·lacions de cada servei sense personal d'aquests serveis. La no participació de cada professional dels propis serveis va ser un requisit per tal de limitar la participació i que els usuaris es poguessin expressar lliurement. L'elecció d'aquests espais va ser motivada pel fet de ser un espai conegut i segur que els usuaris habitualment utilitzen per dur a terme activitats terapèutiques de tipus grupal. A cada grup hi van participar una mitjana de 11 usuaris.

Durant el desenvolupament dels grups, el conductor va estimular la discussió,

afavorint la interacció entre ells i intentant que no quedessin qüestions sense contingut ric en dades. A la taula 10. es pot veure la guia de conducció dels grups. Aquesta guia s'ha utilitzat de manera flexible adaptant-la a cada GF i a cada moment per tal d'afavorir la saturació en cada tema. En la primera part dels GF s'explorava el significat de la recuperació pels usuaris. A la segona, les barreres, facilitadors i factors terapèutics percebuts dels serveis de rehabilitació fent èmfasi en la seva vessant interpersonal.

L'experiència del conductor dels GF en l'atenció i abordatge grupal de persones afectades de trastorns mentals greus va ser d'utilitat a l'hora de facilitar la interacció entre els membres dels GF i de facilitar la participació d'usuaris que, per diferents motius, tenien dificultats per expressar-se.

Taula 10

Guia per als GF de l'estudi. Part I

Document Guia de Conducció dels Focus Group per a usuaris de serveis de rehabilitació a la província de Girona

1. Objectius generals:

1.1 Conèixer quina és la percepció dels usuaris dels aspectes dels serveis que contribueixen al seu procés de recuperació.

1.2 Conèixer la visió i el concepte de recuperació dels usuaris vinculats als serveis de rehabilitació comunitària de la Xarxa de Salut Mental de Girona (XSMG).

2. Objectius Específics:

2.1 Conèixer quins elements són percebuts com a determinants en el seu procés de recuperació als diferents estadis del seu procés de recuperació.

2.2 Determinar quins són els "elements actius" dels programes de rehabilitació que afavoreixen/faciliten la recuperació.

2.3 Conèixer el pes que els usuaris atorguen a cadascun dels factors terapèutics recollits a la literatura.

2.4 Determinar els elements sobre els quals pivota el concepte de recuperació dels usuaris dels serveis de recuperació

2.5 Avaluar el grau de concordança entre el concepte de Recuperació tal com es descriu a la literatura i el dels usuaris de serveis de rehabilitació.

Guia de preguntes per temes:

- Què significa per tu recuperar-te d'un problema de salut mental?
- Creus que les persones amb problemes de salut mental es poden recuperar?
- Qui decideix qui està recuperat i qui no? És un sentiment personal o una percepció professional aliena?
- Creus que una persona es pot sentir recuperada tot i continuar patint símptomes?
- La recuperació no és un fenomen de “tot o res”; per quins moments has passat des que vas començar a tenir problemes de salut mental?
- Quins “ingredients”/elements creus que són imprescindibles perquè una persona es recuperi?
- Quins d'aquests elements creus que han estat potenciats des dels serveis on t'atenes?
- En què t'has sentit ajudat des dels serveis de rehabilitació?
- Què trobaries a faltar si haguessis de deixar-los?
- Què t'agradaria que t'ajudessin a aconseguir els serveis de rehabilitació?
- Del conjunt de tasques/activitats/espais dels centres, quins són els que trobes més enriquidors/beneficiosos per a tu?
- Què va significar per a tu trobar-te amb altres persones amb problemes semblants als teus?
- Hi ha hagut alguna persona que recordis especialment durant el teu procés de millora? Què en destacaries?
- Quins són els obstacles que els serveis de recuperació t'han ajudat a superar el teu dia a dia?
- En el moment en què et trobes, que és el més necessari per a tu als serveis de rehabilitació?
- En quins aspectes/tasques de la teva vida has sentit que el servei de rehabilitació t'ha ajudat?
- Quan penses en la pregunta “qui sóc jo?”, creus que la resposta seria diferent ara que quan vas començar a anar al servei de rehabilitació? Què ha canviat la teva resposta? Gràcies a què?
- Quin paper creus que ha tingut el servei en el teu procés de millora?

-
- Quin paper ha tingut el servei de rehabilitació a l'hora d'entendre què vol dir per a tu "x", més enllà del que tu sàviess o intuïess que significava?
 - Com creus que els serveis de rehabilitació t'han ajudat a canviar la percepció de persones amb problemes de salut mental?
 - Què esperaves del servei de rehabilitació? Ho has trobat?

Preguntes generals per iniciar el debat:

- Quins aspectes dels serveis creus que ajuden més la teva millora/recuperació? Com i per què creus que aquests aspectes ajuden a la teva millora?
 - Quins dificulten la teva millora i per què?
 - Quins principis o valors creieu que haurien de guiar l'avaluació dels serveis de rehabilitació públics?
 - Quines experiències vitals han ajudat/donat suport al teu procés de millora i quines ho han dificultat?
 - Exploració de les teories personals i subjectives sobre el perquè de les experiències viscudes com a rellevants en el procés de recuperació.
-

2.4.3.3 Anàlisi de Dades. Un cop transcrits els GF a partir del seu enregistrament sonor, van ser analitzats amb l'ajuda del software Nvivo v.11. Es tracta d'un software que dissenyat per analitzar les dades a diferent profunditat.

Amb Nvivo és possible assignar atributs i significats a les diferents fonts de dades, nodes i memos, fet que ajuda a organitzar les dades. És, per tant, una eina facilitadora de la investigació qualitativa.

Entre els recursos que s'utilitzen per l'anàlisi amb Nvivo podem mencionar els Nodes, els nodes d'arbre i els nodes lliures. Els Nodes són estructures per emmagatzemar la informació un cop codificada per tal que el text pugui assumir diferents significats. Els nodes d'arbre són grups de nodes. És a dir, en l'augmentar el número de dades, l'investigador pot trobar similituds entre els nodes ja creats i organitzar-los en arbre, d'acord amb la relació entre ells. Per últim, els nodes lliures són aquells que tenen

característiques úniques i, per tant, resten aïllats (Dias do Nascimento et al., 2016).

Un cop transcrites les dades, l'anàlisi s'ha dut a terme en dos fases. Durant la primera fase, s'ha dut a terme per part de dos investigadors de forma independent. Un d'ells ha estat el conductor dels GF i l'altre una persona aliena a la recerca però amb coneixements del MdR. Aquests anàlisis s'han dut a terme assignant significats a parts del text/afirmacions dels usuaris participants que s'han considerat rellevants per la recerca.

Les dades obtingudes s'han analitzat utilitzant el mètode d'anàlisi de la comparació constant. Aquest mètode consisteix en codificar unitats de text i comparar-les amb les altres unitats de text codificades. Es tracta d'un mètode sistemàtic per desenvolupar i millorar les propietats teòriques de les categories establerts i facilita la codificació en categories superiors.

En la segona fase, un cop finalitzat el treball individual, les dues persones responsables de la primera anàlisi s'han reunit per consensuar els significats atribuïts als textos acordant-ne les categories i subcategories. Finalment s'han dut a terme hipòtesis i relacions entre les categories principals que passarem a explicar en la fase de resultats.

En les cites textuais que apareixen al text d'usuaris participants a l'estudi, s'han generat noms ficticis per preservar l'anonimat dels participants.

2.4.4 Resultats

Hem dividit els resultats en 6 temes principals, emergits a partir de l'anàlisi de la transcripció dels GF, la seva categorització i articulació posterior amb les dades i les teories prèvies existents. A la taula 11 es mostren les diferents categories de consens a les que s'ha arribat a partir de l'anàlisi de les transcripcions i la seva agrupació en 6 grans temes, que ahora s'han dividit en categories i subcategories.

Aquestes categories són les següents:

- Identitat: fent referència al sentiment de qui som, definit com un conjunt de característiques físiques, psíquiques i interpersonals i al conjunt de rols socials i afiliacions.
- Model biomèdic de recuperació: fent referència a la tensió entre diferents paradigmes a l'hora d'entendre la salut i la malaltia. El mèdic, molt centrat en la remissió simptomàtica i la prevenció de recaigudes; i el paradigma de la recuperació, centrat en donar suport a les persones per tal d'aconseguir una vida plena a pesar del trastorn.
- Autoestigma: Fa referència a les actituds negatives, incloent la vergonya internalitzada, que afecta a les persones amb trastorn mental pel fet de la seva condició.
- Acceptació: Entesa com el procés personal de canvi d'actituds, conductes, cognicions, emocions i relacions que impliquen un reconeixement i reorientació vers una situació desfavorable, com és el fet de patir un problema de salut mental.
- Facilitadors del procés de recuperació: Conjunt d'elements socials, psicològics, professionals, de suport, econòmics...que faciliten el trànsit vers una recuperació plena.
- Barreres a la recuperació: Conjunt d'elements socials, psicològics, professionals, de suport, econòmics...que faciliten el trànsit vers una recuperació plena.

Taula 11*Categories establertes a partir dels GF*

Subcategories	Categories	Categories Centrals
Esquizofrènic vs. Persona amb esquizofrènia	Identitat reduïda per la malaltia vs. Malaltia com un aspecte més de la identitat	Identitat
Pèrdua de rols socialment valorats	Identitat saturada del rol de malalt	Identitat
El trastorn com a explicació de totes les conductes	Identitat saturada del rol de malalt	Identitat
Recuperació com a remissió simptomàtica i retorn al funcionament previ	Recuperació com a remissió	Model de recuperació biomèdic
Acceptació d'estereotips vs. Resistència als estereotips	Autoestima i resistència a l'estigma	Autoestigma
El trastorn com a justificació de la no participació i integració social i comunitària	Estigma i alienació social	Autoestigma
Acceptació d'un pronòstic cap a la cronicitat i falta d'autonomia	Resistència als estereotips i profecia autocomplerta	Model biomèdic del trastorn
Estigma com a quelcom que "només ve de fora"	Falta de consciència de l'autoestigma	Autoestigma
Inici al SRC com a punt d'inflexió en el procés	Procés d'acceptació	Acceptació
Importància del suport familiar i dels iguals	Suport social	Acceptació
El SRC ajuda a estructurar el dia	Factors terapèutics del SRC	Facilitadors del procés de recuperació
El SRC ajuda a la comprensió de les experiències de malaltia	Factors terapèutics del SRC	Facilitadors del procés de recuperació
El SRC com a facilitador del suport entre iguals	Factors terapèutics del SRC	Facilitadors del procés de recuperació
Èmfasi en les pèrdues durant el procés	Procés de recuperació	Procés de recuperació
Èmfasi en la recuperació com un procés actiu	Procés de recuperació	Procés de recuperació
El SRC com a facilitador de rols socialment valorats	Factors terapèutics dels SRC	Facilitadors del procés de recuperació
"Ells" vs. "nosaltres". Por a ser "descoberts"	Barreres a la participació social i alienació social	Barreres a la recuperació

Pràctiques coercitives, autoritarisme i tracte infantilitzant	Falta d'empoderament i participació	Barreres a la recuperació
Professionals passius i poc esperançats cap als usuaris vs. Proactivitat	Baixes expectatives dels professionals i actituds negatives	Barreres a la recuperació
Veure només la malaltia i no la persona que hi ha demà	Servei focalitzat en els dèficits	Barreres a la recuperació
Percepció dels SRC com a suport indefinit i "per sempre"	Falta d'atenció individualitzada i el SRC com a agent alienant	Barreres a la recuperació
Comprensió i suport emocional dels professionals. Empatia.	Característiques relacionals que donen suport a la recuperació	Rol professional
Expectatives positives de l'equip professional	Característiques relacionals que donen suport a la recuperació	Rol professional
Capacitat dels professionals per mostrar interès genuí; anar més enllà del rol professional.	Característiques relacionals que donen suport a la recuperació	Rol professional

2.4.4.1 Identitat i Model Biomèdic de Recuperació. *"Som malalts, encara que ara ens trobem bé i no ingresem a l'hospital...no ens podem recuperar...és per sempre"*

En aquest apartat hem unit dues categories (Identitat i model biomèdic) ja que sovint el deteriorament de l'una és conseqüència de l'altre. És a dir, sovint les identitats més pobres i més saturades pel trastorn les trobem en persones ateses des de models biomèdics, que reforcen la identitat de malalt alhora que desatenen els aspectes que van més enllà d'allò merament simptomàtic.

Està molt estesa la idea que rehabilitar-se és tornar a estar com abans d'emmalaltir. Alhora, aquesta idea és viscuda com a profundament frustrant ja que, com relaten els usuaris, mai no podran tornar a estar com abans. També s'entén, generalment, la recuperació com un fenomen limitat a la recuperació simptomàtica. Com que la remissió total dels símptomes és molt difícil en moltes ocasions, també es converteix en font de frustració i baixa autoestima).

En aquest sentit, un usuari d'un SR responia a la pregunta de què era per a ell

rehabilitar-se: “tornar a fer la vida que feies abans...cosa que no aconsegueixes”. Un altre usuari en un to més irònic deia “nosaltres només millorem dins la gravetat”. Una altra persona centrava la recuperació a “no tenir més crisis” però alhora afegia “cosa que ja m'han dit que no és possible”. En aquesta línia, un usuari sentenciava: “la malaltia és per a tota la vida: no hi ha curació possible; necessitem que ens cuidin, necessitem més cures”. Assumir un rol passiu i dipositar a la societat la responsabilitat de les seves cures és una idea molt present i acceptada. Per exemple, la Maria explicava que “és la societat la que ens ha d'ajudar creant més serveis per a “malalts” com a classes de lectura per a nosaltres...perquè no tinguem ganes de suïcidar-nos”.

Molts dels usuaris participants a l'estudi s'autodesignen esquizofrènics o bipolars. Se senten identificats amb el diagnòstic i no fan cap crítica d'aquest fet. El trastorn és descrit com allò que són, i no allò que els afecta o tenen, com a quelcom separat d'ells mateixos. Molts d'ells expliquen com han passat de la negació del trastorn a l'acceptació d'aquest com a quelcom definitori d'un mateix. Molts d'ells, utilitzen el trastorn com a explicació del seus comportaments mal vistos socialment o poc normatius, o a l'hora d'assumir responsabilitats. Per exemple, un usuari relatava com ell no triava la seva roba perquè “estava malalt” o que no anava a votar perquè ell era “esquizofrènic”.

La pèrdua de rols socials valuosos com poden ser el de “treballador”, “amic”, “parella”, etc., és relatada com quelcom inherent al trastorn i al diagnòstic. Quan se'ls hi pregunta sobre la vida social sovint el diagnòstic és presentat com la causa de la falta d'una xarxa social més àmplia, desprenent-se de les seves paraules una manca de capacitat d'influència sobre aquests processos. El trastorn esdevé, doncs, l'explicació de totes les conductes. Els trastorns mentals sovint són vistos pels usuaris participants com quelcom biològicament determinat. Els usuaris adopten una comprensió reduccionista biològica i genètica dels trastorns, sovint explicitant-se amb el suport d'analogies com la de la diabetis (“el teu cervell no funciona de forma similar al pàncrees d'un diabètic i per

això t'has de tractar”).

La identitat de la majoria d'usuaris pivota sobre el trastorn i el fet de ser “usuaris de salut mental”. Aquesta identitat els hi serveix com un model per explicar la seva situació però alhora per modelar i organitzar els comportaments i possibilitats futures marcant, com veurem, un camí d'ús de serveis sanitaris segregats de la resta de la comunitat. Aquesta identitat, alhora, implica la pèrdua d'esperança vers el fet de viure un futur en plenitud, com mostren els usuaris quan expliquen que el futur per ells és seguir com fins ara, utilitzant recursos especialitzats de salut mental com a principal ocupació.

Davant la pregunta “com et defineixes” o “què ets” la gran majoria opta per definicions lligades o bé al diagnòstic (“sóc esquizofrènic”) o bé lligats a l'ús de serveis sanitaris especialitzats (“sóc de salut mental”) quedant en un lloc marginal altres aspectes identitaris com ara rols familiars, laborals o comunitaris. No hi ha un malestar ni una reflexió al voltant d'aquestes definicions identitàries sinó que són viscudes amb acceptació i com un element estructurant i que dóna continuïtat a un mateix.

Aquesta visió d'un mateix va molt lligada a la visió biològica reduccionista dels trastorns mentals, que és convertida en un “model de”, o sigui un marc explicatiu per ajudar a interpretar la seva situació, i un “model per”, o sigui una guia i/o model sobre com actuar a partir de ser definit com a malalt. Aquesta visió del trastorn s'acompanya d'una idea de recuperació coherent amb ella: La recuperació és viscuda com “no tenir símptomes”, “estar bé”, “estar estable”, “no reingressar a l'hospital”, “no sentir veus”... En alguns casos aquesta idea de remissió s'acompanya de la millora funcional de manera molt centrada en les activitats de la vida diària i en la recuperació d'un rol laboral: “recuperar-me és per a mi tornar a treballar, encara que sigui en un Centre Especial de Treball” o “la recuperació és per a mi ser capaç de cuinar-me, de manejar els meus propis diners...que no depengui de la família”.

Davant de la pregunta de: fins quan necessitaran el SRC?, la majoria d'ells senten estupefacció davant de la pregunta. Molts d'ells relaten que mai se'ls hi ha plantejat deixar d'utilitzar els serveis. Altres creuen que el necessitaran per sempre "perquè la malaltia és per sempre". Aquesta falta de previsió de canvis en el seu ús dels serveis (i per tant, també en el seu pronòstic) no és viscut de forma negativa. S'accepta com a certa la idea que sempre necessitaran utilitzar serveis de rehabilitació. Molts d'ells no veuen la possibilitat d'utilitzar altres serveis comunitaris normalitzats. "I si no vinc al SRC, on vaig?", amb frases com aquestes mostren com han assumit per una banda, la dependència dels serveis i, per l'altra, la falta d'expectatives de millora, entesa com a l'ús de recursos comunitaris que els acostin a l'exercici de la ciutadania plena.

2.4.4.2 Autoestigma. *"Una cop vaig acceptar que estava malalt és quan va aparèixer l'estigma... i l'autoestigma. Jo crec que és més important l'autoestigma... perquè si no existissin els prejudicis no existiria l'autoestigma. Necessites un temps per acostumar-te a parlar del que et passa...que ets a l'atur...has d'aprendre...cal un aprenentatge..."*

Molts usuaris senten que no poden assumir responsabilitats com ara viure de forma autònoma, tenir parella, fills, administrar els seus diners, gestionar el tractament farmacològic o participar d'activitats comunitàries com a ciutadà. Creuen que aquesta pèrdua de rols i responsabilitats és inherent al diagnòstic i no ho qüestionen, accepten passivament estereotips molt estesos a la nostra societat. Altres estereotips associats als trastorns mentals, com ara la violència, sí són qüestionats pels usuaris de forma rotunda. Ara bé, comparteixen la idea de vida segregada respecte la resta de ciutadans. Quan són preguntats sobre el perquè d'aquest fet molts expliquen pors relacionades amb "no em sabré comportar"; "sabran que estic malalt i em tractaran malament"; "em sento més

segur relacionant-me amb altre malalts"... Per tant, han assimilat certs estereotips de baix control sobre un mateix, de percepció de ser tractats de forma diferencial o la dificultat per relacionar-se de forma adequada. Aquesta acceptació d'alguns dels estereotips cursa sense una consciència de la presència d'autoestigma en ells. L'estigma és viscut com quelcom que "ve de fora", extern, social, com quelcom que els dificulta ser vistos com "persones", però en cap cas com quelcom que ells, en tant que societat, han assumit com a certs d'ells mateixos un cop etiquetats amb un diagnòstic de trastorn mental.

Aquesta situació genera una forta sensació d'alienació respecte als "no malalts". S'erigeix un mur entre "nosaltres (els malalts) i "ells" (la resta de la societat) i augmenta la sensació d'alteritat. Aquest fragment exemplifica aquesta vivència no conscient de l'autoestigma i la seva afectació en la participació comunitària:

"em van proposar anar al centre cívic però no hi vull anar; joestic bé aquí...em sento més còmode relacionant-me amb altres malalts...allà no em sabré relacionar...notaran queestic malalt..potser no sé com actuar o dic coses que no toquen... hi ha molt de rebuig a la societat"

Els usuaris, doncs, es perceben essencialment diferents de la resta de la població i difícilment participen d'activitats comunitàries normalitzades apel·lant a aspectes relacionats amb l'estigma interioritzat (incapacitat de participar, falta d'habilitats, incomoditat amb no diagnosticats, etc.).

2.4.4.3 Acceptació. *"No vaig acceptar el tractament fins que em van enviar aquí (al SRC). Jo no volia saber res de ningú i aquí vaig trobar persones que tenien problemes com jo...vaig començar a prendre la medicació, a parlar amb la gent d'aquí, a obrir-me als*

professionals(...)”.

Acceptar les limitacions i pèrdues que implica viure amb un trastorn mental és un component principal del procés de recuperació. En aquest apartat fem èmfasi en aquells elements dels SRC que han facilitat aquesta acceptació. Acceptar una condició incapacitant implica una pèrdua i les persones necessiten adaptar-se a aquesta, sense perdre el sentit d'identitat personal i afrontant els reptes que implica la discapacitat.

La vinculació al SRC representa per molts un punt important del procés de recuperació. Molts dels usuaris expressen com la participació al SRC ha estat el punt d'inflexió a partir del qual han pogut acceptar el trastorn mental. A través de les narratives dels usuaris veiem que aquesta acceptació s'ha fet a diferents nivells: conductual, emocional, relacional, identitària i cognitiva. Tal i com expliquen els usuaris, el primer pas per aquest procés d'acceptació va ser la participació al SRC:

Altres es centren en com activitats concretes dels SRC els han ajudat en aquest procés: *“a mi em va anar molt bé venir al taller de psicoeducació per entendre el que em passava, la importància de medicar-me per no tornar a ingressar a l'hospital....aquí fem coses positives”*.

Molts dels participants també van apel·lar a factors relacionals com a motor de l'acceptació. La majoria van descriure com el fet de sentir-se acceptats al SRC tant per professionals com per usuaris els va ajudar. Un participant als GF, per exemple, explicava com l'acceptació dels altres va facilitar la seva pròpia acceptació: *“vaig venir aquí i vaig veure que no em jutjaven...que si un dia tenia ganes de parlar, perfecte; que si un dia estava més animat, doncs també m'acceptaven...no m'havia d'amagar...i vaig pensar que si ells m'acceptaven tal com era...jo també a mi mateix i a ells, és clar”*.

2.4.4.4 Facilitadors del procés de recuperació. *“[Recuperarse] a veces no es hacer la misma casa...tienes que hacer una de diferente en sus cimientos..este es el*

verdadero esfuerzo.”

Estructurar el dia, ajudar a integrar i comprendre l'experiència de malaltia i el suport entre iguals són els elements que els usuaris dels SRC veuen com a facilitadors del procés. S'han separat expressament aquells factors terapèutics que tenen a veure amb la relació amb els professionals. A causa de la seva especificitat seran tractats més endavant.

Molts usuaris han expressat com el fet de que el SRC els hi proporcionés rutines que els ajudés a estructurar el dia ha estat un element de suport a la recuperació. Un usuari ho expressava així: *“tenir alguna cosa a fer cada dia...un motiu per sortir de casa...per arreglar-me...aquí sempre trobo o un o l'altre per parlar...per anar a fer un cafè...”*.

El fet de poder disposar d'un espai que signifiqui un punt de trobada on comunicar-se amb altres persones amb experiències similars ha estat relatat com un factor clau a la millora i ha facilitat el manteniment del vincle amb els serveis. Comprendre el trastorn i poder integrar l'experiència de malaltia en la narrativa personal també ha estat un element molt destacat per ells. Un usuari ho expressava així: *“poder tenir una explicació del què m'ha passat, posar-l'hi nom...això m'ha ajudat molt a mi”*.

2.4.4.5 Característiques del rol professional que faciliten la recuperació. *“Que cregui en tu encara que ni tu mateix ho facis”*.

Els usuaris han relatat tres elements com a principals característiques del rol professional com a facilitadors de la recuperació:

- Comprensió i suport emocional dels professionals. Empatia.

- Expectatives positives de l'equip professional.
- Capacitat dels professionals per mostrar interès genuí; anar més enllà del rol professional.

Un dels elements que han estat percebuts com a més rellevants en el rol del professional és que aquest vagi més enllà del seu rol, entès com mostrar la persona que hi ha darrera del professional. Molts usuaris han explicat com n'ha estat de necessari que els professionals els hi mostressin aspectes d'ells mateixos. En aquest sentit, molts usuaris valoraven molt la flexibilitat dels professionals. Un d'ells deia: “jo valoro molt que, si un dia necessito parlar, encara que no tingui visita, sé que al SRC m'atendran i això em tranquil·litza”. Els participants valoraven aquells gestos que anaven més enllà d'allò previst en el rol professional. Un acte tan simple com parlar d'ells mateixos i, per exemple, explicar què han fet per vacances, ha estat vist com un acte d'humanització del professional, de la mateixa manera que quan el professional ha mostrat defectes o debilitats d'ell mateix.

Els participants sovint també han mencionat la confiança com un element fonamental. Molts senten que amb els professionals dels SRC poden parlar de coses íntimes sense sentir-se jutjats, coses que a vegades senten que no poden parlar amb altres professionals a qui no viuen com a tant pròxims.

Altres elements clau que han emergit dels GF és la necessitat de comptar amb professionals que tinguessin un interès genuí en ells, que fossin suficientment empàtics i que, en paraules seves, “no es comportessin com un funcionari que va a fer la seva feina i prou”. En aquest sentit, els participants han subratllat la importància de sentir-se tractats i ser vistos com a persones i no només com un diagnòstic.

2.4.4.6 Barreres a la recuperació. Pel què fa als factors que són percebuts com a barreres al procés de recuperació, han emergit els següents:

- “Els” vs. “nosaltres”. Por a ser “descoberts”
- Pràctiques coercitives, autoritarisme i tracte infantilitzant
- Professionals passius i poc esperançats cap als usuaris vs.

Proactivitat

- Veure només la malaltia i no la persona que hi ha al darrera.
- Percepció dels SRC com a suport indefinit i “per sempre”

Com ja hem comentat més amunt, el fet de generar una barrera entre “ells” (les persones sense un trastorn mental) i “nosaltres” (els “malalts mentals”) és una barrera per a la participació social i comunitària. Els usuaris se senten segregats i alienats de la resta de la societat i la majoria es resignen a utilitzar recursos específics creats per a “ells”.

Molts dels participants han relatat que durant la seva relació amb els serveis sanitaris s'han trobat professionals amb actituds que no els havien ajudat. Concretament, parlen de professionals amb actituds coercitives i autoritàries, per una banda, i infantilitzants per l'altra. Un participant comenta: “anava a les visites i ja em donava les coses fetes...jo no podia oposar-m'hi... tampoc sabia si hi havia alternatives...i no m'atrevia a preguntar...suposo que ho feia amb bona intenció..”.

Alguns participants han explicat com han rebut en ocasions un tracte infantilitzant, a través de la desresponsabilització. En la mesura en se'ls hi treien responsabilitats (maneig de diners, compra de roba, maneig de tractament) veien frenat el seu desenvolupament i interioritzaven que “si no m'ho deixen fer és perquè no en dec ser capaç”.

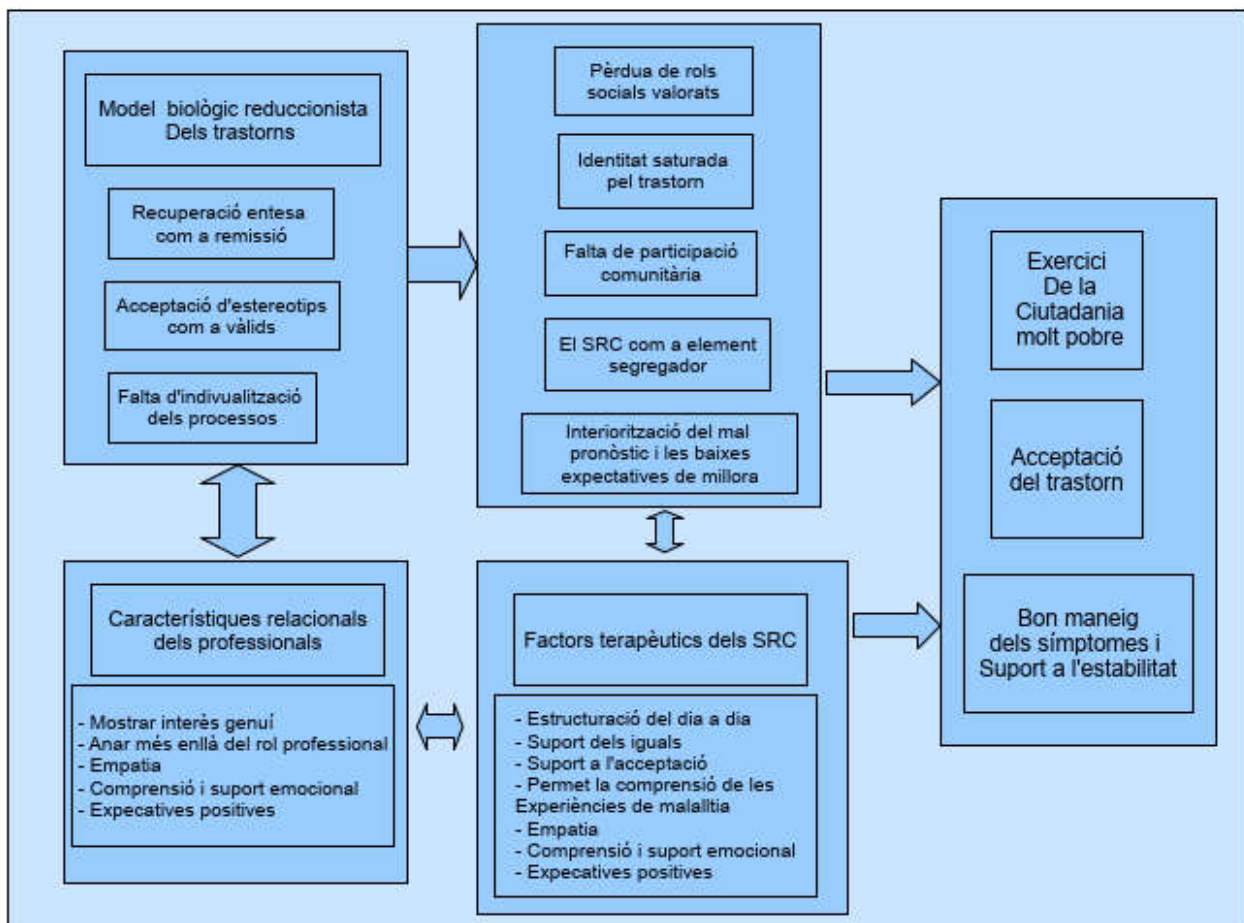
Malgrat molts usuaris estaven còmodes utilitzant de forma indefinida els SRC sí que emergia la idea que això estava relacionat amb unes baixes expectatives de canvi. En

la mesura en què no es preveia l'alta del SRC, això significava que per ells seria necessari *ad eternum* i alhora que no podien canviar ni utilitzar altres recursos normalitzats.

A partir dels resultats obtinguts hem creat el següent diagrama (Figura 1) simplificant els elements i i posant-los en relació entre ells.

Figura 1

Diagrama de relacions entre els elements



En aquest, podem veure com interaccionen les conductes i actituds derivades d'un model biomèdic reduccionista, aquelles derivades de les característiques relacionals dels

professionals dels SRC i aquells derivats dels factors terapèutics dels SRC, per acabar propiciant, com a resultat, un exercici pobre de la ciutadania, una (hiper)acceptació del trastorn i una bona estabilitat psicopatològica. Per una banda, la mirada molt centrada en la prevenció de recaigudes i l'adherència terapèutica eclipsa altres necessitats i s'acaba transmeten un missatge de fragilitat i de necessitat d'ús de recursos especialitzats de forma finalista. La falta de promoció d'un rol de ciutadà acaba deteriorant i limitant molt la identitat dels usuaris, que queda saturada de la de "malalt". La segregació mantinguda en el temps en serveis especialitzats amb poques expectatives de canvi acaben reforçant l'empobriment del jo. Per altra banda, hi ha molts elements dels SRC i dels professionals que fomenten l'acceptació del trastorn a tots els nivells (conductual, emocional, psicològic i social) però que en combinació amb els elements que ja hem descrit provoquen una hipertrofia d'aquesta acceptació i converteixen el trastorn en la causa i guia per orientar-se vers el futur.

2.4.5 Discussió

El treball exposat pretenia ampliar el coneixement sobre com entenen la recuperació les persones afectades d'un trastorn mental greu ateses a un SRC i exposar els elements dels serveis que faciliten i aquells que dificulten els processos de recuperació. D'acord amb els objectius de l'estudi, hem dividit aquest espai en 5 apartats per facilitar l'exposició. Aquests apartats són els següents:

- La identitat de les persones en procés de recuperació: De la saturació per la malaltia a la seva incorporació com un aspecte més d'un mateix.
- Estigma, autoestigma i recuperació
- La percepció del procés de recuperació
- El paper dels professionals durant el procés de recuperació

- Barreres a la recuperació

2.4.5.1 La Identitat de les Persones en Procés de Rehabilitació: De la Saturació per la Malaltia a la seva Incorporació com un Aspecte més d'ell Mateix. Els usuaris dels SRC que han participat en els GF relaten un procés de canvi identitari des de l'eclosió de la malaltia fins al moment actual. En la primera etapa de la malaltia, una vegada van prendre consciència d'aquesta i de les seves conseqüències (pèrdua de rols, d'habilitats, de xarxa social i d'estatus social), el trastorn ha estat molt definitori de si mateixos. Molts dels usuaris participants relaten que hi ha una dificultat a l'hora de separar la malaltia d'un mateix, malgrat puguin gestionar-la (Roe i Davidson, 2005).

Les persones que han estat capaces de fer un procés de millora i en els que la malaltia ocupa menys espai en les seves vides, parlen d'ella com quelcom separat de si mateixos, com un objecte. Expliquen que una de les coses que els ha ajudat a fer aquest procés de separació ha estat el fet de millorar el maneig dels símptomes i, com a conseqüència, el poder tornar a “funcionar bé” i exercir rols rellevants per a ells. Desgraciadament, no tots els usuaris narren aquest procés de millora. De forma oposada a aquests últims, hi ha usuaris en els que la diferència entre ells i la malaltia es torna molt difusa. En aquests, la malaltia es torna definitiva i ocupa un espai central en la identitat “raptant” a la persona. El trastorn es converteix ,per ells, en l'explicació de qualsevol desenllaç vital o fet quotidià (Estroff, 1989). Han incorporat la visió biomèdica del que els hi succeeix i la utilitzen com a matriu per explicar la majoria del seu “sentir”. La narrativa mèdica, una vegada acceptada, és limitadora i resta espai per a una història de continuïtat i coherència d'un mateix i de les seves experiències (Carless i Douglas, 2008).

Molts usuaris en aquesta situació utilitzen l'expressió “sóc esquizofrènic”, “som malalts”, per definir i explicar-se i explicar la seva situació de discapacitat o les dificultats

per aconseguir els estàndards o estatus d'edat marcats. El concepte de “role engulfment” (Lally, 1989) s'explica precisament per aquesta situació. Lally ho defineix com el procés en el que l'autoconcepte es reorganitza al voltant de l'experiència de tenir esquizofrènia cap a una identitat post-diagnòstica. Segons Lally, aquest procés implica la conversió d'una identitat “parcial” o periòdica de “malalt” a una identitat estable i completa de “malalt”. Aquest procés no és ràpid. Implica una primera fase en la qual, les primeres hospitalitzacions i el contacte amb el sistema de salut mental impliquen un etiquetatge d'un mateix com a “malalt” i el consegüent impacte dels estereotips i creences relacionades (devaluació, por, etc.). En la següent fase, els usuaris accepten que tenen problemes de salut mental, es redueix la distància respecte a altres persones afectades, i hi ha un canvi en com el trastorn mental és definit: es tendeix a normalitzar els trastorns i considerar-los com “una malaltia més”. Aquesta major identificació cursa paral·lelament amb una major alienació social i un major contacte amb els serveis. En la fase final, la identitat de malalt ja s'ha consolidat com a permanent. Durant aquesta, la persona s'esforça per desestigmatitzar el trastorn i buscar formes d'afrontar-la. Pot aparèixer un dol pel “jo” perdut. Al nostre estudi, la majoria d'usuaris es sentien còmodes amb una autodefinició d'un mateix com a “malalt” o “esquizofrènic”, fet que fa pensar que els podríem situar en l'última fase del procés de transformació de la identitat: aquella en que la malaltia passa a ser gairebé l'únic element definitori d'un mateix. Més endavant comentarem de quina forma es podria prevenir aquest fet i facilitar la recuperació.

Malgrat tot, alguns usuaris han estat capaços d'aconseguir una identitat més rica i menys saturada per la malaltia: *“(...)amb el pas dels anys el lloc que la malaltia ocupava a la meua vida ha anat canviant...que m'ha ajudat? Doncs no ho sé...fer encàrrecs...jo sóc la noia dels encàrrecs al SRC, també he fet patchwork, internet...faig coses amb les amigues de la meua germana...com anar al cine...”*. Un altre afegeix: *“jo sóc germà, fill, socorrista, cambrer...cap cosa d'aquestes em defineix...però totes juntes sí... el trastorn mental*

també...". Aquest usuari parla de si mateix com a subjecte separat de l'objecte (malaltia). Han descobert, doncs, possibilitats d'un jo més actiu i alguns d'ells han integrat la malaltia com una part més del "self" i no pas com a l'element definitori. Aquest procés implica, segons les narratives dels participants, no abandonar l'exercici actiu d'altres rols socialment valorats, evitant, així, la confirmació dels estereotips socials associats al fet d'ésser etiquetats (i autoetiquetats) com a "malalts mentals". Davidson (2005) i Roe (2001) mostraven com el manteniment d'un propòsit durant el dia a dia incidia en com les persones mostraven una millora des de la identitat de "pacient" a "persona" en les seves narratives.

L'impacte de la identitat del trastorn, definit com el conjunt de rols i actituds que un desenvolupa en relació al fet d'estar diagnosticat d'un trastorn mental té un impacte important en el procés de recuperació. Yanos et al. (2011) plantegen un model d'aquest impacte coherent amb aquesta recerca. En el seu model, si assumir que es té un trastorn mental significa incompetència i inadequació, això impacta en l'esperança vers el futur i l'autoestima, la interacció social, la inserció laboral, etc. En el nostre estudi, assumir aquesta identitat estava relacionat amb la falta de participació social, assenyalant precisament una presumpta falta d'adequació i competència social, i falta de confiança en les pròpies capacitats, entre altres factors i, en conseqüència, amb l'aïllament i el distanciament social respecte els "no malalts".

El diagnòstic d'Esquizofrenia està associat a les pèrdues i, per tant, genera canvis en la identitat de la persona. La malaltia afecta de forma rellevant al funcionament social i personal. Afrontar la malaltia implica moltes vegades pèrdues de capacitats pròpies (cognitives, per exemple), d'éssers estimats (amics, parella...) o de rols socialment valorats ("jo" com a treballador, per exemple) (Mauritz i Van Meijel, 2009; Baker et al., 2009). Les conseqüències psicològiques i socials de patir la malaltia porten directament a poder conceptualitzar aquesta com una crisi d'identitat, en la que molts d'aquells rols

exercits fins al moment i aquells projectats en el futur s'esvaeixin. El fet de patir una malaltia crònica i greu fa que algunes històries vitals s'interrompin, que el sentit de coherència es debiliti, i que el futur sigui més incert (Ellis-Hill i Horn, 2000). Per donar resposta i sentit a l'experiència d'emmalaltir, les persones creem els nostres propis models i representacions de la malaltia. Aquestes representacions, a la seva vegada, determinen com afrontem la malaltia (Weinman et al., 1996).

2.4.5.1 Estigma, autoestigma i recuperació. Explícitament, els usuaris dels SRC rebutgen assumir els estereotips socials associats a la malaltia mental, com ara la vinculació 'associació entre violència i malaltia mental. L'estigma és majoritàriament viscut com quelcom que “ve de fora”, com una cosa que la societat ha de canviar. Alhora, l'estigma social és viscut com un fre per actuar com a ciutadà en el marc de la comunitat. La falta de tolerància i la por de ser “descoberts” com a “malalts” són els arguments principals per no participar de la vida comunitària.

Ara bé, altres estereotips i/ visions sobre la salut i la malaltia mental són acceptades directament, com són l'inevitable pronòstic cap a la cronicitat, la manca de capacitat d'aprenentatge o la necessitat de ser cuidats per tercers de forma indefinida. Hi ha, doncs, una acceptació parcial dels estereotips, que s'internalitzen en forma d'autoestigma i dificulten el procés de recuperació a través de la identitat, reduint-la moltes vegades a la de “malalt”(Corrigan et al., 2011).

A l'hora de combatre l'estigma i oferir resistència cap a aquest, però al mateix temps avançar en el procés d'acceptació, un dels factors més relatats ha estat el propi contacte amb altres membres del col·lectiu (Mustard, 2013; Chan i Mak, 2014). Alguns usuaris creien que les persones amb problemes de salut mental "no tindrien conversa" o que "no serien capaços de dur a terme les tasques del dia a dia" o d'"assumir

responsabilitats". Aquestes percepcions s'han ajustat gràcies al contacte directe amb altres membres amb diagnòstics afins i, per tant, el sentiment de pertinença al grup estigmatitzat s'ha convertit en una eina per fer front a l'estigma públic i oferir-li resistència. McCoy i Aronoff (1994) mostren com a través de la participació i l'activisme es reemmarca l'experiència de malaltia, combatent els significats estigmatitzants associats a aquesta amb rols socialment valorats.

Molts dels usuaris que han participat en l'estudi narraven com la seva vida es limitava a l'assistència a serveis especialitzats, com el SRC, i mantenien aquest funcionament amb unes baixes expectatives de canvi. Aquest funcionament és coherent amb alguns dels estereotips associats als trastorns mentals com ara la incapacitat de funcionar en espais comunitaris normalitzats. És difícil que els usuaris puguin oferir resistència a l'estigma social (entès com el procés d'empoderament en el qual la persona fa ús de les seves capacitats, coneixements i experiències per fer front a l'estigma a nivell personal i públic) si les seves pròpies vides encaixen bé i avalen aquests estereotips (Dubreucq et al., 2020). Al final d'aquesta exposició plantejarem intervencions per tal que els usuaris augmentin la seva resistència a l'estigma i puguin avançar durant el seu procés de recuperació.

2.4.5.3 La Percepció del Procés de Recuperació. La majoria d'usuaris participants subscriuen una visió de la recuperació coherent amb la recuperació clínica i funcional, més acceptada habitualment des del model biomèdic tradicional que no pas des dels paradigmes de la Rehabilitació Psicosocial (Piat et al., 2021). D'acord amb la diferència que fan Davidson i Roe (2007) entre "recuperar-se d'un trastorn mental" i "recuperar-se amb un trastorn mental", els usuaris dels SRC opten per la primera: la recuperació com a sinònim de cura o, en el pitjor dels casos, d'estabilitat simptomàtica. Aquesta forma d'entendre la recuperació és profundament poc estimulant, tenint en

compte que la majoria d'usuaris dels SRC no fan una remissió total de la simptomatologia ni recuperen, en molts casos, un bon nivell de funcionament psicosocial.

És significativa la percepció que tenen els usuaris dels processos d'alta als SRC, pel gran valor simbòlic que comporten. D'una manera sarcàstica un usuari pregunta retòricament quan se li qüestiona sobre què determina l'alta del servei *“ah, però això no és un lloc per a tota la vida? No ho sabia!!”*. Un altre afegeix *“podrem deixar de venir el dia que ens morim”*. Significatiu també és el títol que posa a la pel·lícula de la seva vida en Juan: *“La historia interminable”*. La idea que “entrar en el sistema” és per sempre i no se'n podrà sortir és profundament descoratjadora i va associada moltes vegades a baixes expectatives professionals, que fàcilment són transmeses amb el sol fet de no posar data o ni tan sols parlar de l'alta del servei amb usuaris (Chang et al., 2021).

En contrast amb aquests dos significats associats a la recuperació, hi ha usuaris que entenen el procés de manera més àmplia. Entenen que la millora va molt més enllà dels símptomes i que per aconseguir-la cal implicar-se activament. Identifiquen aspectes com la recuperació de la il·lusió, de la xarxa social, de rols socialment valorats per a ells (treballador, parella, amic, soci...). En alguns casos, l'activisme ha tingut un paper molt rellevant en el procés de recuperació i ha ajudat a donar valor a la seva experiència i sentit a la seva vida. Aquest grup d'usuaris que ha estat capaç de desenvolupar rols personalment significatius i valorats socialment també són capaços de percebre aspectes positius lligats a la malaltia. Per exemple, haver conegut persones significatives, desenvolupar habilitats artístiques, descobrir aspectes nous d'un mateix... Per exemple, un usuari relata com *“la meva vida té més sentit ara que abans de la malaltia”*. A manera de metàfora, parlant sobre la reconstrucció d'una ciutat després d'un tsunami, l'Esteban afegeix *“potser no has de fer la mateixa casa d'abans...potser el veritable esforç és fer-ne una de diferent usant els seus fonaments com a base”*. La Carla afegeix *“sento que estic canviant...i que no sé on ni quan s'aturarà”* ens apropa a la concepció de la recuperació

com un procés sense fi, com una manera de veure la vida.

La falta d'una visió de futur més enllà del SRC ha estat un element comú a tots els SRC estudiats. Aquesta idea d'ús dels serveis especialitzats *ad eternum* accentua la idea que l'única possibilitat és la vida segregada dels "altres", aquells que no tenen cap trastorn i la dependència dels serveis.

2.4.5.4 El Paper dels Professionals en el Procés de Recuperació. Molts dels usuaris que acudeixen als SR tenen un món relacional molt pobre. El fet de disposar d'una relació on es puguin reconèixer com a persones i no només com a malalts és un dels aspectes que pugui facilitar el canvi fins al punt de ser un punt d'inflexió en el procés. Entre les qualitats més valorades pels usuaris en els professionals dels SR hi ha les següents: Proactivitat (es valora que els professionals siguin actius i propositius; que no esperin passivament i prenguin la iniciativa per emprendre accions que tendeixin a la millora), que tinguin un interès genuí (que se'ls percebi més com a persones que com a mers usuaris; la idea que cal que el professional vagi més enllà del que s'espera estrictament del seu rol; sentir-se escoltat), que siguin empàtics (que tinguin capacitat de comprendre a l'altre i ser sensible al seu moment), que siguin respectuosos i tinguin capacitat d'acceptació (no sentir-se jutjats, certa incondicionalitat malgrat les crisis i els empitjoraments), que els tractin com a individus (que tinguin un tracte singular i diferenciat i un pla de millora individual), que siguin optimistes (que hi creguin més que ells mateixos). Aquests elements són coherents amb aquells que apareixen a la literatura sobre les actituds professionals que donen suport als serveis orientats a la recuperació (Dalum et al., 2015; Chester et al., 2016; Le Boutillier et al., 2015).

2.4.5.5 Barreres a la Recuperació. L'ús del poder i l'amenaça com a pràctica per provocar canvis és una de les barreres identificades. Les pràctiques coercitives, malgrat forçar canvis aparents, són viscudes com un escull per la millora a llarg termini. Aquest tipus de pràctica assumeix que els usuaris no saben què necessiten i el seu pensament no és ni lògic ni racional. Quan aquestes idees són transmises a través d'actes i assumides pels usuaris, la seva identitat es redefineix convertint-se en un fre per a la millora. Diferents estudis (Wallster et al., 2006; Kallerts et al., 2011) suggereixen que la coerció no està associada a una millora i pot afectar negativament l'individu. L'obligatorietat a l'hora de dur a terme certes activitats o la manca d'acord a l'hora de prendre decisions se sumen a les pràctiques coercitives com a barrera més.

Que l'entorn rehabilitador sigui percebut com a falta d'esperança és una altra de les barreres relatades. Una forma a través de la qual aquesta manca d'expectatives de millora és percebuda es produeix quan se senten poc atesos. Per exemple, la Juana explica com de vegades els professionals no avisen de la suspensió d'una activitat o com es passen hores sense fer res als SR. La Juana explica que per a ells això és un senyal de “manca d'interès”, que “ja no hi ha res a fer amb ells”. Comentaris com “venim a passar el dia” o bé “per estar controlats” exemplifiquen aquesta sensació d'immobilisme i manca d'expectatives de millora. Els usuaris es queixen, per exemple, de molts espais on només estan...sense fer res. Irònicament, algun parla d'un centre de “contenció” en comptes de “rehabilitació”. Leamy et al. (2011) i Saelor et al. (2014) corroboren la importància de l'esperança com a element central del procés de recuperació. Expliquen com convertir un concepte com l'esperança en quelcom operatiu que permeti als professionals orientar tant els serveis com les seves pràctiques per tal que siguin generadores d'esperança. Entre aquests elements hi ha la disponibilitat d'històries i narracions de les experiències de recuperació d'iguals que “contaminin” esperança als companys; l'ús d'eines per acompanyar en l'establiment i consecució d'objectius vitals (com ara guies per la

planificació d'objectius de forma informatitzada), i la formació dels professionals per tal de trencar actituds derrotistes vers el curs de les persones amb problemes de salut mental greus.

2.4.6 Utilitat i Transcendència Pràctica de l'Estudi

La malaltia mental greu interromp la vida de persones que necessiten continuar donant-li sentit. La pèrdua d'un sentit d'identitat es pot considerar un element central del trastorn (Yanos et al., 2010; Kallert et al., 2011). Els SRC poden contribuir a saturar la identitat de "malalt" confirmant els usuaris dels serveis en aquest rol, o bé contribuir a enriquir la seva identitat tenint una mirada diferent cap a ells i reforçant la pràctica de nous rols.

Com podem veure a la figura 1, els significats atribuïts a la malaltia afecten la confiança en un mateix i l'autoestima i, aquestes, alhora, modelen la conducta, la interacció social i la implicació en nous projectes. La identificació grupal afavoreix la internalització de comportaments i normes vistos com a propis del grup. Quan aquests comportaments tenen a veure amb la baixa capacitat, la inadequació social i la imprevisibilitat, la recuperació se'n ressent de manera inevitable (Cruwys i Gunaseelan, 2016).

El ventall d'estats on es pot trobar la identitat durant el procés de recuperació és molt ampli: alguns han estat capaços de separar-se del trastorn; altres han arribat fins al punt de veure els aspectes positius que el fet de emmalaltir els ha comportat i integrar-ho com una experiència més i no definitiva d'un mateix. Roe i Davidson (2005) ens mostren com el self fa una sèrie de moviments durant aquest procés: d'un *self* sa i un altre malalt desconnectats entre si, a un *self* sa que integra l'experiència de malaltia veient aquesta última com un objecte i no com una part d'un mateix; d'un *self* passiu davant de les dificultats que la malaltia comporta, a un altre que descobreix la possibilitat d'actuar sobre

aquesta i canviar-la, i integrar aspectes positius de si mateix no descoberts anteriorment.

El fet d'oferir espais on exercir nous o vells rols abandonats durant el curs de la malaltia pot contribuir a desaturar la identitat de malalt i ampliar-la amb la d'activista, amic, voluntari, treballador...Cruwys i Gunaseelan (2016) posen en relleu la importància de potenciar el sentit d'agència personal a través de fomentar la presa de decisions i afavorir l'ampliació de l'exercici de rols.

La capacitat per mostrar, sentir i transmetre esperança per part dels professionals es converteix en un dels millors aliats per no caure en l'espiral negativa d'una identitat de "malalt" i l'aïllament absolut (Borg i Kristiansen, 2004). Les actituds professionals poden confirmar les persones com a incapaços, sense futur, sense capacitat per assumir responsabilitats o treballar. Aquestes conceptualitzacions estereotipades formen part de l'imaginari social i, per tant, la seva disponibilitat és molt més gran. Això fa que els usuaris siguin especialment sensibles a elles que altres menys perjudicials. El poder de la narrativa mèdica pot, doncs, influenciar la narrativa personal i aquesta, el procés de recuperació. En aquest sentit Baldwin (2005) suggereix que la tasca dels professionals ha de ser ajudar a crear narratives que no se centrin en el caos, la pèrdua de control i la manca de sentit d'agència per dirigir la pròpia vida, afavorint alhora la coherència i continuïtat amb les narratives prèvies. Narratives centrades en explicacions reduccionistes biològiques de la malaltia mental poden alleujar la culpa en un primer moment però a mitjà termini aquestes explicacions essencialistes només augmentaran la distància social entre "ells" i "nosaltres" dificultant la recuperació (Kvaale et al., 2013).

No atendre la identitat durant el procés de recuperació, pot provocar perdre l'oportunitat de treballar aquest aspecte determinant per a la millora. Els usuaris amb una identitat "raptada" per la de malalt difícilment podran participar de la vida comunitària. El

fet de ser malalt pot convertir-se en causa i conseqüència de totes les seves accions i ser la justificació de la seva falta de participació social, de la seva no millora, i del seu ús (i abús) de serveis. En aquest sentit, la participació en els SRC es pot convertir en la línia vermella que els usuaris no poden creuar. Els SRC es converteixen, doncs, en un univers relacional exclusiu i exclouent i en l'únic univers relacional possible. Quan això passa, la prorrogació d'aquesta segregació social més enllà del que és necessari dona un missatge molt potent: no podeu participar de la vida comunitària i el vostre espai és aquell reservat "només per a malalts".

És, per tant, en aquells usuaris que no han estat capaços de transformar la seva identitat als quals els SRC s'hauran d'abocar més i fomentar oportunitats per a l'exercici de rols que permetin ampliar-la.

La participació activa a la vida dels SRC facilita l'acceptació en les seves dimensions cognitiva, emocional, conductual i identitària (Mizock i Russinova, 2016). Al microcosmos social que representen els SRC, els usuaris estan en contacte amb diferents facilitadors de l'acceptació: reben suport dels iguals, milloren el maneig dels símptomes, aprenen a fer servir el sentit de l'humor per afrontar certes dificultats, participen d'un entorn capaç de transmetre esperança... El procés d'universalització i modelatge que es dona també facilita l'aprenentatge de conductes i la superació del procés de dol associat al patir un problema de salut mental greu.

Gràcies als estudis qualitius podem conèixer les aptituds i actituds dels professionals que són percebudes pels usuaris com les que més donen suport al procés de recuperació. El seu coneixement és el primer pas per desenvolupar programes formatius per a professionals, afavorir el canvi de paradigma i desenvolupar pràctiques orientades a la recuperació. La formació en recuperació permetrà un canvi de paradigma real i no només assumir un discurs nou sense canviar les pràctiques professionals (Slade

et al., 2014). La participació dels usuaris en la formació dels professionals serà una eina necessària que, alhora, pot donar sentit i valor a l'experiència de tenir una malaltia mental tractant els pacients com a “experts” en base a la seva experiència (Palomer et al., 2010).

Models conceptuals com el CHIME (Leamy et al., 2011) poden ser de gran ajuda a l'hora de detectar aquelles àrees en les quals no s'està incidint des dels SRC i postular canvis per facilitar la recuperació. En el nostre cas, podem detectar “buits” pel què fa a la participació comunitària, el foment de rols socials, l'enfocament vers les capacitats dels usuaris, i el treball d'una identitat més sana. A través del model, doncs, podem implementar accions de millora que permetin disminuir la segregació social, la saturació identitària per la malaltia, augmentar la resistència a l'estigma i facilitar el desenvolupament d'un sentit vital.

L'ús dels MdR per orientar la pràctica professional no està exempta de perills. Un dels més rellevants és la creença que tothom s'ha de recuperar fins a cert punt o llindar. Aquesta idea convertiria un model per orientar la pràctica professional, a un model de resultats, convertint la Recuperació en un “outcome”. Des d'aquest punt de vista, aquelles persones que no assoleixin la “recuperació”, podrien ser expulsades del sistema per “manca d'esforç en el propi procés”, col·locant de forma excessiva la responsabilitat en l'individu i prescindint que la recuperació és un procés que té lloc un context socioeconòmic concret, que tot sovint en constreny i limita (Onken et al., 2007). Per tant, els MdR no poden fer-nos perdre de vista que la recuperació és un procés social i sovint la societat exclou i margina com a ciutadans de ple dret a les persones amb problemes de salut mental. Per tant, la idea normativa de ciutadania, aquella que marca què ha de fer una persona per ser considerada ciutadà, no és vàlida per persones que no tenen ni els recursos ni les opcions per assolir-les (Vanderkinderen et al., 2012).

2.4.7 Limitacions

Una de les principals limitacions d'aquest estudi és la difícil generalització dels resultats a causa de les característiques de la mostra utilitzada, ja que s'ha basat amb usuaris de SRC i aquests no són una mostra representativa de totes les persones tributàries de fer un procés de recuperació. Una altra de les seves limitacions té a veure amb la pròpia naturalesa de la investigació qualitativa ja que els seus resultats s'articulen amb l'evidència prèvia disponible i aquesta està vinculada a la subjectivitat dels investigadors. Tot i això, l'estudi ens permet apropar-nos a una població, les persones afectades de trastorns mentals greus amb pitjor evolució, que sovint queden fora dels estudis, i donar una mica de llum pel que fa als processos de recuperació.

La relativa homogeneïtat de la XSMiA i el fet que l'investigador principal fos treballador d'un d'aquests serveis ha facilitat l'acceptació per part dels professionals dels SRC de participar de l'estudi sense viure'l com una fiscalització de la seva feina sinó com una exploració genuïna de la seva vivència del rol professional i dels serveis on treballen.

2.5 Estudi II: Serveis orientats vers la recuperació: un estudi qualitatiu de la percepció dels professionals durant el procés de canvi de paradigma

2.5.1 Justificació de l'Estudi

Aquest estudi pretén complementar l'anterior. Si bé en l'anterior ens hem centrat en guanyar major comprensió del procés de recuperació en el marc dels SRC des del punt de vista de les persones afectades, en aquest pretenem estudiar el mateix procés però des de l'òptica dels professionals que fan atenció directa des dels SRC i que són, per tant, peces clau per facilitar els processos de millora.

Tal i com hem vist en la revisió de la literatura, durant els últims anys ha augmentat molt la recerca amb l'objectiu d'obtenir models conceptuals que permetin concretar el MdR en quelcom operatiu. Una de les funcions d'aquests models és permetre orientar la pràctica professional, molt ancorada encara en models biomèdics tradicionals. Els intents de conceptualitzar els processos de recuperació parteixen de les narratives dels usuaris en primera persona que han explicat el seu propi procés de recuperació (Deegan, 1995). Posteriorment, Anthony et al. (1990) va conceptualitzar aquest procés en diferents components i principis comuns als serveis que donaven suport al procés de recuperació. A la següent llista podem veure els components i assumpcions proposades per ell:

- La recuperació pot tenir lloc sense suport professional
- La presència de persones que creguin en i acompanyin a la persona durant el seu procés de recuperació.
- El MdR no deriva de cap teoria sobre la causa dels problemes de salut mental.
- La recuperació pot tenir lloc malgrat la presència de símptomes.
- La recuperació no és un procés lineal.
- La recuperació de les conseqüències d'un trastorn és sovint més difícil que la recuperació del trastorn pròpiament dit.

- La recuperació d'un trastorn no significa que la persona deixi de tenir el trastorn.

Durant els últims 20 anys s'han fet diferents intents per sistematitzar aquestes idees ja que havien estat criticades per ser massa ambigües i de difícil aplicació pràctica (Davidson et al. 2005). Entre els més acceptats hi trobem el model CHIME. Es tracta d'un model conceptual obtingut a través de l'anàlisi d'estudis de narratives en primera persona generat per Leamy et al. (2011). A continuació podem veure els components i subcomponents proposats per aquest model:

- Xarxa Social i Connexions socials (suport dels iguals i grups d'ajuda mútua, relacions, suport de tercers, formar part de la Comunitat).
- Esperança i optimisme vers el futur (creure en la possibilitat de recuperar-se, disposar de motivació pel canvi, relacions que inspirin esperança, valoració dels èxits i pensament positiu, tenir somnis i aspiracions).
- Identitat (dimensions de la identitat, reconstruir un sentit positiu d'un mateix, superar l'estigma).
- Significat Vital (significat de l'experiència de malaltia, espiritualitat, qualitat de vida, vida significativa i rols socials i objectius vitals, reconstruir la vida).
- Empoderament (responsabilitat personal, control sobre la pròpia vida, focus en les capacitats).

Aquests components són els que les persones que estan en procés de recuperació d'un trastorn mental greu consideren que són rellevants per ells a l'hora de reclamar una vida plena a pesar de patir un trastorn mental. Aquest models ens han permès tenir un mapa d'aquells elements que poden ser determinants per recuperar-se. Les directrius en salut mental de molts països han incorporat la recuperació com una fita a perseguir en les persones ateses (Departament. of Health, 2011). Tot i això, manca una translació clara

entre aquests elements i les pràctiques professionals que li donen suport (Higgins et al., 2020).

Aquesta visió, doncs, s'ha introduït als principis i les polítiques de salut de diferents estats, moltes persones afectades i també les seves famílies. Que aquestes polítiques es converteixin en un canvi en la forma d'atendre les persones implica un canvi de model d'atenció i actituds professionals.

Els serveis de salut mental estan en procés de canvi d'un model tradicional d'atenció a models enfocats a donar suport a la recuperació. El concepte de recuperació ha penetrat en el camp de salut mental de manera més o menys profunda i de manera desigual. En alguns casos, només de manera retòrica canviant només els discursos dels professionals i serveis. La seva incidència ha estat més gran als països anglosaxons fins al punt de guiar les pràctiques i polítiques en material de salut mental, essent molt incipient en el nostre context (Davidson et al., 2005).

Tot i el profund ús del concepte de recuperació en els documents i guies, i en el llenguatge dels professionals, hi ha poc consens sobre com es tradueix i orienta la pràctica professional i, per tant, com es dóna suport a les persones en procés de recuperació des dels serveis de salut mental. Davidson et al. (2006) per exemple, mostra com hi ha un risc important que la implantació del model de recuperació no suposi la reorientació de les pràctiques professionals i només impliqui un canvi al nostre lèxic quotidià afegint altres vocables afins al model de manera incorrecta o superficial (per exemple , empoderament, participació, pacient expert...), mantenint una orientació cap a la malaltia i els símptomes i unes expectatives de millora molt baixes.

Davant aquesta situació de certa ambigüïtat a l'hora de comprendre el concepte de recuperació i implementar accions que li donin suport, s'han dut a terme durant els darrers anys esforços per generar models i eines que permetin la translació del concepte de recuperació i poder orientar les pràctiques i les polítiques en matèria de salut mental.

Podem dividir aquests enfocaments en aquells que estan destinats a orientar, avaluar i augmentar el coneixement dels processos individuals de recuperació (Anthony, 1990; Davison et al., 2005); i de l'altra, aquells que permeten orientar accions i avaluar el grau en què els serveis donen suport a la recuperació (Dalum et al., 2015).

Un bon exemple dels primers és el model de fases i processos d'Andresen et al. (2006) gràcies al qual ens podem orientar en els processos individuals de recuperació i adequar les estratègies a cada moment del procés de millora en cada usuari concret (per exemple, no és el mateix estar en una fase de preparació per a l'acció que en una de moratòria amb un aspecte tan crucial com la identitat personal).

Pel què fa al desenvolupament d'eines sobre com orientar els serveis vers la recuperació, un dels instruments més ben acceptats i amb una clara vocació aplicada és el *Recovery Oriented Service Self Assessment Toolkit* (ROSSAT) (2011), dissenyat per ajudar als serveis a guiar els canvis necessaris als SRC a l'hora d'orientar-los a la recuperació.

La investigació qualitativa (IQ) de les narratives, tant de les persones en procés de recuperació com dels professionals, ha estat la base per a la creació dels models i eines anteriorment comentades, i també per explorar els significats, perspectives i processos subjacents que aquests conceptes tenen per als actors implicats (Lysaker et al., 2010; Le Boutillier et al., 2015; Llewellyn-Beardsley et al., 2019). Tot i això, la complexitat del concepte de recuperació i la seva poca homogènia comprensió per part dels professionals, fa que la seva translació en pràctiques concretes encara sigui baixa i poc uniforme entre diferents territoris i serveis (Higgins et al., 2020; Williams et al., 2013).

En un escenari d'escassetat de recursos com l'actual, aquesta manca d'uniformització dificulta que es puguin avaluar quins aspectes de l'orientació cap a la recuperació tenen més impacte i quins altres no, i, per tant, dificulta aplicar models de resultats o *outcomes* al camp de la rehabilitació psicosocial que determinin l'efectivitat de

les intervencions (Wilrycx et al., 2012).

Si estem davant d'un canvi de paradigma que va més enllà dels simples models teòrics, i pretén un canvi global en la manera en què s'entén la salut i la malaltia i les pràctiques que se'n deriven, cal conèixer la forma en que els professionals perceben la recuperació.

La investigació de les perspectives dels professionals sobre els processos de recuperació esdevé inevitable i necessària per poder generar guies, instruments i protocols que permetin reorientar els serveis i alhora, ens brindin la oportunitat d'estudiar aquests processos i, si escau, modificar-los durant la seva evolució i desenvolupament (Davidson et al., 2005; Schawartz i Conklin, 2015; Trainor et al., 1997).

En resum, si es vol aconseguir l'èxit en el procés de canvi dels serveis i orientar-los vers la recuperació, cal estudiar la perspectiva dels professionals en relació als següents tres aspectes:

- Quina és la seva conceptualització de la recuperació.
- Fins a quin punt creuen que hi donen suport amb les seves accions.
- Quins elements poden facilitar/difícultar el procés de canvi de paradigma.

2.5.2 Objectius

L'objectiu principal d'aquest estudi és explorar què significa per als professionals dels SRC la recuperació, els factors i actituds que la faciliten i la dificulten, i les condicions necessàries perquè es donin aquests processos.

Com a objectius més específics, es pretén descriure les relacions entre els diferents elements del model i el context, i construir un model que permeti implementar accions per disminuir la distància entre els models existents i les pràctiques professionals.

2.5.2.1 Participants. Es va dur a terme un mostreig teòric coherent amb l'aplicació del mètode de la Teoria Fonamentada. En aquest, els participants són escollits segons el seu potencial per ajudar a refinar o expandir conceptes i teories. En aquesta metodologia l'analista selecciona, codifica i analitza la informació de forma conjunta. Aquest procediment de recollida d'informació està controlat per la teoria emergent. En aquest sentit, les dades poden venir de diferents fonts directes o indirectes i s'admet una àmplia font de recursos. La mida mostral, en aquest cas, no es coneix d'inici sinó que l'ampliació es pot produir si cal més informació per a la investigació (Cuñat, 2007).

El reclutament va anar a càrrec de l'investigador principal. Aquest va informar als professionals per telèfon i correu electrònic dels objectius de l'estudi i les motivacions per participar-hi. Es va proposar la participació als Grups Focals (GF) a tots professionals assistencials dels 7 SRC de la xarxa pública de salut mental de Girona.

Es van dur a terme 6 GF amb el personal tècnic mig i auxiliar de cada SRC. I finalment es va optar per fer un setè GF amb els tècnics superiors i coordinadors dels serveis. Aquesta divisió entre personal tècnic mitjà i auxiliars d'una banda, i coordinadors de l'altra, es va efectuar tenint en compte el seu rol diferent en el servei i la formació. En total van participar a l'estudi 19 professionals als GF d'auxiliars i tècnics mitjos i 4 professionals al GF de coordinadors i tècnics superiors. Finalment es va optar per fer una entrevista individual a una coordinadora que no va poder participar als GF per tal de poder recollir la seva visió i incorporar-la a l'estudi. Els professionals auxiliars d'un SRC no van voler participar de a l'estudi a causa de dinàmiques internes del servei. Tampoc es va dur a terme el GF al SRC on l'investigador principal d'aquest estudi estava adscrit en aquell moment.

2.5.2.3 Procediment. No hi va haver cap criteri d'exclusió més enllà que fossin personal assistencial dels SRC, quedant fora el personal d'administració. Tots els participants van signar el consentiment informat garantint la seva confidencialitat i en què s'informava del propòsit de l'estudi, els seus drets i els beneficis de la seva participació. La participació va ser voluntària.

Tots els GF es van dur a terme als SRC menys el que agrupava els coordinadors, que es va realitzar en un espai neutral. Tots els GF i entrevistes van ser conduïts per l'investigador principal. Durant el desenvolupament dels grups, el conductor va estimular la discussió, afavorint la interacció entre ells i intentant que no quedessin qüestions sense contingut ric en dades.

A la taula 12. es pot veure el guió utilitzat per la conducció dels GF. Per la seva configuració es van tenir en compte els models i investigacions prèvies sobre la recuperació i orientació dels serveis vers aquesta. (Kvia et al., 2021; Piat i Lal, 2012; Le Boutillier et al., 2015).

Taula 12

Guia per als GF de l'estudi. Part II

-
- Què enteneu per Recuperació? Quins elements creieu que són claus? Quins són nous per a vosaltres? Quines creieu que no representen cap canvi respecte la vostra manera d'entendre la vostra feina?
 - Quins canvis ha implicat/implicaria assumir el nou paradigma per a la vostra pràctica diària a nivell individual?
 - Quins canvis ha implicat/implicaria en el funcionament del servei/accions treballar des del model de recuperació?
 - Com creieu que repercutiria/repercuteix en l'evolució i el procés dels usuaris del servei el fet de treballar des del paradigma de la recuperació?
 - Quins aspectes negatius pot tenir/té assumir el model de recuperació a la vostra pràctica habitual?
-

-
- Com definiríes l'objectiu principal del vostre servei? Com explicaries a algú quina és la teva feina?
 - Com definiríes el teu rol al servei amb una o dues paraules?
 - Expliqueu-me un cas que, des del vostre punt de vista, hagi estat un procés reeixit de recuperació:
 - Què ho ha facilitat?
 - Perquè ho heu escollit?
 - Expliqueu-me un cas que us hagi frustrat com a professionals, un cas que des del vostre punt de vista, no hagi fet un bon procés de recuperació:
 - Perquè ho heu escollit?
 - Quins elements han tingut un paper rellevant perquè passés aquest desenllaç?
 - Quines pràctiques/elements/protocols/activitats creieu que donen més suport a la recuperació, de les que esteu duent a terme?
 - Quines barreres/dificultats us trobeu a l'hora d'orientar les vostres pràctiques cap a la recuperació?
 - Quins valors creieu que guien la vostra pràctica professional? Teniu discussions pel fet de tenir "visions diferents" respecte als usuaris i com cal procedir? Quins punts són aquells que generen més fricció/en què no hi esteu d'acord?
- Preguntes exclusives per al GF amb els coordinadors dels SRC:
- Quin grau d'acceptació i coneixement creieu que hi ha al vostre servei sobre el model de recuperació?
 - Quines tensions creus que pot generar amb el funcionament habitual el fet d'assumir el model de recuperació? En quins aspectes?
 - Quins canvis/estratègies creieu que necessita el servei per adaptar-se al model de recuperació?
-

2.5.3.3 Anàlisi de dades. Un cop transcrits els GF a partir del seu enregistrament sonor, van ser analitzats amb l'ajuda del software Nvivo v.11, dissenyat per analitzar les dades a diferent profunditat.

Amb Nvivo és possible assignar atributs i significats a les diferents fonts de dades,

nodes i *memos*, fet que ajuda a organitzar les dades. És, per tant, una eina facilitadora de la investigació qualitativa.

Entre els recursos que s'utilitzen per l'anàlisi amb Nvivo podem mencionar els Nodes, els Nodes d'arbre i els nodes lliures. Els Nodes són estructures per emmagatzemar la informació un cop codificada per tal que el text pugui assumir diferents significats. Els Nodes d'arbre són grups de Nodes. És a dir, a l'augmentar el número de dades, l'investigador pot trobar similituds entre els Nodes ja creats i organitzar-los en arbre, d'acord amb la relació entre ells. Per últim, els Nodes lliure són Nodes que tenen característiques úniques i, per tant, resten aïllats (Dias do Nascimento et al., 2016).

Un cop transcrites les dades, l'anàlisi s'ha dut a terme en dos fases. Durant la primera fase, s'ha dut a terme de forma independent per part de dos investigadors. Un d'ells ha estat el conductor dels GF i l'altre una persona aliena a la recerca però amb coneixements del MdR. Aquestes anàlisis s'han dut a terme assignant significats a parts del text/afirmacions dels participants que s'han considerat rellevants per la recerca.

Les dades obtingudes s'han analitzat utilitzant el mètode d'anàlisi de la comparació constant. Aquest mètode consisteix en codificar unitats de text i comparar-les amb les altres unitats de text codificades. Es tracta d'un mètode sistemàtic per desenvolupar i millorar les propietats teòriques de les categories establertes i facilita la codificació en categories superiors.

En la segona fase, un cop finalitzat el treball individual, les dues persones responsables de la primera anàlisi s'ha reunit per consensuar els significats atribuïts als textos acordant-ne les categories i subcategories. Finalment s'han dut a terme hipòtesis i relacions entre les categories principals que passarem a explicar en la fase de resultats.

2.5.4 Resultats

Aquest apartat s'ha dividit en 4 temes principals atenent a l'anàlisi textual realitzada.

Aquests temes s'han dividit en els següents:

- Ambivalència durant el canvi de model
- Canvis en el rol professional
- Barreres i dificultats durant el canvi de paradigma
- Factors terapèutics

2.5.4.1 Ambivalència durant el Canvi de Model. Els professionals dels SRC senten que els dispositius encara estan en procés de transformació i es mouen entre maneres d'actuar i de pensar noves i d'altres pròpies de models d'atenció tradicionals. Hi ha certa consciència crítica que algunes de les antigues pràctiques professionals i marcs de referència ja no són útils, però malgrat això, en els serveis continuen convivint unes i altres. A la taula 13 hem presentat les ambivalències més rellevants entre les que es mouen els SRC i els seus professionals. Hem de considerar aquestes dicotomies com a continus en què els professionals i els serveis se situen en algun punt. Alhora, no són posicions estàtiques sinó que canvien en el temps i en funció del context, i són un clar reflex de la transició i renegociació sobre molts aspectes de la seva pràctica (el seu rol, els objectius del servei, el grau de participació, etc) en què estan immersos.

Taula 13

Dimensions durant la transició i el canvi de paradigma

Model biomèdic	<----->	Model de recuperació
Excés de suport	<----->	Suport insuficient
El SRC com a promotor de la dependència	<----->	El SRC com a motor de l'autonomia

Foment d'identitats saturades pel trastorn	<----->	Foment d'identitats riques més enllà del trastorn.
El SRC com a servei finalista ("ocupació" com a fi)	<----->	Model d'atenció guiat per objectius i orientat a fomentar rols socialment valorats
Model centrat únicament en la recuperació d'habilitats	<----->	Model holístic (la millora d'habilitats com un element més)
Model segregador i aïllat de la comunitat	<----->	Model promotor de la ciutadania plena i SRC connectat amb la comunitat
L'usuari com a objecte (el professional decideix por ell)	<----->	L'usuari com a subjecte (el fet d'escollir i la presa de decisions com a part del procés de recuperació)
Model centrat en la malaltia (recuperació simptomàtica, prevenció de recaigudes...)	<----->	Model centrat en la recuperació del sentit vital (centrat en la persona)
El SRC com a element protector de l'usuari	<----->	El SRC com a lloc segur des del qual poder assumir riscos
Recuperació entesa com a viure "en la malaltia"	<----->	Recuperació entesa com a viure "fora" de la malaltia

El model biomèdic és viscut com a reduccionista ja que posa l'èmfasi en les causes i els tractaments d'enfoc biològic i minimitza la rellevància dels factors psicosocials. Es veu com a imprescindible la incorporació d'una perspectiva més oberta que faciliti la implicació activa dels usuaris en el seu procés de millora. El model biològic és viscut com a promotor de passivitat en els usuaris i generador d'indefensió. Tot i les crítiques obertes al model tradicional, el diagnòstic i la simptomatologia segueixen tenint un paper molt central en l'atenció i en les accions dutes a terme als SRC (com per exemple, a través de tallers psicoeducatius de tall tradicional) o com a base sobre la qual fer pronòstics de millora. Per tant, explícitament es critica l'enfocament centrat en els símptomes i la patologia però de forma implícita segueix tenint un pes important en els programes i els processos d'atenció.

El grau de suport que es dona als usuaris, la seva durada i el seu enfocament,

també és objecte de debat i anàlisi crítica en els SRC. L'excés de suport es viu com un element desmobilitzador dels recursos propis de l'usuari, sobretot quan aquest suport no té un enfocament educatiu i es dóna de manera finalista. Així mateix, hi ha certa consciència sobre com des dels SRC es promou, a vegades, la substitució de recursos propis (per exemple, no revisant plans de treball i/o suports o no donant més responsabilitat als usuaris en una activitat concreta, quedant aquesta sota el control del professional). La manca de coherència i dificultats de coordinació entre diferents actors també és vista com un element que promou la dependència. Per exemple, els programes de suport domiciliari es poden dur a terme de manera finalista/assistencialista quan des del SRC es treballa per facilitar que aflorin les habilitats del pacient però no hi ha espais per compartir les diferents visions i traçar plans coherents. Als SRC però, oferir suport excessiu segueix tinguent pes: alguns participants són capaços de fer autocrítica i raonar com el fet de sentir-se necessitats pels usuaris els genera un fort sentiment d'utilitat i alhora senten com els hi falten habilitats per disminuir progressivament el suport, donant major responsabilitat a l'usuari.

Els SRC han fet també un procés de reflexió sobre com, a vegades, les pròpies pràctiques poden ser un element que fomenti identitats molt saturades pel trastorn (role engulfment). Concretament, s'ironitza sobre com n'és de necessari disposar d'una identitat molt marcada com a malalt per poder acceptar la vinculació a l'SRC però alhora és aquesta mateixa identitat la que es pretén enriquir i ampliar amb nous rols. En aquest sentit un participant comenta: *“és irònic que pretenem que deixin de funcionar com a malalts però que primer els requerim que ho siguin!”*.

La segregació de la comunitat que de vegades implica la vinculació a l'SRC (quan aquest no té una orientació clarament comunitària) també és viscuda com a generadora d'identitats molt pobres en rols socialment valorats. Hi ha, doncs, un trànsit entre la promoció d'una vida “en la malaltia” cap a la promoció d'una vida “fora” de la malaltia;

entre la promoció d'un sentit vital i de pertinència centrat en el fet d'estar malalt a promoure la participació a la comunitat i la ciutadania plena. Diferents participants es mouen entre aquestes dues maneres d'entendre l'atenció a les persones afectades d'un trastorn mental greu. Malgrat la crítica que fan, és difícil trobar formes concretes per reconduir aquestes situacions a la pràctica.

Pel que fa als objectius que persegueixen els SRC, també es troben en procés de debat i canvi: hi ha una percepció generalitzada que la missió dels SRC no és només la millora en les habilitats (la funcionalitat) sinó que aquest és només un element més durant el procés de recuperació. Per tant, hi ha ampliació progressiva del que ha de ser l'objectiu dels SRC. Si bé, reconeixen que durant molt temps era suficient l'enfoc "d'entrenar habilitats per la vida autònoma". Avui això no és suficient. Aquesta ampliació de l'objectiu dels SRC expliquen, ha anat molt lligada a l'evolució històrica de l'atenció a les persones amb un TMG. Si bé, fa dècades arribaven usuaris als SRC fruit d'un procés de desinstitucionalització, avui en dia no arriben amb el nivell de cronicitat i falta d'habilitats que abans i, per tant, és lògic ampliar el focus en altres aspectes (psicològics, identitaris, comunitaris...) que abans quedaven eclipsats per la manca d'un funcionament autònom.

La idea d'entendre la rehabilitació com a "retorn a l'estat previ" es viu com a element molt lligat a una visió reduccionista de la missió dels SRC: reduir la recuperació a la millora d'habilitats. Tot i això, la idea que la missió és "entrenar en habilitats" segueix present, però amb una diferència important: es percep aquesta idea com a font de frustració ja que "la majoria de vegades no és possible tornar a l'estat previ" i "la malaltia et canvia per sempre" com comentava una participant, ambivalent amb aquesta idea.

El nivell de participació dels usuaris durant el seu procés de recuperació ha anat canviant al llarg del temps, així com també la percepció del paper d'aquest element en el procés de millora com a element terapèutic. Si abans eren els professionals els que

prenien les decisions per al pacient i els que proposaven i instauraven els objectius de treball, ara es promou la presa conjunta de decisions o es donen eines a l'usuari perquè les pugui prendre. La promoció de la presa de decisions al llarg del procés està íntimament lligada a com s'enfoca el fet d'assumir riscos. Els SRC perceben una evolució des d'un enfocament "protector" en què calia protegir els usuaris de riscos potencials (per exemple, fracassar en un procés d'inserció laboral o d'estudis o recaure) a facilitar la presa de decisions i entendre la assumpció de riscos com a part d'un procés de creixement. Així, doncs, la noció de risc està mutant cap a riscos més psicosocials (risc d'aïllament i alienació, per exemple) i no només clínics (risc de recaiguda, sobretot).

En resum, l'ambivalència i la consciència del manteniment d'algunes pràctiques poc coherents amb el MdR és la tònica general. Hi ha un sentiment generalitzat d'autocrítica vers certes pràctiques que han vist com a poc efectives i, alhora, un moviment vers noves maneres d'actuar promogudes per una ampliació del que ha de ser el focus d'atenció i l'objectiu dels SRC.

2.5.4.2 Canvis en el rol i les actituds del professional. *"Anar de costat, no al davant; ni apretar ni dirigir"*. Aquesta frase és la que exemplifica millor el canvi que s'ha produït en el rol professional. Els professionals tenen la percepció que es prové d'un model paternalista en què el professional prenia les decisions pel pacient i, un cop preses, s'insistia amb tots els mitjans perquè el pacient dugués a terme les accions que se'n desprenien. Òbviament, la sensació amb què es quedava el professional era de frustració, ja que difícilment l'usuari s'implicava activament en cap pla terapèutic ni cap decisió que, almenys, s'hagués pres de manera col·laborativa. Ara com ara i, malgrat la proactivitat intrínseca al rol professional en el camp de la rehabilitació, els professionals senten que assumint aquest tipus d'actituds no faciliten els processos de recuperació. Al contrari, bloquegen la iniciativa de l'usuari i els envien un missatge implícit molt descoratjador

sobre la seva pròpia capacitat. “Donar espai” també és un comentari molt significatiu sobre la necessitat de permetre que siguin els usuaris els que prenguin les regnes del seu procés de millora. Cal destacar que una o dues dècades abans, se sentien còmodes amb el rol de “cuidador”, ara “acompanyar” és el rol amb què més s’identifiquen els professionals en aquests moments.

Al tipus de model de rol que exerceixen els professionals també hi ha canvis importants. En particular, es transita d'un model de màster (en què es percep al model com un expert i, per tant, dificultant la identificació de l'usuari amb ell) a un model d'afrontament (en què el professional mostra també un aprenentatge gradual i és percebut com a semblant per part del pacient facilitant l'aprenentatge).

El paper del professional en relació a la inserció comunitària també ha anat evolucionant: ara se sent la necessitat d'incorporar/reforçar el seu paper com a facilitadors en els processos d'integració a la comunitat ja que es percep la participació comunitària com a element fonamental per exercir la plena ciutadania. El focus en la participació comunitària es percep com a lligat íntimament amb la idea de viure “fora de la malaltia”. En aquest sentit es critica les pràctiques dutes a terme anteriorment en les que pel fet de tenir un diagnòstic psiquiàtric es condemnava la persona a l'ús segregat de serveis especialitzats de per vida. Alhora, els mateixos treballadors dels SRC vinculen el canvi de pràctiques professionals en matèria d'integració comunitària amb canvis socioculturals com ara canvis en l'estigma social, en el nombre i les polítiques en recursos socials, els moviments de lluita per als drets de les persones malaltes i els processos de desinstitucionalització.

2.5.4.3 Barreres i Facilitadors durant el Canvi de Paradigma. A la taula 14, es mostren les barreres i les dificultats percebudes pels professionals classificades en funció del seu origen (dels professionals, de l'usuari, del servei, l'empresa proveïdora de serveis

sanitaris, socials i comunitàries).

Taula 14

Classificació de les barreres i facilitadors durant el procés de canvi de paradigma

	Font	Element
Barreres	El professional	<ul style="list-style-type: none"> - “Sobreintervenció” y paternalisme. - Falta d'habilitats per treballar de manera col·laborativa. - Falta de coneixements sobre com orientar les pràctiques cap a la recuperació. - Estigma i falta d'expectatives alteritat (per exemple: por a la desvinculació del SRC).
	L'usuari	<ul style="list-style-type: none"> - Identitats saturades pel trastorn (“role engulfment”). - Excés d'anys d'evolució en el moment de la derivació.
	El servei/derivant	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de coneixement de las funciones del SRC (per exemple: visió finalista del SRC i ús com a “ocupació”; falta de tolerància a la assumpció de riscos...). - Falta d'empoderament del SRC respecto altres actors/servis. - Visió simplista de la recuperació (per exemple: reduint-la a la inserció laboral). - Reduccionisme biològic dels trastorns mentals. - Falta de criteris de millora operatius específics ,mesurables i compartits. - Falta d'expectatives del derivant.
	L'empresa de salut	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de programes formatius. -Heterogeneïtat en la formació dels professionals. - Falta de temps/RRHH para poder oferir una atenció individualitzada. - Falta d'una cultura organitzacional compartida (la penetració del paradigma de la recuperació es desigual en los diferents de la xarxa). - Baix valor terapèutic atribuït a les intervencions del SRC.
	Socials/comunitàries	<ul style="list-style-type: none"> - Falta d'oportunitats sociolaborals/comunitàries.
Facilitadors	El professional	<ul style="list-style-type: none"> - Horitzontalitat en la relació terapèutica (canvis en la rel. de poder) - Mirar més enllà del trastorn: mirar la persona. - Orientació cap a les capacitats. - Capacitat per promoure l'assumpció de riscos.
	L'usuari	<ul style="list-style-type: none"> - Evolució curta des del debut del trastorn.

El servei	<ul style="list-style-type: none"> - Flexibilitat. - Treball en equip. - Bona relació i coordinació amb els derivants. - Treball per objectius.
L'empresa de salut	<ul style="list-style-type: none"> - Flexibilitat. - Responsabilitat i confiança en l'equip del SRC.
Socials/comunitàries	- Disponibilitat de recursos comunitaris normalitzats/Bon teixit associatiu(Per exemple: escola d'adults, centres cívics...)

2.5.4.4 Barreres a la Recuperació. Intervenir massa (entès com donar un suport excessiu) és viscut com una barrera a la recuperació en el sentit que desempodera l'usuari i li dóna un missatge d'incapacitat. Apunten que darrere d'aquesta manera d'actuar hi ha actituds en que no es considera la persona capaç d'aprendre i canviar saturant així la persona d'ajuda. D'aquesta manera, no se li permet guanyar confiança ni assumir riscos. La manca d'expectatives de millora juntament amb l'alteritat (la vivència de l'altre com a qualitativament diferent d'un mateix) associada a les persones ateses són viscudes com a elements que dificulten promoure processos de recuperació. Per tant, una persona que és considerada com a “diferent” i que el contingut de tal diferència sigui la manca de potencial de canvi/aprenentatge, rebrà per part dels serveis més ajuda de la que probablement necessita (per exemple, en el desenvolupament d'activitats de la vida diària al domicili o en la presa de decisions sobre el seu futur).

L'excés de temps transcorregut entre el debut de la malaltia i la derivació a l'SRC és percebut com una altra barrera. En la mesura que han passat més anys entre l'una i l'altra, creix el risc d'alienació i, amb ella, de construir una identitat saturada del trastorn i, per tant, una vida “en la malaltia”. L'experiència dels professionals és que de vegades és gairebé impossible “oxigenar” una identitat basada en el trastorn un cop ja s'ha assumit un rol social i una expectatives pel que fa al seu procés i comportament.

Un dels elements que més es perceben com una barrera és la manca d'un model compartit i coherent entre el SRC i els derivants (professionals d'altres serveis que hi deriven usuaris, principalment professionals dels centres de salut mental). Mentre que els professionals dels SRC assumeixen com a propi (almenys de manera explícita) el MdR, es percep com a reduccionista la visió dels professionals derivants sobre la salut i la malaltia, assumint explícitament un model biopsicosocial però que no es reflecteix a les pràctiques clíniques. Aquesta visió reduccionista es tradueix al camp de la rehabilitació psicosocial en un focus excessivament tancat cap a la recuperació de la capacitat laboral i en l'ús de l'SRC com a servei finalista amb funció ocupacional. Destaquen la manca de tolerància per part dels derivants de les altes al SRC, reflectint una manca de confiança en la intervenció rehabilitadora, la capacitat de canvi de l'usuari, i una manca de tolerància als riscos i la incertesa. En situacions com les descrites, en què el derivant s'oposa a l'alta a un usuari de SRC, aquests últims se senten desempoderats i sense capacitat per influir o prendre aquest tipus de decisions.

No disposar de prou temps ni recursos humans per individualitzar l'atenció és vist com un gran escull a l'hora d'orientar els serveis cap a la recuperació. La manca de personal, acompanyada d'una manca de formació adequada, formen part, segons ells, d'una manca de valor atribuït a les intervencions que duen a terme els SRC per part de qui té la capacitat d'augmentar-la. En conseqüència, es percep que "per a segons quin tipus d'usuaris i intervencions" no cal personal qualificat.

Els recursos i les opcions disponibles que els usuaris tenen al seu abast és també un element important. Des d'un enfoc ecològic, a nivell mesosistèmic, la manca de recursos comunitaris en què poder participar activament és una variable de pes important, a més, refereixen que adquireix més pes en un context socioeconòmic de manca d'oportunitats laborals o prestacions econòmiques que actuen com a desincentiu. Al no poder participar d'una vida laboral activa (rol socialment molt valorat i a través del qual

molts usuaris redueixen el seu autoestigma i enriqueixen la seva identitat) la participació comunitària passa a ser la via única per reduir l'alienació social i exercir la plena ciutadania. Però això no sempre és possible en tots els contextos ja que cada territori és diferent en aquest sentit. Per exemple, aquells SRC situats en contextos rurals amb població dispersa i més manca d'oportunitats comunitàries tenen més dificultat per promoure una ciutadania plena i disminuir, així, el risc d'alienació i exclusió social.

2.5.4.5 Facilitadors de la Recuperació. Si ens centrem en els elements facilitadors dels processos de rehabilitació, aquells que tenen a veure amb els valors, actituds i orientació del professionals són els que, per als mateixos professionals, cobren més importància:

- Focalitzar l'atenció en la persona i no en la malaltia i, per tant, centrar-se en les capacitats i no en les mancances;
- Promoure l'assumpció de riscos, entenent que la seva tasca no és evitar-los sinó fomentar-los de manera controlada per créixer com a persona;
- Construir una relació horitzontal amb l'usuari no basada en el poder, el control i la coacció.

2.5.4.6 Factors terapèutics i pràctiques orientades cap a la recuperació. Tot i que tradicionalment els SRC pivoten sobre l'adquisició d'habilitats, pel que fa a factors terapèutics percebuts, són els elements relacionals els viscuts com a més nuclears. El factor terapèutic percebut com a més rellevant als SRC és la universalitat: el fet que els usuaris puguin trobar-se i compartir amb persones amb qui se senten identificades i han patit pèrdues similars és viscut com el més potent factor terapèutic. Els professionals posen èmfasi en les condicions d'aïllament i en què habitualment arriben els usuaris als serveis i com que el benefici inespecífic del poder “compartir” és proporcional a aquest

aïllament, i més tenint en compte l'estigma associat als trastorns mentals. El poder disposar de relacions d'acceptació amb els iguals i amb les professions és viscut com un element que facilita que els usuaris es reconeixin a si mateixos en la seva nova condició i s'impliquin en accions per millorar-la.

Un altre element viscut com a clau per fomentar la recuperació és el foment de la participació i la presa de decisions. En aquest sentit, els diferents SRC disposen de mecanismes per fomentar-la a nivell de servei (les assemblees i els grups de treball, per exemple) i a nivell individual (com és el seguiment del pla de treball individualitzat).

Finalment, orientar-se cap a la comunitat és viscut com a imprescindible per trencar la barrera “nosaltres” i “ells” i facilitar la plena ciutadania. Aquesta orientació pot donar-se a nivell de servei (duent a terme activitats com SRC a/amb la comunitat) o bé a nivell individual (facilitant i donant suport a la participació comunitària en diferents recursos com a centres d'educació per a adults, clubs esportius, etc.). Els SRC no sempre han tingut l'accent a la comunitat ja que, com diuen, “abans es prioritjava poder disposar d'un espai on no hi hagués estigma i s'afavorís un sentiment d'identitat protector”. Així doncs, abans es prioritaven elements relacionals que ara es compatibilitzen amb la integració a la comunitat. Els SRC fan autocrítica del fet d'haver tingut la mirada posada de forma excessiva només en elements relacionals, ja que es van convertir en “segregadors” que, si bé fomentaven el sentiment d'universalitat i una identitat compartida, exclouïen els usuaris de la resta fomentant identitats poc sanes a mitjà termini.

Malgrat els canvis tant a nivell explícit com a nivell pràctic, la connexió entre elements del model de recuperació i les pràctiques que se'n deriven és feble per a la majoria de participants. Això no vol dir que no es duguin a terme aquestes pràctiques o que no es tinguin en compte elements del model, sinó que no es percep la relació entre ambdós elements. Molts dels participants han mostrat dificultats per identificar com

implementar de manera pràctica diferents elements del model de recuperació. Per exemple, elements clau del model com el foment de la participació o com infligir esperança són viscuts com a clau però amb una feble associació amb pràctiques concretes que li donin suport.

2.5.5 Discussió

El present estudi pretenia explorar què significa la recuperació pels professionals dels SRC, els factors i actituds que la faciliten i la dificulten i quines són les condicions idònies per tal que aquests processos tinguin lloc.

En aquest sentit, l'estudi posa llum sobre els elements clau durant un procés de canvi de paradigma en salut mental com és el de la recuperació. Ho fa, concretament, en un dels dispositius on potser més rellevància tingui: als serveis de rehabilitació comunitària. Els resultats mostren el procés de transformació i canvi en un punt concret de la seva història, directament de les persones implicades i amb responsabilitat directa als SRC. Aquest procés s'ha estudiat en un petit territori amb un únic proveïdor de serveis en salut mental i, per tant, podem considerar que s'ha dut a terme en un territori amb prou homogeneïtat entre els diferents SRC. Un altre element important a l'hora de tenir en compte els resultats, és que els professionals dels SRC no han rebut formalment formació en el model de recuperació i, per tant, la visió dels professionals no es veu condicionada per possibles biaixos lingüístics, resistències, o altres elements que la formació pogués generar. Els nostres resultats contribueixen a la literatura detectant punts clau on dur a terme accions per facilitar la incorporació del model i fomentar així que no quedi en un mer canvi lingüístic o en un "nosaltres ja ho fem" (Davidson et al., 2004).

El nostre estudi dona suport a la necessitat ja detectada a la literatura recent (Salgado et al., 2010; Bitter et al., 2019; Gudjonsson et al., 2010; Deane et al., 2010) de

desenvolupar i posar en marxa programes formatius que tinguin en compte la recuperació tant a nivell conceptual com a nivell de les pràctiques que li donen suport. En aquest sentit, els estudis al respecte (Le Boutillier et al., 2011; Williams i Tufford, 2012) defensen que aquesta formació ha de prestar atenció a 3 nivells diferents: valors i actituds, coneixements i habilitats, i comportaments.

En relació al primer nivell (valors i actituds), els professionals del nostre estudi estaven alineats de forma global amb els valors i actituds que promouen la recuperació (focalitzant en la persona que hi ha darrera de la malaltia i en les seves capacitats, la promoció de la participació de la persona en tot allò que l'afecta, èmfasi en l'autodeterminació i la presa de decisions, i la creença en el potencial de recuperació de les persones). Alhora, aquests valors coherents amb la promoció de la recuperació estaven alineats amb els valors personals dels professionals (com la preocupació pels altres, la justícia social i l'equitat, recerca de l'autonomia). Aquest sentit de coherència entre valors personals i professionals s'ha vist com a indispensable per poder desenvolupar un canvi que sigui percebut pels participants com a motivat intrínsecament i no només "imposat" per l'organització sanitària (Mannion i Davies, 2018; Williams et al., 2016).

Menció a part mereix la qüestió de les actituds professionals en relació amb les expectatives de millora: la manca de confiança i expectatives baixes en la capacitat de recuperació dels usuaris i en la pròpia intervenció rehabilitadora. Hi ha una percepció generalitzada que els canvis que la rehabilitació psicosocial provoca no són ni estables ni permanents. Al contrari, la percepció que són canvis que només es mantenen mentre dura la intervenció és defensada per alguns professionals. Aquest tipus de creences justifiquen la perpetuació de l'atenció als SRC alhora que solen reflectir una visió biològica reduccionista i estigmatitzant dels trastorns mentals (Eiroa-Orosa i García-Mieres, 2009;

Frese, Knight i Saks, 2009; Klockmov et al., 2012).

Pel que fa als coneixements, els participants del nostre estudi no havien interioritzat el model de recuperació de manera formal malgrat estar alineats amb els seus valors. El fet de disposar d'un model basat en les narratives en primera persona i els estudis qualitius dels processos de recuperació pot facilitar en un futur la incorporació de futures pràctiques coherents amb ell i evitar les resistències cap al canvi de model.

El tercer nivell que requereix formació és el nivell més manifest (el de les pràctiques i els comportaments). Al nostre estudi, els professionals duen a terme moltes accions que fomenten la recuperació però moltes estan poc connectades amb el model i amb els seus valors. Aquesta manca de connexió posa en risc el manteniment a llarg termini de les conductes esmentades. Arribar a aquest nivell implica, doncs, que s'han fet passos importants en els dos nivells previs, però la manca d'un model aglutinador d'aquestes pràctiques pot fer que aquests comportaments no es mantinguin en el temps. L'assumpció de pràctiques orientades cap a la recuperació sembla, doncs, dependre més de l'experiència laboral i els valors personals que d'haver interioritzat un model i unes pràctiques basades en l'evidència. És per això que el nivell d'accions orientades cap a la recuperació és molt heterogeni tant entre SRC com dins un mateix servei. Aquest fet té conseqüències ètiques: No poder oferir una atenció serveis equivalents posa en risc l'accés equitatiu a serveis i fomenta la desigualtat pel que fa a cobertura de necessitats sanitàries.

Aquesta manca de connexió es posa de manifest pel que fa a la participació dels usuaris. Tot i ser aquest un element nuclear del model de recuperació (Meehan i Glover, 2009; Kvia et al., 2021; Palomer et al., 2010), són pocs els professionals que tenen articulats el concepte i tenen consciència de, per una banda els beneficis terapèutics que comporta i, de l'altra, de la manca de coherència que té amb certs valors descrits el fet de no facilitar la participació més enllà del nivell individual, nivell en què la majoria sí que

promouen la participació. És en aquest sentit, que la formació sobre els beneficis tant per l'usuari com per a l'organització sanitària de la participació dels usuari a diferents nivells s'ha evidenciat com a útil per afavorir-la (Le Boutillier et al., 2011).

Afrontar un canvi de paradigma requereix inevitablement el compromís no només dels equips sinó de tota l'organització sanitària (Davidson et al., 2004, Schwartz i Conklin, 2015; Trainor et al., 1997). En aquest sentit, podem parlar del canvi de paradigma com a canvi cultural. Un canvi de paradigma implica sempre una valoració de riscos i beneficis de deixar allò vell i abraçar allò nou. Els grups focals han permès un espai de discussió, negociació de significats i cercar una visió compartida (Tansella i Thornicroft, 2009). Els professionals participants han valorat molt favorablement poder disposar d'un espai de discussió que permeti reflexionar sobre la pròpia pràctica professional.

Tot i els beneficis dels espais de discussió, s'ha constatat una tensió i manca de coherència important entre diferents serveis de salut mental i també entre la pròpia organització sanitària i els SRC. Per exemple, aquesta tensió es reflecteix en com es viu el concepte de "risc". Mentre els SRCs promouen la presa de riscos controlada, des d'altres dispositius com els centres de salut mental, es fomenta una idea pejorativa del risc com quelcom a evitar. De la mateixa manera, el concepte de risc és entès per uns de manera més reduïda (risc de descompensació/crisi) mentre que els SRC entenen el concepte de manera més àmplia (afegint el risc a l'alienació social i la cronificació, per exemple) (Tickle et al., 2014).

Aquestes tensions deixen entreveure un aspecte clau a l'hora d'introduir nous paradigmes: la cultura de l'organització. Com ja s'ha posat en relleu en diferents estudis (Salgado et al., 2010; Luigi et al., 2020) és imprescindible una alineació dels valors i actituds de les organitzacions sanitàries amb el model de recuperació. A la literatura, es dibuixen diferents estratègies a través de les quals afavorir el canvi de paradigma (Le

Boutillier et al., 2011; Briand et al., 2020; Gilbert et al., 2013): la formació de tots els nivells de l'organització, l'ús dels líders d'opinió per afavorir actituds, la participació dels afectats a primera persona en el procés, i la implicació des del primer moment dels professionals en el canvi de model, són unes de les més relatades a la literatura. L'apropiació de forma transversal del nou paradigma pot afavorir la desaparició de tensions entre serveis i/o professionals que actualment treballen des de paradigmes diferents (recuperació versus model tradicional/biomèdic), i millorar les taxes de recuperació dels usuaris, en treballar tots a la mateixa adreça.

Al nostre estudi, la manca d'una cultura compartida entre els diferents actors s'evidencia en la qüestió de les altes dels usuaris als SRC des d'on es viuen com un element necessari i terapèutic, com un punt més en el procés de recuperació de la persona. Però, en canvi, des d'altres actors com els ambulatoris (on es treballa des de models més tradicionals) són viscudes amb angoixa com una situació de risc. Compartir una manera d'entendre la salut i la malaltia més holística passa a ser una necessitat per promoure la recuperació i aquest procés de canvi requereix inevitablement un compromís de l'organització.

Un altre element descrit al nostre estudi és la necessitat d'eines que puguin monitoritzar i guiar l'orientació del servei cap a la recuperació. Molts dels participants a l'estudi tenien dubtes sobre si les estratègies eren coherents amb el model. A la literatura trobem avui diferents instruments que poden ajudar en aquest sentit. Un bon exemple són les eines descrites per Williams et al. (2012). L'ús d'aquests instruments permetrà la valoració, planificació i implementació d'accions que millorin l'orientació cap a la recuperació a nivell individual i de servei, i permetrà guanyar seguretat a la feina que ja s'està duent a terme de manera efectiva. Un altre ús possible d'aquest tipus d'estratègies en un futur és permetre l'acreditació de serveis orientats cap a la recuperació.

2.5.6 Limitacions de l'Estudi

La reduïda mostra de SRC en una àrea geogràfica molt concreta dificulta la generalització dels resultats a altres àrees geogràfiques o altres organitzacions sanitàries ja que, com hem vist, els processos de canvi de paradigma són canvis que afecten la cultura organitzacional i, per tant, el seu procés de canvi en depèn en certa mesura.

El "moment" en què es troben els SRC participants no és compatible amb altres situacions amb un altre marc i cultura organitzacional, capacitat formativa, possibilitat de recursos humans...

Els coneixements previs de la XSMiA i dels participants a l'estudi per part de l'investigador principal poden haver condicionat els resultats, si bé considerem que ha estat més un facilitador que no pas un fre, cal tenir present el rol que aquest juga en la pròpia organització.

El conductor dels GF coneixia als participants dels GF ja que tots eren treballadors dels diferents SRC de la XSMiA de la província de Girona. Creiem que aquest element va facilitar la participació ja que no van viure-ho com una fiscalització de la seva feina sinó com un espai de discussió i de reflexió sobre les pròpies pràctiques professionals. Malgrat això, sí que pot haver limitat el fet de parlar de determinades qüestions que potser amb un professional aliè hagués estat més fàcil per la manca de vinculació laboral.

2.5.7 Utilitat i Transcendència Pràctica de l'Estudi

Aquest estudi mostra com la metodologia qualitativa es una eina útil i eficaç per il·luminar els processos relacionals de canvi que tenen lloc als SRC. L'anàlisi de l'experiència dels professionals dels SRC permet prendre consciència dels processos

interns que subjauen la conceptualització de les intervencions. Alhora, la metodologia qualitativa s'ha mostrat útil per facilitar l'autoreflexió dels professionals sobre les pròpies pràctiques, desenvolupar programes formatius i prendre consciència de les pròpies actituds.

El canvi de les pràctiques reals és un procés complex que va més enllà del canvi lingüístic; requereix un canvi de paradigma i un canvi de cultura organitzacional. Per dur-ho a terme cal disposar de la formació adequada i d'eines que permetin als equips monitoritzar els canvis. Comprendre el model de recuperació no vol dir automàticament que s'exerceixin accions coherents amb ell i que la promoguin. Sinó que fer-ho requereix, d'una banda, el fet de disposar d'espais de debat, crítica i reflexió d'equip i, de l'altra, conèixer els processos i mecanismes del canvi associats a la rehabilitació psicosocial.

Formació, guies de bones pràctiques basades en l'evidència que permetin transformar el paradigma en accions concretes, eines de monitorització, compromís organitzacional i espais de discussió i negociació de significats, són elements clau perquè la recuperació deixi de ser una retòrica i s'articuli a accions concretes.

3. Conclusions Generals

La investigació realitzada, a través dels dos estudis portats a terme, explora la conceptualització que tant usuaris com professionals tenen de la recuperació. Explora també quins són aquells factors que per part d'ambdós són considerats terapèutics i aquells que són percebuts com una barrera o fre per la recuperació.

Un dels factors que fan singular aquest estudi és que s'ha realitzat en un moment de canvi i transformació dels SRC. I, per tant, ha pogut explorar la recuperació en un moment dinàmic. Aquest fet té avantatges i inconvenients. Té l'avantatge que els resultats poden promoure canvis en com s'està duent a terme la transformació dels SRC, amb la

voluntat de facilitar-la. Un dels inconvenients és el propi dinamisme del moment, que fa que els resultats no es puguin traslladar a altres moments temporals ni altres organitzacions i territoris. La literatura sobre la recuperació ha augmentat molt en els últims anys però no ho ha fet en la mateixa mesura els estudis que aborden com s'ha dut a terme aquest canvi de paradigma. Al nostre context, la recuperació és encara un element nou. Malgrat apareix en documents sobre les polítiques i directrius en matèria de salut mental (Departament de Salut, 2017) i d'una Guia centrada en l'autogestió i fixació d'objectius per a usuaris de salut mental (Sanpietro i Gavaldà, 2018) no s'han desenvolupat estratègies per reconvertir aquesta visió en accions concretes. Aquest estudi, més que aportar respostes a com s'ha de fer aquest procés de transformació, vol posar el focus en aspectes que cal debatre i prestar atenció per tal que el procés sigui un èxit.

Un cop obtinguts els resultats de l'estudi, doncs, cal fer-nos una sèrie de preguntes:

- *El MdR tal i com s'entén en la literatura, és coherent amb els resultats obtinguts en el nostre estudi? Si no és així, quins són els factors que determinen aquestes diferències?*
- *La recuperació és entesa de forma similar pels professionals que pels usuaris? Si no són coherents les visions, quines conseqüències pràctiques es deriven d'això?*
- *A la llum dels resultats, de quina manera es pot facilitar i donar suport al procés de transformació dels SRC per orientar-los vers la recuperació?*
- *Quins canvis en l'organització sanitària poden facilitar aquesta transformació?*
- *Són compatibles els models biomèdics propis de les organitzacions sanitàries amb el MdR?*
- *És possible disposar d'indicadors del grau d'orientació dels serveis vers la recuperació sense distorsionar el seu sentit original?*

- *Quins riscos pot comportar l'assumpció per part dels serveis sanitaris del MdR?*
- *A la llum dels resultats, podem traçar un pla realista de suport a la transformació adaptat als SRC participants?*

En els següents apartats intentarem respondre aquestes preguntes en base als resultats del nostre estudi i la literatura actual al respecte.

- *El MdR tal i com s'entén de forma generalitzada en la literatura, és coherent amb els resultats obtinguts en el nostre estudi? Si no és així, quins són els factors que poden determinar aquestes diferències?*

Els resultats del nostre estudi mostren que els usuaris dels SRC donen gran importància a elements com l'estabilitat psicopatològica i al fet de no reingressar a l'hospital. El maneig del trastorn és un element important per ells en el procés de recuperació. Es tracta d'un element més propi del model biomèdic tradicional d'atenció que no pas dels MdR, que precisament es basen en la possibilitat de recuperació malgrat la presència de simptomatologia. No és estrany el pes que els participants hi donen a elements més clínics ja que han estat en contacte durant molts anys amb un sistema sanitari que els prioritza davant de qualsevol altre aspecte (com per exemple, la integració comunitària, l'empoderament...). Tepper et al. (2013) obtenen uns resultats similars a través de l'estudi del significat de la recuperació de 38 adults majors de 50 anys amb problemes de salut mental. En aquest, l'estabilitat era el principal criteri per valorar la recuperació. Tepper exposa com el fet d'haver estat atesos en un moment històric concret tant dels serveis sanitaris com dels moviments d'usuaris marca aquesta visió. De forma similar, els usuaris participants del nostre estudi han estat en contacte durant molts anys amb serveis tradicionals enfocats a la simptomatologia, l'evitació de riscos i les baixes expectatives pel que fa a la integració comunitària.

Els participants al nostre estudi no són una mostra representativa de totes les

persones tributàries de realitzar un procés de recuperació. Tots els participants estaven vinculats en el moment de l'estudi a un SRC. Aquest fet ja els distingeix d'altres persones afectades d'un trastorn mental greu, que no han requerit del suport d'un servei especialitzat com el SRC. Necessitar el suport d'un SRC significa que l'impacte del trastorn en moltes de les àrees de la persona ha estat important. Alhora, l'edat dels usuaris dels SRC participants és alta. El temps transcorregut entre el debut del trastorn i la seva vinculació als SRC sovint supera els deu anys. Aquest fet tampoc és trivial ja que sovint els anys previs a la vinculació a un SRC són anys de pèrdues personals, socials, psicològiques i econòmiques i, per tant, el nivell de cronicitat és probablement més alt. Moltes vegades la derivació a un SRC es fa després d'un període de marcada inestabilitat clínica amb múltiples ingressos hospitalaris. Per tant, la inestabilitat és un element que pot marcar l'inici de l'atenció al SRC. Aquestes singularitats dels participants a l'estudi fan que la majoria d'ells es trobin en estadis molt inicials del procés de recuperació tal i com l'entenen Andresen et al. (2006).

La participació d'adults d'avançada edat en estadis inicials de recuperació i amb un impacte psicosocial de trastorn important, marquen, en part, els resultats obtinguts. Aquest fet més enllà d'una limitació de l'estudi esdevé un punt fort d'aquest ja que aquells models obtinguts en altres poblacions probablement no són vàlids per la seva aplicació acrítica a altres contextos.

La majoria de MdR i marcs conceptuals s'han generat en els països anglosaxons (Anglaterra, Estats Unitat i Austràlia i Nova Zelanda). Hi ha poca literatura en països que no siguin de parla anglesa on s'hagin desenvolupat marcs conceptuals de la recuperació (Slade et al., 2012). Les diferències culturals entre països són un factor que pot modular els MdR, accentuant alguns elements i matisant el pes d'altres. Per exemple, Anglaterra (d'on parteixen la majoria de models més estesos) té uns nuclis familiars menys amplis i unes relacions de parentiu menys consolidades que a l'Estat Espanyol. Alhora, són una

societat més individualista, més flexible i indulgent que l'espanyola (Renobell, 2020). Aquestes diferències culturals, poden afectar també a elements del model com són el suport social i dels iguals i la idea de la recuperació com un procés individual.

Un tercer element a l'hora de posar en relació els resultats de l'estudi amb els MdR de la literatura, és la història i desenvolupament de la salut mental i dels moviments associatius al nostre país en comparació amb els països anglosaxons. A tall d'exemple, l'any 2010 es van constituir al nostre país el “Comité Pro Salud Mental en Primera Persona”, amb la funció de defensa i exercici dels drets de les persones amb un problema de salut mental, l'eliminació de barreres a la participació social i la posada en marxa d'estratègies que fomentin la creació de xarxes i l'enfortiment del teixit associatiu (Confederación Salud Mental España).

En resum, el tipus d'usuari participant, la cultura i la història de l'atenció i dels moviments associatius són elements molt rellevants a tenir en compte de cares a les diferències trobades entre la nostra recerca i el MdR.

Un dels altres elements que té un pes important en els MdR més acceptats a nivell internacional és el sentiment d'Identitat personal (com quelcom no definit pel trastorn), en el nostre estudi aquest no apareix com a significatiu. És més, crida l'atenció el fort sentiment d'identitat de grup que tenen com a “malalts” o “usuaris de la xarxa de salut mental”. Daley et al. (2017) estudiant la idea de recuperació que tenen adults d'edat avançada amb problemes de salut mental obté que els usuaris no pretenen revisar la seva identitat personal sinó que tenen una identitat molt establerta a la que volen donar continuïtat.

En el nostre estudi la identitat col·lectiva com a “malalt/usuari de salut mental” saturava fins a tal punt la identitat individual que no permetia ni canvis ni la permeabilitat d'aquesta. Els propis usuaris expliquen com han anat fent un procés d'acceptació d'aquesta identitat al llarg del temps (per exemple, acceptant el tractament, acceptant

recursos especialitzats, afrontant el dol de la pèrdua de rols i d'expectatives de futur).

La falta de pes de la participació comunitària a la noció de recuperació al nostre estudi és un altre element que el diferencia dels MdR com el CHIME (Leamy et al., 2011). La manca d'aquest element en la seva visió de recuperació és coherent amb la visió de recuperació tradicional on es dona poc pes a la idea de ciutadania i participació comunitària. Així, si una persona ha estat atesa en un sistema que prioritzava la remissió clínica i la participació i ocupació en serveis segregats de la resta de la població, és fàcil que assumeixi com a vàlid que la recuperació per ell és això: estar estable, evitar riscos i fer vida segregada de la resta la ciutadania.

La idea de la recuperació com a procés on hi té un pes molt important la responsabilitat individual tampoc es dona en el nostre estudi. Aquesta idea és molt coherent amb la visió individualista de les societats anglosaxones però no tant amb la nostra. Alhora, les persones afectades de TMG de llarga evolució sovint necessiten suports estables per poder mantenir una bona qualitat de vida. Aquesta idea de responsabilitat individual xoca frontalment amb aquesta necessitat de suport.

Els participants al nostre estudi donaven un pes important al manteniment de rutines i activitats terapèutiques en el si dels SRC i els vincles socials que hi han trobat. Això no ens ha d'estranyar tenint en compte la marcada identitat com a persones "malaltes", la segregació a la que han estat sotmesos i el procés d'acceptació d'aquest procés de pèrdua. Daley et al. (2017) mostra com n'era d'important pels usuaris d'edat avançada seguir vinculat a activitats relacionades amb el maneig i l'impacte del trastorn.

En coherència amb els nostres resultats, Saavedra et al. (2021), en un estudi recent sobre la percepció de la recuperació d'usuaris de salut mental espanyols, obté un model en el que els aspectes més rellevants són per una banda, la conceptualització de la recuperació des d'un punt de vista biomèdic i, per una altra, la importància d'estar actiu, socialitzar-se i guanyar habilitats..

En resum, doncs, les diferències que hem trobat (major pes de la simptomatologia, de la identitat col·lectiva, i de les rutines i activitats als serveis i menor pes de la integració i participació comunitària) poden tenir a veure amb les diferències tant pel que fa als participants (d'edat, d'impacte de la malaltia, d'història de l'ús dels serveis...), com pel context actual i històric dels serveis al nostre país i de les seves pràctiques i orientació.

Aquestes diferències tenen implicacions pràctiques. La més rellevant és que no podem assumir directament conceptualitzacions de recuperació per a guiar la pràctica professional d'un context cultural, històric, assistencial diferent com el que ens ve del món anglosaxó. Fer-ho probablement no encaixaria amb la forma en què entenen la millora les persones amb un TMG al nostre entorn. Probablement, la conceptualització de la recuperació dels usuaris té molt a veure amb com aquesta és vista pels professionals i el sistema sanitari. En el nostre entorn encara prima el model biomèdic tradicional i, per tant, és lògic pensar que transmetem aquest model al nostres usuaris.

Posar èmfasi excessivament en l'individu pot fer que desatenguem altres aspectes contextuais i relacionals molt rellevants com ara el suport familiar, dels iguals i el sentiment de pertinença al grup. Els SRC haurien d'estar atents a aquests aspectes i fomentar accions per donar-hi suport.

La recuperació és entesa de forma similar pels professionals que pels usuaris? Si no són coherents les visions, quines conseqüències pràctiques es deriven d'això?

Els SRC que han participat a l'estudi encara estan ancorats en models biomèdics tradicionals. Això ha quedat palès a l'hora d'explorar la seva visió de la recuperació. Malgrat estan en procés de transformació, hi ha elements com els següents que continuen presents d'alguna manera: la recuperació com a procés centrat en la simptomatologia, els SRC com a element segregador, el focus en l'entrenament en habilitats, la baixa atenció a

l'autoestigma, la baixa importància donada a la participació dels usuaris i unes expectatives de millora baixes. Creiem que hi ha una coherència clara entre aquests elements i la forma en que entenen la recuperació els usuaris participants. I que l'una, en part, és conseqüència de l'altra. Dit amb altres paraules, creiem que si els usuaris tenen una identitat molt saturada pel trastorn, una baixa participació social i comunitària, un autoestigma molt marcat i una visió de la recuperació molt marcada per la clínica, és perquè des dels serveis de salut mental, en general, es transmet la idea que tenir un trastorn mental significa haver de fer vida segregada dels “no malalts”, no poder utilitzar els serveis “universals”, no poder tenir aspiracions per la por a les conseqüències del fracàs (com una crisi o una hospitalització) i la preeminència de la remissió davant d'altres preocupacions. Tal i com indiquen Penas et al. (2021) i Yanos et al. (2010) l'autoestigma pot ser la variable medidora entre l'atenció que reben els usuaris als SRC i els resultats obtinguts. En aquest sentit, la internalització de l'estigma (com a missatge implícit en l'abordatge professional) afecta la identitat i aquesta última alhora afecta el rol que les persones tenen en el seu procés de millora, convertint-los en subjecte més passius i amb expectatives més baixes.

La formació dels professionals és un dels elements més necessaris per canviar aquesta manera de pensar i actuar. Com els SRC afronten el procés de transformació i com treballen el propi estigma com a professionals i serveis és un element bàsic per donar suport als processos de recuperació de les persones que atenen. Alhora, una major atenció a l'autoestigma dels usuaris també és necessària perquè no esdevingui una barrera a la participació activa com a ciutadà i la recuperació en general.

A la llum dels resultats, de quina manera es pot facilitar i donar suport al procés de transformació dels SRC per orientar-los vers la recuperació?

Una de les primeres estratègies per orientar els serveis vers la recuperació és

conèixer precisament com s'entén la recuperació en un context socioeconòmic, cultural i sanitari concret, com hem fet en aquest estudi. Hem pogut veure que aquells elements prioritaris al nostre estudi no encaixaven bé amb la conceptualització provinent del món anglosaxó. Això no significa que els models existents de consens no tinguin utilitat. Ans el contrari, aquests models també ens guien per detectar àrees desateses pels serveis i per valorar intervencions adaptades i adequades al moment o fase de recuperació que es troben els usuaris d'un servei determinat. I més, tenint en compte que la manera en que els usuaris defineixen la recuperació està fortament influïda per: el moment o fase de recuperació en què es troben, el paradigma des del qual els serveis i els professionals treballen, la història de l'atenció a la salut mental en aquell territori i la cultura de l'organització sanitària. Per exemple, al nostre estudi la participació comunitària no formava part de la conceptualització de la recuperació feta pels usuaris. Ara bé, això no significa que la visió dels professionals no ho incorpori ni que no s'hagi d'atendre aquest aspecte. Ja que tant els professionals com els MdR internacionals donen suport a la idea que s'ha de promoure l'exercici de la ciutadania plena des dels SRC. Per tant, gràcies als MdR més acceptats i a la conceptualització de la recuperació en un context concret detectem una àrea rellevant (ho diuen els models), com és aquesta, desatesa.

L'encaix entre MdR internacionalment acceptat i la Visió dels usuaris i dels professionals, fa emergir una sèrie de buits que, en part, poden resoldre's a través de la formació dels professionals. Existeixen diferents models i estratègies formatives amb la missió d'orientar els serveis vers la recuperació (Deane et al., 2010; Gudjonsson et al., 2010; Bitter et al., 2019; Gilbert et al., 2013). Ara bé, Eiroa-Orosa i Garcia-Mieres (2019), a través d'una revisió sistemàtica de les intervencions formatives en MdR per a professionals de la salut mental, conclouen que la gran majoria d'abordatges formatius aconseguix canviar les actituds i creences dels professionals però no aconseguix canviar les pràctiques professionals, que al cap i a la fi, són aquelles que determinaran els

resultats terapèutics finals. Malgrat això, canviar actituds professionals ja és un primer pas. Per exemple, Deane et al. (2018) mostren com aquest canvi actitudinal porta a un major optimisme vers el tractament i els usuaris, i això té implicacions pràctiques clares.

Un dels factors que pot ajudar a que les pràctiques professionals es modifiquin gràcies a la formació, és que aquesta vagi més enllà de donar a conèixer el MdR. Cal que la formació exposi models lògics on es connecti el MdR amb pràctiques concretes que promoguin cada element significatiu i els processos psicosocials subjacents al canvi. Només així, connectant aquests tres elements podrem donar suport als professionals ja que, com hem vist, tenen poc connectades les pràctiques amb els elements als quals donen suport. En aquest sentit, cal citar el recent treball de Winsper et al. (2020) en el que desenvolupen un model lògic per comprendre com les intervencions orientades a la recuperació donen suport a la recuperació personal, fent una revisió d'aquelles intervencions amb suport empíric i exposant-ne els presumptes mecanismes d'acció. Creiem que aquesta línia és la que realment farà incorporar nous components als serveis. Molts dels professionals que tenen més contacte amb els usuaris dels serveis no són càrrecs tècnics i, per tant, és feina d'aquests últims donar eines de fàcil ús i implementació que permetin als treballadors de "primera línia" poder-les aplicar de forma crítica però amb seguretat.

Els instruments per mesurar l'orientació vers la recuperació dels serveis i les guies per implementar-los són un altre element que pot ser d'ajuda. Durant l'última dècada se n'han desenvolupat de diferent tipus i orientació (Ridway, 2004; Shanks et al., 2013; Shepherd et al, 2014). D'aquests, només el Recovery Enhancing Environment (REE), un qüestionari basat en el model CHIME que valora fins a quin punt els usuaris creuen que els serveis estan orientats vers la recuperació, està adaptat a l'espanyol (Penas et al. 2020). D'entre les guies per la implementació de SOR, cal

destacar la de Shepherd et al. (2015) ja que ofereix orientacions pràctiques per tal de fer canvis reals i concrets als serveis, alhora que aposta per l'ús d'instruments que validin aquests canvis des del punt de vista dels seus usuaris.

En base a la literatura existent fins al moment, volem llistar una sèrie d'elements sobre els quals caldria que es fonamentés qualsevol acció formativa:

- Estratègies per fomentar l'esperança vers el futur.
- Estratègies per afavorir la participació i implicació activa dels usuaris en les decisions del SRC.
- Pacient expert i modalitats de participació.
- Formes de suport i estratègies de vinculació als programes d'ajuda mútua.
- Formes i experiències positives de promoure la Integració comunitària tant a nivell d'usuari com a nivell de servei.
- Estratègies de suport a la presa de decisions informades.
- Estratègies de suport i manteniment de xarxes socials de suport naturals.
- Estratègies de suport als objectius personals/recerca sentit vital/autorrealització.
- Estratègies per enriquir la identitat personal.
- Estratègies per combatre l'autoestigma i l'estigma social.
- Formes d'orientar l'atenció vers les capacitats dels usuaris.
- Estratègies per mantenir una visió esperançadora i orientada vers la recuperació per part de l'equip professional.
- Estratègies per atendre les narratives personals i afavorir la integració i acceptació de l'experiència de patir un trastorn mental.

Per últim, per tal que hi hagi un canvi de pràctiques professionals de forma generalitzada i sostinguda en el temps els estudis apunten que cal un canvi també de les estructures i la cultura organitzacional (Le Boutillier et al., 2015; Gilbert et al., 2013).

Barreres estructurals com el fet de tenir un rol molt definit i “encorsetat”, uns resultats previstos del servei no orientats vers la recuperació, la falta de compromís en la missió, polítiques i procediments i recursos consistents amb la recuperació s'ha vist com canvis necessaris i imprescindibles més enllà de la formació dels professionals de “primera línia”. No hem d'oblidar que la implementació del MdR implica un canvi en les relacions de poder a l'organització sanitària incorporant els usuaris i les famílies com a coproductors de coneixement, salut i serveis.

Quins canvis en les organitzacions sanitàries poden facilitar aquesta transformació?

Tot SRC o servei de salut mental està vinculat a una organització sanitària i/o social. Aquesta última marca les normes del “terreny de joc”. Per una banda, defineix quines són les funcions, l'organització, els recursos humans, i la forma i els criteris d'avaluació de cada servei, i per l'altra, a través de la cultura organitzacional, imprimeix una sèrie de valors, normes i comportaments que són esperables a tots els serveis que en formen part. Ho fa de forma explícita a través de documents marc i protocols però també de forma implícita. Qualsevol organització manté en el seu si diferents subcultures, que poden correspondre a diferents serveis, rols professionals, ubicació, etc... (Mannion i Davides, 2018). Alhora, les organitzacions sanitàries, en tant que ofereixen un servei públic, depenen de les polítiques sanitàries governamentals.

Són diversos, doncs, els elements que poden actuar o bé com a fre i barrera o bé com a facilitador de processos de canvi de paradigma o de model d'atenció. Per abordar els elements relacionats amb el canvi vers el MdR, ho farem des dels elements més generals i allunyats de la pràctica professional als més propers i amb un impacte més directe.

El primer element que té una influència clara en les organitzacions sanitàries són

les polítiques en matèria de salut mental i benestar. Com hem comentat prèviament, són pocs els plans de salut que citen la recuperació com una de les seves fites. El Pla director de salut mental i addiccions de la Generalitat de Catalunya fa esment de la recuperació en les estratègies de Salut Mental i Addiccions 2017-2020 (Generalitat de Catalunya, 2017). Concretament, explicita que s'opta per defensar un nou model d'atenció comunitària en el qual es tingui en compte la recuperació d'un projecte vital, que estigui orientat a les capacitats, centrat en la persona i amb la participació de tots els agents inclosos usuaris i familiars. Aquestes directrius són rellevants ja que, per una banda, donen indicacions de quina orientació han de tenir els serveis i, per l'altra, poden generar canvis en la mesura en que s'estableixin contractes de servei que incorporin indicadors relacionats amb la recuperació.

Un segon nivell en el que l'organització pot facilitar que els serveis esdevinguin SOR és en la definició de rols, distribució dels temps i definició dels serveis i dels seus processos. La definició d'aquests elements ha de ser prou flexible i permeable per incorporar aquelles necessitats que els professionals han detectat. Per exemple, distribucions del temps flexibles per facilitar el suport a la inserció comunitària, o distribucions del temps que permetin l'atenció individual, o recursos humans suficientment qualificats per desenvolupar accions per combatre l'autoestigma o atendre les narratives personals.

A un tercer i últim nivell, cal que els càrrecs intermedis concretin aquestes directrius en indicacions concretes i adaptades a cada territori.

L'organització sanitària cal que disposi de referents i lideratges per tal de tirar endavant aquests canvis i que siguin sostinguts a través del temps. La participació i implicació dels usuaris tant en la formació, com en la planificació, implementació i avaluació dels canvis és una tasca que ha de liderar l'organització sanitària. Com ja hem comentat abans, cal un canvi en la relació de poder entre professionals i usuaris, i els

professionals que treballen des de models més tradicionals d'atenció poden no estar disposats a compartir aquest poder d'entrada (Piat i Sabetti, 2009).

En resum, l'estructura, cultura i lideratge de l'organització sanitària és clau perquè qualsevol acció formativa no es quedi en el terreny dels coneixements, valors i aptituds i arribi a la pràctica diària de forma sostinguda en el temps.

Són compatibles els models biomèdics propis de les organitzacions sanitàries amb el MdR?

El model tradicional d'atenció dels serveis de salut mental és el model biomèdic o el model biopsicosocial. Aquest model es focalitza en la remissió dels símptomes, l'estabilitat psicopatològica, i la reducció de les hospitalitzacions i del risc de recaiguda. Creiem que aquests aspectes són essencials i complementaris al MdR. Ara bé, sempre i quan s'incorporin elements que ho facin viable. Hi ha elements dels models tradicionals d'atenció (com són el paternalisme, la coerció, la relació jeràrquica, l'evitació dels riscos i una visió pessimista del pronòstic dels usuaris) que cal modular per tal de fer compatibles ambdós models. Per exemple, només es pot promoure la consecució d'objectius personals com reprendre els estudis si tots els actors implicats creuen en el dret a intentar-ho malgrat el risc de fracassar. Si, per per altra banda, hi ha professionals implicats en el cas que viuen l'exploració de nous reptes com un fracàs, possiblement el procés fracassarà.

El compromís organitzacional amb el canvi i la transformació en SOR és clau per generar aquesta compatibilitat i evitar el distanciament entre professionals i l'etiquetatge mutu com a "bons" o "mals" professionals. Davant d'un canvi de model com el que es planteja, hi ha el risc que els professionals ofereixin resistències a les noves maneres de treballar per diferents motius: la falta de confiança en nous mètodes i models, la negativa a perdre el poder, la por a un augment de la feina i la inseguretats al no disposar de prou

formació (Piat et al., 2021). Cal que l'organització estigui molt atenta a aquests elements per tal de facilitar la compatibilitat i complementarietat de rols i evitar la divisió entre treballadors.

Ja hem comentat prèviament quines accions pot dur a terme l'organització per facilitar aquests canvis, però aquí volem posar èmfasi en la importància de canviar les relacions de poder introduint els que fins ara han estat els receptors passius de les intervencions sanitàries com un actor més amb responsabilitats en la planificació, implementació i avaluació dels serveis.

És possible disposar d'indicadors del grau d'orientació dels serveis vers la recuperació sense distorsionar el seu sentit original?

És possible i és necessari disposar d'indicadors que ens permetin conèixer el grau en que els serveis s'orienten vers la recuperació. L'ús d'indicadors i escales de fidelitat ens permeten conèixer el grau d'adequació de la implementació d'un programa. En el cas de la introducció d'un nou model, poden ser útils per monitoritzar el canvi i servir d'eina per valorar la relació entre el grau d'adherència al model i els resultats que presumptament s'en deriven. Per tant, el grau d'acompliment d'aquests indicadors en el MdR ens pot permetre establir relacions entre el grau en què els serveis són SOR i els resultats d'aquestes intervencions. D'aquesta manera podríem, per una banda, validar les intervencions en base a l'evidència i, per l'altra, poder comparar els serveis en funció del grau de suport a la recuperació. Aquesta última funció dels indicadors ens permetria detectar aquells aspectes i/o serveis on calen intervencions formatives i permetria acotar en quins aspectes cal incidir més.

Cal, però, que aquests indicadors estiguin adaptats a cada context i, per tant, no podem acceptar acríticament indicadors per altres poblacions i contextos.

Gràcies a la tasca prèvia feta en modelitzar la recuperació, conèixer-ne els

elements clau i les intervencions i elements que li donen suport, avui podem disposar de diferents guies i instruments per orientar la transformació dels serveis en SOR. Gairebé totes elles provenen del món anglosaxó i, malgrat ser d'utilitat en el nostre context, requeririen d'una adaptació cultural i contextual.

Entre instruments i guies que existeixen a l'actualitat per donar suport a la implementació dels SOR, volem destacar els següents:

- *The Recovery Promotion Fidelity Scale (RPFS)* (Panasci i Steffen, 2008) avalua el grau en que els serveis de salut mental incorporen els principis de la recuperació. Valora els següents aspectes: col·laboració (avaluació de la satisfacció amb el servei, integració del feedback dels usuaris), participació i acceptació (implicació i/o contractació d'usuaris al servei), autodeterminació i suport a l'ajuda mútua (ús de plans individualitzats, foment de l'ajuda mútua), millora de la qualitat (promoció de la filosofia de la recuperació, formació en recuperació). Cada element és valorat a través d'una escala tipus likert de 5 punts. Permet obtenir una puntuació total del nivell d'orientació vers la recuperació.
- *Guidelines for Recovery-Oriented Practice* (Mental Health Commission of Canada, 2015): De cada element clau per la recuperació s'exposa el següent: els seus principis bàsics, l'actitud i creences clau dels professionals, els coneixements necessaris, els comportaments i habilitats, preguntes reflexives per promocionar bones pràctiques, preguntes reflexives pels càrrecs tècnics i directius, suggerències d'activitats que poden donar suport al canvi, i finalment una recomanació de recursos per ampliar informació. Els elements principals sobre els quals se sustenten aquests punts són els següents: Esperança i optimisme, recuperació personal i holística, suport a l'autonomia i autodeterminació, focus en les capacitats i responsabilitat personal, relacions de col·laboració, reconeixement del valor de la família, amics i comunitat, suport i inclusió social, estigma i

discriminació, col·laboració amb la comunitat, atenció a la diversitat, adaptació a les necessitats al llarg del cicle vital, transformació dels serveis (visió de recuperació i reconeixement expert per l'experiència). Aquesta és, des del nostre punt de vista, la guia més completa, la que ofereix més suport pragmàtic pel desenvolupament d'accions concretes, i la que podria ser més fàcilment adaptable al nostre context. Malgrat això, no ofereix puntuacions que ens permetin comparar serveis o valorar el progrés en la implementació. Una limitació d'aquesta guia és la seva excessiva extensió, que la fa més feixuga i complicada de seguir. Ara bé, com a punt de partida quan es tenen pocs coneixements pot ser de gran utilitat.

- Recovery Oriented Systems Indicators Measure (ROSI) (Dumont et al., 2007). Es tracta d'un instrument que té una forma d'autoinforme per l'usuari composta de 42 ítems i una forma pels gestors de serveis. Pel que fa a la forma per professionals/gestors, ofereix una sèrie d'indicadors de qualitat ben definits que permeten la seva quantificació. Ara bé, no ofereix una guia clara que permeti orientar quines accions concretes permetran assolir aquells indicadors.
- Scottish Recovery Indicator (SRI) (Scottish Recovery Network, 2009). Disposa de 10 indicadors de recuperació (identificació de necessitats, objectius personals, personalització de l'atenció, orientació a les capacitats, inclusió social, participació dels usuaris i familiars, voluntats anticipades i autogestió, valors, pràctiques orientades a la recuperació) que són valorats en base a sis fonts d'informació (valoració, plans de treball individuals, servei, proveïdor, usuari i familiar/cuidador). Ofereix puntuacions per a cada indicador de recuperació.
- Implementing Recovery: A methodology for organisational change (Shepherd, Boardman i Burns, 2009). Ofereix una guia pel canvi, amb accions concretes, exemples de bones pràctiques i possibles fonts d'informació per avaluar-ne la implementació i fer un monitoratge.

- 100 ways to support recovery: A guide for mental health professionals (Slade, 2009). A través de 9 seccions (què es la recuperació personal?; importància de les relacions; la fundació dels SOR; Avaluació; Pla Individual; Suport al desenvolupament de l'automaneig; recuperació a través de les crisis; focalització en la recuperació als serveis; transformació del sistema) ofereix consells pràctics per implementar canvis als serveis.

A banda de les guies exposades, existeixen diferents qüestionaris per poder valorar els SOR per part dels usuaris. L'únic que està traduït i validat al castellà és el Recovery Enhancing Environment (REE) (Penas et al., 2020) creat en base al model CHIME.

És indispensable la complementaritat entre ambdós visions (usuaris i professionals) per tal d'aconseguir un bon ajustament. O, dit d'una altra manera, si s'han seguit de forma exitosa les guies d'implementació de SOR això es veurà inevitablement reflectit en la visió dels usuaris sobre aquesta orientació dels serveis. La falta de coherència entre ambdós visions ens ha de fer pensar que s'ha desatès alguna àrea important i, per tant, pot conscienciar sobre la necessitat de desenvolupar accions formatives en aquell aspecte per facilitar-ne la implementació.

Quins riscos pot comportar l'assumpció del MdR com a part dels serveis sanitaris?

Com s'ha mencionat en diverses ocasions, el MdR va néixer de les narratives d'usuaris que explicaven la seva singular història de recuperació, fent un exercici introspectiu i narratiu alhora. A través d'aquestes històries s'han creat diferents MdR que el que fan és abstraure d'aquestes històries aquells elements que tenen en comú. Aquest procés no està exempt de riscos si s'entenen aquests models de forma simplista i es redueixen als seus components.

Tots els MdR comparteixen la idea que el procés de recuperació és personal, únic, autodirigit i auto-responsable. En les narratives en primera persona de recuperació, la responsabilitat era entesa com el fet de prendre decisions sobre quins canvis necessita cadascú en la seva vida i fer passos cap aquests. S'entenia com a “passar a l'acció”, sentir que la teva vida és teva. Cal tenir present el context socioeconòmic i sanitari en què apareixen les primeres narratives importants de recuperació quan encara no s'havien dut a terme els processos de desinstitucionalització, la coerció i el càstig formaven part de la “teràpèutica”, i la segregació i la consideració de l'usuari com un receptor passiu de les intervencions era la norma (Duff, 2016). Prescindir de l'evolució del MdR pot fer que atendre als elements de “procés individual” i “autoresponsabilitat” sigui aprofitat perquè els serveis deixin de ser proactius vers els usuaris i alhora considerin que la recuperació “és cosa d'ells” i, per tant, els professionals se'n rentin les mans i els gestors i planificadors aprofitin per reduir o eliminar serveis apel·lant a aquesta autoresponsabilitat i col·locant el pes dels serveis en l'ajuda mútua. En una lògica neoliberal, que defensa l'individu per sobre la col·lectivitat, i en un moment d'escassetat de serveis, els MdR poden ser utilitzats perversament o inconscientment per disminuir la responsabilitat que com a agents de salut i socials tenen, afavorint una mirada cada cop més estreta vers els determinants socials i econòmics de la salut (Ramon, 2008; Harper i Speed, 2012).

Un dels altres riscos que hi ha és pensar en la recuperació d'una forma normativa (Fisher i Lees, 2016). Si prescindim que la recuperació és idiosincràtica i que la forma i el camí per cada usuari de trobar un sentit vital, un sentiment d'agència personal, una identitat rica, una vinculació amb la comunitat... és diferent, això ens pot fer caure en pensar que tothom s'ha de recuperar d'acord amb uns estàndards del què és ser un “bon ciutadà” i a un ritme concret. Aquest mala comprensió de la recuperació ens pot portar a convertir-la en un imperatiu moral i a pressionar i coaccionar els usuaris per anar vers una direcció concreta en el seu procés. Tot el contrari del què es pretenia quan es van

començar a difondre les narratives de recuperació en primera persona d'usuaris com Deegan. Per evitar-ho, cal posar la mirada tant en la forma que els serveis es converteixen en un marc possibilista, com també en la manera en que teixeixen vincles amb la comunitat, donen suport a les persones per fer vincles socials i faciliten la creació de comunitats més inclusives que permetin que cadascú pugui actuar com ciutadà (Roe i Davidson, 2016; Vanderkinderen et al., 2012).

Alhora, una visió reduccionista de la recuperació, podria expulsar del sistema aquells usuaris que no encaixessin amb la forma d'entendre-la dels professionals o la forma prevalent en la societat del moment, o altres que podrien ser expulsats per “no voler-se recuperar” (Khan i Tracy, 2021).

Si s'atenen correctament els processos de recuperació, no es poden determinar quin és el lílindar o nivell de recuperació que ha d'aconseguir cadascú, simplement s'han de disposar les condicions per tal que aquests processos puguin tenir lloc en la direcció i ritme que cadascú necessiti; ningú no es pot erigir en l'autoritat que decideixi quin és el nivell de recuperació que ha d'aconseguir cadascú i tampoc es pot convertir aquest element en una mesura de la qualitat del servei, com sí que ho han de ser els indicadors del grau en què un servei està orientat vers la recuperació.

En resum, un mala concepció de la recuperació pot portar a:

- Desatendre factors socials i contextuals i problemes estructurals (pobresa, falta de llar digna, problemes judicials..)
- Convertir la recuperació com quelcom “obligat” i com una forma d'opressió.
- Convertir la idea preestablerta de “bon ciutadà” en un imperatiu moral.
- Disminuir els serveis de suport apel·lant a la responsabilitat individual i al procés personal.

L'adequada formació de tots els actors implicats (professionals, gestors, usuaris, familiars i cuidadors), la inclusió de la figura del pacient expert al sistema sanitari (Palomer

et al., 2010), i l'ús de guies per implementar SOR poden disminuir la probabilitat que aquests riscos es materialitzin.

A la llum dels resultats, podem traçar un pla realista de suport a la transformació adaptat al nostre context?

Creiem que és absolutament necessari avaluar aquells elements que tant pels usuaris com pels professionals tenen pes en el procés de recuperació, tant a nivell personal com a nivell de serveis. Ja hem vist que no podem assumir directament models que no tenen una validesa ecològica suficient en el nostre context i, per tant, hem de partir de conceptualitzacions diferents. En base a la informació que hem obtingut creiem que estem en condicions de planificar un canvi de model enriquint la feina que ja s'està fent i ja va en la línia de la recuperació.

El pla per la transformació dels serveis en el nostre context s'ha de basar en 3 elements: 1) formació,

2) ús de guies per a la implementació i monitorització dels canvis, i

3) avaluació de l'orientació vers la recuperació dels serveis per part de tots els agents implicats (usuaris, familiars i professionals).

A continuació abordarem cadascún d'aquests canvis.

1)Formació

Diferents estudis (Sreeram, 2021; Jackson-Blott et al., 2019) mostren com la formació és un element necessari per canviar actituds, incorporar nous coneixements i conceptes, i implementar l'ús de nous instruments i estratègies. Ara bé, aquests estudis també mostren com la translació d'aquesta formació a la pràctica clínica requereix d'un canvi organitzacional més ampli.

Per tant, no podem limitar la formació als professionals de "primera línia" o als

treballadors dels SRC ja que sense un suport dels càrrecs intermedis i l'organització sanitària com un tot, és molt complex tirar endavant canvis estables i perdurables en el temps. En nivell i el contingut d'aquesta formació probablement no ha de ser el mateix pels diferents col·lectius. Els professionals que tenen contacte directe amb els usuaris necessiten una formació que posi l'accent en les habilitats personals i relacionals que fomenten la recuperació (com ara promoure l'autonomia, detectar i reforçar els punts forts, facilitar i fomentar la inclusió social, establir objectius de forma col·laborativa amb els usuaris...) i els gestors necessiten posar l'accent en aquells canvis estructurals i d'avaluació i monitorització dels serveis que fomentin i donin suport a la recuperació, com per exemple, la definició dels rols dels professionals o la missió i els processos bàsics a cada servei. Hi ha altres elements que són haurien de ser comuns per a tots els implicats com és coneixement del model de recuperació a nivell conceptual. Per tant, un primer element formatiu necessari serà l'exposició al propi MdR de manera formal.

Gràcies als resultats de l'estudi, podrem orientar la formació cap a aquells aspectes en què els professionals se senten menys segurs i alhora cap aquells aspectes del funcionament de l'organització que han estat relatats com a barres pel canvi de model. També gràcies als resultats de l'estudi, sabem quin és el context actual de participació dels usuaris als serveis, de l'ús dels serveis d'ajuda mútua i del desenvolupament d'aquests com també de com es treballa la participació comunitària. Com ja hem vist, aquests són elements clau per transformar els serveis en SOR i, per tant, la formació ha d'anar orientada a generar coneixements, aptituds, valors i estratègies que puguin fomentar aquests aspectes de forma pràctica.

Per poder traslladar la formació a la pràctica clínica cal que hi hagi un lideratge que permeti i faciliti que tota l'organització sanitària és permeable als nous conceptes i formes de treballar. Cal, en altres paraules, crear una comunitat d'aprenentatge al voltant de la recuperació, on s'ofereixin espais de diàleg i discussió entre els implicats per tal que, de

mica en mica, s'introdueixi la cultura de la recuperació a tots els nivells de l'organització. Només a través del diàleg s'arribarà a una visió compartida i coherent de la tasca a fer.

Un element imprescindible durant la formació és la participació dels afectats en aquesta. Un format molt utilitzat és el de les "històries de recuperació". En aquest els narren la seva història de recuperació posant èmfasi en elements clau del model i afavorint que la idea que la recuperació és possible sigui assumida pels participants.

2)Ús de guies per a la implementació i monitorització dels canvis

No podem, doncs, plantejar només un model teòric i esperar que d'aquí se'n desprenguin canvis de comportaments. Les guies de bones pràctiques i d'implementació de la recuperació venen a cobrir aquest buit entre la formació més teòrica i el canvi real en els serveis.

Com hem vist anteriorment, no existeix cap guia que estigui adaptada al nostre context. L'ús de guies generades en un altre territori, podria generar certes dificultats. Per exemple, la figura del pacient com a expert, els serveis d'ajuda mútua i la participació dels usuaris als serveis són elements que en el món anglosaxó estan molt estesos però que no ho estan al nostre context. Els criteris, indicadors i propostes que es fan en guies creades en aquest entorn no són útils en el nostre ja que ens trobem en un altre moment: amb una xarxa de serveis d'ajuda mútua molt precària i desigual, amb una baixa implantació de la figura del pacient com a expert, una participació baixa en els serveis i uns nivells de segregació i baixa participació social importants. Per tant, un dels primers passos que cal és adaptar i validar pel nostre entorn una guia i uns indicadors adaptats que siguin viscuts com a possibles pels professionals del nostre entorn. Utilitzar altre guies pot fer que es plantegin nivells d'assoliment excessivament elevats o, altres casos baixos, que

desmobilitzin als professionals i els facin arribar a la conclusió que “això de la recuperació no va amb nosaltres” o dir que “nosaltres això ja ho fem”. És molt important que si s'estableixen indicadors i aquests poden anar lligats a conseqüències econòmiques o de recursos humans, aquest siguin concrets, realistes i motivadors. Cal, alhora, no caure en l'error de generar indicadors que impliquin l'assoliment de cert grau de recuperació per part dels usuaris. Fer-ho, podria abocar als serveis a la perversitat de no voler atendre aquells usuaris amb major impacte psicosocial del trastorn o bé coaccionar els usuaris en una direcció concreta, fent volar pels aires els principis de la recuperació (Es deixarien d'atendre aquells usuaris que més ho necessiten en pro d'acomplir els indicadors lligats a objectius d'assoliment). Els indicadors han d'anar, doncs, lligats a quins elements disposa cada servei que facilitin o promoguin la recuperació però no sobre quin nivell de recuperació obtenen els usuaris atesos.

Els elements claus en què s'hauria de centrar la guia són els següents:

- Model d'exploració d'interessos i expectatives individuals.
- Model d'exploració de capacitats i punts forts de la persona.
- Model de pla de treball individualitzat informatitzat i d'un sistema d'avisos automàtics de revisió d'aquests plans.
- Estratègies de foment de l'optimisme i l'esperança vers el futur (ex: a través de la facilitació d'històries de recuperació en primera persona o a través de “programes de mentoratge”).
- Model per a la planificació i implementació d'estratègies de participació comunitària tant a nivell de servei com a nivell individual.
- Estratègies de promoció de la participació en la presa de decisions al servei.
- Estratègies de promoció de l'ajuda mútua tant dins com fora del servei (estratègies de foment de la participació en grups d'ajuda mútua).

- Estratègies de promoció i implantació de la figura del pacient com a expert al servei.
- Suport en l'assumpció de riscos (per exemple, guia per l'adopció de la metodologia de solució de problemes).
- Estratègies i models per a la creació d'espais reflexius per al treball en equip.
- Model de participació de la família i del personal de suport en el pla de recuperació.
- Models i estratègies d'abordatge de l'autoestigma i l'estigma social.

3) Avaluació de l'orientació vers la recuperació dels serveis per part de tots els agents implicats (usuaris, familiars i professionals).

L'avaluació de fins a quin punt els serveis s'orienten vers la recuperació és un element bàsic per poder planificar i implementar canvis que puguin revertir, en última instància, en una millora de la qualitat assistencial i de la qualitat de vida de les persones ateses. Aquesta avaluació cal que sigui polièdrica, de la mateixa forma que el concepte de recuperació també ho és. Per tant, s'haurà d'afrontar des de tots els actors implicats: usuaris, familiars i professionals.

Com hem vist anteriorment, ja disposem d'eines adaptades al nostre entorn que ens permeten fer aquesta tasca. En llengua anglesa l'oferta d'instruments és multiplica. L'ús d'aquestes eines s'ha d'utilitzar amb certa cautela. Els resultats d'aquests instruments s'han de contextualitzar en el marc social, econòmic i cultural on es desenvolupen els programes. Creiem que seria un error comparar resultats interserveis en aquest tipus d'instruments. Per exemple, no és el mateix un servei de rehabilitació ubicat en una zona rural, amb una important dispersió poblacional i escasses possibilitats de participació

social; que un servei en una zona urbana, densament poblada i amb bones possibilitats de participació comunitària.

Ara bé, l'avaluació sí que pot ajudar a orientar cada servei en les possibilitats en les que es troba a tots els nivells (de recursos humans, de context socioeconòmic, context organitzacional...) i facilitar la detecció de zones d'ombra on potser no s'està incidint prou, i altres on no cal implementar canvis.

3.1 Limitacions Generals i Línies d'Investigació Futures:

Limitacions Generals

Una de les principals limitacions és la falta de consens sobre què és la Recuperació. El constructe de Recuperació està en constant evolució i ha estat conceptualitzat de diferents formes. Es tracta d'una construcció teòrica que hem creat els professionals per tal de condensar una forma d'entendre els processos de canvi de les persones que han patit un trastorn mental greu. Com hem pogut veure anteriorment, el seu origen són els estudis longitudinals i les narracions de processos de recuperació en primera persona però la sistematització a la que s'ha arribat dista molt de les seves primeres conceptualitzacions. Malgrat en essència les diferents conceptualitzacions es refereixen al mateix fenomen, sí que canvia el número i la importància donada a les diferents dimensions que en formen part. Alhora, hi ha qui entén la recuperació com un procés i altres com un resultat. Aconseguir orientar-se en la gran quantitat de dades que es generen en l'actualitat en relació al concepte de recuperació no és fàcil, ja que no tothom que l'utilitza ho fa amb el mateix sentit. En el nostre estudi hem volgut explorar el concepte al nostre territori i context ja que hem partit del posicionament que no podem assumir acríticament construccions teòriques de contextos molt distants als nostres.

L'ús dels grup focals en aquest estudi ha permès accedir a un coneixement ric sobre la recuperació a través de la promoció de la interacció i l'espontaneïtat entre els participants. Alhora, aquest tipus de metodologia ha facilitat poder recollir la percepció de persones amb dificultats de comprensió i expressió escrita que hagués estat molt difícil recollir per altres vies. Tot i això, hi ha persones que potser haguessin expressat millor el seu punt de vista en un altre format (d'entrevista, per exemple).

La metodologia utilitzada no està exempta de problemes i dificultats. Una de les més importants és la possibilitat de generalitzar els resultats d'aquest estudi a altres contextos. Malgrat el número de participants ha estat relativament alt en relació a la metodologia utilitzada, no és representativa de l'ampli col·lectiu d'usuaris de salut mental i de professionals. L'estudi s'ha dut a terme en un moment temporal determinat en un context sociocultural i sanitari concret. Per tant, la possible translació d'aquests resultats a altres escenaris s'ha de fer amb cautela.

El fet que els investigadors partim d'una posició, coneixements i marc de referència concret pot haver esbiaixat les dades vers idees predefinides o models ja coneguts. Els coneixements previs de la XSMiA i dels participants a l'estudi per part de l'investigador principal poden haver condicionat els resultats, si bé considerem que ha estat més un facilitador que no pas un fre, cal tenir present el rol que aquest juga en la pròpia organització. Tot i això, la triangulació de les interpretacions entre dos investigadors ha estat utilitzada per neutralitzar aquest possible esbiaix. El fet que l'investigador principal fos un company de feina dels participants als GF de professionals pot haver condicionat els resultats en una direcció concreta però alhora ha estat un element facilitador de l'expressió dels discursos propis. Els professionals poden viure la Recuperació com una tendència dominant o *mainstream* i veure's limitats/condicionats en les seves opinions. Alhora, els usuaris participants també poden haver-se "contaminat" de visions i discursos

dels serveis on són atesos i, per tant, la seva visió pot reflexar també la dels serveis

Possibles Línies de Recerca Futures

Els dos estudis presentats mostren en conjunt una sèrie de dificultats i barreres a l'hora d'implementar un canvi de model d'atenció amb conseqüències pràctiques rellevants. De cares al futur, creiem que cal seguir treballant en eines que permetin l'orientació dels serveis vers la recuperació adaptats a cada context. Disposar d'eines pràctiques que facilitin la transformació dels serveis és indispensable per donar suport a un procés de canvi de paradigma com el de Recuperació. Aquest tipus de guies permetran transformar la conceptualització de la recuperació en activitats concretes de forma més operativa i adaptada a cada context. El bagatge i la formació del conjunt de professionals que es dediquen a la rehabilitació psicosocial és molt heterogeni i, per tant, cal guiar certes accions i facilitar certs canvis amb suports externs que els permetin.

La formació s'ha vist com un element clau per tal de transformar els serveis. És indispensable fer més recerca sobre abordatges formatius i els seus respectius resultats per tal d'implantar-los de forma més massiva. En qüestions de formació, cal poder ser molt més selectiu i especificar "qui necessita què", ja que s'ha vist que, per una banda no només necessiten formar-se els professionals d'atenció directa ni tampoc necessiten formar-se necessàriament en els mateixos aspectes que els gestors i càrrecs intermitjos. En els últims anys han aparegut diferents models formatius (Eiroa-Orosa i Garcia-Mieres, 2019). Malgrat això, calen més estudis per valorar l'eficàcia i el manteniment al llarg del temps d'aquests programes formatius.

Un cop transformats els serveis, cal també el desenvolupament d'escalas de fidelitat amb bones propietats psicomètriques i adaptades al nostre context que permetin valorar el grau d'adhesió o de coherència de les accions dels serveis amb el model i que permetin fer els ajustos necessaris. Aquest indicadors de qualitat permetran detectar

àrees de dificultat on prestar més atenció i facilitar l'ajust al model.

Cal posar molt d'èmfasi en com superar les barreres detectades a l'hora d'implementar el canvi de model, desenvolupar accions per superar-les i eines per avaluar-ne l'eficàcia. Per exemple, cal disposar d'eines que guin les organitzacions per liderar un canvi de paradigma. Com hem vist, les actituds professionals són un element clau a l'hora de promoure el canvi. Cal investigar noves vies sobre com facilitar aquest canvi d'actituds professionals i desbloquejar una de les barreres vistes com a més rellevants i estudis longitudinals que permetin valorar si el canvi d'actituds es sosté al llarg del temps.

Un cop disposem d'aquests instruments estarem en disposició d'avaluar de forma més rigorosa fins a quin punt els serveis orientats vers el paradigma de la recuperació obtenen millors resultats que orientacions prèvies en diferents variables d'interès com pot ser la qualitat de vida, la participació comunitària, l'estigma, la identitat personal, la inserció laboral, etc. Dur a terme estudis de seguiment ens pot permetre valorar si les millores es sostenen al llarg del temps.

Per tant, vincular formació i promoció del canvi d'actituds, escales de fidelitat al canvi i mesures de resultats pot ser la via per donar major validesa al MdR.

Malgrat ha augmentat molt la recerca sobre els factors terapèutics durant els processos de recuperació, caldria també seguir explorant-los de forma qualitativa en diferents contextos i serveis per valorar la replicabilitat i fiabilitat dels resultats obtinguts. Augmentar el coneixement sobre el procés de recuperació, les seves barreres i facilitadors seran temes clau en el futur per orientar els serveis cap a la recuperació. L'estudi de cada fase dins del procés i els factors que poden generar en cada una un punt d'inflexió serà de gran ajuda per ajustar l'atenció a cada moment i facilitar el canvi des dels serveis. Calen més estudis qualitius de procés que analitzin detalladament la fase de recuperació de persones afectades per trastorns mentals greus ja que això ens permetrà conèixer de

primera mà quins són els elements que els han facilitat el canvi, i també estudis de resultats d'aquells serveis on s'hagi implementat pràctiques orientades a la recuperació.

Caldria, per últim, incloure en tots aquests processos, altres actors molt rellevants com són les famílies i el món comunitari i veure quin paper poden jugar en la transformació dels serveis.

Referències

- Accordino, M. P., Porter, D. F., i Morse, T. (2001). Deinstitutionalization of Persons with Severe Mental Illness: Context and Consequences. *The Journal of Rehabilitation*, 67(2),16.
<https://link.gale.com/apps/doc/A76398484/HRCA?u=anon~a74f9ba2&sid=googleScholar&xid=93d25ac9>
- Ahern, L., Fisher, D. (1999). Ahern, L. i Fisher, D. "Personal Assistance in Community Existence A recovery guide, Recovery at your own PACE", National Empowerment Center, Inc., 1999, Available: <http://www.power2u.org/>
- Amering, M., Schmolke, M., i Ebooks Corporation. (2009). *Recovery in mental health : reshaping scientific and clinical responsibilities*. Wiley-Blackwell.
- Andresen, R., Oades, L. G., i Caputi, P. (2011). Measures of individual recovery. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(10), 900.
<https://doi.org/10.3109/00048674.2011.580722>
- Andresen, R., Oades, L., i Caputi, P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2003;37(5):586-594. [10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x](https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x)
- Andresen, R., Caputi, P., i Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: Development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(11–12), 972–980. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2006.01921.x>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–

23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

Anthony, W. A., Cohen, M., Kennard, W. (1990). Understanding the current facts and principles of mental health systems planning. *American Psychologist*, 45(11), 1249–1252. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.11.1249>

Armstrong, N. P., i Steffen, J. J. (2009). The recovery promotion fidelity scale: assessing the organizational promotion of recovery. *Community mental health journal*, 45(3), 163–170. <https://doi.org/10.1007/s10597-008-9176-1>

Bachrach, L.L., Talbott, J.A., i Meyerson, A.T. (1987), The chronic psychiatric patient as a “difficult” patient: A conceptual analysis. *New Directions for Mental Health Services*, 1987: 35-50. <https://doi.org/10.1002/ym.23319873305>

Baker, A., Procter, N.G., i Gibbons, T. (2009). Dimensions of Loss from Mental Illness. *The Journal of Sociology & Social Welfare*: Vol. 36: Iss. 4, Article 4.

DOI: <https://doi.org/10.15453/0191-5096.3471>

Baldwin C. Narrative, Ethics and People with Severe Mental Illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2005;39(11-12):1022-1029. doi:[10.1080/j.1440-1614.2005.01721.x](https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01721.x)

Basaglia, F. (1972). ¿Psiquiatría o ideología de la locura?, Barcelona, Anagrama.

Bentall, R.P. (1992). *Reconstructing schizophrenia*. Routledge.

Bird, V. J., Le Boutillier, C., Leamy, M., Williams, J., Bradstreet, S., i Slade, M. (2014).

Evaluating the feasibility of complex interventions in mental health services: Standardised measure and reporting guidelines. *British Journal of Psychiatry*, 204(4), 316–321. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.128314>

Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., i Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7),

644–653. <https://doi.org/10.1177/0004867413520046>

- Bitter, N., Roeg, D., van Nieuwenhuizen, C., i Van Weeghel, J. (2020). Recovery in Supported Accommodations: A Scoping Review and Synthesis of Interventions for People with Severe Mental Illness. *Community mental health journal*, 56(6), 1053–1076. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00561-3>
- Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico*. Hora.
- Borg, M., i Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, 13(5), 493–505. <https://doi.org/10.1080/09638230400006809>.
- Borkin, J. R., Steffen, J. J., Ensfield, L. B., Krzton, K., Wishnick, H., Wilder, K., i Yangarber, N. (2000). Recovery Attitudes Questionnaire: Development and evaluation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 95–102. <https://doi.org/10.1037/h0095112>
- Adame, A. L. (2014). “There Needs to be a Place in Society for Madness”: The Psychiatric Survivor Movement and New Directions in Mental Health Care. *Journal of Humanistic Psychology*, 54(4), 456–475. <https://doi.org/10.1177/0022167813510207>
- Bracken, P., Khalfa, J., i Thomas, P. (2007). Recent translations of Foucault on mental health. *Current opinion in psychiatry*, 20(6), 605–608. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f087>
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., ... Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201(6), 430–434. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.109447>
- Bradstreet, S. 2004. Elements of Recovery: International learning and the Scottish context. In S. Bradstreet, & W. Brown (Eds.), SRN Discussion Paper Series. Report No.1. Glasgow: Scottish Recovery Network.

- Bradstreet, S., i McBrierty, R. (2012). Recovery in Scotland: Beyond service development. *International Review of Psychiatry*, 24(1), 64–69.
<https://doi.org/10.3109/09540261.2011.650158>
- Braslow, J. (2013). The Manufacture of Recovery. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1):781–809. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185642>
- Briand, C., Routhier, D.D., Hakin, R., Vachon, B., St-Paul, R., i Gilbert, M. (2020). Benefits of a Recovery-Oriented Knowledge Translation Program for Mental Health Community Support Teams: A Qualitative Study. *Canadian journal of community mental health*, 39, 85-100. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2020-025>
- Bryant, A. (2002). Re-grounding grounded theory. *Journal of Information Technology Theory and Application (JITTA)*, 4(1), 7. <https://aisel.aisnet.org/jitita/vol4/iss1/7>
- CAMHPRO. California Association of Mental Health Peer-Run Organizations.
<https://camhpro.org/>
- Carr V. J. (1983). Recovery from schizophrenia: a review of patterns of psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 9(1), 95–121. <https://doi.org/10.1093/schbul/9.1.95>
- Carless, D., i Douglas, K. (2008). Narrative, identity and mental health: How men with serious mental illness re-story their lives through sport and exercise. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, 576-594. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2007.08.002>.
- Caton C. L. (1981). The new chronic patient and the system of community care. *Hospital & community psychiatry*, 32(7), 475–478. <https://doi.org/10.1176/ps.32.7.475>
- Chamberlin, J. (1990). The Ex-Patients' Movement: Where We've Been and Where We're Going. *The Journal of Mind and Behavior*, 11(3/4), 323–336.
<http://www.jstor.org/stable/43854095>
- Chamberlin, J. (1998). Confessions of a noncompliant patient. *Journal of Psychological*

Nursing, 36(4), 49-52. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19980401-17>

Chan, K. K. S., i Mak, W. W. S. (2017). The content and process of self-stigma in people with mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(1), 34–43.

<https://doi.org/10.1037/ort0000127>

Chang, C.-W., i Chen, F.-p. (2021). Family social networks and personal recovery among Chinese people with mental illness in Hong Kong: The mediating effects of self-esteem and self-efficacy. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/prj0000485>

Chester, P., Ehrlich, C., Warburton, L., Baker, D., Kendall, E., i Crompton, D. What is the work of recovery oriented practice? A systematic literature review. *Int J Ment Health Nurs*. 2016;25(4):270–85. <https://doi.org/10.1111/inm.12241>

Ciampi L. (1980). Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. *Schizophrenia bulletin*, 6(4), 606–618.

<https://doi.org/10.1093/schbul/6.4.606>

Cohen, C. (2003). *Schizophrenia Into Later Life: Treatment, Research, and Policy*. ed., American Psychiatric Publishing, Inc.

Coleman, R. (1999) *Recovery: An alien concept*. Handsell Publishing, Gloucester.

Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsçh, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry research*, 189(3), 339–343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>

Crowe, M., Inder, M., & Porter, R. (2015). Conducting qualitative research in mental health: Thematic and content analyses. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 49(7), 616–623. <https://doi.org/10.1177/0004867415582053>

Cruwys, T., & Gunaseelan, S. (2016). “Depression is who i am”: Mental illness identity, stigma and wellbeing. *Journal of Affective Disorders*, 189, 36–42.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.012>

Cuñat-Giménez, R. J. (2007). Aplicación De La Teoría Fundamentada (Grounded Theory) al Estudio Del Proceso De Creación De Empresas. *Decisiones Globales*, 1–13.

Dalum, H. S., Pedersen, I. K., Cunningham, H., i Eplov, L. F. (2015). From recovery programs to recovery-oriented practice? A qualitative study of mental health professionals' experiences when facilitating a recovery-oriented rehabilitation program. *Archives of psychiatric nursing*, 29(6), 419–425.

<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.013>

Daley, S. (2011). What are the implications of personal recovery for older people's mental health services?. *Psychiatrische Praxis*. 38. [10.1055/s-0031-1277878](https://doi.org/10.1055/s-0031-1277878)

Davidson, L. (2003). Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia. In *Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*. New York University Press. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.9>

Davidson, L. (2016). The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life. *Health Affairs*, 35(6), 1091–1097.

<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153>

Davidson, L., i Chan, K. K. S. (2014). Common factors: Evidence-based practice and recovery. In *Psychiatric Services* (Vol. 65, Issue 5, pp. 675–677). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300274>

Davidson, L., i Roe, D. (2007). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, 16(4), 459–470. <https://doi.org/10.1080/09638230701482394>

Davidson, L., Borg, M., Marin, I., Topor, A., Mezzina, R., & Sells, D. (2005). Processes of recovery in serious mental illness: Findings from a multinational study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8(3), 177–201.

<https://doi.org/10.1080/15487760500339360>

Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., i Evans, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice* (Vol. 36, Issue 5, pp. 480–487). <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480>

Davidson, L., O'Connell, M., Tondora, J., Styron, T., i Kangas, K. (2006). The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 57(5), 640–645. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.5.640>

Davidson, L., Stayner, D. A., Lambert, S., Smith, P., i Sledge, W. H. (1997). Phenomenological and participatory research on schizophrenia: Recovering the person in theory and practice. *Journal of Social Issues*, 53(4), 767–784. <https://doi.org/10.1111/0022-4537.00048>

Deane, F., Crowe, T., OADES, L., Ciarrochi, J., Marshall, S., Williams, V. i Andresen, R. (2010). Facilitating the transfer of collaborative recovery training into clinical practice: Intervention and coaching protocols. *Australia Illawarra Institute for Mental Health*.

Deegan P. E. (2005). The importance of personal medicine: a qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian journal of public health. Supplement*, 66, 29–35. <https://doi.org/10.1080/14034950510033345>

Deegan, P. (1996). *Recovery, Rehabilitation and the Conspiracy of Hope*. <https://www.patdeegan.com/pat-deegan/lectures/conspiracy-of-hope>

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>

Department of Health and Human Services. (1980). Steering Committee on the Chronically Mentally Ill. Toward a National Plan for the Chronically Mentally Ill: Report to the Secretary Per United States. Psychiatric Rehabilitation Association;

<https://www.psychrehabassociation.org/about/who-we-are/our-history>.

DeSisto, M., Harding, C. M., McCormick, R. V., Ashikaga, T., i Brooks, G. W. (1995). The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness. II. Longitudinal course comparisons. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 167(3), 338–342. <https://doi.org/10.1192/bjp.167.3.338>

Desviat, M. (1994). La reforma psiquiátrica. Madrid, dor.

Desviat, M. (2004). Tendencias en Psiquiatría comunitaria o ¿dónde estamos y adónde podemos ir? *Rehabilitación Psicosocial*, 1(1), 30–33.

file:///16969936/0000000100000001/v0_201307311344/13067495/v0_201307311344/es/main.assets

Desviat, Manuel. (2011). La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. *Revista Española de Salud Pública*, 85(5), 427-436. Recuperado en 12 de junio de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000500002&lng=es&tlng=es

Domaradzki, J. (2021). Thomas Szasz: The Uncompromising Rebel and Critic of Psychiatry. *Psychiatria Polska*, 55(4), 851–867. <https://doi.org/10.12740/pp/125902>

Domenech, M., Tirado, F.J; Traveset, S., y Vitores, A. La desinstitucionalización y la crisis de las instituciones. *Quaderns d'Educació Social*, 12, 20-32.

<https://ddd.uab.cat/record/108169>

Dubreucq, J., Plasse, J., Gabayet, F., Faraldo, M., Blanc, O., Chereau, I., Cervello, S., Couhet, G., Demily, C., Guillard-Bouhet, N., Gouache, B., Jaafari, N., Legrand, G., Legros-Lafarge, E., Pommier, R., Quilès, C., Straub, D., Verdoux, H., Vignaga, F., Massoubre, C., ... Franck, N. (2020). Stigma resistance is associated with advanced stages of personal recovery in serious mental illness patients enrolled in psychiatric rehabilitation. *Psychological medicine*, 1–11. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1017/S0033291720004055>

Dumont, J. M., Ridgway, P., Onken, S. J., Dornan, D. H., Ralph, i Onken, S. J., Dumont.

The Evaluation Center @ HSRI RECOVERY ORIENTED SYSTEMS INDICATORS MEASURE (ROSI). In *Consultant in Mental Health Services Research*.

Eiroa-Orosa, F. J., i García-Mieres, H. (2019). A systematic review and meta-analysis of Recovery educational interventions for health professionals. Administration and Policy in *Mental Health and Mental Health Services Research*.

<https://doi.org/10.1007/s10488-019-00956-9>

Eiroa-Orosa, F. J., i Limiñana-Bravo, L. (2019). An instrument to measure mental health professionals' beliefs and attitudes towards service users' rights. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(2).

<https://doi.org/10.3390/ijerph16020244>

Ellis-Hill, C., & Horn, S. (2000). Change in identity and self-concept: a new theoretical approach to recovery following a stroke. *Clinical Rehabilitation*, 14, 279 - 287.

doi:[10.1191/026921500671231410](https://doi.org/10.1191/026921500671231410)

Ellison, M. L., Belanger, L. K., Niles, B. L., Evans, L. C., & Bauer, M. S. (2018). Explication and Definition of Mental Health Recovery: A Systematic Review. *Administration and policy in mental health*, 45(1), 91–102. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0767-9>

Erondu, C., i McGraw, C. (2021). Exploring the barriers and enablers to the implementation and adoption of recovery-orientated practice by community mental health provider organizations in England. *Social Work in Mental Health*, 19(5), 457–475.

<https://doi.org/10.1080/15332985.2021.1949426>

Estroff, S. E. (1989). Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 189–196.

<https://doi.org/10.1093/schbul/15.2.189>

Evans, L., Wewiorski, N. J., Ellison, M. L., Ni, P., Harvey, K. L. L., Hunt, M. G., Gorman, J.

- A., & Charns, M. P. (2020). Development and validation of an instrument to measure staff perceptions of recovery climate and culture in mental health programs. *Psychiatric Services*, 71(6), 570–579. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900181>
- Evaristo, P. (2011). La reforma psiquiátrica hoy día en Trieste e Italia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(2), 345-351. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352011000200011>
- Everett, B. (1994). Something is happening: The contemporary consumer and psychiatric survivor movement in historical context. *Journal of Mind and Behavior*, 15(1-2), 55–70.
- Farkas, M. D., i Anthony, W. A. (Eds.). (1989). *Psychiatric rehabilitation programs: Putting theory into practice*. Johns Hopkins University Press.
- Farkas, M., i Anthony, W. A. (2010). Psychiatric rehabilitation interventions: a review. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 22(2), 114–129. <https://doi.org/10.3109/09540261003730372>
- Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., i Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal* (Vol. 41, Issue 2, pp. 141–158). <https://doi.org/10.1007/s10597-005-2649-6>
- Farkas, M., Jansen, M. A., i Penk, W. E. (2007). Psychosocial rehabilitation: Approach of choice for those with serious mental illnesses. In *Journal of Rehabilitation Research and Development* (Vol. 44, Issue 6). <https://doi.org/10.1682/JRRD.2007.09.0143>
- Fernández-Catalina, P., Ballesteros-Pérez, F. (2017). La rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental: un modelo para la recuperación e integración comunitaria. *EduPsykhé*, 6(1), 15-36. <https://doi.org/10.57087/edupsykhe.v16i1.4080>
- Fisher, P., i Lees, J. (2016). Narrative approaches in mental health: Preserving the

emancipatory tradition. *Health (United Kingdom)*, 20(6), 599–615.

<https://doi.org/10.1177/1363459315600774>

Foucault, M. (1967). *Historia de locura en la época clásica I*, Madrid, Siglo XXI.

Foucault, Michel. (1973). *Le Pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France*.

Frese, F., Knight, E., Saks, E. (2009). Recovery from schizophrenia: with views of psychiatrists, psychologists, and others diagnosed with this disorder. *Schizophrenia bulletin*, 35(2), 370–380. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn175>

Gault, H. (2008). An expert by experience. *The Psychologist*, May 2008, 462-463.

<https://www.bps.org.uk/psychologist/expert-experience>

García, J. (2000). *Análisis de la reforma y de la desinstitutionalización psiquiátrica en España*. Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental (Interpsiquis) | Vol I.

Geekie, J., Read, J., Randal, P., & Lampshire, D. (2011). *Experiencing psychosis: Personal and professional perspectives*. Routledge.

Gilburt, H., Slade, M., Bird, V. *et al.* Promoting recovery-oriented practice in mental health services: a quasi-experimental mixed-methods study. *BMC Psychiatry* 13, 167 (2013). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-167>

Gisbert, C., Arias, P., Camps, C., Cifre, A., Chicharro, F., Fernández, J., et al. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. Madrid: Cuadernos Técnicos, n. 6. <https://aen.es/wp-content/uploads/2009/04/CTecnicos6.pdf>

Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine Press.

Goffman, (2001) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrotu.

Goffman, E. (1968): *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit.

- Goffman, E., i Alister, C. (2001). *Goffman Erving - Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* (Amorrotu (ed.)).
- Goffman, E. (1963). *Stigma; notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall. Chicago Style (17th ed.)
- Grupo de trabajo de La A.E.N. (GTR-AEN). (2002). Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación y recomendaciones. Asociación Española de Neuropsiquiatría. <https://aen.es/wp-content/uploads/2009/04/CTecnicos6.pdf>
- Grupo de Trabajo de la Sección de Rehabilitación de la AEN. Hacia una reformulación de la rehabilitación psicosocial. (2012). Madrid, AEN (Cuadernos Técnicos, 16). <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2014/10/ctecnicos16.pdf>
- Gudjonsson, G. H., Webster, G., i Green, T. (2010). The recovery approach to care in psychiatric services: Staff attitudes before and after training. *The Psychiatrist*, 34(8), 326–329. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.109.028076>
- Guinea Roca, R. (1997). Rehabilitación psicosocial una teoría, una práctica, una ética. . *Rev Asoc Esp Neuropsiq* ,1997; 18 (65): 151-164. <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15583>
- Gundumogula, M. (2020). Importance of Focus Groups in Qualitative Research. *International Journal of Humanities and Social Science (IJHSS)*, Center for Promoting Ideas (CPI), USA, 8(11), 299–302. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03126126/document>
- Häfner H. (1997). Ein Vierteljahrhundert Rehabilitation psychisch Kranker in Deutschland [A quarter of a century of rehabilitation of psychiatric patients in Germany]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 59(2), 69–78.
- Harding, C. M., Zubin, J., i Strauss, J. S. (1987). Chronicity in schizophrenia: fact, partial

fact, or artifact?. *Hospital & community psychiatry*, 38(5), 477–486.

<https://doi.org/10.1176/ps.38.5.477>

Harper, D., i Thompson, A. R. (Eds.). (2011). *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: A guide for students and practitioners*. John Wiley & Sons.

Haug, H., i Rössler, W. (1999). Deinstitutionalization of psychiatric patients in central europe. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(3), 115-22.

doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s004060050075>

Hehalson, T. (Eds.). (1985). *The long-term treatment of funcional psychoses*. New York: Press Syndicate of the University of Cambridge.

Hernández, M. (2011). Rehabilitación psicosocial. Perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica. *Estudos de Psicologia*, vol. 16, núm. 3, pp. 295-303.

Hernández, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37, 171–187.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0211-57352017000100010

Hernández, M. (2017). La rehabilitación psicosocial entre la desinstitucionalización y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 171-187. Recuperado en 16 de enero de 2022, de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100010&lng=es&tlng=es.

Holloway, F., Carson, J., i Davis, S. (2002). Rehabilitation in the United Kingdom: research, policy, and practice. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 47(7), 628–634. <https://doi.org/10.1177/070674370204700704>

Ikkos, G., i Bouras, N. (Eds.). (2021). *Mind, State and Society: Social History of Psychiatry and Mental Health in Britain 1960–2010*. Cambridge: Cambridge University Press.

<http://doi.org/10.1017/9781911623793>

- Jacobson, N., i Greenley, D. (2001). What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 52(4), 482–485.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.482>
- Jaiswal, A., Carmichael, K., Gupta, S., Siemens, T., Crowley, P., Carlsson, A., Unsworth, G., Landry, T., i Brown, N. (2020). Essential Elements That Contribute to the Recovery of Persons With Severe Mental Illness: A Systematic Scoping Study. *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 11). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.586230>
- Jackson-Blott, K., Hare, D., Davies, B., i Morgan, S. (2019). Recovery-oriented training programmes for mental health professionals: A narrative literature review. *Mental Health and Prevention*, 13, 113–127. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2019.01.005>
- Jerrell, J. M., Cousins, V. C., i Roberts, K. M. (2006). Psychometrics of the Recovery Process Inventory. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 33(4), 464–473. <https://doi.org/10.1007/s11414-006-9031-5>.
- Juliá-Sanchis, R., Aguilera-Serrano, C., Megías-Lizancos, F., i Martínez-Riera, J. R. (2020). Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental. Informe SESPAS 2020 [Evolution and status of the community model of mental health care. SESPAS Report 2020]. *Gaceta sanitaria*, 34 Suppl 1, 81–86.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.014>
- Kallert, T. W., Katsakou, C., Adamowski, T., Dembinskas, A., Fiorillo, A., Kjellin, L., Mastrogianni, A., Nawka, P., Onchev, G., Raboch, J., Schützwohl, M., Solomon, Z., Torres-González, F., Bremner, S., i Priebe, S. (2011). Coerced hospital admission and symptom change--a prospective observational multi-centre study. *PloS one*, 6(11), e28191. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0028191>
- Khan, N., i Tracy, D. K. (2021). The challenges and necessity of situating ‘illness narratives’ in recovery and mental health treatment. *BJPsych Bulletin*, 1–6.
<https://doi.org/10.1192/bjb.2021.4>

- Klevan, T., Sommer, M., Borg, M., Karlsson, B., Sundet, R., i Kim, H. S. (2021). Part III: Recovery-Oriented Practices in Community Mental Health and Substance Abuse Services: A Meta-Synthesis. *International journal of environmental research and public health*, 18(24), 13180. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413180>
- Kuhn, T. (1971). La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de Cultura Económica.
- Kvaale, E. P., Haslam, N., i Gottdiener, W. H. (2013). The 'side effects' of medicalization: a meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical psychology review*, 33(6), 782–794. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.06.002>
- Kvia, A., Dahl, C., Grønnestad, T. *et al.* Easier to Say 'Recovery' than to Do Recovery: Employees' Experiences of Implementing a Recovery-Oriented Practice. *Int J Ment Health Addiction* 19, 1919–1930 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00285-1>
- Laing, R. D. (1965). *The divided self: An existential study in sanity and madness*. Penguin Books.
- Laing, R., i Cooper, D. (1964). *Razón y violencia*. Ed. Paidós.
- Lal S. (2010). Prescribing recovery as the new mantra for mental health: does one prescription serve all?. *Canadian journal of occupational therapy. Revue canadienne d'ergotherapie*, 77(2), 82–89. <https://doi.org/10.2182/cjot.2010.77.2.4>
- Lally, S. J. (1989). "Does being in here mean there is something wrong with me?" *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 253–265. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.2.253>
- Lamb, H. R. (1994). A century and a half of psychiatric rehabilitation in the United States. *Hospital & Community Psychiatry*, 45(10), 1015–1020. <https://doi.org/10.1176/ps.45.10.1015>
- Laws, J. (2013). "Recovery work" and "magic" among long-term mental health service-users. *Sociological Review*, 61(2), 344–362. <https://doi.org/10.1111/1467-954X.12020>
- Le Boutillier, C., Chevalier, A., Lawrence, V. *et al.* Staff understanding of recovery-orientated

mental health practice: a systematic review and narrative synthesis. *Implementation Sci* **10**, 87 (2015). <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0275-4>

Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., i Slade, M. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470–1476.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>

Le Boutillier, C., Slade, M., Lawrence, V., Bird, V. J., Chandler, R., Farkas, M., Harding, C., Larsen, J., Oades, L. G., Roberts, G., Shepherd, G., Thornicroft, G., Williams, J., i Leamy, M. (2015). Competing Priorities: Staff Perspectives on Supporting Recovery. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(4), 429–438. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0585-x>

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., i Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., i Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14(4), 256–272. <https://doi.org/10.1080/0954026021000016905>

Llewellyn-Beardsley, J., Rennick-Egglestone, S., Callard, F., Crawford, P., Farkas, M., Hui, A., Manley, D., McGranahan, R., Pollock, K., Ramsay, A., Sælør, K. T., Wright, N., i Slade, M. (2019). Characteristics of mental health recovery narratives: Systematic review and narrative synthesis. *PloS one*, 14(3), e0214678.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214678>

López, A., Laviana , M. (2017). Rehabilitación psicosocial y atención comunitaria: algunas consideraciones críticas y una propuesta de guión para el debate. *Revista de la*

Asociación Española de Neuropsiquiatría, 37(131), 257-276. Recuperado en 16 de enero de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100015&lng=es&tlng=.

- Luigi, M., Rapisarda, F., Corbière, M., De Benedictis, L., Bouchard, A.-M., Felx, A., Miglioretti, M., Abdel-Baki, A., i Lesage, A. (2020). Determinants of mental health professionals' attitudes towards recovery: A review. *Canadian Medical Education Journal*. <https://doi.org/10.36834/cmej.61273>
- Makdisi, L., Blank, A., Bryant, W., Andrews, C., Franco, L., i Parsonage, J. (2013). Facilitators and barriers to living with psychosis: An exploratory collaborative study of the perspectives of mental health service users. *British Journal of Occupational Therapy*, 76(9), 418–426. <https://doi.org/10.4276/030802213X13782044946346>
- Mancini, M. A., i Rogers, R. (2005.). Narratives of Recovery from Serious Psychiatric Disabilities: A Critical Discourse Analysis. In *Critical Approaches to Discourse Analysis across Disciplines* (Vol. 1, Issue 2).
- Mannion, R., i Davies, H. (2018). Understanding organisational culture for healthcare quality improvement. *BMJ (Online)*, 363(November), 1–4. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4907>
- Martinelli, A., i Ruggeri, M. (2020). An overview of mental health recovery-oriented practices: potentiality, challenges, prejudices, and misunderstandings. In *Journal of Psychopathology* (Vol. 26, Issue 2, pp. 147–154). Pacini Editore S.p.A. <https://doi.org/10.36148/2284-0249-353>
- Mauritz, M., i van Meijel, B. (2009). Loss and grief in patients with schizophrenia: on living in another world. *Archives of psychiatric nursing*, 23(3), 251–260. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2008.06.006>
- McCoy, M.L., Aronoff, M. Against all odds: Revitalization of local self-help alternatives by longterm mental health consumers. *Qual Sociol* 17, 365–381 (1994).

<https://doi.org/10.1007/BF02393336>

McGlashan T. H. (1988). A selective review of recent North American long-term followup studies of schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 14(4), 515–542.

<https://doi.org/10.1093/schbul/14.4.515>

McKay, C., Nugent, K. L., Johnsen, M., Eaton, W. W., i Lidz, C. W. (2018). A Systematic Review of Evidence for the Clubhouse Model of Psychosocial Rehabilitation. *Administration and policy in mental health*, 45(1), 28–47.

<https://doi.org/10.1007/s10488-016-0760-3>

Meehan, T. J., King, R. J., Beavis, P. H., i Robinson, J. D. (2008). Recovery-based practice: do we know what we mean or mean what we know?. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 42(3), 177–182.

<https://doi.org/10.1080/00048670701827234>

Meehan, T., i Glover, H. (2009). Using the recovery knowledge inventory (RKI) to assess the effectiveness of a consumer-led recovery training program for service providers. *Psychiatric rehabilitation journal*, 32(3), 223–226.

<https://doi.org/10.2975/32.3.2009.223.226>

Ministry of Health; Italy. (2013). Piano di azioni nazionale per la salute mentale (National Action Plan for Mental Health). <https://extranet.who.int/mindbank/item/3699>

Mills, D. J. (2017). *The Emergence of Recovery : A Genealogical Exploration of the Forces of Power Shaping New Zealand 's Mental Health Services in the 21 st Century* By. 1–129. <http://hdl.handle.net/10063/6463>

Mizock, L., i Russinova, Z. (2016). *Acceptance of mental illness: Promoting recovery among culturally diverse groups*. Oxford University Press.

Mizock, L., Russinova, Z., i Millner, U. C. (2014). Barriers to and facilitators of the acceptance process for individuals with serious mental illness. *Qualitative Health*

Research, 24(9), 1265–1275. <https://doi.org/10.1177/1049732314545889>

Modestin, J., Huber, A., Satirli, E., Malti, T., i Hell, D. (2003). Long-term course of schizophrenic illness: Bleuler's study reconsidered. *The American journal of psychiatry*, 160(12), 2202–2208. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.12.2202>

Morrison, L. (2005). Talking back to psychiatry: The consumer/survivor/ex-patient movement. New York: Routledge.

Mueser, K. T., Silverstein, S. M., i Farkas, M. D. (2013). Should the training of clinical psychologists require competence in the treatment and rehabilitation of individuals with a serious mental illness? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(1), 54–59. <https://doi.org/10.1037/h0094750>

Mustard, HL; (2013) Identification with Stigmatised Groups: Does Group Identification Lead to Poor Self-Esteem? Doctoral thesis , UCL (University College London). [https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1407498/1/Hannah Mustard Thesis D Clin Psy_Volume_1_redacted.pdf](https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1407498/1/Hannah_Mustard_Thesis_D_Clin_Psy_Volume_1_redacted.pdf)

Nascimento, J.D., Gomes, I.M., Lacerda, M., Camargo, T.B., Utzumi, F.C., i Bernardino, E. (2016). Uso del software NVivo® en una investigación con Teoría Fundamentada. *Index de Enfermería*, 25, 263-267. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=3197>

Natera-Gutiérrez, S. I., Guerrero-Castañeda, R. F., Elena Ledesma-Delgado, M., i Guadalupe Ojeda-Vargas, M. (2017). Interaccionismo simbólico y teoría fundamentada: un camino para enfermería para comprender los significados. *Cultura de Los Cuidados*, 21(49), 190–199. <https://doi.org/10.14198/cuid.2017.49.21>

Nelson, G., Lord, J., i Ochocka, J. (2001), Empowerment and mental health in community: narratives of psychiatric consumer/survivors. *J. Community. Appl. Soc. Psychol.*, 11: 125-142. <https://doi.org/10.1002/casp.619>

- Niles, C. (2013). Examining the Deinstitutionalization Movement in North America. *Health Tomorrow: Interdisciplinarity and Internationality*, 1(1). <https://doi.org/10.25071/2564-4033.37273>
- NSW Consumer Advisory Group – Mental Health Inc. and Mental Health Coordinating Council (2011). Recovery Oriented Service Self Assessment Toolkit (ROSSAT): A Recovery Oriented Service Provision Quality Improvement Resource for Mental Health Services. <https://mhcc.org.au/resource/recovery-oriented-service-self-assessment-toolkit-rossat/>
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., i Davidson, L. (2005). From rhetoric to routine: assessing perceptions of recovery-oriented practices in a state mental health and addiction system. *Psychiatric rehabilitation journal*, 28(4), 378–386. <https://doi.org/10.2975/28.2005.378.386>
- Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O., i Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 9–22. <https://doi.org/10.2975/31.1.2007.9.22>
- Olshansky, S. (1980). The deinstitutionalization of schizophrenics: A challenge to rehabilitation. *Rehabilitation Literature*, 41(5-6), 127–129.
- Palomer, E., Izquierdo, R., Leahy, E., Masferrer, C., i Flores, P. (2010). El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1), 109-123.
- Palomer, E. (2010). Factors predictius d'aconseguir treball en pacients afectats d'esquizofrènia durant un procés de rehabilitació. [Tesina: Universitat de Girona].
- Penas, P., Uriarte, J. J., Gorbeña, S., Moreno-Calvete, M. C., Ridgway, P., & Iraurgi, I. (2020). Psychometric Adequacy of Recovery Enhancing Environment (REE) Measure: CHIME Framework as a Theory Base for a Recovery Measure. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00595>

- Penas, P., Uriarte, J. J., Gorbeña, S., Slade, M., Moreno-Calvete, M. C., i Iraurgi, I. (2021). Discrepancy between experience and importance of recovery components in the symptomatic and recovery perceptions of people with severe mental disorders. *BMC psychiatry*, 21(1), 277. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03287-y>
- Peters, S. (2010). Qualitative research methods in mental health. *Evidence-Based Mental Health*, 13(2), 35–40. <https://doi.org/10.1136/ebmh.13.2.35>
- Piat, M., i Lal, S. (2012). Service providers' experiences and perspectives on recovery-oriented mental health system reform. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(4), 289–296. <https://doi.org/10.2975/35.4.2012.289.296>
- Piat, M., i Sabetti, J. (2009). The development of a recovery-oriented mental health system in Canada: What the experience of Commonwealth countries tells us. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28(2), 17–33. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2009-0020>
- Piat, M., Wainwright, M., Sofouli, E., Vachon, B., Deslauriers, T., Préfontaine, C., i Frati, F. (2021). Factors influencing the implementation of mental health recovery into services: a systematic mixed studies review. *Systematic reviews*, 10(1), 134. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01646-0>
- Price-Robertson, R., Obradovic, A., i Morgan, B. (2017). Relational recovery: Beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, 15(2), 108–120. <https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1243014>
- Priebe S. (2003). Community mental health care in Europe--an overview. *Medicinski arhiv*, 57(5-6 Suppl 1), 51–55.
- Prochaska, J. O., i DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Psychiatric Rehabilitation Association (PRA). (2021). <https://www.psychrehabassociation.org/>

QSR International Pty Ltd. (2018) NVivo (Version 12),

<https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>

Renobell, V. (2020). Comparando la estructura social entre España y Reino Unido en momentos de cambios. 3C Empresa. *Investigación y pensamiento crítico*, 9(2), 41-71. <https://doi.org/10.17993/3cemp.2020.090242.41-71>

Ridgway P. (2001). Restorying psychiatric disability: learning from first person recovery narratives. *Psychiatric rehabilitation journal*, 24(4), 335–343.
<https://doi.org/10.1037/h0095071>

Ridway P., Press, A. (2004) Assessing the Recovery-orientation of Your Mental Health Program: A User's Guide for the Recovery- Enhancing Environmental Scale (REE). Kansas: University of Kansas. <https://www.northernlakescmh.org/wp-content/uploads/2008/11/ree.pdf>

Rissmiller, D. J., i Rissmiller, J. H. (2006). Evolution of the antipsychiatry movement into mental health consumerism. *Psychiatric Services*, 57(6), 863–866.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.6.863>

Roe, D., i Davidson, L. (2005). Destinations and detours of the users' movement. *Journal of Mental Health*, 14(5), 429–433. <https://doi.org/10.1080/08893670500270734>

Roe, D., i Davidson, L. (2005). Self and narrative in schizophrenia: Time to author a new story. *Medical Humanities*, 31(2), 89–94. <https://doi.org/10.1136/jmh.2005.000214>

Rotelli, F., De Leonardis, O., Mauri, D. (1987). Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los "países avanzados"). *Rev. Assoc. Esp. Neuropsiquiatria*. 21(7) : 165-187.

Saavedra, J., Vázquez-Morejón, A. J., Vázquez-Morejón, R., Arias-Sánchez, S., González-Álvarez, S., i Corrigan, P. (2021). Spanish Validation of the Recovery Assessment Scale (RAS-24). *Psicothema*, 33(3), 500–508.

<https://doi.org/10.7334/psicothema2021.52>

Sælør, K.T., Ness, O., Holgersen, H., i Davidson, L. (2014). Hope and recovery: a scoping review. *Advances in Dual Diagnosis*, 7, 63-72. [10.1108/ADD-10-2013-0024](https://doi.org/10.1108/ADD-10-2013-0024)

Sampietro, H., Gavaldà-Castet, C. (2018). Manual per a la recuperació i l'autogestió del benestar. Mental, Activa't per la Salut Mental. https://www.salutmental.org/wp-content/uploads/2020/05/salut_mental_cat_LF_web-1.pdf.

Salgado, J. D., Deane, F. P., Crowe, T. P., i Oades, L. G. (2010). Hope and improvements in mental health service providers' recovery attitudes following training. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 19(3), 243–248.

<https://doi.org/10.3109/09638230903531126>

Schrank, B., i Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 31(9), 321–325. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.106.013425>

Schwartz, R., i Conklin, J. (2015). Competing paradigms: Exploring dialogue to promote interprofessional collaboration and transformation. *Journal of Applied Behavioral Science*, 51(4), 479–500. <https://doi.org/10.1177/0021886314545535>

Schwartz, R., Estein, O., Komaroff, J., Lamb, J., Myers, M., Stewart, J., Vacaflor, L., i Park, M. (2013). Mental health consumers and providers dialogue in an institutional setting: A participatory approach to promoting recovery-oriented care. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(2), 113–115. <https://doi.org/10.1037/h0094980>

Schwartz, R., i Conklin, J. (2015). Competing Paradigms: Exploring Dialogue to Promote Interprofessional Collaboration and Transformation. *Journal of Applied Behavioral Science*, 51(4), 479–500. <https://doi.org/10.1177/0021886314545535>

Scull A. (2021). "Community Care": Historical Perspective on Deinstitutionalization. *Perspectives in biology and medicine*, 64(1), 70–81.

<https://doi.org/10.1353/pbm.2021.0006>

- Shahar, G., Trower, P., Iqbal, Z., Birchwood, M., Davidson, L., i Chadwick, P. (2004). The person in recovery from acute and severe psychosis: the role of dependency, self-criticism, and efficacy. *The American journal of orthopsychiatry*, 74(4), 480–488. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.74.4.480>
- Shanks, V., Williams, J., Leamy, M., Bird, V. J., Le Boutillier, C., i Slade, M. (2013). Measures of personal recovery: a systematic review. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 64(10), 974–980. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.005012012>
- Shepherd, G., Boardman, J., Rinaldi, M., & Roberts, G. (2014). Supporting recovery in mental health services : Quality and Outcomes. *Centre for Mental Health*, Box 3, 1–34. http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/ImROC_briefing8_quality_and_outcomes.pdf
- Shera, W., i Ramon, S. (2013). Challenges in the implementation of recovery-oriented mental health policies and services. *International Journal of Mental Health*, 42(2–3), 17–42. <https://doi.org/10.2753/IMH0020-7411420202>
- Silverstein, S. M., i Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical psychology review*, 28(7), 1108–1124. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.004>
- Slade M. (2009). 100 Ways to Support Recovery: A Guide for Mental Health Professionals (Rethink Recovery Series: Volume 1). Rethink Mental Illness. https://healthsciences.unimelb.edu.au/_data/assets/pdf_file/0003/3391716/100-Ways-to-Support-Recovery-Rethink-Slade.pdf
- Cohen, C.I., Talavera, N., i Hartung, R. (1997). Predictors of subjective well-being among older, community-dwelling persons with schizophrenia. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 5(2), 145–155.
- Slade M. (2010). Measuring recovery in mental health services. *The Israel journal of*

psychiatry and related sciences, 47(3), 206–212.

Where Are We Now? (2017). In M. Slade, L. Oades, i A. Jarden (Eds.), *Wellbeing, Recovery and Mental Health* (pp. 7-98). Cambridge: Cambridge University Press.

Slade, M., Adams, N., i O'Hagan, M. (2012). Recovery: Past progress and future challenges. In *International Review of Psychiatry* (Vol. 24, Issue 1, pp. 1–4).
<https://doi.org/10.3109/09540261.2011.644847>

Slade, M., Amering, M., i Oades, L. (2008). Recovery: An international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17(2), 128–137.
<https://doi.org/10.1017/S1121189X00002827>

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., i Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13(1), 12–20.
<https://doi.org/10.1002/wps.20084>

Slade, M., Bird, V., Clarke, E., Le Boutillier, C., McCrone, P., Macpherson, R., Pesola, F., Wallace, G., Williams, J., i Leamy, M. (2015). Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS): a multisite, cluster, randomised, controlled trial. *The lancet. Psychiatry*, 2(6), 503–514.
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00086-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00086-3)

Slade, M., Leamy, M., Bacon, F., Janosik, M., Le Boutillier, C., Williams, J., i Bird, V. (2012). International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 21(4), 353–364.
<https://doi.org/10.1017/S2045796012000133>

Snilstveit, B., Oliver, S., i Vojtkova, M. (2012). Narrative approaches to systematic review and synthesis of evidence for international development policy and practice. *Journal*

of Development Effectiveness, 4(3), 409–429.

<https://doi.org/10.1080/19439342.2012.710641>

Sreeram, A., Cross, W. i Townsin, L. (2021), Effect of recovery-based interventions on recovery knowledge and attitudes of mental health professionals, regarding recovery-oriented practice: A quantitative narrative review. *Int J Mental Health Nurs*, 30: 1057-1069. <https://doi.org/10.1111/inm.12897>

Strauss, A., i Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology: An overview. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 273–285). Sage Publications, Inc.

Strauss, A. L., i Corbin, J. M. (Eds.). (1997). *Grounded theory in practice*. Sage Publications, Inc.

Strauss J. S. (1992). The person-key to understanding mental illness: towards a new dynamic psychiatry, III. *The British journal of psychiatry. Supplement*, (18), 19–26.

Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15(2), 113–118. <https://doi.org/10.1037/h0046535>

Tansella, M., i Thornicroft, G. (2009). Implementation science: understanding the translation of evidence into practice. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 195(4), 283–285. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.065565>

Tepper, M., Berger, R., Byrne, S., Smiley, J., Mooney, M., Lindner, E., Hinde, J. L., i Korn, P. (2013). Older adults' perceptions of recovery from mental illness: Impact of psychiatric hospitalization prior to 1990. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(2), 93–98. <https://doi.org/10.1037/h0094977>

The Guidelines for Recovery-Oriented Practice. Mental Health Commission of Canada.

(2015). Recovery Guidelines Ottawa, ON: Author.

<https://www.mentalhealthcommission.ca/wp->

- Tickle, A., Brown, D., i Hayward, M. (2014). Can we risk recovery? A grounded theory of clinical psychologists' perceptions of risk and recovery-oriented mental health services. *Psychology and psychotherapy*, 87(1), 96–110.
<https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2012.02079.x>
- Timms, P. W., i Craig, T. K. (2016). Deinstitutionalisation, imprisonment and homelessness. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 09(4), 349–350.
<https://doi.org/10.1192/bjp.209.4.349a>
- Tomes, N. (2006). The patient as a policy factor: A historical case study of the consumer/survivor movement in mental health. *Health Affairs*, 25(3), 720–729.
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.3.720>
- Trainor, J., Shepherd, M., Boydell, K. M., Leff, A., i Crawford, E. (1997). Beyond the service paradigm: The impact and implications of consumer/survivor initiatives. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(2), 132–140. <https://doi.org/10.1037/h0095328>
- Trivedi, P. (2010). A recovery approach in mental health services: transformation, tokenism or tyranny?. *Voices of experience: Narratives of mental health survivors*, 152-164.
<https://doi.org/10.1002/9780470970362.ch13>
- Tse, S., Cheung, E., Kan, A., Ng, R., i Yau, S. (2012). Recovery in Hong Kong: Service user participation in mental health services. *International Review of Psychiatry*, 24(1), 40–47. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.646244>
- Tsuang, M.T., Farrarone, S.V., & Johnson, P.D.C. (1997). *Schizophrenia: the facts*. New York: Oxford University Press.
- Uriarte, J. J., Penas, P., Moreno-Calvete, M. C., Ridgway, P., & Iraurgi, I. (2020). Evidence of psychometric adequacy of the Spanish Adaptation of REE: Recovery Enhancing Environment. *Actas espanolas de psiquiatria*, 48(2), 75–88.

- Utena H. (1996). Studies on relapse, course and outcome of schizophrenia in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 50(2), 45–49.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.1996.tb01662.x>
- Warner, R. (1985). *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Vandekinderen, C., Roets, G., Roose, R., i Van Hove, G. (2012). Rediscovering recovery: reconceptualizing underlying assumptions of citizenship and interrelated notions of care and support. *The Scientific World Journal*, 2012, 496579.
<https://doi.org/10.1100/2012/496579>
- Vasquez, A. (2011). Antipsiquiatria; Deconstrucción del concepto de enfermedad mental. *Revista de Filosofía*. 41, 7-20.
- Vera, N., Gronholm, P. ., Heslin, M., Lawrence, V., Bain, M., Okuma, A., i Evans-Lacko, S. (2021). Recovery From Severe Mental Health Problems: A Systematic Review of Service User and Informal Caregiver Perspectives. *In Frontiers in Psychiatry* (Vol. 12). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.712026>
- Vita, A., Corrivetti, G., Mannu, J., Semisa, D., i Viganò, C. (2016). Psychosocial rehabilitation in Italy today. *International Journal of Mental Health*, 45(1), 15–23. <https://doi.org/10.1080/00207411.2015.1119375>
- Bjørlykhaug, K. I., Bank, R.-M., i Karlsson, B. (2020). Social Support and Relational Recovery in the Age of Individualism: A Qualitative Study Exploring Barriers and Possibilities for Social Support in Mental Health Work. *Journal of Recovery in Mental Health*, 4(1), 35–55. <https://jps.library.utoronto.ca/index.php/rmh/article/view/35284>
- Wallcraft, J., Read, J. i Sweeney, A. (2003) *On Our Own Terms: Users and Survivors of mental Health Services*. London: Sainsbury Center for Mental Health.
- Wallsten, T., Kjellin, L., i Lindström, L. (2006). Short-term outcome of inpatient psychiatric

care--impact of coercion and treatment characteristics. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(12), 975–980. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0131-6>.

Watson D. P. (2012). The Evolving Understanding of Recovery: What the Sociology of Mental Health has to Offer. *Humanity & society*, 36(4), 290–308. <https://doi.org/10.1177/0160597612458904>

Weeks, G., Slade, M., i Hayward, M. (2011). A UK validation of the Stages of Recovery Instrument. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(5), 446–454. <https://doi.org/10.1177/0020764010365414>

Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R., i Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11, 431-445. <https://doi.org/10.1080/08870449608400270>

Whitley, R., Gingerich, S., Lutz, W. J., i Mueser, K. T. (2009). Implementing the illness management and recovery program in community mental health settings: facilitators and barriers. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 60(2), 202–209. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.2.202>

Wing J. K. (1987). Has the outcome of schizophrenia changed?. *British medical bulletin*, 43(3), 741–753. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bmb.a072212>

Williams, C. C., i Tufford, L. (2012). Professional competencies for promoting recovery in mental illness. *Psychiatry*, 75(2), 190–201. <https://doi.org/10.1521/psyc.2012.75.2.190>

Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Harding, C., Larsen, J., Le Boutillier, C., Oades, L., & Slade, M. (2012). Measures of the recovery orientation of mental health services: systematic review. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(11), 1827–1835. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0484-y>.

- Williams, N. J., Glisson, C., Hemmelgarn, A., i Green, P. (2017). Mechanisms of Change in the ARC Organizational Strategy: Increasing Mental Health Clinicians' EBP Adoption Through Improved Organizational Culture and Capacity. *Administration and policy in mental health*, 44(2), 269–283. <https://doi.org/10.1007/s10488-016-0742-5>
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., i Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13(1), 12–20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>
- Williams, V., Oades, L. G., Deane, F. P., Crowe, T. P., Ciarrochi, J., i Andresen, R. (2013). Improving implementation of evidence-based practice in mental health service delivery: protocol for a cluster randomised quasi-experimental investigation of staff-focused values interventions. *Implementation science : IS*, 8, 75. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-75>
- Wilrycx, G., Croon, M., Van den Broek, A., i van Nieuwenhuizen, C. (2015). Evaluation of a recovery-oriented care training program for mental healthcare professionals: effects on mental health consumer outcomes. *The International journal of social psychiatry*, 61(2), 164–173. <https://doi.org/10.1177/0020764014537638>
- Winokur, G., i Tsuang, M.T. (1996). The natural history of mania, depression, and schizophrenia. Washington: American Psychiatric Press.
- Winsper, C., Crawford-Docherty, A., Weich, S., Fenton, S. J., i Singh, S. P. (2020). How do recovery-oriented interventions contribute to personal mental health recovery? A systematic review and logic model. *Clinical psychology review*, 76, 101815. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101815>
- Wood, L., Price, J., Morrison, A., i Haddock, G. (2010). Conceptualisation of recovery from psychosis: A service-user perspective. *Psychiatrist*, 34(11), 465–470.

<https://doi.org/10.1192/pb.bp.109.027409>

Yanos, P. T., Roe, D., i Lysaker, P. H. (2010). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* (Vol. 13, Issue 2, pp. 73–93). <https://doi.org/10.1080/15487761003756860>

Yanos, P.T., Roe, D., i Lysaker, P.H. (2011). Narrative Enhancement and Cognitive Therapy: A New Group-Based Treatment for Internalized Stigma Among Persons with Severe Mental Illness. *International Journal of Group Psychotherapy*, 61, 576 - 595.
[10.1521/ijgp.2011.61.4.576](https://doi.org/10.1521/ijgp.2011.61.4.576)

Zinman, S., Budd, S., i Bluebird, G. (2009). History of the Mental Health Consumer Movement. Resource Center to Promote Acceptance, Dignity and Social Inclusion Associated with Mental Illness, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, US Department of Health and Human Services. Webinar.
<https://bhdp.sccgov.org/sites/g/files/exjcpb716/files/camhpro-outreach-materials-mh-consumer-movement-issue-brief-03-2016.pdf>

Annex I: Model consentiment informat

CONSENTIMENT INFORMAT

Títol de l'estudi:

Percepció dels treballadors de l'orientació dels Serveis de rehabilitació comunitària (SRC) vers el model de Recuperació

Jo(Nom i cognoms)

He llegit la nota informativa que m'han entregat.

He pogut realitzar les preguntes sobre l'estudi.

He rebut suficient informació sobre l'estudi.

He parlat amb (nom de l'investigador)

Entenc que la meva participació és voluntària.

Entenc que puc retirar-me de l'estudi:

1º. Quan vulgui.

2º. Sense haver de donar explicacions.

3º. Sense que això repercuteixi en la meva atenció mèdica.

Dono la meva conformitat per participar a l'estudi.

Firma del participant

Firma del investigador

Girona, dede 2021....

FULL D'INFORMACIÓ AL PARTICIPANT

Títol de l'estudi:

Percepció dels treballadors de l'orientació dels Serveis de rehabilitació comunitària (SRC) vers el model de Recuperació

Benvolgut/da Sr./Sra.

Li agraïm l'atenció que ens dispensa i el/la convidem a participar en un estudi d'investigació clínica promogut pel Sr. Eduard Palomer Roca.

Abans de decidir si vol o no participar-hi, és important que conegui bé les característiques de l'estudi/assaig. El Dr..... l'informarà detalladament i podrà fer-li totes les preguntes que consideri oportunes. Prengui's el temps que consideri necessari per llegir detingudament aquesta informació i, si vol, se l'emporti a casa per llegir-la amb calma i consultar-ho amb la seva família o amb el seu metge habitual.

La seva participació en aquest estudi és absolutament voluntària. Per tant, pot decidir lliurement no participar-hi i pot retirar-se de l'estudi/assaig en qualsevol moment, sense haver de donar cap mena d'explicació. En cap cas això afectarà la seva relació amb el metge ni al seguiment de la seva malaltia.

1. Quina és la finalitat de l'estudi?

Ajudar a augmentar el coneixement i la percepció d'aquells aspectes dels Serveis de Rehabilitació Comunitària (SRC) que promouen la recuperació. Es vol augmentar el coneixement experiencial de persones que treballen en el camp de la rehabilitació i conèixer la seva opinió sobre quins aspectes afavoreixen/faciliten la recuperació dels usuaris atesos als SRCs.

2. En què consisteix l'estudi?

En obtenir informació experiencial a través d'entrevistes i grups de discussió de persones implicades en el camp de rehabilitació per tal d'obtenir més informació de com els processos d'atenció donen o no suport a la recuperació.

3. En què consistirà la meva participació?

Si accepta participar en aquest estudi, serà citat per participar en un grup de discussió i també per fer una entrevista individual amb l'objectiu de conèixer la seva opinió i percepció sobre la recuperació, els processos que l'afavoreixen/difículten i les pràctiques dels SRCs que li donen suport.

4. Qui és el responsable de les meves dades?

El promotor (Eduard Palomer Roca) és el responsable del tractament de les seves dades i es compromet a complir el que estableix la Llei Orgànica 03/2018, del 5 de desembre i del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu de 27 d'abril de 2016 de protecció de dades (RGPD).

Les seves dades personals són tractades sota la responsabilitat del Sr. Eduard Palomer Roca, situat al Passeig Canalejas 7-8 de Girona, correu electrònic eduard.palomer@ias.cat i telèfon 972186917. L'adreça de contacte del Delegat de Protecció de dades és la del mateix promotor.

5. Com es mantindrà la meva confidencialitat?

Les dades recollides durant l'estudi, així com els seus resultats, s'identificaran mitjançant un codi, de manera que no s'inclogui informació que permeti la seva identificació, i només el seu metge/col·laboradors podran relacionar-les amb vostè i amb la seva història clínica. Per tant, la seva identitat no serà desvetllada a cap altra persona llevat a les autoritats sanitàries, que així ho requereixi o en casos d'urgència mèdica.

L'accés a la seva informació personal quedarà restringit al metge de l'estudi/col·laboradors, autoritats sanitàries (Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios), al Comitè Ètic d'Investigació Clínica i personal autoritzat pel promotor, quan ho precisin per comprovar les dades i procediments de l'estudi, però sempre mantenint la confidencialitat d'acord a la legislació vigent.

Les dades es recolliran en un fitxer de recerca responsabilitat de la institució i es tractaran en el marc de la seva participació en aquest estudi.

6. Es podran compartir les meves dades?

Les seves dades no seran cedides a tercers entitats, llevat en aquells casos expressament previstos per la llei.

No obstant, podran ser comunicades les informacions i els resultats, previa pseudonimització de les dades, als seus col·laboradors de conformitat amb la seva estricta necessitat de conèixer-los per a la realització de l'estudi/investigació.

En el cas que les seves dades pseudonimitzades siguin transferides fora de la UE a centres que realitzen serveis o altres grups d'investigació col·laboradors, la confidencialitat de les dades es garantirà mitjançant contractes o convenis específics i serà pels mateixos fins de l'estudi descrit o per el seu ús en publicacions científiques.

Així mateix, qualsevol dels resultats de la investigació realitzada seran anònims. Si fos precisa la publicació dels resultats que incloguin dades de caracter personal, sollicitarem el seu consentiment

exprés.

7. Quins drets tinc?

En tot moment, pot exercir els seus drets d'accès, rectificació, supressió, oposició, limitació del tractament i portabilitat de les dades, així com retirar el seu consentiment previament prestat, en el seu cas, remetent una comunicació escrita , amb còpia del seu D.N.I en vigor a les adreces de contacte a dalt indicades.

També pot presentar una reclamació davant l'Agencia Espanyola de Protecció de dades o davant l'Agencia Catalana de Protecció de dades, si considera que els seus drets no han estat convenienment atesos.

8. Puc retirar-me de l'estudi?

Pot revocar en qualsevol moment aquest consentiment exprés. En cas de revocació, les dades facilitades i recollides no podran ser eliminades per tal, si bé no es recolliran noves dades.

9. Es poden utilitzar les meves dades en altres estudis?

Així mateix, vostè otorga el seu consentiment per tal que les dades recollides i obtingudes del present estudi puguin ser tractats, amb les mateixes garanties de pseudonimització, per a d'altres estudis/investigacions que puguin ser realitzades per el responsable. En aquests casos se l'informarà previament de les finalitats d'aquest nou estudi /investigació

10. Quan de temps es guardaran aquestes dades?

Les dades seran conservades fins que es consideri assolida la finalitat de l'estudi, i seran eliminades quan prescriguin els terminis legalmet establerts per la llei 14/2007 de 3 de juliol d'Investigació Biomèdica, amb les salvetats previstes a l'epigraf "drets de l'interessat"

11. Quins beneficis m'aporta la participació?

La participació a l'estudi no té un benefici directe per als participants, malgrat ajudarà a detectar aspectes de millora als serveis on treballa i, per tant, pot revertir en la proposta d'accions de

millora que facin augmentar la qualitat de l'atenció i també la satisfacció laboral.

12. Suposa alguna despesa per a mi?

La seva participació és totalment voluntària i no implica cap despesa econòmica per part seva. La única despesa que pot considerar és el temps que vostè haurà de dedicar a l'exploració física i a contestar les preguntes que li faran.

ALTRA INFORMACIÓ RELLEVANT

Té dret a ser informat de les dades rellevants per la seva salut que s'obtinguin en el curs de l'estudi. Aquesta informació se li comunicarà si vos`te hi està d'acord. En el cas que prefereixi no ser informat , es respectarà la seva decisió.

CONTACTE AMB L' INVESTIGADOR

Per qualsevol dubte o informació addicional que precisi, o sobre els seus drets com a participant en un assaig clínic, ha de contactar amb l'investigador (Eduard Palomer Roca/972186917/eduard.palomer@ias.cat).

Si vostè vol, li facilitarem una còpia de la publicació dels resultats obtinguts en aquesta recerca.

Una vegada més, li agraïm molt l'atenció que ens ha dispensat.

Atentament,

Annex II: Article publicat: Palomer, E., i Caparrós, B. (2019). Estudio cualitativo del proceso de recuperación de personas diagnosticadas de trastorno mental grave atendidas en servicios de rehabilitación. *Rehabilitación Psicosocial*, 15(1):20-29. <https://fearp.es/revista/revista151.pdf>.

Annex III: Palomer, E., i Caparrós, B. (2021). Servicios orientados a la recuperación: un estudio cualitativo de la percepción de los profesionales durante el proceso de cambio de paradigma. *Rehabilitación Psicosocial*, 18(1): 52-63. <https://fearp.es/revista/revista181.pdf>.