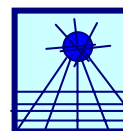


ASSOCIACIÓ CATALANA DE PROFESSIONALS EN SALUT MENTAL – AEN

Hotel d'entitats c/Providencia,42 (08024) Barcelona Fax:93 213 08 90 C:AENCatalunya@comb.es



CONCLUSIONES DE LES XIX JORNADES DE L'ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

Barcelona, 20 a 22 de Maig de 2004

PREÀMBUL

L'Associació Catalana de Professionals en Salut Mental (Associació Autònoma de l'AEN) va organitzar les XIX Jornades Estatals de l'AEN a Barcelona, sota el lema *Salut Mental, Diversitat i Cultura*. L'AEN, successora de la *Societat Catalana de Neurologia i Psiquiatria* fundada el 1911, i fundada també a Barcelona el 1924 és avui la més antiga societat científica vinculada a la Salut Mental de l'Estat. Si el terme "neuropsiquiatria" correspon al període històric fundacional, avui l'AEN és, a l'Estat, una associació interdisciplinària en la qual estan representats tots els col·lectius de treballadors de l'àmbit de la salut mental, i no exclusivament persones amb formació mèdica i psicològica.

Des de la Transició Espanyola l'AEN, estructurada en associacions autònòmiques, ha intervingut activament en la discussió de la reforma de la salut mental i dels seus dispositius en el conjunt de l'Estat i a algunes comunitats autònomes. Els seus membres han participat activament en els debats relatius al desplegament de serveis així com a la discussió teòrica sobre els reptes de la salut mental avui a l'Estat. Posem com a referència la col·lecció dels vint-i-cinc anys de la revista de l'AEN (*Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatria*), així com els nombrosos llibres editats des de la nostra Associació.¹

L'Associació Catalana de Professionals en Salut Mental (Associació Autònoma de l'AEN) és va constituir fa gairebé quatre anys, a partir de la fusió dels socis de la ACPAPSM (Associació Catalana de Professionals d'Assistència Pública en Salut Mental) amb un nucli de socis catalans de l'AEN. En el període actual la Associació Autònoma compta amb més de 220 socis representatius de la pluralitat d'interessos intel·lectuals i professionals dels treballadors de la Salut Mental a Catalunya.

De la mateixa manera com l'AEN ha participat activament en la discussió de la reforma en la salut mental i el desplegament dels dispositius en l'àmbit estatal, l'ACPAPSM ho ha fet a nivell de territori català, defensant un model d'atenció en salut mental públic i de qualitat, compromís que queda reiterat després de la fusió d'ambdues, tal com queda demostrat en diferents documents²

¹ Vegeu la seva web <http://www.asoc-aen.es/aAW/web/cas/index.jsp> .

² Verbigràcia: CAPELLÀ, A. i altres (2000): La reforma en Salut Mental a Catalunya: el model català. Document intern (publicat en castellà a la Revista de l'AEN); o Varis (2003): Document bàsic per a un model en salut mental a Catalunya (no publicat)

Per la seva primera organització d'unes *Jornades Estatals* de l'AEN, L'Associació Catalana de Professionals en Salut Mental (Associació Autònoma de l'AEN), va triar com a lema de les jornades "Salut mental, diversitat i cultura". Responia a la consciència dels socis, que en la circumstància present, quan la població catalana ha incorporat gairebé un milió immigrants, era palesa la necessitat de discutir els problemes que planteja l'atenció a la diversitat cultural i social, la necessitat de lluitar contra els eventuais perills de discriminació i de marginació dels col·lectius més vulnerables i la necessitat de proposar solucions per al disseny de polítiques públiques de salut mental equitatives i no discriminatòries, per al desplegament local dels dispositius, per orientar canvis en les cultures organitzacionals dels serveis i els programes de formació bàsica i continuada dels professionals.

Amb aquest propòsit l'estructura de les *Jornades* es basava en un fil conductor que des de una inicial discussió conceptual sobre nocions com *cultura* i *diversitat cultural*, passava per presentar recerca empírica, resultats i avaluacions d'experiències singulars, i aportacions teòriques, i es cloïa amb una discussió sobre els problemes de formació bàsica i continuada dels professionals implicats (veure programa adjunt).

Les Jornades van tenir una inscripció de més de sis-cents persones amb professionals de l'Estat i de fora, que cal considerar molt important ja que aquesta associació compta amb uns dos mil socis a l'Estat. Palesa, en la nostra opinió, l'interès del lema i l'evident presa de consciència dels professionals sobre la temàtica esmentada.

LES CONCLUSIONS DE LES JORNADES

Malgrat que tant en les dues conferències inaugurals i en la primera taula l'objecte era una discussió conceptual en la que participaven antropòlegs i treballadors de la salut mental hom palesà moltes dificultats, per part dels treballadors de la salut mental, per utilitzar de manera adient els conceptes de *cultura* i *diversitat cultural*. Hi havia un conflicte entre concepcions arrelades de la cultura i la diversitat de caire taxonòmic i administratiu en front de propostes, vinculades als corrents dominants en les Ciències Socials actuals, que conceben la cultura com un producte dialèctic d'*hibridacions i mestissatges permanents*, que no poden reduir-se a categories del tipus "mahgrebi", "senegalès", "inuit". Ans al contrari pensar en cultura com en un procés permanent d'hibridació cultural incorporen la idea d'un mestissatge no solament basat en els indicadors identitaris clàssics, sinó també producte de transaccions entre variables com el gènere, la classe social, les cultures dels treballs, les cultures institucionals, àdhuc les derivades del lleure.

En síntesi: les qüestions humanes excedeixen els raonaments purament tècnics o econòmics. El conflicte i el malestar són inherents a les relacions humanes. Tractar-los no suposa eliminar-los. Voler extingir-los suggereix desconeixença de la naturalesa humana o confiar excessivament en il·lusions tecnificades. Per tant l'acció social no pot ser ingènua i per això aquesta no pot reduir-se, en el camp de la Salut Mental - ni en general en el camp del que és sanitari- a les categories i els models produïts per la biomedicina o les disciplines biològiques. Ha de nodrir-se d'un concert de disciplines, des de les purament biològiques a les Ciències Socials i Humanes que s'ocupen i participen en acompanyar les existències humanes desequilibrades, trastornades o decididament malaltes. Per tant, la política en Salut mental és cosa de tots, és una co-producció en la que participen els professionals, els pacients, els familiars i els grups primaris, la societat. Això significa que en el desplegament del dispositiu de salut mental cal fer esforços per:

- Incrementar la capacitat de comprensió dels professionals de *la diversitat cultural en les demandes d'ajut de tota la ciutadania (i no exclusivament orientats als immigrants)*.
- Desenvolupar programes de formació bàsica i continuada per als professionals per tal de *reformat cultures organitzacionals i institucionals poc sensibles a la diversitat cultural*.
- Desenvolupar *bones pràctiques* que evitin els riscos de *discriminació i exclusió*.

- Desenvolupar estratègies interdisciplinàries – no únicament clíniques-, tant en el camp de la *promoció de la salut mental* com en el de la *intervenció* que no pot *reduir-se únicament a la pràctica clínica i terapèutica convencional*.
- *Incrementar el diàleg transdisciplinar entre les professions assistencials i les ciències socials.*

Des de la perspectiva de *l'ètica professional* dels treballadors de la salut mental, la taula corresponent va plantejar problemes que tenen també relació amb els punts anteriors, en la mesura que posen sobre la taula les relacions entre els drets fonamentals de la persona, la legislació vigent, la pràctica forense i l'organització i el desplegament dels dispositius de salut mental. L'articulació entre la pràctica en salut mental i la pràctica jurídica i forense és en sí mateixa un motiu permanent de debat i de discussió tant en l'esfera acadèmica, jurídica o científico-mèdica com en la pràctica diària. Hi intervenen els problemes relatius a les limitacions de les llibertats individuals i de la tutela i quines han de ser les instàncies que han de regular-les. *Cal doncs un diàleg permanent entre tots els treballadors de la salut mental i el món jurídic i polític.* Alguns dels problemes detectats són:

- El respecte al *dret a la diversitat cultural, lingüística o religiosa*, i per aquesta via al que s'anomenen *drets de les minories*, com un instrument de lluita contra la discriminació i l'exclusió, i contra l'aparició de reaccions i actituds racistes o intolerants entre els professionals.
- El respecte al *dret a la diversitat individual*, que és la més perceptible des d'un escenari clínic, i que condueix a establir quins són els límits de l'intervencionisme. Hi ha sovint una *manca de respecte, pràctiques defensives i mancades de tacte* respecte a les decisions i als drets de les persones amb malaltia mental - amb el que comporta això de paternalisme implícit - i que són un obstacle al diàleg intercultural en els termes que el pensem.
- La manca de *diàleg intercultural* implica *discriminació* en la mesura que aquestes actituds impliquen *identificar l'altre com un menor d'edat, desprovist de drets fonamentals i per tant hom nega la possibilitat que siguin o esdevinguin ciutadans de ple dret*. Des d'aquesta postura una persona amb un trastorn mental sever, pel sol fet d'estar diagnosticada, esdevé un ciutadà de segona. Una persona amb un trastorn mental procedent d'un altre context cultural pot ser assimilada al cas anterior.
- La conclusió principal, que és també vàlida per les conclusions precedents és que *la manca de recursos humans, de desplegament de dispositius, de voluntat política i el reduccionisme d'algunes postures clíniques* - derivat de les mancances ja esmentades en la formació dels professionals - fan molt difícil avançar en aquest terreny a menys d'una implicació col·lectiva molt forta recolzada pels poders públics

La taula que va plantejar-se la problemàtica dels *canvis en els grups primaris*, essencialment la *família*, i aquesta en una concepció molt oberta del significat que hom dóna al concepte, va proposar les següents conclusions en una sèrie d'àmbits.

En primer lloc el *concepte estereotipat de família* està sotmès a un *profund procés de canvi* tant en la seva estructura, organització i funcions i afecten:

- als seus membres i a les *seves relacions amb els dispositius sanitaris i de serveis socials*.
- a l'*organització de la vida diària*, a la cobertura de necessitats bàsiques dels seus membres, en particular dels que per raons d'edat o de salut són més vulnerables i dependents.
- a l'*autonomia de la família* i a la impossibilitat de respondre a les funcions de reproducció, educació i a la gestió domèstica dels problemes de salut
- a les relacions de parella sotmeses als processos permanents de canvi en les estructures familiars.
- és cada cop més freqüent per moltes famílies la dificultat de fer compatible la vida professional o laboral dels dos membres de les parelles i la possibilitat d'accedir a la paternitat/maternitat. La precarietat del suport econòmic i de polítiques socials al

nostre país, endarrerix la funció reproductiva, l'encareix (FIV, baixa de fecunditat, etc...) i fa disminuir la taxa de fecunditat.

En alguns aspectes, la família actual ha de prioritzar el desenvolupament de les funcions operatives en detriment de les funcions afectives, de suport, i d'ajut mutu. La limitada disponibilitat d'una xarxa social i familiar estable i integrada a l'entorn, tendeix a desenvolupar formes de relació mercenària; vincles afectius precaris, i pèrdua de referents durant el procés de creixement dels infants.

L'actual situació de les famílies planteja problemes extremadament seriosos en el que fa referència a l'atenció i la cura de la gent gran. Un problema que a més té una important càrrega afectiva i recau primordialment sobre les dones.

Els resultats d'aquests processos són el desenvolupament de malestars (*social suffering* és a dir malestars engendrats per la interacció en contextes socials específics) els quals en la mesura que es canalitzen malament dins els grups primaris (família, xarxa social) tendeixen a adoptar formes (simptomatologies) compatibles amb els discursos dominants dins els dispositius sanitaris: somatitzacions, *stress*, síndromes psicossomàtiques, i més recentment incorporació (*embodiment*) de trastorns engendrats dins l'àmbit del desenvolupament de les tecnologies biomèdiques (fibromiàlgia, fòbia social, etc...). *La incidència d'aquests fenòmens està fortament esbiaixada per criteris de gènere i afecta primordialment (però no exclusivament) a les dones de qualsevol edat. En conseqüència:*

- *Els dispositius d'atenció primària i els dispositius de salut mental han d'encarar l'atenció a aquesta demanda conjuntament. No és possible segregar-la doncs al manifestar-se el malestar en forma de simptomatologia somàtica l'àmbit natural de referència ha de ser el dispositiu d'atenció primària.*
- *Hi ha un risc, assenyalat en altres taules, que aquesta demanda s'intenti resoldre exclusivament per procediments farmacològics.*
- *Hi ha el risc que l'aparent major vulnerabilitat de les dones en aquest tipus de demanda afavoreixi interpretacions purament biologicistes de la seva causalitat que amaguin les vertaderes causes dels problemes.*

La taula que va encarar les problemàtiques pròpies de les anomenades "poblacions en risc"- una manera de designar, sovint eufemística, àmbits de *marginalització social, discriminació o exclusió* - va voler centrar les seves conclusions en joves i adolescents, com una etapa de la vida de la qual nombrosos indicadors fan avui palesa la crisi. És una etapa on cal assajar una diversitat de judicis per a concloure sobre el passat i aventurar projectes sobre el futur. Això implica que el malestar té una dimensió subjectiva en la que estan compromeses les expectatives i els afectes. La Salut Mental té el repte d'investigar què suposa acompanyar als joves en el nostre temps.

Els malestars dels adolescents adapten la seva fenomenologia a un entorn de constant producció, deconstrucció i re-producció cultural, d'una enorme riquesa, però a la vegada d'una enorme inestabilitat com a conseqüència de la pròpia natura de la societat contemporània: més lliure, més oberta i més fluïda. En ella la indeterminació, el risc, la creació, la incertesa, l'individualisme són fenòmens que a la vegada s'articulen amb una enorme creativitat social, cultural i grupal. En la Postmodernitat la substitució de la confiança en la Raó per la creença en la Ciència facilita passar d'una societat prohibitiva basada en l'esforç a una societat permissiva confiada en el funcionament. El patiment dels joves ara presenta algunes novetats congruents amb aquests canvis.

La diversitat de formes de convivència sorgides de la deconstrucció de la família conjugal i la fragmentació dels espais de formació i treball generen nous reptes a l'hora de pensar en les necessitats assistencials i en la promoció personal i laboral dels joves. El suport de les seves famílies també precisa d'agosament i innovació. Moltes fórmules utilitzades fins ara han caducat.

La Salut Mental s'ha de posar al dia a l'hora de discernir, diferenciar i agrupar els malestars dels adolescents i joves. El discurs psiquiàtric i psicològic i les taxonomies de malestars de finals del segle XX estan desfasats, pels extraordinaris canvis observables en la conducta social i la producció cultural dels adolescents, i per canvis fonamentals en els processos de socialització. Cal fer aquest *update* per no sumar-nos als catastrofismes apocalíptics del pensament fonamentalista o als tècnics dels higienistes. Totes dues opcions promouen polítiques de segregació i defugen les realitats socials.

Cal poder diferenciar:

- els patiments propis de l'edat
- els malestars de dimensió psicosocial
- els trastorns en la construcció de la identitat
- els patiments neuròtics
- els trastorns mentals greus

Aquestes agrupacions tenen molt de convencionals però conservar-les orienta les terapèutiques i els acompanyaments. Aquesta ordenació convé sostenir-la a partir de la diversitat de respostes subjectives i personals. No ens hem de deixar seduir pels objectes o els consums que solen donar la qualitat accidental del patiment i que no aporten el substancial de la disposició mental del jove.

Tal diversitat de malestars precisa una pluralitat de programes de prevenció i un mosaic de recursos assistencials connectats a partir dels quals les polítiques de transversalitat del Govern poden avançar en el camí encetat per la CETIC i liderat per la Secretaria de la Família.

A gairebé totes les taules hi va haver *unanimitat* a l'hora de considerar que *la cobertura general de serveis és insuficient pel retard en el desplegament d'un dispositiu de serveis socials digne d'un país europeu desenvolupat i de les traves a la generalització dels serveis, sovint encara impregnada d'una concepció "benèfica" de la prestació.* A més el pes de les institucions (CAPS, etc...) en el nostre sistema no ha afavorit gens el desenvolupament de *polítiques de suport i atenció domiciliaria de llarg curs* (potser amb l'excepció del PADES, perquè és a curt termini...) que impliquin:

- Suport per a la cura personal, alimentació, higiene, condicions mínimes d'habitabilitat i supressió de barreres arquitectòniques.
- Seguretat personal i garanties de rebre atenció quan cal.
- Suport a les necessitats psico-afectives, relacionals, socials, i de vinculació amb l'entorn social i cultural.
- Promoció i prevenció de la salut amb polítiques que impliquin *l'empowerment* dels ciutadans

Un grup molt important de taules i d'espais paral·lels van ser àmbits per a la presentació d'una cinquantena d'aportacions. Hom descrivia experiències singulars tant des del sector públic com privades, de grups d'ajut mutu o d'ONGs moltes de les quals centrades en col·lectius vulnerables: migrants, classes socials desfavorides, col·lectius de malalts, familiars de malalts. En la mesura que la major part d'aquestes aportacions tenen un nivell científic acadèmic molt alt i que pròximament donaran lloc a una publicació - probablement dos llibres - no podem sintetitzar-ne amb brevetat els continguts, però si en volem destacar alguns punts recurrents en el conjunt:

El fet que una part molt important, i sovint la més imaginativa, de les aportacions procedeixen d'experiències en *bones pràctiques* des d'entitats privades, ONG, grups d'ajut mutu i associacions d'afectats o de familiars n'obliga a reflexionar sobre els punts següents:

- La necessitat d'oferir àgores públiques i instàncies perquè aquestes experiències puguin ser visualitzades, debatudes i participin en la discussió de les polítiques públiques.

- Reconèixer el paper fonamental en aquests desenvolupaments de professions u ocupacions no sempre reconegudes acadèmicament i política com interlocutores dels poders públics i dels àmbits de presa de decisions en salut mental.
- La necessitat d'oferir suport econòmic i acadèmic (formació) a aquestes experiències com autèntic vivers de llocs de treball precisament en la circumstància actual de Convergència acadèmica europea (Procés de Bolònia) que exigeix dels diplomes superiors una bona adaptació al mercat de treball.
- La constatació del qüestionament del model biomèdic en el sentit del seu reduccionisme a conductes estereotipades en la relació malalt - terapeuta: la medicació - massa i malament- o les psicoteràpies sense criteris seriosos d'indicació.
- La constatació que la resposta a la demanda d'ajut en l'àmbit de la salut mental no pot reduir-se a la persona afectada, sinó que ha de contemplar - *necessàriament* - la *participació dels grups primaris als que pertany* i la comprensió del medi i de l'entorn social, cultural en el qual s'haurà d'inserir el procés assistencial, tant en la seva vessant terapèutica com de continuïtat i seguiment de l'atenció.
- La constatació que el punt precedent només és possible aprofitant la riquesa dels equips interdisciplinaris sense *a priori*s basats exclusivament en el nivell funcional o en la formació acadèmica rebuda.
- La constatació que l'ús de certs protocols opera com factor de reduccionisme que no afavoreixen la cerca de solucions creatives per la comprensió de la diversitat social i cultural fruit d'una dialèctica permanent entre les persones, els entorns socials i el medi.
- La manca de criteris d'avaluació, la manca de discussió sobre els instruments tècnics i metodològics emprats en l'avaluació i la manca d'agències que pugui regular i recolzar els processos avaluatius dels dispositius.
- La no reducció dels criteris d'avaluació a paràmetres quantitius i econòmics i la necessitat d'introduir metodologies qualitatives per definir i analitzar criteris de qualitat i de satisfacció que no siguin únicament opinions.

En la taula final, relativa a la *formació* actual i a la desitjable hom posà de manifest una sèrie de problemàtiques sectorials diferents específiques segons les formacions bàsiques dels principals col·lectius amb formació universitària presents en el treball en salut mental. Amb tot hi ha algunes conclusions que se n'escauen:

- La no obertura d'aquest debat a algunes professions com teràpia ocupacional o fisioteràpia.
- L'absència de reflexió sobre els col·lectius ocupacionals en salut mental: auxiliars de clínica, cuidadors, personal administratiu, etc... treballadors amb un paper decisiu en la lluita per millorar l'atenció a la diversitat cultural i lluitar contra la discriminació. Treballadors d'altra banda menystinguts o oblidats però que són avui la "primera línia" dels dispositius assistencials i han de veure reconegut i recolzat el seu treball.
- La necessitat de reforma en la formació bàsica i continuada dels treballadors de la salut mental resolent els dèficits en formació en ciències socials i humanes en la majoria d'elles, i revisant l'ús de concepcions obsoletes sobre el fet social i el cultural.

CONCLUSIÓ FINAL

Com a conclusió final, el procés de globalització, els processos migratoris internacionals i el desenvolupament de les noves tecnologies de comunicació implica una profunda revisió del paper de nocions provinents de la sociologia clàssica com la de *comunitat (Gemeinschaft)* i la de *cultura com a taxonomia* provinent de l'antropologia clàssica. La nova arena implica pensar les relacions socials en termes de xarxa - sovint virtual - i la de cultura com a mestissatge cultural - sovint també virtual - i això implica una revisió i un debat molt a fons de quina haurà de ser

l'adaptació, la reforma o els canvis a introduir en les polítiques de salut mental d'aquest país.
L'Associació Catalana de Professionals en Salut Mental (Associació Autònoma de l'AEN) està plenament disposada a col·laborar.