



Model d'Atenció

els drets i les persones al centre

DOCUMENT MARC

Versió 2

Setembre 2025

ÍNDEX

	Pàgina
Introducció	2
Marc normatiu	3
PART 1. La teoria	4
Fonamentació teòrica	4
La nostra mirada	9
Principis orientadors	12
PART 2. Les practiques	14
Idees força	14
○ Drets de les persones	14
○ Dialogisme	17
○ Perspectiva de gènere	22
○ Serveis sensibles al trauma	24
Intervenció professional i coherència amb el model	25
Bibliografia	31
Bibliografia recomanada	32
Annexes	33
Annex 1. Drets de les persones i accions empreses	34
Annex 2. Orientacions per a realitzar reunions dialògiques	38
Annex 3. Full " <i>Tens una preocupació?</i> "	40
Annex 4. Assumint les preocupacions pròpies	41
Annex 5. Diàlegs de bon futur	42
Annex 6. Decàleg de bones pràctiques per afavorir la salut integral de les dones	44

INTRODUCCIÓ

“Els drets humans comencen en llocs petits que no es poden veure als mapes, que són el món individual de la persona, el barri on vivim, l’escola on estudiam o en el lloc on treballam. Aquests són els llocs on cada una cerca justícia, igualtat, dignitat. Fins que els drets no tinguin sentit en aquests llocs, no tenen sentit en cap altre lloc. Sense la preocupació de cada ciutadà, de cada persona, de defensar-los a prop de casa, cercar el progrés del món serà en va”.

Eleonor Roosevelt

Commemoració del X aniversari de la Declaració dels Drets Humans

Aquestes paraules de Eleonor Roosevelt expliquen clarament l’objectiu que les tres entitats que formam 3 Salut Mental perseguim amb la implantació d’un model d’atenció: fer un canvi de paradigma en salut mental que posi els drets i els ciutadans i les ciutadanes al centre.

No podem seguir treballant només des del concepte de “necessitats” de les persones sinó que hem de treballar per avançar cap a la defensa dels drets i per aconseguir la seva dignitat. I treballar per a la seva dignitat significa treballar perquè aconseguixin l’autonomia necessària per a poder prendre les seves pròpies decisions i orientar la seva existència.

Cal dotar-les del suport necessari per a desenvolupar la seva capacitat d’elecció i mantenir el control de la seva vida. I això és, ni més ni menys, el que volem aconseguir amb el model d’atenció a la persona de 3SM: posar a la persona al centre del procés d’intervenció, treballant des del saber professional i les necessitats organitzatives.

La seva dignitat i els seus drets han de ser reconeguts en tot moment i assegurats al màxim possible. Aquest document recull els principis bàsics d’aquest model d’atenció, els principis que hauran de guiar el nostre dia a dia com a professionals, els principis que ens han d’ajudar a fer aquest canvi per tal d’acompanyar a la persona en el seu projecte vital sempre des del respecte mutu, l’horitzontalitat, l’escolta de totes les veus, la participació dels entorns i de la comunitat de les persones en tot el que succeeix i la consideració darrera de que totes tenim dret a decidir sobre la nostra pròpia vida, assumint les conseqüències de les nostres decisions.

Aquesta idea ens ha portat a reflexionar i replantejar-nos la nostra pròpia intervenció, més enllà del discurs sobre drets que no es trasllada a les pràctiques professionals d’una forma concreta i observable. Així, ens hem de qüestionar de forma continua les nostres pràctiques, les conviccions preconcebudes sobre els “perfils” de persones usuàries que atenem, en definitiva, la nostra raó de ser, la nostra missió, i fer-ho sense judicis de valor preestablerts sobre les persones i les relacions de poder professional.

Per a la construcció d’aquest model ens hem fonamentat en l’estudi de models, paradigmes i experiències a nivell espanyol i europeu de l’àmbit de la salut mental, la participació de les persones amb patiment psíquic i emocional, de les seves famílies i de les persones professionals de les nostres entitats, així com també en el nostre coneixement i experiència adquirits al llarg dels anys amb la prestació de serveis i l’atenció quotidiana.

MARC NORMATIU

La defensa de la dignitat i dels drets de les persones són una constant en el marc normatiu i jurídic del nostre entorn. Destaquem els següents documents legislatius com a referència de la nostra actuació com entitat:

- **Declaració Universal dels Drets Humans** de la ONU (1948): estableix per primera vegada els drets humans fonamentals que han de protegir-se a tot el mon. Va ser elaborada per representants de totes les regions del mon i ha servit d'inspiració a nombrosos tractats de drets humans que s'apliquen a dia d'avui a nivell mundial i regional.
- L'article 10 de la **Constitució Espanyola** diu: "La dignitat de la persona, els drets inviolables que li són inherents, el lliure desenvolupament de la personalitat, el respecte a la llei i als drets dels demés són fonament de l'ordre polític i de la pau social"
- A l'article 3 de la **Convenció sobre els Drets de les persones amb discapacitat** (Nova York, 13 desembre 2006), es recullen els seus principis generals. El primer principi general d'aquesta convenció diu així: "El respecte a la dignitat inherent, l'autonomia individual, inclosa la llibertat de prendre les pròpies decisions i independència de les persones"
- L'article 12 d'aquesta mateixa Convenció recull l'obligació dels estats de reconèixer a les persones iguals davant la llei. El desenvolupament d'aquest mandat ha suposat, al nostre país, l'aprovació de la **Llei 8/2021** de 2 de juny per la que es reforma la legislació civil i processal per al suport a les persones amb discapacitat en l'exercici de la seva capacitat jurídica.
- **Resolució de Nacions Unides 36/L.25 Salut mental i drets humans** (2017). Aquesta Resolució es reconeix molt emparada en la Convenció Internacional del Drets de les persones amb Discapacitat, assentant les bases per:
 - Impuls a la desinstitucionalització
 - Model d'atenció basat en el respecte dels drets humans
 - Respecte al gaudiment de la capacitat jurídica en igualtat de condicions que la resta de les persones.

PART 1. LA TEORIA

FONAMENTACIÓ TEÒRICA

El model d'intervenció de 3 Salut Mental està basat en cinc grans models teòrics, tots els quals han sigut en el seu moment un referent en el treball amb persones amb patiment psíquic i dels quals podem extreure una sèrie de principis que ens ajuden a orientar la seva aplicació pràctica:

- 1.- Vulnerabilitat i estrès
- 2.- Recuperació
- 3.- Competència
- 4.- Sistèmic
- 5.- Comunitari

Model de vulnerabilitat i estrès

Aquest model neix amb la intenció i compromís de donar cabuda a diferents models que, fins aleshores, intentaven explicar l'aparició de la psicosis des de posicions molt polaritzades. D'aquesta manera el model tracta de donar una visió més integradora en l'explicació tant de l'aparició com del curs del trastorn. L'intent d'agrupar els models biològic-genètic i ecològic-psicosocial, fa que el model s'allunyi de l'orientació purament mèdica del tractament de l'esquizofrènia i afegeix en aquest el caràcter preventiu.

Des d'aquest model l'esquizofrènia es considera com una malaltia episòdica que succeeix en un individu vulnerable quan es dona la circumstància d'un elevat grau d'estrès. La crisi es considera temporal i que remet. Es desmunta la idea que la persona pot tenir de "malaltia incurable" i es redefineix el problema des d'una visió més optimista i esperançadora, rescatant la part sana de la persona.

La redefineix com a persona amb un nivell de vulnerabilitat alt davant l'estrès sent aquest considerat com element "precipitant" però no "causant d'una crisi". El model comença a introduir la visió de prevenció i la possibilitat que la persona pugui ser part activa en el curs del seu trastorn coneixent el que li passa i prenent certa consciència de la seva situació, per a lo qual és necessari i de dret, tenir informació i conèixer el seu diagnòstic. Aquesta identificació dels riscos ajuda a plantejar les conductes de protecció que són el focus d'abordatge del treball de rehabilitació i que van a suposar la protecció davant l'aparició de noves crisis.

Model de recuperació

La perspectiva de la recuperació suposa una aposta decidida per posar a la persona amb patiment psíquic com a veritable protagonista en primera persona del seu procés terapèutic i de creixement personal. La recuperació té múltiples definicions i una de les més esteses és la proposta de William Anthony (1993) d'entendre la recuperació com "una manera de viure una vida satisfactòria, amb esperança i aportacions a pesar de les limitacions causades per la malaltia".

La perspectiva de recuperació implica enfocar l'atenció sobre les possibilitats i la millora respecte a la situació actual, ajudar a la gent a recuperar les seves vides i desenvolupar al màxim les seves pròpies capacitats com a individus i com a ciutadans i ciutadanes. Recuperar-se no vol dir que el trastorn mental hagi desaparegut, ni que el funcionament s'hagi restablert plenament, es tracta de conviure amb els símptomes que permetin a la persona un nivell d'integració socio-comunitària per desenvolupar una vida relativament satisfactòria.

Adquireixen protagonisme: la veu de les persones, el respecte per l'altre, la seva capacitat de decisió, la seva perspectiva, la llibertat d'elecció,..., amb professionals que siguin capaços d'escoltar i oferir ajudes útils, sense jutjar ni posar etiquetes diagnòstiques de connotacions pessimistes. Situa a la persona com a expert del seu procés de recuperació i mesura els resultats en termes subjectius de significats per a la persona.

Model de competència

En els anys 60 i 70, coincidint amb el naixement de la salut comunitària, es planteja la necessitat d'emfatitzar un nou nivell d'actuació que fora més enllà del marc clínic i que tingués qualitats preventives, sorgint així intervencions per a millorar la resistència de les persones, modificar condicions ambientals i proveir cures anticipades.

El model té dos objectius bàsics: promoure la competència individual i desenvolupar comunitats i organitzacions competents, en un procés ecològic entre els individus i el seu ambient.

La disponibilitat de xarxes de suport social pot ajudar la gent a enfrontar-se a situacions negatives, de pèrdua, malaltia, etc. L'absència de recursos socials promou en l'individu sentiments d'impotència i falta de control.

Model sistèmic

L'enfocament sistèmic suposa l'aplicació de la teoria general dels sistemes en qualsevol disciplina: educació, organitzacions, psicoteràpia, etc. Aquest enfocament es presenta com una forma sistemàtica i científica d'aproximació i representació de la realitat vista des d'una perspectiva holística i integradora, on el més important són les relacions i els components que a partir d'elles emergeixen. Aquest enfocament s'estén també a les persones individuals, tenint en compte els distints sistemes que componen el seu context.

La teràpia sistèmica entén els problemes des d'un marc contextual i es focalitza en comprendre i canviar les dinàmiques de les relacions (familiars, laborals, etc.). Els rols i els comportaments de les persones en aquests contextos s'entenen que estan determinats per les regles tàcites d'aquest sistema i la interacció entre els seus membres, observant els fenòmens de manera circular i multicausal. La comunicació representa, per tant, una de les claus fonamentals d'aquesta teràpia.

Model comunitari

En els països desenvolupats sorgeix, en els anys 60 i 70, un canvi d'enfocament sobre la salut i la malaltia que dona pes al paper dels aspectes psicosocials i a l'etiologia multifactorial de les

malalties. A la vegada, sorgeix un corrent crític amb els procediments clàssics de la medicina a causa de la pèrdua d'autonomia i a la deshumanització en l'atenció que suposen.

Aquest nou context teòric fa possible la consideració de les malalties mentals com un element més a incloure en els problemes de salut, donant lloc a un nou model teòric i paradigma d'actuació conegut com "salut mental comunitària", que suposa tenir en compte les següents consideracions:

1. L'estratègia d'intervenció es trasllada de la dimensió individual a la social.
2. Es configuren els serveis de salut mental passant de l'abordatge biomèdic a l'abordatge bio-psico-social, amb una major pluralitat i horitzontalitat dels equips.
3. Importància de la funció de la comunitat com a generadora de recursos que han d'aliar-se amb els específicament tècnics.
4. El reconeixement dels drets dels pacients, de la seva autonomia i de la necessària participació en el procés d'atenció.
5. La necessitat de crear xarxes complexes amb recursos formals i informals.
6. El desenvolupament de conceptes com apoderament, resiliència i recuperació.

Junt a aquests models d'atenció, cal mencionar com un element fonamental en la intervenció amb les persones amb patiment psíquic el **procés de desinstitucionalització psiquiàtrica** que s'inicia els anys 60 a diversos països europeus te el seu reflex a Espanya en la reforma psiquiàtrica iniciada a mitjans dels anys 80 amb l'aprovació de la Ley General de Sanidad.

Des d'aquest moment, s'inicia el tancament o transformació dels hospitals psiquiàtrics manicomials i es desenvolupa progressivament un sistema d'atenció fonamentat en l'atenció comunitària i els principis de recuperació de la persona, en el marc d'un model d'humanització del tractament dels i les pacients.

No obstant, sovint aquest procés s'ha vist afectat per la manca de recursos i per la prevalença a la pràctica d'un model d'atenció molt biomèdic que continua situant el centre de l'atenció en el tractament farmacològic com eix principal. A hores d'ara podem trobar encara enfocaments coercitius en la pràctica professional i una visió de la salut mental basada en la relació de poder i enfocada a la contenció.

L'**estigma** cap a les persones amb una problemàtica de salut mental continua estant molt present a la societat, i la situació que es produeix es tradueix moltes vegades en l'autoestigma de la pròpia persona.

En aquest context sorgeixen els moviments en primera persona, la psiquiatria crítica i els models realment comunitaris i de recuperació de la persona que reivindiquen un **canvi profund en les pràctiques psiquiàtriques i psicosocials** envers la persona amb malestar psíquic, posant l'èmfasi en els drets, en la participació i en la emancipació.

En els darrers anys es venen desenvolupant diverses pràctiques (dialògiques, col·laboratives,...) influïdes pel **construccionisme social**: es defineix com una corrent sociològica – filosòfica situada en el postmodernisme, que front al racionalisme de l'edat moderna, defensa que la realitat no és estàtica, sinó que es construeix a través de les vivències viscudes per la persona

en interacció amb les altres persones. Construïm el significat de les coses des de les nostres experiències i aprenentatges culturals mediatitzats pel llenguatge. Això implica que no hi ha veritats socials absolutes, hi ha relats del món que ens contem a nosaltres mateixos i a les demés persones.

Les implicacions d'aquesta corrent per a la intervenció amb les persones amb patiment psíquic les podem resumir així:

- Es dona una dinàmica de co-construcció en la relació professional – persona amb patiment psíquic, desapareix l'estatus jeràrquic i d'expert professional.
- El llenguatge, per tant, és no directiu i no jeràrquic, es dona igualtat de poder en una situació relacional democràtica.
- Aquesta relació horitzontal suposa una responsabilitat a assumir per part tant de la figura professional com de la persona.
- S'ha de superar el discurs individualista i determinista de cada persona (tant la professional com la client) aïllada a la seva realitat i afavorir en canvi la presència d'una pluralitat de relats, de diferents veus, que construeixen conjuntament un relat.
- Ús de la narració com forma d'interpretar l'experiència viscuda, i aquestes narracions determinen el significat que donam a la pròpia experiència, construïm la nostra "realitat" en el context d'una comunitat amb altres persones.
- La opinió-veritat de la figura professional no es pot considerar "objectiva", ja que no hi ha una veritat única i absoluta. Professional i persona amb patiment psíquic co-construeixen una descripció de la realitat de la persona.
- La identitat individual, la personalitat, es construeix a través de la relació social.
- La intervenció es defineix socialment com un context per a la resolució de problemes, l'evolució i el canvi.
- La patologia com a tal desapareix, la qüestió no es troba tant en els símptomes sinó en els processos socials i interpersonals i en la dinàmica que manté aquests símptomes.
- Els problemes es donen per la forma en que una cultura els construeix com a tals.

Finalment, els següents tres constructes teòric-pràctics, juntament amb els drets de les persones, que travessen transversalment totes les actuacions, constitueixen un fonament bàsic del nostre model, constituint-se, com veurem més endavant, en els pilars de la intervenció professional:

- Dialogisme: concepte originat en la teoria de Mijaíl Bajtín que fa referència a la idea que tot discurs es construeix en interacció amb altres discursos, veus i significats. No xerrem de manera aïllada, sinó que la nostra paraula sempre dialoga amb la d'altres, reals o imaginaris.

En l'àmbit de l'atenció en salut mental, s'entén com l'enfocament que concep la relació terapèutica com un espai de trobada entre múltiples veus (del pacient, del professional, de l'entorn social i cultural), on el sentit de l'experiència de malestar es construeix de manera conjunta, evitant la imposició d'un relat únic i afavorint la co-construcció de significats.

- Trauma: enfocament que parteix del reconeixement que moltes experiències de malestar estan vinculades a situacions traumàtiques. Aquest marc orienta la intervenció cap a generar relacions terapèutiques basades en la seguretat, la confiança i el respecte, promovent la participació activa de la persona i tenint en compte la seva diversitat cultural i vital. L'objectiu principal és evitar noves situacions de re-traumatització i facilitar processos de recuperació i enfortiment personal.
- Perspectiva de gènere: com a constructe en els models d'intervenció socials i socio-sanitaris implica assumir que les experiències de les persones estan condicionades per desigualtats i rols assignats socialment segons el gènere. Aquesta perspectiva orienta el disseny i la pràctica professional cap a la detecció de situacions de discriminació i a la construcció d'accions que afavoreixin la igualtat d'oportunitats, l'autonomia personal i la transformació de les relacions socials.

EXPERIÈNCIES INSPIRADORES

En la construcció del model d'atenció ha jugat un paper fonamental la recerca i estudi de diverses experiències desenvolupades tant a rel de l'estat espanyol com a nivell internacional, principalment europeu, que d'una o altra forma concreten els models teòrics abans explicats. De forma molt succinta volem resumir aquí aquestes experiències que ens han inspirat. No obstant, aquest és un model que pretenem que sigui viu i en constant millora, per lo qual la recerca i l'estudi d'iniciatives diverses que ens enriqueixi es manté de forma contínua i constitueix part de l'activitat de les organitzacions:

- El model de salut mental comunitària de Girona. És una xarxa d'atenció on els diferents serveis i dispositius presenten una forta integració gràcies a un alt component comunicatiu. Es centra en la prevenció, la proactivitat i la rehabilitació en totes les seves intervencions. Destaca la figura del/la psiquiatra com a professional clínic referent i la intervenció basada en l'evidència científica.
- El model F-ACT (Hollande Noord, Països Baixos). Aquest és un model de recuperació on destaca la flexibilitat de l'atenció a través de diferents intensitats proporcionades per un equip multidisciplinari. A més, també es valora la figura de psiquiatria dins l'equip professional i entre en joc la figura del/la suport de parells (pacient amb formació que forma part de l'equip professional d'intervenció des de la seva mirada en primera persona).
- El Projecte Compassionate Frome (Ciutat de Frome, Comtat de Somerset, Anglaterra). Model que basa les connexions comunitàries com a tractament preventiu i al que hi intervenen professionals de la salut, professionals de diferents àmbits i persones de la pròpia comunitat, totes elles actuant com "connectores de salut" i "connectores comunitaris". El projecte promou l'activació de recursos, grups i serveis per resoldre problemes quotidians que podrien generar problemes emocionals i psíquics.
- El Model de Diàleg Obert (inicialment desenvolupat a Finlàndia i extrapolat a diverses experiències a altres països). És un enfocament construccionista social per al tractament de la malaltia mental greu. Dirigida inicialment a persones amb primeres crisis psicòtiques però transferible a crisis posteriors i altres problemàtiques. El diàleg és l'eina fonamental i està orientat a obtenir comprensió sobre la situació del pacient i la seva família, així com a generar nous significats i explicacions sobre la naturalesa del

problema. Destaca en aquest model la forma d'actuació: intervenció el més immediata possible després de l'inici de la crisi, continuïtat psicològica en el domicili a llarg termini i tolerància a la incertesa.

- Pràctiques dialògiques. Mentre que el Diàleg Obert s'enfoca principalment en les situacions de crisi en salut mental, les pràctiques dialògiques fan referència a totes aquelles que, en general, fomenten el dialogisme com una actitud més que un mètode, les relacions obertes i no tenen per meta canviar als demés sinó construir conjuntament una nova realitat. Exemples de pràctiques dialògiques son els diàlegs anticipatoris i els diàlegs de bon futur.
- Crisis House: Ofereix un espai segur des d'una alternativa de cures respectuosa, sense coerció i en un ambient acollidor. És una casa per acompanyar temporalment a persones en crisi per sofriment psíquic i com alternativa a l'ingrés hospitalari.
- Suport de parells, Peer to Peer o Agents de Suport Mutu: En aquest model destaca la figura de la persona que ha passat per problemes de salut mental i dona suport a altres en el seu procés de recuperació, rebent una formació específica per a desenvolupar aquesta funció professional en els serveis de suport comunitari. A més, a través de la seva experiència aporta i orienta a altres professionals e l'equip.
- La Porvenir: associació oberta formada per persones sòcies que ocupen diferents llocs. Hi ha persones amb diagnòstic, amigues, professionals, familiars, etc. Totes elles tenen en comú el desig de canviar la resposta que donem al sofriment. Treballen fonamentalment des del marc del Diàleg Obert.
- La Revolución Delirante, fundada per la psiquiatra Dra. Laura Martin i el psiquiatre és un moviment que neix a Valladolid d'una base psicoanalítica crític amb la el model biologicista de psiquiatria...
- Moviments en primera persona (Obertament, Orgull Loco,...). Englobam aquí aquelles iniciatives que parteixen de les pròpies persones amb patiment psíquic amb una finalitat reivindicativa dels drets de ciutadania i la inclusió social i que lluiten contra els prejudicis i els estereotips.

LA NOSTRA MIRADA

La salut mental és un àmbit molt complex en el que trobam diferents explicacions de la seva naturalesa i causalitat, que parteixen de diferents escoles, corrents, models,... sovint enfrontades. Partim del fet que sabem poc respecte a la diversitat d'experiències i patiments de les persones.

Simplificant molt l'estat de la qüestió, podem trobar dues formes d'entendre els problemes de salut mental en dos extrems: d'una banda, els podem considerar com un dèficit o problema a eliminar, una alteració que cal "tapar". D'altra banda, però, hi ha una aproximació més comprensiva: les diferents formes de patiment psíquic poden ser enteses com una defensa de la persona davant l'angoixa que pateix. En aquest sentit, la nostra tasca no és només intervenir, sinó acompanyar, entendre i donar suport en el procés d'enfrontament a aquest patiment.

Els termes per identificar aquesta diversitat d'experiències son també diversos i poc orientatius: malaltia mental, trastorns, salut mental, patologia mental,... D'una manera genèrica, ens identifiquem amb les nomenclatures que sorgeixen dels moviments en primera persona i de les corrents crítiques, com patiment o sofriment psíquic o psicosocial, que intentarem fer servir en aquest document com alternativa menys estigmatitzant i més adequada a la diversitat d'experiències personals que les anteriors.

El coneixement actual posa de manifest la complexitat de la ment humana. Així, les experiències de patiment psíquic semblen sorgir de la interacció entre factors de la història de vida de la persona, socials o ambientals, genètics, psicològics i conductuals. Aquests elements no poden ser vistos aïlladament, sinó que formen part d'un sistema interconnectat.

Entenem que les experiències de sofriment psíquic sovint es deriven de conflictes interns que la persona manté amb esdeveniments complexos, dolorosos o traumàtics de la seva història personal, així com també per les condicions socials, econòmiques i relacionals que l'envolten, el seu entorn immediat i la manera com interactua amb el món. Així, el patiment no pot ser comprès únicament des d'una perspectiva individualista; també cal considerar els malestars socials, familiars i estructurals, tals com la precarietat, la manca de valors, i les violències.

Des d'aquesta perspectiva, ens allunyem del concepte de "persones malaltes" o "conductes disruptives que cal corregir". Més aviat, entenem les conductes extremes o aparentment inadaptades com a reaccions d'adaptació a traumes o experiències vitals passades o presents. Aquestes conductes són respostes, sovint desesperades, a un entorn que no ha proporcionat les eines o el suport emocional adequat per a la seva gestió.

D'altra banda, trobam també una tendència a la patologització i medicalització d'aquests malestars per part de la societat, que condueix a vegades a voler solucionar problemàtiques socials com la precarietat en els àmbits econòmics, educatius o relacionals, entre d'altres, des de la teràpia o la intervenció únicament individual.

Davant aquesta complexitat, proposam una atenció al patiment psíquic emmarcada en els següents aspectes:

- Humanista, respectuosa amb els drets i la dignitat de totes les persones, i respectuosa amb la diferència, el que implica la recerca i la implantació, amb els recursos necessaris, de pràctiques professionals no coercitives i garants de la llibertat individual.
- Una intervenció immersa a la comunitat i el menys hospitalària possible com a forma de promoure la inclusió de les persones amb patiment psíquic a la comunitat i de rompre barreres i estigmes que encara persisteixen.
- Aplicar alternatives a les contencions mecàniques dintre de les unitats d'hospitalització de psiquiatria.
- Ús racional de la medicació psiquiàtrica i els tractaments invasius com el tractament electroconvulsiu, incorporant alternatives psicoterapèutiques i socials al sistema actual principalment biomèdic. Això implica la menor utilització possible de medicació psiquiàtrica i tractaments invasius, durant el menor temps possible.
- Els diagnòstics i símptomes, els certificats de discapacitat o dependència i altres instruments classificatoris poden ser útils en alguns contextos o per a algunes persones, però no haurien de condicionar de manera rígida la nostra intervenció professional.

El nostre enfocament ha de centrar-se en l'acompanyament, la comprensió i el suport, més enllà de les etiquetes diagnòstiques, l'intent de domesticació de les experiències inusuals i l'assoliment d'objectius professionals, prioritzant la llibertat, el benestar i la dignitat de la persona en el seu procés de vida.

PRINCIPIS ORIENTADORS

D'aquesta mirada sobre el patiment psíquic es desprenen els vuit principis bàsics orientadors del model d'intervenció de 3 Salut Mental, partint d'un principi general de superació diagnòstica per desenvolupar un model basat en el sofriment psíquic de la persona i les seves necessitats:

- Orientació a la persona
 - La persona té dret a la informació i al coneixement
 - És la protagonista del seu procés
 - Pren decisions que han de ser respectades
 - Estableix els seus propis objectius
 - La persona, no el servei, és el centre de l'atenció
- Atenció individualitzada
 - Acompanyar a la persona individualment considerada. Cada persona és única
 - Dissenyar la intervenció en conjunt, persona-professional
 - En el treball en grup no s'ha de perdre de vista la individualitat i particularitat de cada persona
- Dignitat de la persona
 - "Les persones poden modelar, canviar i millorar les seves vides exercint la seva llibertat". Declaració Universal dels Drets Humans
- Participació. Que implica:
 - Crear espais on es puguin prendre decisions i executar-les, amb o sense ajuda
 - Demanar, escoltar, respectar, acceptar i sempre fer retorn de la informació
 - Potenciar que la persona desenvolupi rols socials valuosos i ajustats a les seves característiques i al seu entorn
- Acompanyament a les persones. Entès com:
 - Facilitar informació, suports, recursos, instruments i habilitats per prendre decisions
 - Partir de les seves necessitats, interessos i drets, no les de les professionals
 - Implicar i fomentar el sentit d'identitat pròpia, valuosa, significativa i satisfactòria per al desenvolupament de rols socials
- Prevenció i millora de la qualitat de vida.
 - Les actuacions que guien les intervencions van enfocades al benestar i millora de la salut
 - Aporten un valor sobre la qualitat de vida de les persones, sempre tenint en compta la seva perspectiva.
- Visió positiva i optimista. Facilita que:
 - La persona construeixi una vida satisfactòria
 - Es potenciï la part sana
 - Creure i apostar pel canvi
 - Es generi esperança de canvi i de millora

- Perspectiva integradora i holística. Per poder:
 - Entendre a la persona i a la seva família dintre del seu entorn
 - Treballar amb i per a l'entorn de la persona
 - Entendre a la persona i a la realitat com un tot, no segmentada per serveis ni categories diagnòstiques
 - Activar i potenciar suports naturals
 - Sentir-se membres de la comunitat

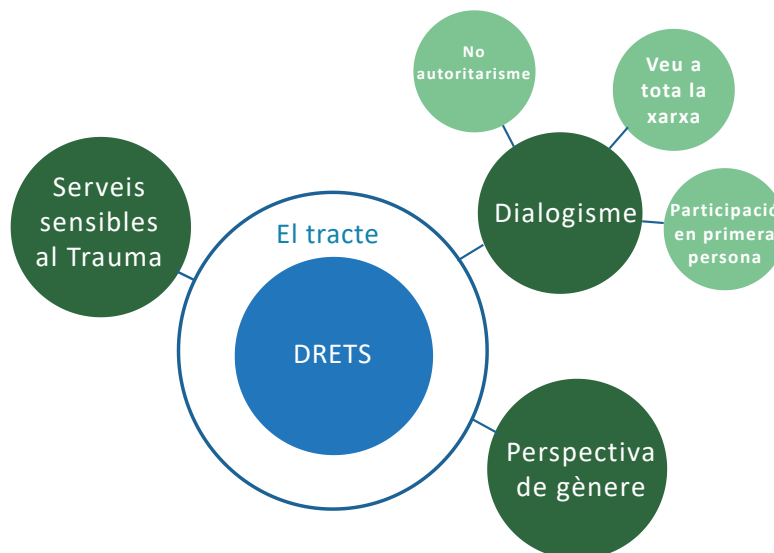
PART 2: LES PRÀCTIQUES

IDEES FORÇA

La implantació d'aquest model d'atenció a les entitats que formam part de 3 Salut Mental esdevé una oportunitat per a poder canviar la forma en la que ens relacionam amb les persones participants dels nostres serveis, de tal forma que podem contribuir a defensar els seus drets.

Aquests principis s'articulen a través de l'acompanyament professional i el suport a itineraris personals individuals que pivoten sobre les següents idees força:

- 1.- Drets de les persones
- 2.- Dialogisme
- 3.- Perspectiva de gènere
- 4.- Serveis sensibles al trauma



1.- Drets de les persones.

Com expliquem a l'apartat introductori, els Drets suposen l'eix vertebrador del Model d'atenció a partir del qual es desenvolupen les línies que emmarquen la intervenció professional a cada un dels serveis. Ens fonamentam principalment en els següents documents que concreten i especifiquen la Declaració Universal dels Drets Humans de la ONU:

1. Convenció sobre el drets de les persones amb discapacitat (2006)
2. Resolució de Nacions Unides 36/L.25 Salut mental i drets humans (2017)

1.- Convenció sobre el drets de les persones amb discapacitat (2006)

La Convenció requereix que els Estats membres, les autoritats i figures públiques, els professionals i la societat en general superin el model mèdic mitjançant el qual conceptualitzen la discapacitat sobre la base de la classificació i categorització de les persones

a través de les seves problemàtiques, deficiències o diferències i adoptin un model basat en Drets Humans.

La Convenció promou un model basat en el gaudi ple i igualitari de Drets Humans per a totes les persones amb discapacitat al mateix temps que es respecta la seva dignitat inherent, es fomenta la seva inclusió social i la seva participació activa en el conjunt de la societat.

La Convenció també estableix que l'objectiu principal del suport no és oferir serveis que es basin en models en que les decisions per a la persona, en nom del millor interès per ella, es prenguin sobre la base de mecanismes de substitució o representació de la mateixa, sinó que insta a reconceptualitzar i articular un model de serveis i prestació de suports que es basin en la voluntat, desitjos i preferències de la persona que rep el suport.

El model que proposa la Convenció implica que la persona sigui part activa en el procés de presa de decisions i que la hi habiliti i secundi per a prendre les seves pròpies decisions.

El treball realitzat al llarg d'aquests últims anys per part de les entitats de 3 Salut Mental s'ha basat en els principis fonamentals recollits en la convenció:

- a) El respecte de la dignitat inherent, l'autonomia individual, inclosa la llibertat de prendre les pròpies decisions, i la independència de les persones
- b) La no discriminació
- c) La participació i inclusió plenes i efectives en la societat
- d) El respecte per la diferència i l'acceptació de les persones amb patiment psíquic com a part de la diversitat i la condició humanes
- e) La igualtat d'oportunitats
- f) L'accessibilitat
- g) La igualtat entre l'home i la dona

2.- Resolució de Nacions Unides 36/L.25 Salut mental i drets humans (2017)

Aquesta Resolució contempla les bases per a desenvolupar aspectes normatius de gran importància per les persones, com la cerca de la desinstitucionalització, un model d'intervenció basat en els drets humans i el respecte a la capacitat jurídica, i insta als Estats a:

- Adoptar mesures per incorporar la perspectiva de drets humans en els serveis de salut mental i socials (lleis, polítiques i pràctiques), a abandonar tota pràctica que no respecti els aspectes contemplats en aquesta resolució i a ocupar-se de factors determinants subjacents socials, econòmics i ambientals de la salut.
- Adoptar mesures com: el foment de la participació de totes les persones interessades en la formulació de polítiques públiques, la capacitació de professionals dels diferents àmbits, la integració de la salut mental en l'atenció primària, prestar serveis que respectin la llibertat, la seguretat personal, els desequilibris de poder, la vida independent i la inclusió en la comunitat, serveis i dispositius centrats en les persones, que no propiciïn la medicalització excessiva o els tractaments inadequats, i tinguin en compta la voluntat i preferències de les persones i el consentiment lliure i informat.

- Donar suport a l'apoderament de les persones amb afeccions de salut mental o discapacitat psicosocial per a que coneguin i exigeixen els seus drets, i promoure la participació de les persones i les seves organitzacions en les mesures legals, polítiques i pràctiques que impulsin els aspectes d'aquesta resolució.

Donada la situació dels drets de les persones amb patiment psíquic intens, ens preocupen especialment els drets relacionats amb decidir sobre la pròpia vida, la llibertat i la seguretat.

Així, de la Convenció sobre el drets de les persones amb discapacitat destaquem: Dret a la igualtat i no discriminació (art. 5), Dret a la llibertat i seguretat de la persona (art. 14) i Dret a la protecció de la integritat personal (art. 17).

Per part de la Resolució de Nacions Unides 36/L.25 Salut mental i drets humans:

- Preocupació per....les persones que utilitzen els serveis de salut mental, puguin ser objecte, de manera generalitzada, de discriminació, estigma, prejudicis, violència, abusos, exclusió social i segregació, internament il·legal o arbitrari, medicalització excessiva i tractaments que no respectin la seva autonomia, voluntat i preferències, entre altres coses
-els serveis de salut mental i comunitaris han d'incorporar una perspectiva de drets humans per a evitar cap mal a les persones que facin ús d'ells i respectar la seva dignitat, la seva integritat, les seves eleccions i la seva inclusió en la comunitat

COM HO APLIQUEM?

Per tal de fomentar la defensa dels drets de les persones i garantir el seu compliment, incorporam les següents actuacions:

- **Drets i serveis.** Un dels objectius principals durant la nostra trajectòria ha estat la creació de serveis que donin cobertura a les necessitats i drets de les persones, com poden ser habitatge, treball, formació, cures,.... De forma continua treballam per a detectar noves necessitats i aconseguir els medis per a cobrir-les (Annex 1).
En el nostre model, emperò, intentam transcendir el concepte de serveis com a categoria administrativa per treballar des de la perspectiva integral de la persona.
- **Formació i sensibilització en Drets** dirigides a professionals, persones participants i famílies. Disposam, entre d'altres, dels materials de Quality Rights (<https://supportgirona.cat/es/quality-rights>), programa d'accés lliure de la ONU, per a dur a terme aquestes accions.
- **Relacions d'ajuda** basades en: respecte, lliure elecció, participació, dignitat, transparència, seguretat i flexibilitat en front a control, coerció, relació de poder, paternalisme, autoritarisme i rol professional rígid.
- **Disseny d'entorns** relacionals i d'espais físics que permeten:
 - afrontar situacions complexes en casos d'agitació, descompensació o crisis (entorn amable, acompanyament no coercitiu,...).

- espais/entorns/actuacions de “baixa exigència” per les persones o situacions que ho precisen.
- **Aplicació de programes individuals o grupals** que fomenten l'autonomia i l'autodeterminació real de les persones i la presa de decisions per part seva, disminuint la dependència de terceres persones (familiars, professionals del propi servei o d'altres).
- **Respecte a les decisions de les persones**, acompanyant-les i donant-les suport i informació pertinent de forma respectuosa, transparent i realista:
 - treball amb les persones en voluntats anticipades i pactes de cura.
 - relacions sexuals consentides (especialment en serveis de tipus residencial).
 - maternitat / paternitat.
 - discontinuació de medicació.
 - capacitat jurídica
 - així com altres a les quals la lliure elecció es pot veure afectada (habitatge independent, treball, relacions personals i socials, accés a serveis, gestió dels diners, participació comunitària i política, elecció del propi estil de vida, etc.)
- Acompanyament a la persona, si ho considera necessari, en la presentació de **queixes, reclamacions, denúncies** i similars en situacions de vulneració de drets. La Federació de Salut Mental de Mallorca, de la que formen part les entitats de 3 Salut Mental, disposa d'una Oficina de Defensa del Drets per a donar suport i canalitzar les situacions de vulneració de drets que es puguin donar, directament per part de les persones afectades i les seves famílies o amb el suport o acompanyament de professionals referents.
- Es respecte la **intimitat de la persona**:
 - Disposar d'espais individuals i que respectin la privacitat.
 - Fer preguntes respectuoses, sense envair la seva intimitat.

2.- Dialogisme.

“En una conversació ordinària, els qui participen expressen una opinió i els arguments a favor. El diàleg, però, és una conversació a la que els qui participen desenvolupen l'aportació de la resta. En un diàleg, els qui participen estan en disposició de deixar de banda les seves idees preconcebudes i escoltar les aportacions de la resta i, per tant, estan oberts a les idees generades com a resultat d'aquesta interacció conjunta que d'altra manera hagués passat desapercibuda.

En altres paraules, la seva opinió no és definitiva, sinó una passa cap el resultat final. L'objectiu del diàleg és arribar a una nova visió, a un nou coneixement del problema. Però, no cerca consens, sinó apreciar com pensen els demés. Així, el secret del diàleg és que ningú sap cap a on condueix.”

(Arnkil y Erikson, 2009)

Introduïm el marc dialògic en el dia a dia dels nostres serveis com una actitud i forma d'estar, més enllà de lo purament tècnic i metodològic, davant les situacions quotidianes de la nostra

feina i per a tractar les situacions conflictives i els problemes de les persones que pateixen i les seves famílies i entorns.

En aquest marc, el nostre acompanyament es centra en generar un diàleg que permeti expressar diversitat d'experiències i punts de vista, cercant la participació i la col·laboració de totes les persones participants, amb una escolta i actitud oberta, flexible i simètrica que prengui en serietat totes les aportacions. Quan es debat sobre els problemes, les famílies i les persones que pateixen són capaces d'aconseguir una major governança de les seves vides.

L'objectiu és el diàleg en sí mateix, com a eina. Suposa ser transparents en les comunicacions per tractar sobre les dificultats i els conflictes. I suposa també tenir tolerància a la incertesa: es mantenen totes les possibilitats obertes, no presentam plantejaments ja tancats a priori, es promou lo subjectiu i lo particular de cada persona. Les persones participants, incloent les professionals, renunciem a "la veritat" i a "tenir la raó".

Podem destacar, com a capacitats fonamentals per a la intervenció dialògica:

- Escoltar
- Pensar junts/juntes
- Facilitar
- Respectar l'alteritat

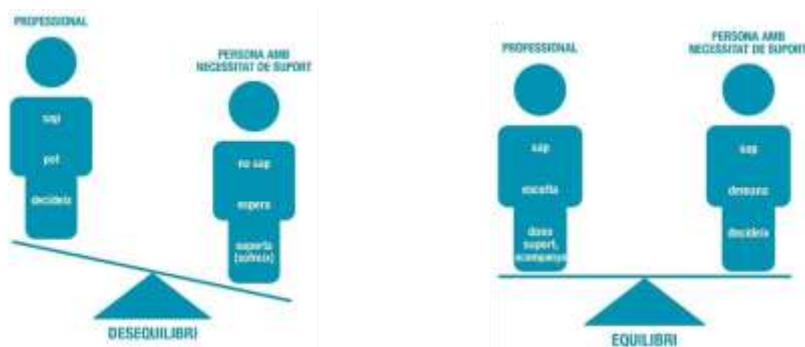
Els elements bàsics per a transformar el dialogisme en acció, tal com l'entendem a 3 Salut Mental, son els següents:

2.1.- No autoritarisme.

La relació professional – persona participant està basada en el respecte mutu i l'horitzontalitat, mantenint un diàleg obert en contraposició al discurs autoritari tancant o excessivament directiu. Aquest enfocament suposa la **co-responsabilitat** entre la persona participant i la professional en la presa de decisions. Es cuida especialment el vincle que s'estableix entre elles com fil conductor d'un acompanyament enriquidor i respectuós.

Es supera el discurs de professional expert que te el coneixement i dirigeix la intervenció, i la persona pacient que espera i deixa les decisions en mans de la professional. La persona es considera una experta en la seva experiència de patiment psíquic (experta en primera persona), i posseïdora d'un saber profà tan vàlid com el coneixement "científic".

En aquest marc, considerem l'art de no intervenir: no sempre és convenient intervenir (intervenir sí o sí) o intervenir massa o massa prest.



2.2.- Participació en primera persona.

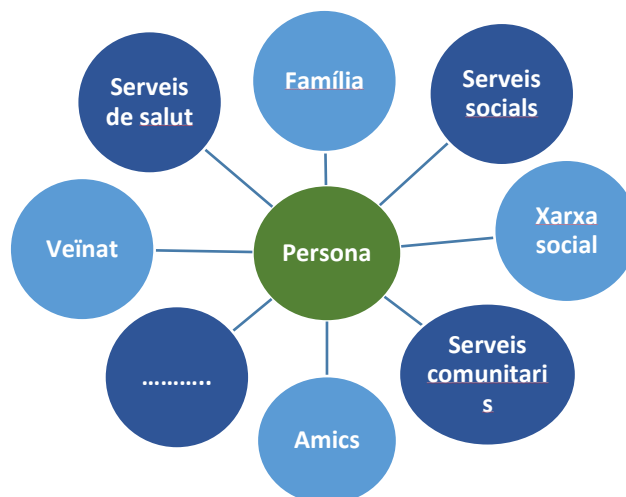
Des d'aquesta premissa, entenem la realitat de les persones des de la subjectivitat, el respecte a la diferència i la llibertat d'elecció. Les persones han de participar activament en les decisions que afecten a la seva vida i en tots els àmbits en els que participa, lo qual requereix sovint modificar normatives i procediments, activitats i formes d'organitzar-se, donant veu a les persones en tots els aspectes en que sigui possible.

A nivell professional, no es tracta res sobre la vida de la persona sense la persona. Podem mantenir reunions de professionals sobre situacions que ens preocupen, però no prendre decisions sobre la persona sense la seva participació, el projecte de vida és seu i ella te el control aquí.

2.3.- Veu a tota la xarxa (polifonia).

Totes les veus son escoltades, els entorns i la comunitat de les persones, incloent l'àmbit professional, estan presents en el procés. La persona aporta el seu coneixement sobre la pròpia vida, el seu patiment i les formes en que aquest es manifesta, la xarxa de la persona aporta enteniment sobre la naturalesa de la situació, l'entorn professional aporta el coneixement tècnic especialitzat.

Pel que respecte a la xarxa professional que intervé en un mateix cas, sabem que "quan les coses van bé, el sistema multiprofessional es compon de parts complementàries que encaixen. Els professionals saben amb qui contactar quan necessiten altres experts. Però quan les coses van malament, existeix incertesa sobre les responsabilitats de cadascú, negociacions sense fi, anades i vingudes i intents d'assenyalar als altres el que han de fer, mentre els qui necessiten ajuda estan cada vegada pitjor".



COM HO APLIQUEM?

Aquest estil de fer i d'estar el duem a la pràctica tant en les situacions d'acompanyament individual com grupal, de tal manera que l'actitud no dialògica ha de ser l'excepció en el nostre treball quotidià, i ha de respondre a situacions en que clarament no es dona la possibilitat d'aplicació del marc dialògic. Enumerem les següents bones pràctiques:

- **Acompanyam a la persona en una presa de decisions informada.** De forma general, les nostres actuacions es fonamenten en l'acompanyament a la persona en allò que acordem amb ella, respectant les seves decisions de forma equilibrada amb les responsabilitats que les acompanyen.

Això suposa informar amb transparència, orientar i donar el suport necessari segons el principi de màxima autonomia de la persona i de reducció del risc, si és el cas, al seu propi pas i en els seus termes.

- El **Projecte de vida** com a eix vertebrador de l'itinerari d'atenció individual, amb la qualitat de vida com aspiració de la persona i el seu protagonisme i participació en cada una de les accions del procés, de forma que no es decideix res de la persona sense la persona.

L'acompanyament en el Projecte de vida i el Pla de treball es troba descrit als **Procediments de l'itinerari d'atenció** de 3 Salut Mental, d'obligat compliment (pots consultar els procediments a l'apartat "Manual" de la Base de Dades), que inclouen, entre altres premisses:

- La persona està sempre present i participa en les decisions que afecten a la seva vida.
 - El Projecte de Vida i Pla de Treball, així com els instruments de valoració com l'Escala de Qualitat de vida es duen a terme conjuntament amb la persona, incorporant el seu punt de vista, i la resta de serveis implicats.
 - La documentació vinculada a aquests procediments està redactada en llenguatge comprensible i en primera persona, de forma que les persones participants percebin que es tracta d'eines d'utilització pròpia i no sols requeriments dels i les professionals, del servei o de l'entitat.
 - La persona participant ha d'estar informada i te veu i vot sobre les persones que poden assistir a una determinada reunió que afecti a la seva vida.
 - Es respecten els temps de la persona en les diferents actuacions del procés d'intervenció.
 - Es promou activament la participació de tota la xarxa: família, altres professionals, amigats, veïnat, entorn...en la intervenció amb la persona.
- **Reunió dialògica:** quan alguna persona te una preocupació (participant, familiar, professional,...) pot convocar una reunió amb un estil dialògic, seguint les *Orientacions per a realitzar reunions dialògiques* (Annex 2) i una sèrie de pautes recollides al *Full Tens una preocupació?* (Annex 3). La persona que convoca la reunió escull qui vol que participi en la mateixa.

Les reunions dialògiques son sempre polifòniques, per tant inclouen totes aquelles persones internes i externes, professionals i entorn de la persona, que es considera important per qui convoca la reunió.

A les reunions dialògiques, l'equip ha de valorar si davant una situació determinada és necessària la presència de més d'una o un professional. Es recomana la presència mínima de dos professionals.

- **Assumint les preocupacions pròpies:** els diàlegs anticipats o primerencs afronten els possibles problemes abans de que es converteixin en un conflicte o una situació de difícil resolució, per a lo qual, els i les professionals podem convocar una reunió amb una persona o entorn des del plantejament de la nostra pròpia preocupació com a motor per l'acció i el canvi (Annex 4).
- **Diàlegs de bon futur o Diàlegs anticipatoris:** amb una estructura determinada prèviament i la participació de facilitadors/es, aquest tipus de reunions s'enfoquen en el plantejament d'una perspectiva de futur desitjable per part de les persones participants (incloent les persones de la xarxa professional implicades en el cas i l'entorn de la persona), i l'elaboració d'un pla des del present per arribar a aquesta situació desitjada (Annex 5).
- **Reunions Multifamiliars.** El Grup Multifamiliar és un espai de reflexió grupal en el que varies famílies participen simultàniament, on amb el suport del/la conductor/a es crea una atmosfera de seguretat i confiança. L'objectiu principal del grup és ajudar a les diverses famílies a millorar la comunicació i convivència entre els seus membres. Es tracta de promoure una dinàmica de diàleg generador d'experiències en una relació col·laborativa. Al compartir i viure l'experiència amb les altres famílies, es millora la seva capacitat d'entendre la salut mental i relacionar-se de noves formes que contribueixin a la seva qualitat de vida.
- **Reunions de professionals sobre com ens sentim.** Les situacions a les que les i els professionals ens enfrontam cada dia son d'alta complexitat i alta implicació emocional. Les reunions sobre com ens sentim van dirigides no a parlar sobre "casos", sinó a com ens sentim professional i personalment en la realització de la nostra feina i com ens afecta emocionalment. Les reunions es realitzen aplicant els principis dialògics, en l'equip d'un servei, interserveis o amb qualsevol altra combinació.
- **Gestió col·lectiva dels conflictes.** Quan la situació ho requereix o es presta a aquest tipus d'intervenció realitzem reunions de totes les parts implicades en un problema relacional o en un conflicte (per exemple entre les persones participants d'un grup concret, en les relacions de convivència d'un habitatge, etc.), aplicant les pautes de comunicació pròpies de les reunions dialògiques (Annex 2 i Annex 3).
- **Accessibilitat de la informació.** Els documents i altres elements que s'utilitzen en el dia a dia dels serveis (contractes de prestació de serveis, normatives, reglaments, plans de

treball, etc.) asseguruen la comprensió per part de la persona i son acceptades per ella: accessibilitat cognitiva i lectura fàcil, sistemes de gravació de veu o imatge en comptes de lectura, i altres sistemes alternatius adaptats a cada persona.

- **Revisió de normes i reglaments dels serveis.** La documentació normativa ha de ser, a més de comprensible (llenguatge, extensió...), consensuada i garantir la coherència amb el model d'atenció en lo referent a flexibilitat, adaptabilitat a les situacions individuals i co-responsabilitat.
- **Grups d'ajuda mútua amb o sense conducció professional.** El servei o l'entitat incorpora grups d'experts en primera persona com a part del ventall d'activitats (escoltadors de veus, grups d'autogestió, grups d'ajuda mútua horitzontals, grups d'activistes...).
- **Participació a la presa de decisions del servei o l'entitat.** Les persones tenen una participació activa en decisions que afecten al servei i/o a l'entitat (assemblees, organització, càrrecs de responsabilitat, comitès d'igualtat i ètic, activitats, horari, menjars...). La participació ens els diferents àmbits i orgues ha de ser equilibrada al seu coneixement del tema i la capacitat de prendre decisions sobre el mateix.
- **Agents de suport mutu, persones expertes per experiència o suport entre iguals.** Son persones que han experimentat i superat problemes de salut mental i fan feina donant suport a la recuperació d'altres que intenten superar els mateixos problemes. Creen un vincle que permet compartir experiències de sofriment psíquic i afavoreixi un enfortiment de la persona. Aquestes figures poden operar des del voluntariat o incorporant-se als equips professionals com un o una membre més.
- **Oportunitats de promoció laboral.** El centre especial de treball ofereix a les persones amb patiment psíquic contractades oportunitats per promocionar a càrrecs de responsabilitat.

3.- Perspectiva de gènere.

Incloem la perspectiva de gènere en el nostre model d'atenció davant l'evidència de l'impacte del marc socio-cultural patriarcal en la subjectivitat de les persones i els seus efectes en la salut mental de les dones i persones LGTBIQ+, i molt especialment per les violències masclistes i la seva causalitat en el patiment psíquic. En aquest context, hem de tenir en compta:

- Els malestars producte de l'heteropatriarcat i els condicionaments socials i culturals que indueix.
- El sofriment psíquic i emocional com a resultat de la nostra pròpia experiència vital tenint en compte els rols de gènere.
- La influència de l'educació en els mandats de gènere.
- L'impacte en els malestars d'aspectes relacionats amb el gènere com la precarietat i inseguretat en la feina, la menor remuneració, la desigualtat d'oportunitats, el desgast en les tasques de la casa, la cura de les persones dependents, etc.

La interseccionalitat és un concepte que s'utilitza per comprendre com les diferents formes d'opressió i discriminació s'entrecruen i s'experimenten de manera simultània. Enlloc d'abordar categories com gènere, raça, classe, orientació sexual o discapacitat per separat, la interseccionalitat explora com aquestes dimensions interactuen i afecten la vida d'una persona de manera complexa i única. Les dones i les persones LGBTIQ+ amb un diagnòstic de salut mental afronten un estigma i discriminació addicional que limita el seu accés a diferents entorns (laboral, social, sanitari, etc).

D'altra banda, el gènere influeix en la intervenció psiquiàtrica de forma que es donen, en el cas de les dones, sobre-diagnòstics en depressió, ansietat, trastorns com el trastorn límit de la personalitat, el trastorn histriònic de la personalitat i, en canvi, un infra-diagnòstic del trastorn per estrès posttraumàtic. A més, trobam un % major de dones amb sobremedicació antidepressiva i/o ansiolítica.

En el cas de les persones LGTBIQ+ es dona una complexa relació entre la salut mental i les experiències de discriminació, estigmatització i exclusió social, i segueixen enfrontant majors taxes de diagnòstics de trastorns mentals que la població general, com depressió i ansietat, trastorns relacionats amb el trauma, experiència suïcida o consum problemàtic de substàncies.

COM HO APLIQUEM?

- **Comitè d'Igualtat:** grup de treball per a la implantació de la perspectiva de gènere a l'organització, tant pel que fa l'àmbit de les i els professionals com a l'àmbit dels serveis i l'atenció a les persones participants.
- Fer conscients les idees, prejudicis i biaixos dels i les **professionals** a través de **formació i accions de conscienciació**. Difondre informació per diferents medis i formats, com per exemple el Decàleg de Bones Pràctiques d'Intress per afavorir la salut integral de les dones, atorgant protagonisme i veu a dones que pateixen o han patit violència de gènere i presenten símptomes concrets, posant èmfasi en les seves especificitats i necessitats (Annex 6).
- **Accions de sensibilització** (tallers, xerrades, actes,...) cap a les persones **PARTICIPANTS** dels serveis sobre igualtat de gènere i malestars de gènere.
- **Accions de sensibilització** (tallers, xerrades, actes,...) cap a les **FAMÍLIES** sobre igualtat de gènere i malestars de gènere.
- **Accions de sensibilització** (tallers, xerrades, actes,...) a **L'ENTORN COMUNITARI** en igualtat de gènere i malestars de gènere.
- **Grups de reflexió** de dones, d'homes o mixtes, treballant els rols, les actituds i comportaments derivats del sistema heteropatriarcal
- En totes les intervencions, **tenir en compta**:
 - La interseccionalitat de diferents opressions
 - Els malestars de gènere
 - Evitar la revictimització

- Explorar els rols de gènere per entendre com afecten a la qualitat de vida de les persones
- Generar **espais i relacions de seguretat**, on les persones poden expressar la seva experiència i el seu patiment sense por i amb la percepció de comprensió i empatia, i en els que es tenen en compte els malestars de gènere i les distintes opressions viscudes per les persones.
- Evitar perpetuar models masclistes i estereotips de gènere en les **activitats dels serveis**: distribució de tasques, selecció discriminada de treballadors i treballadores segons tipus del lloc de feina, atendre comportaments discriminatoris i/o vexatoris, etc.
- Detectar i atendre les **violències masclistes**, orientant a la persona en les passes a donar i acompanyant-la emocionalment.
- Disposar de **protocols** específics d'actuació per detectar i acompanyar en casos de violència masclista o risc de violència masclista i d'assetjament sexual.
- Els instruments, procediments, base de dades, documents i registres de tota l'entitat tenen en compte la perspectiva de gènere i els malestars de gènere, així com el **llenguatge no sexista i inclusiu**.

4.- Serveis sensibles al trauma

Tal com entenem el patiment psíquic, les situacions vitals doloroses i traumàtiques experimentades per les persones han de ser tingudes en compte per a dur a terme un acompanyament respectuós i que eviti la retraumatització i el malestar, promovent a l'hora la creació d'un vincle segur i constructiu.

Les experiències traumàtiques viscudes superen la capacitat d'afrontament de la persona i minen la seva sensació de seguretat. Les persones supervivents de trauma aprenen a viure amb adaptacions per gestionar els malestars que només són explicables per les circumstàncies viscudes, sovint no útils en entorns segurs i/o potencialment perilloses, i qualificades com patològiques (consum, autolesions,...)

L'enfocament de trauma informat implica el coneixement i la comprensió de les vivències de trauma per part tant de la pròpia persona com del/la professional i aborda els efectes del trauma en la situació actual. No es tracta d'una teràpia sinó d'una forma de relacionar-se amb les persones i els espais. En aquest context, és cabdal entendre com el gènere ha configurat les diferents formes de patiment davant una situació traumàtica, així com també les diferències en la naturalesa d'aquestes situacions.

COM HO APLIQUEM?

- Prevenir el trauma dins dels serveis:
 - Construint una relació d'acompanyament segura.
 - Mirant a través de les ulleres del trauma.
 - Mantenint converses respectuoses i amb compressió sobre el trauma.

- Considerant el trauma invisible, ocult o no expressat.
 - Considerant la interseccionalitat, la confluència de varis factors i opressions en una persona.
 - Validant i reconeixent l'impacte de les violències.
- Crear espais de seguretat física, psicològica i emocional.
 - Les relacions segures són consistents, predictibles, no violentes, no culpabilitzadores i no provoquen vergonya.
 - Espais acollidors i que respecten la privacitat, amb ambients càlids i lluminosos.
 - Mantenir una actitud professional de col·laboració i reciprocitat, amb honestedat, una presa de decisions transparent i compartida.
 - La documentació és accessible física i cognitivament.
 - Desenvolupar l'apoderament de la persona, visibilitzant les seves qualitats i fortaleeses, validant i promovent l'autoafirmació.
 - Fomentar l'elecció i control per part de la persona.
 - Informar dels drets i responsabilitats.
 - Promoure el respecte com a vehicle de diàleg, promovent confiança, claredat i consistència en l'establiment d'acords i límits.
 - Assegurar relacions amb un llenguatge proper i sensible.
 - Oferir activitats, programes, tallers,...orientats al tractament del trauma o que tenen en compte l'experiència traumàtica de la persona.

INTERVENCIÓ PROFESSIONAL I COHERÈNCIA AMB EL MODEL D'ATENCIÓ

El nostre model posa en primera línia els drets i la llibertat de la persona, i la llibertat te riscos... En aquest apartat, obert a un continu enriquiment a mesura que avencem en la implantació de les pràctiques, intentam orientar la intervenció en situacions complexes que ens trobam en el dia a dia de la nostra feina: addicció, consum de substàncies, curateles, ideació suïcida, conductes no adaptatives. A més, les persones a qui acompanyam pateixen sovint ingressos hospitalaris involuntaris, violència institucional, i altres situacions de vulneració de drets justificades o no pel sistema sanitari i social actual.

No tenim respostes per a cada una de les situacions que ens trobam, no hi ha solucions generalistes per a totes les situacions semblants. Hem de reflexionar i actuar, o no, segons cada persona i cada context.

I en situacions complexes no ho podem fer només individualment. Les respostes que donam no depenen d'un o una professional en particular. Treballem en un equip i una organització, a la que representam a través de les nostres actuacions.

En les situacions que ens fan dubtar, hem de compartir amb l'equip, i pensant que les decisions que prenem en situacions altament complexes s'han de prendre en consens amb la direcció de la organització, i que comptem també amb el suport de grups de treball consultius i orientadors de la pràctica com el Comitè d'Igualtat i el Comitè d'Ètica.

La responsabilitat i el secret professional.

En les situacions complexes i que ens fan dubtar, hem de tenir en compte els següents aspectes (adaptat de *Haciendo visible lo invisible. Prevención del suicidio en los servicios de Intress. Intress. 2018*):

- Límits al compromís de confidencialitat i secret professional: els codis deontològics de la major part de les professions de relacions d'ajuda assenyalen com a motiu de revelació d'informació sense consentiment de la persona usuària l'evitació d'un dany greu a terceres persones o a la pròpia persona.
- Responsabilitat professional: si prenem com a referència l'àmbit sanitari, hi pot haver responsabilitat penal quan la conducta sigui clarament previsible i evitable, i l'actitud professional hagi estat clarament descuidada. La responsabilitat civil derivada de l'activitat sanitària determina una obligació de medis, no de resultats, el que implica que el fracàs en les mesures preventives no suposa necessàriament una mala pràctica. Només seria considerada mala pràctica en el cas de que el o la professional sanitària no hagués prestat atenció a signes evidents de risc o que no hagués pres decisions per a evitar-los.

En el cas dels nostres serveis, aquesta mala pràctica es referirà a la tipologia d'actuació que és pròpia del servei en concret. Per tant, hem de fer tot el possible amb els medis i condicions de que disposam com a servei.

Expectatives i frustracions professionals: què és "sortir be"?

Que una cosa surti be pot dependre del punt de vista de cada persona implicada en una intervenció: la pròpia persona participant, la família, els equips professionals que intervenen...sovint tenen distintes visions de què és tenir èxit.

En el nostre model, la visió de la persona participant a la que acompanyam és crucial per entendre les raons que condueixen a que es compleixin o no els objectius plantejats. A vegades, intentam imposar la nostra pròpia idea del què ha de ser un procés positiu, què és una vida de qualitat o què val la pena aprendre a fer. Tot això no te molt de sentit si no és compartit per la persona, protagonista de la seva vida i subjecte de drets i desitjos propis.

Aquest aspecte es converteix en clau davant determinades situacions extremes que ens creen dubtes, conflictes ètics, preocupacions i/o pors sobre com acompanyar, especialment quan s'incompleixen normes escrites o donades per fet, es compromet el benestar de terceres persones o hi ha perill per la pròpia persona o el seu entorn.

No tenim receptes magistrals per aplicar a totes les situacions, cada una d'elles és única i hem de reflexionar sobre ella. No actuïs en soledat si tens dubtes, comparteix amb l'equip, parlant i sense precipitar-nos en les decisions que afecten seriosament la vida de les persones.

La co-responsabilitat en el projecte de vida i en situacions extremes s'ha d'entendre en aquest sentit com un compartir amb la persona les nostres dubtes i pors, també la nostra percepció de les coses i el que podem aportar des del nostre saber professional, orientant i acompanyant en una presa de decisions informada, i partint de la base de reflexionar sobre quins son els riscos assumibles per nosaltres com a professionals i com entitat.

D'altra banda, la percepció de si tenim èxit o no en la nostra feina repercuteix directament en la nostra frustració com a professionals. A pics tenim expectatives que neixen del que pensam

que hauria de ser, condicionat pel que hem estudiat, el que ens han dit que ha de ser una intervenció exitosa, el que marquen els plecs administratius,...o simplement la cultura dominant.

Quan no s'assoleixen aquests objectius, sovint perquè no son compartits per la persona o simplement perquè no pot complir-los, ens crea frustració i ens fa qüestionar o be la nostra aptitud professional, o be si la persona "és perfil", "és el seu moment",... Pensem que per les persones amb patiment psíquic només el fet d'acompanyar i sostenir és moltes vegades el millor que ens podem plantejar i és en sí mateix un objectiu "d'èxit".

Sobre el dret a la locura.

D'especial importància en aquest context està la forma d'entendre que tinguem del malestar psíquic intens, que com hem definit abans passa per acceptar-lo com una situació de la persona en la que pot precisar d'un acompanyament i un suport respectuós amb ella i amb el moment pel que transita. Pot ser podem recordar la pel·lícula del Joker quan escriu: "lo pitjor de ser un malalt mental és que la gent espera que NO et comportis com un malalt mental".

Sovint sense ser-ne conscients podem caure en crear o contribuir a l'estigma cap a les persones, donant per fet explicacions simplistes sobre els comportaments poc adaptatius. Les pròpies persones amb patiment psíquic poden presentar una tendència a l'autoestigma i a una percepció negativa sobre elles mateixes i les seves capacitats, reflex del que senten que se lis transmet des del seu entorn i des de la societat en general. Partir de la confiança en les persones i de l'acceptació de la seva realitat és clau per acompanyar d'una forma vertaderament respectuosa i contribuir en la mesura de lo possible al canvi.

Ens demanam si el camí a seguir és el canvi de mirada i paradigma social, on la persona tenguí dret a estar en la manera que els malestars li permetin, reconeixent la diversitat funcional i les diferents formes d'estar en el mon que hi pot haver.

Què és i què no és la horitzontalitat.

Entenem per una intervenció des de la horitzontalitat aquella en la que es respecte a totes les persones i els seus desitjos i interessos, es dona una reciprocitat en la relació, s'arriben a uns acords i s'acompanya en allò acordat, hi ha una co-responsabilitat en la presa de decisions, combinant els sabers de les persones expertes per coneixement i les persones expertes per experiència, tot assumint que la llibertat implica riscos.

Aquest tipus d'acompanyament inclou, en el nostre model, la obligació de informar, aportar el nostre coneixement professional, orientar a la persona sobre els pros o contres d'una determinada situació o decisió. No és un "deixar fer" sense intervenció, no és simplement escoltar i proporcionar a la persona el suport pel que demanda, sigui el que sigui i de forma incondicional.

Com a professionals tenim la responsabilitat d'aportar el nostre coneixement i experiència, discrepar, orientar i intentar fer veure a les persones les possibles conseqüències dels seus actes, cuidant de no imposar de forma més o menys autoritària, més o menys encoberta, el nostre punt de vista.

Altres tipus d'intervenció

El dialogisme, més enllà de la intervenció dialògica, és l'estil de relació que defineix el nostre model d'atenció. Ara be, en la pràctica diària poden sorgir necessitats que ens plantegin fer una intervenció que no s'ajusta exactament a les propostes plantejades fins ara o que ens planteja dubtes al respecte, com poden ser intervencions de tipus cognitiu, conductual, relacionades amb teràpies de tercera generació, etc.

Des de la perspectiva centrada en la persona del nostre model, es poden donar aquests tipus d'intervenció psicològica, terapèutica, social o educativa sempre i quan siguin coherents amb els principis del model. Per a lo qual s'han de donar els següents requisits:

- La persona sempre ha d'estar informada de la proposta i ha de donar el seu consentiment a participar-hi. Ha d'estar informada i assabentada de tot allò que li afecti. Les seves decisions, una vegada informada, s'han de respectar.
- Les intervencions plantejades han de respectar els drets de la persona (veure apartat Drets).
- Cada persona és un cas únic i la seva situació ha de ser tractada com a tal. La realitat intersubjectiva de la persona requereix intervencions úniques adaptades a cada moment.

Sobre els límits, les normes, les imposicions i demés.

Sovint escoltam discursos semblants a "aquestes persones necessiten límits (o molts de límits)", "son persones manipuladores", "ho feim pel teu be"... i sí, com per a totes les persones, incloses les professionals, existeixen límits que s'han de respectar per garantir la convivència. Ara be, possiblement aquests límits, normes, directrius i altres eines d'aquests tipus es poden relativitzar, es poden flexibilitzar i es poden fer menys restrictives, coercitives i autoritàries. De fet moltes vegades serà positiu per la convivència fer-ho així.

Les normes mínimes de convivència son necessàries, però des de les institucions, els serveis, els dispositius, les convertim amb dogmes de fe, a vegades sense molta explicació o coherència, i només aconseguim dificultar el vincle amb les persones i la possibilitat d'acompanyament.

Un exemple, entre molts altres, pot ser el consum de substàncies, que en sí mateix no pot ser motiu d'exclusió o d'expulsió d'un dels nostres serveis, molt especialment si el consideram, com altres conductes poc adaptatives, com a una manifestació del malestar de la persona i no com un fet penalitzable per un incompliment de normativa.

A vegades ens hem de demanar: per qui son els límits? Per la persona participant o per noltros com professionals, per garantir la nostra autoritat, la nostra distància de la persona? Si aquest tipus de límits son necessaris, que a vegades ho son, és important que en siguem conscients i reflexionem sobre la nostra intervenció tenint-ho en compta.

Això no implica que tot val i qualsevol conducta es pot fer siguin quins siguin els efectes per a altres. L'exercici dels drets implica el compliment d'uns deures, i les accions que perjudiquen a altres, o a noltros mateixes, tenen conseqüències. L'exercici de la llibertat du implícit la

responsabilitat dels nostres actes. Els factors que influeixen en el patiment psíquic expliquen els comportaments, però no els justifiquen.

En la nostra pràctica cercarem una combinació entre relacions respectuoses, acords, transparència i límits. Algunes pautes per apropar-nos hi:

- No podem parlar de límits en general per a tothom, menys per un col·lectiu o grup determinat, sinó en funció de la realitat de cada persona.
- Quan existeixen normes, la persona ha d'estar informada prèviament de les conseqüències de l'incompliment de les mateixes. No donem per fet que totes ho saben, ho recorden o en són conscients.
- Les normes no sempre es poden complir per un o altra motiu, s'ha de fer una lectura individualitzada de la situació i valorar en conseqüència.

A l'hora d'aplicar conseqüències a les conductes extremes desadaptades, és important reflexionar sobre lo exposat i, sempre que sigui possible, plantejar-nos la possibilitat d'una segona, tercera, quarta,...oportunitat. Només en casos extrems, una persona ha de quedar fora cap tipus d'acompanyament per part de l'entitat, excepte quan sigui aquesta la seva voluntat, i encara així hem d'actuar proactivament per fer-li a saber que pot rebre acompanyament.

Les situacions conflictives

Un dels temes clau en la implantació del model és la forma d'entendre i d'actuar quan es produeixen situacions altament complexes i/o d'alt risc, sigui quina sigui la causa o el desencadenant, com respostes d'agressivitat verbal o física cap a altres o cap un mateix, de fugida o de negativitat extrema, en el marc d'un model d'atenció fonamentat en els drets i la seva traducció metodològica (no autoritarisme, llibertat d'elecció, atenció comunitària...).

En aquesta línia de feina, ens cal trobar respostes aprofundint en aquelles formes d'intervenir, o no intervenir, que més ens apropin als principis bàsics del model d'atenció i suposin una millora, en la mesura de lo possible, de la situació conflictiva, garantint la seguretat de la pròpia persona, d'altres persones involucrades i de les i els professionals d'atenció.

Com idees de partida per iniciar aquest aprofundiment proposam les següents:

1.- PREVENIR LES SITUACIONS CONFLICTIVES

- Els espais i l'ambient: càlids, tranquils i acollidors.
- El tracte: respectuós, dialogant, participatiu.
- Els traumes: com poden estar afectant en aquesta situació.
- Tenir en compta la història de vida i les situacions vitals de la persona per entendre les respostes actuals.
- Exigències del servei: fins on hem de pressionar en una situació d'escalada o en la qual sabem que es pot produir una escalada?. Els serveis o les actuacions puntuals de baixa exigència poden ajudar a rebaixar la tensió i donar la oportunitat de continuar treballant amb la persona.
- La personalització del servei i la individualització: no totes tenim les mateixes necessitats, capacitats, expectatives i desitjos. Respectam l'alteritat.
- Sistemes de voluntats anticipades, planificació anticipades de decisions, etc., per determinar anticipadament com actuar si es produeixen aquestes situacions.

- Mapes locals: respostes davant com la persona ha viscut la opressió. Què puc fer o poden fer altres per ajudar-me davant situacions detonants.
- Intervenció conductual, suport conductual positiu, teràpies contextuals o altres intervencions, informades i consensuades amb la persona sempre que sigui possible.
- Actitud davant creences / percepcions inusuals.
- Pràctiques dialògiques: corresponsabilitat i horitzontalitat.
- Pràctiques restauratives: ajudar als grups a construir relacions i a funcionar plegats, així com a tractar els conflictes de manera que es puguin restaurar les relacions a partir del diàleg.

2.- I QUAN JA ES DESENCADENA LA SITUACIÓ CONFLICTIVA?

- Acompanyament emocional - no coercitiu / Tècniques de desescalada: contenint la situació des del respecte i la comprensió.

BIBLIOGRAFIA

Arnkil, T.E. i Eriksson, E. (2021) *Asumir las preocupaciones propias. Un Manual para diálogos tempranos.*

Bessel van der Kolk, M.D. 2020 (4ª edición) *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma.*

Cook, A. (2014). *Comprender la psicosis y la esquizofrenia.* Division of Clinical Psychology (The British Psychological Society)

Desviat, M; Moreno, A. (2012) *Acciones de salud mental en la comunidad.* Asociación Española de Neuropsiquiatría.

García-Valdecasas, J., Vispe, A. (2023) *Postpsiquiatría. Apuntes sobre teorías y prácticas.*

Gergen, K. (2006). *Construccionismo social. Aportes para el debate y la práctica*

Gómez Beneyto, M.; Rodríguez Pulido, F. i altres. *Evaluación del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales en España.* Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2018; 38(133): 19-43.

Hernández Pacheco, M. (2020) *Apego, disociación y trauma. Trabajo práctico con el modelo parcuve.*

Knight, T. *Más allá de las creencias. Maneras alternativas de trabajar con delirios, ideas obsesivas y experiencias inusuales.*

MINISTERIO DE IGUALDAD Dirección General para la Igualdad Real y Efectiva de las Personas LGTBI+ (2024). *La situación de las personas lgtbi+ con discapacidad en España. Resumen ejecutivo.*

Moncrieff, J. (2013) *Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos.*

Moreno, A. (2018) *La práctica de la terapia sistémica.*

Padilla, J.; Carmona, M. (2022) *Malestamos.*

Parrabera García, S. y Chico González, M. (capítol 32 de Modelos del Cambio: Casos clínicos en psicosis) 2022 *Diálogo abierto y primeros episodios en psicosis.*

Salander, J. 2024. *Tu argumentario feminista en datos. 100 razones para combatir el machismo.*

Seikkula, J. i Arnkil, T.E. (2019) *Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas. Respetando la alteridad en el momento presente.*

Seikkula, J. i Arnkil, T.E. (2016) *Diálogos terapéuticos en la red social.*

Shepherd, G., Boardman, J. I Slade, M (2008). *Hacer de la recuperación una realidad.*

Whitaker, R. (2015) *Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombro aumento de las enfermedades mentales.*

BIBLIOGRAFIA RECOMANADA

De la bibliografía utilizada per la redacció d'aquest document, recomanam les següents lectures per ampliar la informació sobre els aspectes fonamentals del Model d'atenció de 3 Salut Mental:

Anatomía de una epidemia. Medicamentos psiquiátricos y el asombro aumento de las enfermedades mentales. Whitaker, R. 2015

Apego, disociación y trauma. Trabajo práctico con el modelo parcuve. Hernández Pacheco, M. 2020

Asumir las preocupaciones propias. Un Manual para diálogos tempranos. Arnkil, T.E. i Eriksson, E. 2021

Diálogo abierto y primeros episodios en psicosis. Parrabera García, S. y Chico González, M. (capítol 32 de Modelos del Cambio: Casos clínicos en psicosis) 2022

Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas. Respetando la alteridad en el momento presente. Seikkula, J. i Arnkil, T.E. 2019

Diálogos terapéuticos en la red social. Seikkula, J. i Arnkil, T.E. 2016

El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma. Bessel van der Kolk, M.D. 2020 (4ª edición)

Hablando claro. Una introducción a los fármacos psiquiátricos. Moncrieff, J. 2013

Malestamos. Padilla, J.; Carmona, M. (2022)

Más allá de las creencias. Maneras alternativas de trabajar con delirios, ideas obsesivas y experiencias inusuales. Knight, T.

Tu argumentario feminista en datos. 100 razones para combatir el machismo. Salander, J. 2024

ANNEXES

ANNEX 1. DRETS DE LES PERSONES I ACCIONS EMPRESES PER A EXERCIR-LOS

Serveis que desenvolupam per assegurar els drets de les persones que acompanyam (extracte de la Convenció sobre els Drets de les persones amb discapacitat).

Dret a la Igualtat i no discriminació (art. 5), Dret a la llibertat i seguretat de la persona (art. 14) i Dret a la protecció de la integritat personal (art. 17)

Totes les persones són iguals davant la llei i a beneficiar-se de la llei en igual mesura sense cap discriminació.

Hem d'assegurar que les persones amb patiment psíquic, en igualtat de condicions amb les altres, no es vegin privades de la seva llibertat il·legal o arbitràriament i que qualsevol privació de llibertat sigui de conformitat amb la llei, i que l'existència d'un trastorn mental no justifiqui en cap cas una privació de la llibertat.

A més, tota persona amb patiment psíquic té dret al fet que es respecti la seva integritat física i mental en igualtat de condicions amb les altres.

- Accions empreses

Disseny i implantació del Model d'atenció basat en l'anàlisi de la nostra pròpia actuació i la cerca de metodologies innovadores a Europa.

Dona (art. 6)

Prenem totes les mesures pertinents per a assegurar el ple desenvolupament, avançament i potenciació de la dona, amb el propòsit de garantir-li l'exercici i gaudi dels drets humans i les llibertats fonamentals.

- Accions empreses

Obertura de la Casa Violeta com a projecte pilot a Espanya. Un projecte per a atenció en crisi de dones, sobretot per a casos lligats a violència de gènere.

Presa de consciència (art. 8)

Ens comprometem a adoptar mesures immediates, efectives i pertinents per a:

a) Sensibilitzar a la societat, fins i tot a nivell familiar, perquè prengui major consciència respecte de les persones amb patiment psíquic i fomentar el respecte dels drets i la dignitat d'aquestes persones.

b) Lluitar contra els estereotips, els prejudicis i les pràctiques nocives respecte de les persones amb patiment psíquic, inclosos els que es basen en el gènere o l'edat, en tots els àmbits de la vida.

Les mesures a aquest efecte inclouen:

a) Posar en marxa i mantenir campanyes efectives de sensibilització pública destinades a:

I. Fomentar actituds receptives respecte dels drets de les persones amb trastorn mental.

II. Promoure percepcions positives i una major consciència social respecte de les persones amb trastorn mental.

b) Fomentar en tots els nivells del sistema educatiu, fins i tot entre tots els nens i les nenes des d'una edat primerenca, una actitud de respecte dels drets de les persones amb patiment psíquic.

c) Encoratjar a tots els òrgans dels mitjans de comunicació al fet que difonguin una imatge de les persones amb patiment psíquic que sigui compatible amb el propòsit de la Convenció.

d) Promoure programes de formació sobre sensibilització que tinguin en compte a les persones amb trastorn mental i els drets d'aquestes persones.

• Accions empreses:

Programes *Obertament Balears* i *What's up! Com vas de salut mental?* per a la sensibilització social i lluita contra l'estigma dirigit a diversos col·lectius socials i a l'àmbit educatiu.

Dret a viure de forma independent i a ser inclòs a la comunitat (art. 19)

Treballam per a que es pugui fer efectiu el dret en igualtat de condicions de totes les persones amb patiment psíquic a viure en la comunitat, elegint el lloc i les persones amb qui volen conviure, oferint distintes opcions d'habitatge i els suports necessaris per a viure de forma el més independent possible.

• Accions empreses:

- Suport Socioeducatiu Comunitari
- Servei de Promoció de l'Autonomia
- Habitatge Supervisat
- Domicili compartit

Educació (art. 24)

Volem desenvolupar plenament el potencial humà i el sentit de la dignitat i l'autoestima i reforçar el respecte pels drets humans, les llibertats fonamentals i la diversitat humana; desenvolupem al màxim la personalitat, els talents i la creativitat de les persones amb patiment psíquic, així com les seves aptituds mentals i físiques i treballem per a fer possible que les persones amb patiment psíquic participin de manera efectiva en una societat lliure.

Per a això fem els ajustos raonables en funció de les necessitats individuals en els programes formatius, prestem el suport necessari a les persones per a facilitar la seva formació efectiva i facilitem mesures de suport personalitzades i efectives en entorns que fomentin al màxim el desenvolupament acadèmic i social, de conformitat amb l'objectiu de la plena inclusió.

- Accions empreses:

Projecte de Formació dual, pioner en l'Estat espanyol.

Habilitació i Rehabilitació (art. 26)

Adoptarem mesures efectives per a aconseguir que totes les persones puguin assolir i mantenir la màxima independència, capacitat física, mental, social i vocacional, i la inclusió i participació plena a tots els aspectes de la seva vida.

- Accions empreses:

- Servei de Rehabilitació Comunitària (Ocupacional)
- Atenció Psicològica
- Atenció a Famílies

Treball i ocupació (art. 27)

Pretenem que les persones amb patiment psíquic tinguin accés efectiu a programes generals d'orientació tècnica i vocacional, serveis de col·locació i formació professional i contínua. Promovem les oportunitats d'ocupació i la promoció professional de les persones amb patiment psíquic en el mercat laboral, donant-les suport per a la cerca, obtenció, manteniment de l'ocupació i retorn al treball després d'un període d'inactivitat. Promovem l'adquisició d'experiència laboral en el mercat de treball obert.

- Accions empreses

- Estratègia d'emprenedoria social. Serveis i activitats empresarials vàries impulsades des dels Centres Especials de Treball, destacant pel seu caràcter innovador: Tres Glops (planta embotelladora d'aigua i repartiment situada a Binissalem); T'estim (projecte de producció d'infusions i tes); Velòdrom (servei de restaurant, cafeteria i càtering), gestió de punts verds municipals, etc.
- Servei de Rehabilitació Comunitària-Laboral i Servei d'Orientació Professional (SOP). Accions de suport prelaborals i d'incorporació i manteniment en el món laboral en empreses de la comunitat.

Salut (art.25)

Volem que les persones amb patiment psíquic tinguin dret a gaudir del més alt nivell possible de salut sense discriminació i tinguin accés a serveis de salut que tinguin en compte les qüestions de gènere, inclosa la rehabilitació relacionada amb la salut, i respectin les decisions de la persona

- Accions empreses

Programa Desintegrades. Programa de prevenció i postvenció de la conducta suïcida.

Serveis d'Atenció Psicològica.

Recopilació de dades i estadístiques (art. 31)

És fonamental recopilar informació, així com identificar i eliminar les barreres amb què s'enfronten les persones amb trastorn mental en l'exercici dels seus drets. Assumim aquesta responsabilitat, així com la difusió d'aquestes estadístiques i assegurar que siguin accessibles per a les persones.

- Accions empreses

Base de dades global, per a relacionar l'impacte del nostre treball amb la qualitat de vida de les persones.

.

ANNEX 2. Orientacions per a realitzar reunions dialògiques

(aquestes orientacions estan adaptades a partir de formació i documents elaborats per la Porvenir)

Les reunions són la forma de treballar en el marc dialògic. En el cas de 3 Salut Mental, apliquem la metodologia de les reunions dialògiques en diverses situacions, en coherència amb la forma d'entre la salut mental des d'una perspectiva relacional.

La reunió és un encontre centrat en la conversació d'aproximadament 1,5 hores de duració, a la que participa al menys la persona que mostra la preocupació i, sempre que la complexitat de la situació ho requereixi, al menys dues persones professionals. La persona que mostra la preocupació pot convidar a qui consideri.

El que NO és una reunió dialògica: no és un espai per a xerrar dels i de les demés i del que han de fer. No és un espai per obtenir informació sobre les persones ni per emetre explicacions o prendre decisions per part dels/les experts/es.

Idò per a què serveixen les reunions?: per entendre el que està passant, per aclarir necessitats i situacions, per parlar sobre formes de que es resolguin, per arribar a acords,... per escoltar-se, per suportar el no saber què fer, per organitzar-se, per acompanyar-se en situacions complexes i per no prendre decisions precipitades.

Pel que fa a les persones professionals, tot el que es tracta sobre la preocupació es tracta a la pròpia reunió, no hi ha xerrades en paral·lel, prèvies o posteriors a les reunions de totes les persones convocades.

L'equip el formen les persones que estan a la reunió. NO es parla amb altres professionals sobre el cas, excepte si hi ha motius per a que siguin convidades a la reunió.

Organitzar les reunions requereix esforç i disponibilitat. Les reunions han de ser les necessàries i assumibles.

Orientativament, seguim les següents passes i recomanacions:

1.- Convocar una reunió (qui hi va, quan, on)

Es convoca una reunió quan algú expressa una preocupació. La persona diu quines persones troba que s'han de convidar a la reunió.

Es convoca la reunió juntament amb la persona que te la preocupació o, si és el cas, la convoca ella directament.

Al convocar a les persones convidades no es profunditza excepte lo necessari per convocar.

S'informa a les persones convidades de si hi aniran acompanyades d'una altra persona de l'equip professional (com la figura de co-facilitadora).

S'informa que la duració serà aproximadament de 1,5 hores. La conversació podrà continuar després, no només a la primera reunió, essent recomanable pactar properes reunions.

El lloc de la reunió és el que es consideri més oportú, habitualment el domicili de la persona que te la preocupació. Normalment les reunions són presencials, però es pot optar per qualsevol altre canal si és necessari o es considera convenient.

Es poden convidar professionals d'altres entitats involucrades o a qualsevol altre persona de la comunitat.

2.- La reunió.

La persona que te la preocupació comença explicant què és el que li preocupa.

La persona professional ajuda o facilita que el diàleg es produeixi segons el model, encara que les persones participants poden xerrar o mantenir-se callades: cada persona te el dret a xerrar però no l'obligació.

S'introdueixen les pautes de comunicació de la reunió i es donen per escrit (veure Annex 3 *Tens una preocupació? Vols convocar una reunió i en xerram tots plegats?*)

El que ha de succeir no està predeterminat. No hi ha objectius de la reunió.

L'objectiu de la persona professional és que es produeixi el diàleg i sostenir les emocions que poden sorgir durant l'encontre.

El seu rol és el de facilitar la reunió, no el de persona especialista en un camp determinat de coneixement, encara que sí comparteix el seu saber amb la resta de persones participants.

S'evita la interpretació del que es diu o succeeix, ja que impedeix seguir escoltant.

Les persones professionals parlen entre elles seguint les pautes de comunicació de la reunió, i la discrepància aporta valor. Entre elles es comuniquen una a l'altra aspectes de la seva pròpia comunicació que poden no seguir les pautes (interpretacions, judicis,...).

No es controla el comportament de les persones participants. Es pot entrar i sortir, anar-se'n abans d'acabar, asseure o aixecar-se, expressar ràbia,...

3.- Acabar la reunió.

Es dona temps per a acabar la reunió: Hi ha compromisos? Com seguim?

La persona professional evita ser la que diu com seguir. S'escolten totes les veus per saber com seguim: a vegades una altra reunió amb data, a vegades sense pròxima reunió prevista. Es tolera la incertesa.

Ens deixam de reunir quan ningú de les persones participants te necessitat de convocar més reunions.

DIÀLEG REFLEXIU

Tant durant la reunió com al final es pot fer un diàleg reflexiu entre els professionals de la reunió que aportarà un resum del que més ens ha cridat l'atenció i impactat emocionalment, intentant repetir paraules o frases textuales que s'han dit, anomenant a tots els participants de la reunió i acabant amb un missatge esperançador i preguntes o hipòtesis que llençam a l'aire.

ANNEX 3. Full “Tens una preocupació? Vols convocar una reunió i en xerram totes plegades?”

3 Salut Mental aposta per l'afrontament en grup de les situacions difícils o conflictives i la recerca de solucions de forma col·lectiva.

Qualsevol persona que tingui una preocupació pot convocar una reunió per xerrar-ne i proposar quines persones vol que en participin.

En aquestes reunions:

- xerram en primera persona (del que pensam i sentim noltros)
- no jutjam
- respectam
- escoltam amb atenció a l'altre abans de xerrar
- dubtam i discrepam
- pensam en alt, fins trobar les paraules
- ens donam temps per escoltar i pensar, sense respondre amb rapidesa
- demanam des de la curiositat
- renunciem a tenir la “veritat”, convèncer o donar consells
- contribuïm a que s'escoltin totes les veus

Al final de cada reunió es plantejarà com continuar i es decidirà en grup si es programa una altra trobada.

ANNEX 4. Assumint les preocupacions pròpies

(resum basat en *Assumir les preocupacions pròpies. Un Manual per a diàlegs primerencs*. Arnkil i Eriksson)

Amb l'aplicació d'aquest mètode de diàlegs primerencs podem abordar qüestions difícils de forma respectuosa i col·laborativa, especialment en situacions en les que la persona professional no està segura de com afrontar una preocupació subjectiva relacionada amb la persona participant, assumint la preocupació pròpia d'una forma dialògica: establint un diàleg genuí. L'objectiu principal consisteix en construir una aliança que ajudi a alleujar les preocupacions que estan sorgint.

La persona professional convoca a una reunió a la persona o persones amb qui ha de tractar el tema que la preocupa i els hi exposa de forma honesta i transparent aquesta preocupació pròpia, en lloc d'afrontar la situació centrant-se en els problemes de l'altra part, i demana a aquesta persona o persones que l'ajudin a disminuir aquesta preocupació.

El mètode es pot resumir en una sèrie de preguntes que es fa la pròpia persona professional com a guia per a enfocar el procés. Posar-ho per escrit, encara que no estrictament necessari, ajudarà a reflexionar i millorar les habilitats professionals.

La primera sèrie de preguntes serveix per a la fase prèvia, per a tenir una millor compressió de la situació. Les qüestions son:

- Què és el que em preocupa de la situació de la persona?
- Que passarà si no abordo el tema?
- En què necessito realment l'ajuda de la persona a qui convocaré?
- Fins quin punt em sento preocupat?

La segona sèrie de preguntes serveix per a preparar la reunió, cercant la millor forma d'expressar la preocupació de la persona professional:

- De quina forma o en quines àrees la persona/es sent que rep el meu suport?
- Hi ha aspectes o àrees en que em poden trobar amenaçant?
- Quins recursos puc identificar en la persona o persones i de quina forma els hi puc transmetre?
- Què podríem fer conjuntament o per separat la persona o persones i jo per a millorar la situació?
- Com penso assumir les meves preocupacions i el meu desig de col·laborar?
- Anticipo el que pot succeir durant la conversació.
- Anticipo els possibles resultats de la conversació en un futur pròxim.
- Quin seria el lloc i el moment més adequat per reunir-me amb la persona o persones?

La tercera sèrie es farà servir després de la reunió, responent a "com va anar?" i "com em sento ara?":

- Com vaig abordar el tema?
- Com em vaig sentir abans, durant i després d'expressar la meva preocupació?
- Va ser com havia anticipat o no?
- Com percebo les accions acordades a la reunió? Hi ha motius per ser optimista? Hi ha coses que encara em preocupen?
- Que faré ara per a disminuir les meves preocupacions?

ANNEX 5. Diàlegs de bon futur

(resum basat en *Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas. Respetando la alteridad en el momento presente*. Seikkula i Arnkil, especialment pàgines 39 a 45, on podeu trobar un exemple que il·lustre molt be una situació)

Les sessions amb enfocament anticipatori tenen una estructura determinada prèviament i es solen efectuar amb facilitadors/es externes al cas, encara que podem fer variacions de la tècnica segons la situació i els medis disponibles. En aquest exemple la reunió es dona amb facilitadores externes.

Com totes les reunions dialògiques, es convoca a partir de la preocupació d'una de les persones involucrades, normalment professional, i es comença la reunió expressant aquesta preocupació i agraint a les persones participants la seva assistència per a contribuir a disminuir-la.

Les persones assistents seran, a més de les facilitadores neutrals que dirigiran la reunió: la professional que convoca a partir de la seva preocupació, la persona sobre la qual te la preocupació i la seva xarxa principal, tant professional com privada, que pot contribuir al tema objecte de preocupació. Totes les assistents participen per consens i de forma totalment voluntària.

La persona professional que dirigeix la reunió, en aquest cas una de les facilitadores, farà les preguntes sobre un bon futur i el camí per arribar-hi, i separarà clarament el temps de xerrar i el temps d'escoltar de cada participant.

A més, la reunió s'ha d'enfocar en les accions concretes que cada persona pot fer per disminuir la preocupació i no en els problemes. La segona facilitadora pren notes sobre el que es parla a una pissarra, per a que serveixi de referència a mesura que avança la reunió.

La persona facilitadora que dirigeix la reunió explica que les preguntes es faran des d'una perspectiva de futur, com si ja hi fóssim, acordant un lapse de temps adequat a la situació, per exemple un any.

Es comença demanant a la persona sobre la que es te la preocupació (per exemple la persona participant del servei):

- "Ara que ha passat un any i les coses van bastant be, com son per tu? Que te fa especialment feliç?"
- "Què vares fer per aconseguir que això passés? Qui et va ajudar i com?"
- "Què et preocupava *"fa un any"* i què ha fet que te preocupis menys?"

La persona fa el relat "recordant" com si ja hagués succeït.

A continuació es formulen les mateixes preguntes a les persones de la xarxa privada (familiars, amistats, etc.):

- "Ara que ha passat un any i les coses van bastant be, com son per tu? Que te fa especialment contenta?"
- "Què vares fer tu perquè això passés? Qui et va ajudar i com?"
- "Què et preocupava *"fa un any"* i què ha fet que te preocupis menys?"

La següent ronda de preguntes va dirigida a les professionals de la xarxa involucrades en el cas:

- “Què vares fer per contribuir a aquesta bona evolució? Qui et va ajudar i com?”
- “Què és el que et preocupava *“en aquell moment”* i què va disminuir les teves preocupacions?”

La darrera part de la reunió es dedica a recopilar les accions de les distintes persones en el pla: aquelles que cada una pot fer per a disminuir les preocupacions. Ara ja des del present, es construeix el camí per arribar al futur desitjat: qui farà què i amb qui.

En el moment o posteriorment es faciliten còpies del pla a cada participant, i es convoca una reunió de seguiment de totes les persones assistents passat un temps suficient per haver avençat en el pla, amb preguntes tipus:

- “Com van ara les coses?”
- “Que els hi agradaria agrair una persona a l'altra?”
- “Què faran a continuació, i qui amb qui?”

El que es pot aconseguir amb aquest tipus d'intervenció és connectar peces de suport i proporcionar a la persona professional que convoca la reunió un pla que ella tot sola no hagués pogut pensar i elaborar. Això és especialment fecund en les situacions “enrevessades”, en les que distintes àrees professionals estan involucrades en casos complexos que no avancen i en els que es fa difícil arribar a una coordinació entre les àrees, superant les fronteres entre elles.

En una reunió d'aquests tipus, les accions pròpies a realitzar per cada persona es van proposant a partir del que ha dit la persona que ha parlat abans, construint un camí conjunt que parteix de la confiança amb l'altra i el respecte a la seva alteritat.

Quan les persones tenen idees respecte al que podrien fer, les altres poden connectar-se a aquestes idees mitjançant les seves pròpies accions, i quan les coses comencen a connectar-se es produeix un canvi en l'ambient, “passen coses”, inclús en trobades entre persones que ja ho han intentat més o manco tot amb anterioritat.

ANNEX 6. Decàleg de Bones Pràctiques d'Interès per afavorir la salut integral de les dones

1. Troba un espai segur i agradable, on pugui parlar amb tu a soles. Per tal que la dona en situació de violència pugui expressar les seves emocions, pors, inquietuds, etc. cal que es senti segura, en un espai privat que convisqui al respecte, la confiança i la llibertat.

2. Pregunta'm sense por, et vull explicar, respecta els meus ritmes. Potser ara només necessito això, trobar en tu a una aliada. Preguntem, sistemàticament a totes les dones que atenen als nostres serveis, si tenen o van tenir parella, com va ser la seva relació, etc. per tal de detectar de forma precoç si han estat víctimes de violència de gènere. Així millorarem la nostra atenció, evitant la revictimització, la cronificació i la iatrogènia, i alhora aconseguirem que vegin en nosaltres una aliada.

3. Posa't a la meua pell. Potser el que veus com a símptomes és la meua lluita interna per treure fora de mi allò que em fa mal. Les dificultats de les dones que presenten patiment psíquic i que són víctimes de violència de gènere, en el seu discurs desorganitzat i incoherent, poden conduir a no donar credibilitat a la seva història de maltractament. En cap cas, la violència no està justificada.

4. No m'estàs jutjant. No pensis que has de contrastar tot allò que t'explico. Amb freqüència, aquesta manca de credibilitat s'alimenta de prejudicis i mites. La desconfiança que s'atorga al relat de les dones minimitza l'ajuda efectiva, en qualsevol dels diferents contextos (sanitaris, jurídics, etc.).

5. Mira'm sense prejudicis ni estereotips. Intenta no guiar-te pel que diuen o s'espera de mi. No hem de fer cap supòsit especial pel fet de ser dona amb algun diagnòstic de problemes de salut mental i haver patit una situació de violència de gènere.

6. Ajuda'm a no fer-me mal i demostra'm la teua confiança en la meua capacitat. Alguna vegada la meua inseguretat i la meua baixa autoestima em fan sentir culpa i vergonya. La teua escolta activa em donarà valor. L'auto-estigma de les dones amb diagnòstic de trastorn mental les fa mostrar insegures i sentir-se incapaces. Si els mostrem confiança i donem valor, aconseguirem que es sentin segures i amb força per a començar la seva recuperació.

7. Tracta d'entendre les meves dificultats. El que veus és el resultat de la meua història, les meves vivències personals, el meu context social i familiar, així com la violència patida. És important entendre que la vulnerabilitat d'aquestes dones té el seu origen en factors personals, socials i culturals. Per això, cal tenir una mirada multidimensional amb perspectiva de gènere, que permeti donar veu a les seves vides i les seves històries, i expressar les seves necessitats sense pors, creant xarxes i prestant-los suports concrets.

8. Confirma'm que, aquí, he arribat al lloc que necessito. La trajectòria d'aquestes dones mostra una llarga peregrinació per diferents especialistes de salut, on se les medicalitza amb absència de perspectiva de gènere i se les invisibilitza. Atès que moltes vegades els maltractadors són els seus principals cuidadors, cal conèixer aquesta situació per poder posar-hi remei, derivant als recursos especialitzats quan sigui necessari.

9. Intenta no simplificar quan t'expliqui què em passa, el meu malestar, i no encaixar-ho en els diagnòstics més comuns en dones. La depressió i/o l'ansietat que presenten aquestes

dones són també conseqüència de la violència de gènere viscuda, i necessiten ser tractades de forma única i individual, comprenent les seves especificitats.

10. Respecta el meu dret a prendre les meves pròpies decisions, independentment de les meves dificultats o la meva simptomatologia. Dona suport, orienta i acompanya en la presa de decisions de la dona, però no decideixis per ella. És fonamental conèixer i informar dels recursos que la poden ajudar, però no li tanquis la teva porta.

