

Intervenció en contextos culturals diversos

Ma. José Pubill González

PID_00153083



Universitat Oberta
de Catalunya

www.uoc.edu

Índex

Objectius	5
1. Introducció històrica i definició de la intervenció en la multiculturalitat	7
2. Possibles àrees d'aplicació	9
2.1. Problemes en la intervenció psicològica en el context de la pobresa	9
2.2. Problemes en la intervenció psicològica en el context de la immigració	12
2.3. Problemes en la intervenció psicològica en el context del gènere	15
2.3.1. Introducció	15
2.3.2. Diferències simptomatològiques segons el gènere: el problema del diagnòstic	16
2.3.3. Problemes a l'hora d'intervenir psicològicament en el context cultural del gènere	20
3. Característiques de la intervenció en la multiculturalitat	23
3.1. Apunts sobre la intervenció psicològica en contextos culturals diversos	23
4. Tècnica il·lustrativa	26
4.1. La intervenció en un cas d'immigració: la María	26
4.1.1. Qüestions	28
Bibliografia	29

Objectius

L'estudi d'aquest mòdul us ajudarà a assolir els següents objectius:

- 1.** Delimitar el concepte de la intervenció en la multiculturalitat.
- 2.** Conèixer alguns dels problemes i limitacions de la intervenció en la multiculturalitat.
- 3.** Assenyalar els aspectes i les característiques de la intervenció en la multiculturalitat.
- 4.** Comprendre l'aplicació d'una tècnica específica en un cas clínic.

1. Introducció històrica i definició de la intervenció en la multiculturalitat

Què és la intervenció en contextos culturals diversos o intervenció en la multiculturalitat? Aquest tipus d'intervenció és un fenomen relativament nou que pretén treballar respectant altres sistemes de creences i valors que no siguin els del món occidental, blanc i masculí. Per tant, és la intervenció que té en compte l'**ètnia**, el **gènere**, l'**orientació sexual** i la **classe social**.

La seva aparició coincideix amb l'apogeu del **postmodernisme** com a moviment cultural i filosòfic. Aquest moviment, que es podria definir com un conjunt d'actituds i de creences que destaquen per l'heterogeneïtat, intenta evitar conceptes dicotomitzats i reificats i, sobretot, veritats a ultrança.

Aquest moviment és contrari a la posició **moderna** que propugna que és possible un coneixement unificat, basat en veritats absolutes, que ens portin a aprehendre la realitat. Per tant, el modernisme es caracteritza per una tradició racional, lineal, positivista i empírica en les ciències.

En canvi, per al postmodernisme la veritat és una qüestió de perspectiva. Segons aquest moviment, s'han de revisar la veritat i l'ètica, reflexionar sobre les nostres realitats, considerant-les proposicionals, i les nostres normes, com a locals, provisionals i polítiques. De fet, també es coneix com a **saviesa de la inseguretat**.

El postmodernisme posa en dubte que hi hagi una veritat única i tot es mira sota l'òptica de la contextualització: res no es pot comprendre sense tenir en compte el context en què s'esdevé.

Com a punts en què es relacionen el postmodernisme i la multiculturalitat podem destacar els següents:

- 1) S'accepten diferents punts de vista i mai no s'identifiquen com a bons, dolents, correctes o incorrectes.
- 2) Es creu que els individus construeixen la seva visió del món per mitjà de complexos processos socials, i s'identifiquen amb les influències i modes dominants en la societat en aquell moment.
- 3) Es considera que només es pot comprendre el que volem comprendre, si es té en compte el seu context.
- 4) S'accepten dos o més punts de vista sobre una "realitat".

5) El llenguatge té molta importància, ja que és per mitjà del llenguatge i de les paraules que podem accedir a la manera com els altres veuen la realitat. En efecte, són les paraules narrades les que ens transmeten els significats.

Exemple

Pensem, per exemple, en una clienta d'ètnia gitana. Probablement, l'objectiu del seu canvi partirà del respecte als valors de la seva cultura, encara que vagi a teràpia, perquè està deprimida perquè sobre ella pesen massa càrregues familiars (anar a treballar al mercat, cuidar les persones grans de la família, portar la casa, i fer de pare i mare per als seus fills), mentre el seu marit passa els dies al bar. Però la seva cultura li marca l'obediència al marit, el respecte envers els grans i la responsabilitat del benestar familiar. Ella no voldrà traïr els seus principis, encara que el nostre estàndard de salut ens digui que ho ha de fer per començar a trobar-se bé. Per ajudar-la, el terapeuta haurà de ser més creatiu.

Treballar en contextos culturals diversos implica tenir en compte els biaixos que comporta viure en la nostra societat. De fet, el que els estàndards d'Occident poden considerar patologia pot no ser-ho en altres cultures, i això, sense voler, ens pot portar a errors d'intervenció.

Exemple

Per exemple, als països musulmans el trastorn obsessivocompulsiu o Waswas està associat amb el ritual religiós de l'ablució i de l'oració. No es veu com una malaltia que pot ser tractada, sinó que en lloc d'això es considera una temptació del diable dirigida a distreure la persona de dur a terme els seus deures religiosos i, per tant, no s'hi està prou atent.

En aquest mòdul examinarem tres contextos culturals diferents, la **pobresa**, la **immigració** i el **gènere**, més que amb la intenció d'establir models d'intervenció, amb la de plantejar preguntes que ens portin a reflexionar sobre la relativitat de les nostres creences sobre el que està establert com a correcte.

La intervenció en la multiculturalitat posa de manifest la necessitat de flexibilització sobre el model de salut i els criteris d'intervenció psicològica, ja que aquí el respecte per altres realitats i valors es posa altament de manifest.

La intervenció en contextos culturals diversos es caracteritza perquè té en compte valors i creences diferents dels del món occidental, blanc i masculí i, d'aquesta manera, supera l'actitud d'egocentrisme cultural.

Neix paral·lelament al moviment cultural postmodernista, que proclama que no hi ha una sola veritat i que per a comprendre qualsevol realitat n'hem de tenir en compte el context. Per tant, posa en relleu el respecte i la humilitat de coneixement a l'hora d'abordar qualsevol qüestió.

Així, en el tema de la salut i la intervenció en contextos culturals diversos, el postmodernisme remarca la necessitat de flexibilització del model que utilitzem i dels criteris d'intervenció, ja que aquí el respecte per altres realitats i valors es posa altament de manifest.

2. Possibles àrees d'aplicació

2.1. Problemes en la intervenció psicològica en el context de la pobresa

Per a nosaltres, els professionals, treballar en contextos de pobresa, tant des d'una òptica individual com familiar (en què ens trobem amb les anomenades *famílies multiproblemàtiques*), posa de manifest les limitacions pragmàtiques, teòriques i socials que impliquen les nostres intervencions. De fet, la intervenció en contextos de pobresa fa ressaltar la pobresa dels nostres recursos d'intervenció, atès que les persones que viuen en aquest context:

1) Pateixen **condicions socioeconòmiques** contínuament inestables i que els inviten a la marginalitat des de molt petits.

Exemple

Els progenitors, sense feina la majoria de vegades, cauen, en el pitjor dels casos, en l'alcoholisme o la delinqüència, cosa que porta a separacions familiars per processos jurídics o internaments per salut i, en el millor dels casos, depenen de subsidis socials, amb el seguiment consegüent per part de les institucions i la sensació de control i por –de perdre les beques, subvencions, etc.– que contínuament els afecta. Els nens s'han d'espavilar per sobreviure, cosa que no facilita que vagin al col·legi. La seva formació cultural i professional és baixa, i per això els és difícil trobar una feina que els permeti sortir de les condicions de vida que porten. A més, els grups de suport són els del carrer, cosa que propicia el contacte amb el món de les drogues i de la delinqüència juvenil.

2) Des del punt de vista **relacional** i socioeconòmic, la inestabilitat existencial és la pauta predominant, que sempre s'acompanya de problemes emocionals i comportamentals.

Exemple

Cal tenir en compte que la violència domèstica, la desestructuració familiar, l'abandonament de menors, les dependències des d'un punt de vista ampli (alcoholisme, ludopatia, cleptomania, drogodependències, etc.) coexisteixen quotidianament en la vida d'aquestes persones i famílies.

Reflexió

Què significa en la nostra societat ser pobre? La primera cosa que ens imaginem és algú sense casa (o en una barraca), vivint en condicions infrahumanes. Ara bé, també hem de considerar les persones que sobreviuen gràcies, bàsicament, als subsidis que reben dels serveis socials.

La intervenció psicològica en contextos de pobresa significa tractar no solament amb un malestar psicològic, sinó amb unes condicions socials i econòmiques que fan difícil establir un marc adequat per a la recuperació, i amb unes condicions relacionals disfuncionals o inexistentes que comporten una inestabilitat emocional contínua.

Davant tota aquesta problemàtica, el primer problema que podem detectar com a professionals de la salut mental es presenta en la **manera fragmentada** en què intervenen algunes de les diferents institucions que treballen en el "cas", fragmentació que comporta una falta de coordinació i una comunicació deficient entre els diversos serveis d'atenció social.

Pensem que aquestes famílies o individus, el ritme de vida quotidiana dels quals està marcat per les condicions que hem descrit abans, solen habitar en una frontera relacional amb diferents institucions i sistemes que són essencials en la seva existència del dia a dia. De fet, una vegada entren en relació amb aquesta xarxa d'institucions, els individus o les famílies deixaran de "narrar" la seva història i serà la societat, per mitjà de les seves institucions, qui narri per ells: es converteixen en un "cas" en què cada institució narra la seva versió sobre ells. Aquestes institucions (el sistema escolar, els jutjats, la policia, els serveis socials, etc.) tenen poder per a prendre decisions sobre les seves vides que poden tenir conseqüències de llarga durada per als membres d'aquestes famílies. Moltes vegades, ni tan sols comprenen gaire bé les funcions, maneres d'operar, drets i àrees de responsabilitat d'aquestes institucions. Al mateix temps, també solen desconèixer els seus propis drets i les maneres d'accedir a altres sistemes dels quals estan marginats.

Sovint, les institucions d'assistència social tenen una concepció de la intervenció **pragmàtica i moralitzadora**. De fet, encara que d'una manera molt soterrada, aquestes institucions, com a representants de la societat, en moltes ocasions culpen les famílies o els individus per l'abús de drogues, la falta d'habitatge i la dependència econòmica, i se'ls considera una càrrega social. Evidentment, això influeix en les decisions que prenen, vitals per a les famílies o els individus.

Per això, si bé és cert que la violència és una realitat palpable en la vida d'aquestes persones i d'aquestes famílies, també ho és que pateixen dos tipus de violència, **la de dins la mateixa família** i la que comporten **certes intervencions professionals**. La primera té a veure amb la pobresa, la impotència i la desesperació, que per a ells ja són existencials i estan arrelades als cicles familiars d'aquesta població. El segon tipus, en canvi, deriva de la intrusió del poder gairebé absolut que té la societat quan exerceix funcions de control. Amb això no es vol dir que les intervencions socials **no siguin necessàries**, però tenen el risc de no reconèixer les estructures familiars i la individualitat.

En realitat, aquestes famílies poden semblar caòtiques. Les persones van i vénen i els individus semblen desconnectats entre si. Aquesta inestabilitat és en part un estil de vida, enmig de la pobresa, les drogues i la violència, però també és el resultat de certes intervencions socials. Els nens són separats dels seus progenitors per a ser recol·locats en llars substituïdes, els membres són empresonats o hospitalitzats. Aquestes intervencions, la majoria de les vegades **necessàries**, desarticulen les estructures familiars. Es porten a terme sense tenir en compte els vincles emocionals positius i anul·len els recursos potencials.

Exemple

Es diu que les persones que depenen de les drogues estan tan desconnectades de la realitat que no poden formar vincles d'afecte. Per tant, les mares poden descuidar els fills. Això només és veritat parcialment. Així, alguns pares substitutius, molt observadors, comenten que els nens que cuiden estimen la seva mare biològica i volen estar amb ella, fins i tot els que han estat copejats o negligits. Això és il·lògic si no és per uns llaços afectius profunds que superen l'ambivalència emocional dels maltractaments o els abandonaments.

Les intervencions dissenyades per a intervenir en la pobresa no sempre respecten els recursos dels individus i les famílies, i busquen solucions dràstiques i patològitzants, encara que, en molts casos, l'alternativa dissenyada (la separació o la subvenció) sigui la necessària.

Assenyalem les **principals dificultats** del terapeuta que ha de intervenir en un context de pobresa:

1) **La desesperança, la impotència i la falta de sentit** que aclaparen el professional perquè treballa dia a dia amb històries plenes de misèria i degradació humana.

2) **La tensió que implica ser l'intermediari** entre la institució (que té una sèrie d'objectius –bàsicament "normalitzar" la vida del receptor de la intervenció–) i la demanda que ha rebut. Pensem que, de vegades, totes dues són incompatibles.

3) **La passivitat per la desconfiança del client**, que identifica el professional amb la institució o amb el rol de benefactor. En el primer cas s'assenyala el professional com a sospitós de tenir agendes ocultes (objectius no explícits) que tenen com a rerefons el control per part de la societat. En el segon, en canvi, la família o l'individu intentaran de convèncer-lo que són mereixedors del presumpte subsidi o ajuda.

Aquestes tres dificultats poden portar el terapeuta a la **síndrome de desgast professional**, un "cremar-se" professionalment que el fa distanciar-se de la feina, implicar-s'hi poc i sentir desesperança.

Com veieu, el panorama d'intervenir en el context social de la pobresa és una mica desencoratjador. Es requereixen noves estratègies perquè les intervencions siguin útils i, al mateix temps, respectuoses amb els possibles beneficiaris.

Des de la perspectiva d'intervenció sistèmica, s'han fet treballs interessants en contextos de pobresa. Coordinant la feina de les diferents institucions que intervenen en el cas i posant en marxa els recursos funcionals de la família i dels seus components, han aconseguit intervencions més respectuoses i ecològiques, i han tornat a la família la possibilitat de recuperar-se per si mateixa.

Reflexió

Quins criteris s'haurien d'utilitzar per a decidir si s'han de separar uns fills dels pares i donar-los en règim d'acollida o no?

Bibliografia

P. Minuchin, J. Colapinto, i S. Minuchin (2000). *Pobreza, institució, família*. Buenos Aires: Amorrortu.

En aquesta obra es descriu el treball sistèmic amb les famílies i institucions implicades en un barri marginal de Nova York. Salvador Minuchin ja havia fet un treball pioner en situacions de pobresa en la mateixa zona els anys seixanta. Pensem que és un dels pocs enfocaments que ha mostrat alguna utilitat en aquests contextos tan desfavorits.

M. Coletti i J. L. Linares (Comp.). (1997). *La intervenció sistèmica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós.

Amb el mateix model sistèmic, en aquesta obra s'exposen les bases per al treball amb famílies multiproblemàtiques, i es descriu l'aplicació del model a una experiència a Ciutat Vella, a la ciutat de Barcelona. La proximitat geogràfica i conceptual d'aquest treball el fa especialment útil i recomanable.

2.2. Problemes en la intervenció psicològica en el context de la immigració

Encara que totes dues situacions comportin misèria i marginalitat, pobresa i immigració tenen dificultats diferents a l'hora de ser abordades psicosocialment. D'entrada, seria important puntualitzar que el terme *immigrant* és un terme molt ampli i heterogeni, ja que dins aquest col·lectiu s'inclouen persones d'orígens molt diversos, des de refugiats de guerra, passant per refugiats econòmics, mà d'obra barata, treballadors altament qualificats, estudiants, fins a arribar a directius i empresaris. Evidentment, cada una d'aquestes situacions comporta una categorització diferent per part de la societat receptora, i cada categorització, una sèrie d'estereotips distintius.

De fet, la situació **economicosocial** (si són executius d'empreses estrangeres, o jubilats del nord d'Europa que viuen en zones turístiques, o treballadors qualificats que decideixen emigrar pels avantatges que ofereix aquest mercat laboral, o immigrants que vénen apressats per la gana i la persecució política, poc qualificats i que són ocupats en treballs precaris) i la **juridicoadministrativa** (la seva situació legal) influiran en la percepció que la societat receptora té dels immigrants. Aquesta recepció dependrà en gran manera de la categoria en què se'ls enquadri. Altres factors que poden intervenir en aquesta categorització, a més dels ja esmentats –situació economicosocial i juridicoadministrativa–, són la **llengua** (si tenen com a llengua materna el castellà o si utilitzen llengües de prestigi com l'anglès o el francès o si, al contrari, parlen llengües desprestigiades –africanes i asiàtiques) i el tipus de **vincles històrics** entre la societat d'origen i la de destinació.

L'important per a nosaltres és que els estereotips són reforçats per mitjà de qualsevol acció que faci un dels membres del grup pertanyent a aquesta categoria, si aquesta acció coincideix amb les expectatives que la societat receptora té respecte a l'estereotip. D'aquesta manera, trencar el cercle viciós i sortir, per tant, de la marginalitat que representa pertànyer a un grup social determinat, com a mínim, resulta complex.

Exemple

Els hispans als Estats Units són vistos per la societat "cultura i normalitzada" com a "busca-raons", "delinqüents", "mandrosos", etc., afirmacions que són **confirmades** cada vegada que un membre d'aquest grup fa una cosa que el situa en la posició que s'espera que ocupi, encara que per a ell la seva acció signifiqui rebel·lar-se contra un sistema que no el té en compte.

En els immigrants amb menys estatus social, aquesta marginalització és clara i se suma al conjunt de dificultats que comporta crear-se una vida nova en un país diferent, com són les següents:

1) **Condicions econòmiques i de vida.** La pobresa i les condicions de treball i d'habitatge incideixen d'una manera directa en l'estat de salut física i mental.

2) **Desarrelament i aspectes emocionals.** El desarrelament, la ruptura i la separació familiar comporten aspectes de dol, la majoria de vegades no elaborats, a causa de les pressions existencials per a tirar endavant i ajudar la família que continua al país d'origen. L'actitud de negació per a poder sobreviure en aquestes noves condicions comporta a mitjà termini una simptomatologia emocional important. Tot això, juntament amb la precarietat legal i la falta de perspectives de futur, crea el malestar i les tensions psicosocials que afecten l'estat de salut (depressions en les dones, alcoholisme en els homes, si la seva religió els ho permet, obsessions, etc.). A més, aquest desarrelament també comporta l'absència d'una xarxa socioafectiva que doni suport precisament quan més ho necessiten.

3) **La cultura i la integració en una nova societat.** Pensem que es mouen en una corda fluixa. D'una banda, adaptar-se a les noves normes socials significa estalviar-se molts problemes d'incomprensió i marginalitat. De l'altra, emmotllar-se a la nova cultura comporta una pèrdua d'identitat important i de desarrelament històric. La conseqüència és col·locar-se en una de les dues polaritats: o es tanquen en els seus costums, per la qual cosa l'intercanvi és difícil, ja que les fronteres de totes dues cultures es tornen impermeables i no deixen pas a la comunicació i la negociació, o no hi ha aquestes fronteres i es renuncia a tot el que han estat en pro d'una nova vida que se suposa millor.

Quan hem d'intervenir en el context de la immigració, hem de tenir en compte que en el malestar que presenta la persona amb què hem de treballar es reuneixen dificultats socioeconòmiques, desarrelament i processos de dol no elaborats, a més de poca integració cultural, però també la lluita constant davant el rebuig i la por d'una societat que té preformada una imatge d'ells.

D'altra banda, quines dificultats ens trobem els professionals? A part de les que ja hem comentat respecte de la pobresa de **falta de comunicació i fragmentació** entre les institucions que intervenen en les diverses facetes biopsicosocials que ofereix un individu o família, ens trobem amb altres idiosincràcies pròpies de la immigració:

- La intervenció és complexa perquè hi ha l'inconvenient de l'**idioma**. En el millor dels casos tindrem un individu que parla el nostre idioma, però que mentalment tradueix el que vol dir de la seva llengua a la nostra. Per

tant, potser el significat que doni ell a unes paraules no sigui el mateix que hi donem nosaltres, i el món representacional que les acompanya pot estar molt allunyat del que nosaltres ens imaginem. En el pitjor dels casos, pràcticament no parlarà el nostre idioma i haurèm de ser molt creatius per a ajudar-lo.

- Una altra dificultat, relacionada amb l'anterior, té a veure amb el fet que els aspectes d'**índole cultural** puguin afectar la comprensió de la problemàtica dels clients. Pensem que la concepció del món i, amb aquesta, les normes socials i religioses, poden estar molt allunyades de les nostres i resultar complex comprendre quins són els circuits de funcionament social i les implicacions a escala emocional. Aquesta concepció del món diferent també influeix en la visió de la salut i de la malaltia, que condicionen, sens dubte, l'accés i el seguiment de qualsevol tipus d'intervenció que puguem proposar.

Exemple

Per exemple, als països musulmans el trastorn obsessivocompulsiu o Waswas està associat amb el ritual religiós de l'ablució i de l'oració. No es veu com una malaltia que pot ser tractada, sinó que en lloc d'això es considera una temptació del diable dirigida a distreure la persona de dur a terme els seus deures religiosos i, per tant, no s'hi està prou atent.

- L'**egocentrisme cultural occidental** també pot interferir en el treball d'intervenció psicològica, ja que ens podria condicionar a prendre la posició d'"ensenyar" el que és correcte i el que no ho és a una persona que ve d'una cultura "no tan evolucionada" com la nostra. Evidentment, la neutralitat del treball en aquest cas desapareix i no es respecta la realitat de l'altre com a persona. A més, d'aquesta manera ens fem "normalitzadors" socials i ajudem la cultura a absorbir les diferències i a no evolucionar –qualsevol diferència obliga a l'adaptació i a la negociació, en resum, al canvi.

Reflexió

És evident que aquests problemes només tindran lloc en cas que els individus o les famílies en tractament vinguin de cultures amb poc prestigi en la nostra societat. Si, en canvi, el seu país d'origen és afí a la nostra cultura (i, a més, ric), la nostra actitud seria la mateixa?

En la immigració, les dificultats socioeconòmiques i emocionals que experimenten les persones que hi viuen immerses se sumen a les que, sense voler, creen un cert tipus d'intervencions que no tenen en compte els recursos i les expectatives de les persones amb què es treballa. A més, la forma fragmentada, poc coordinada i en certa manera normalitzadora tampoc no respecta la individualitat de cada subjecte.

A tot això hi hem de sumar el desarrelament i els processos de dol no resolts, la cultura i l'esforç que signifiquen la integració en una nova societat, a més de la lluita davant el constant rebuig de la societat receptora.

Els professionals ens trobem que, en aquest tipus de contextos, la intervenció és complexa, perquè hi ha l'inconvenient de l'idioma, de la cultura –la majoria de vegades molt allunyada de la nostra– i de l'egocentrisme cultural occidental que ens pot portar a intentar de "normalitzar culturalment".

Treballar en el context de la immigració té moltes dificultats però, sens dubte, les més importants són els seus propis estereotips i creences sobre la seva societat, i la relació amb un món diferent i allunyat dels seus costums.

2.3. Problemes en la intervenció psicològica en el context del gènere

2.3.1. Introducció

El tema del gènere apareix en psicologia com a conseqüència del moment cultural que es va viure anys seixanta i setanta, en què els moviments socials van plantejar la discriminació de la dona en moltes àrees i van advocar que la responsable de l'estatus social i psicològic femení era la manera en què es prescriuen culturalment rols socials, actituds i valors.

Però què és el gènere?

Bàsicament el podem definir com un conjunt de comportaments, actituds, atributs i professions que cada cultura classifica com a masculins o femenins, que varien notablement d'unes societats a unes altres i que canvien en diferents èpoques històriques.

Per tant, el concepte de gènere gira entorn de la cultura, mentre que el de sexe (entès com a propietat biològica, que es relaciona amb l'anatomia, les hormones i la fisiologia) gira entorn de la biologia.

Encara que de vegades tendeixin a confondre's, tots dos conceptes tenen àrees de definició ben delimitades, com veiem en la taula següent. Tanmateix, el cert és que aquests conceptes estan molt interrelacionats. El sexe serveix de base per al joc social del gènere, un joc en què per mitjà de la percepció de les diferències biològiques entre sexes es construeixen significats –de vegades, sobre la base només de l'oposició– que donen peu a un funcionament social (normes, actituds, trets) associat a cada categoria de gènere.

Sexe	Gènere
1) Biològic.	1) Cultural.
2) Categoria femenina o masculina.	2) Significats culturals de la categories home i dona.
3) Intercanvi sexual.	3) Relació homes-dones complexa.
4) Diferències fisiològiques entre homes i dones.	4) Diferències en normes, trets, actituds, etc. culturals sobre homes i dones.

Conceptes associats als termes *sexe* i *gènere* (Caro, 2001).

Exemple

En general, el sexe masculí té una massa muscular més desenvolupada que el sexe femení. La construcció social d'això és que l'home és més fort que la dona. Una de les conseqüències pel que fa al funcionament social és que la proporció d'homes que es dediquen a professions que requereixen l'ús de la força (construcció, càrrega i descàrrega) és més alta que la de les dones.

El gènere absorbeix les maneres d'estar en la cultura, afecta totes les interaccions socials entre sexes i amb el mateix sexe, i prescriu els comportaments, les actituds i normes que cada sexe ha de tenir en la relació amb el món i amb si mateix.

En el tema de la salut i, en concret, en el tema de la salut mental, el gènere està present. De fet, la taxa d'homes i dones en els principals quadres diagnòstics és diferencial, i per això s'han d'elaborar teories biopsicosocials per a abordar aquesta qüestió. Però en això ens hi centrarem una mica més endavant, mentre que ara valdria la pena examinar més a fons aquestes diferències en la presentació de simptomatologia.

2.3.2. Diferències simptomatològiques segons el gènere: el problema del diagnòstic

Ja en la salut física, homes i dones tenen prevalences diferencials. Les investigacions avalen que els homes presenten un índex de **mortalitat** (taxa de mort) superior i les dones, en canvi, de **morbidity** (grau o freqüència de malaltia). En salut mental, com s'ha comentat, homes i dones també difereixen en taxes en els quadres diagnòstics. De fet, a simple vista la conclusió és bastant clara. "Les dones tenen més malalties i utilitzen més els serveis de salut que els homes" (Caro, 2001), malgrat que els homes pateixen malalties mentals més greus (vegeu la taula següent).

	Morbiditat proporcional	
	Homes	Dones
Desordres depressius	34,02	42
Altres neurosis	23,4	23,7
Trastorns d'ansietat	7,9	11,2
Alteracions histèriques i hipocondríiques	2,3	2,4
Trastorns del son	5,7	7,5
Esquizofrènia	5,3	1,7
Psicosis orgàniques	4,2	2,4
Altres psicosis no especificades	3,8	1,3
Psicosis afectives	1,5	1,7

Patró epidemiològic d'alguns trastorns mentals depenent del gènere (Almenar i Gómez Beneyto, 1988).

Evidentment, per entendre aquestes dades el primer que hem de fer és enquadrar-les històricament. L'apogeu de la psiquiatria i l'incipient inici de la psicoanàlisi al segle XIX van ajudar a vincular bogeria amb caràcter femení, terreny que prèviament era bàsicament masculí. D'una banda, la majoria de les teories psicoanalítiques clàssiques, en el millor dels casos, ofeguen el desenvolupament de la personalitat de la dona en el si del desenvolupament fal·locèntric masculí i, en el pitjor dels casos, ofereixen un model d'inferioritat i deficiència per al desenvolupament de la dona. De l'altra, si a això hi sumem les normes socials vigents (era l'època victoriana) que tenallaven la vida de les dones en tots els aspectes i remarcaven el poder de l'home sobre la dona, es van associar trets femenins amb inferioritat biològica i psicològica, i es va obviar el sentit contextual que podien transmetre els símptomes. Per exemple, el trastorn més present en aquella època en les dones és la histèria. Les regles victorianes respecte a la sexualitat prescrivien la castedat i la no-expressió del plaer –sobretot en les dones– com a signe d'educació, cultura i, sobretot, de control. Davant aquest panorama no és estrany el contingut eròtic de l'inconscient femení.

A partir d'aquest moment hi ha un llarg historial de classificacions de la simptomatologia femenina que recullen les diverses reaccions emocionals davant els rols que els toca desenvolupar socialment i culturalment.

Exemple

Recordem breument, per exemple, la síndrome del niu buit, davant el dol que presenten les mares en el període de transició en què els fills abandonen la llar per independitzar-se; o la síndrome de la mestressa de casa, en cas de presentar símptomes d'apatia, tristesa o baixa autoestima davant una feina sense remuneració ni valoració familiar; o la síndrome de la *superwoman*, quan presenten estrès davant la quàdrupla jornada laboral –treballar fora de casa, treballar a casa, fer de mare i esforçar-se per ser una esposa excepcional.

Diferents estudis demostren que les dones tenen més tendència a presentar **trastorns afectius, agorafòbies, pànic, trastorns de somatització, trastorns alimentaris i trastorns límit de la personalitat**, mentre que els homes, en canvi, tenen taxes més altes en **suïcidis, delinqüència, alcoholisme i esquizofrènia** (en aquest trastorn la simptomatologia també és més greu en els homes).

Basant-se en la dificultat que tenen els homes per a informar de la simptomatologia anímica i per a demanar ajuda (a diferència de les dones, les quals són acceptades socialment amb facilitat sota aquests esquemes), hipotetitzem que

la conducta de beure, el suïcidi i el crim són l'expressió de malestar en els homes. Sobretot en el tema de l'alcohol sembla que la vinculació és clara, ja que funciona com a antidepressiu (no solament funcionalment, sinó també fisiològicament) en l'home (no en les dones, en què la seva utilització té a veure amb una simptomatologia de base més severa). D'altra banda, hi ha **biaixos mèdics** en diagnosticar la naturalesa de les queixes del pacient femení.

Aquests biaixos tenen a veure amb el següent:

- Els metges homes no solen preveure el malestar masculí com una malaltia, sinó que tendeixen a justificar-lo contextualment i, si no és estrictament necessari, no donen medicació ni recomanen un tractament psicològic.
- S'afavoreix que les dones prenguin medicació (ansiolítics, antidepressius), ja que funcionen els estereotips sobre la dona dèbil i psicològicament malalta que necessita ajuda externa per a funcionar.
- En aquest sentit, s'ha trobat que els conceptes que es tenen sobre què és una "dona normal" i una "dona mentalment malalta" són molt més propers que entre el que es considera què és un "home normal" i un "home mentalment malalt".

De tota manera, és més acceptable socialment per a les dones demanar ajuda. Així, l'estereotip que s'espera de les dones és ser més febles, menys capaces d'aconseguir el que volen per mitjà de les seves accions i, per tant, més necessitades d'ajuda i protecció. D'altra banda, els homes de la nostra cultura estan clarament reforçats cap a l'èxit i la competència.

Perquè, de fet, sembla que l'ètica de la salut és masculina. Estar sa és estar actiu, dirigir-se a un èxit i complir unes obligacions. Això pot comportar no reconèixer els símptomes per part dels homes, en estar centrats en coses que, segons els esquemes de valoració social, són més importants. A més, les dones solen expressar més les emocions recurrent als seus iguals. Tenen una llarga tradició a disposar de xarxes de suport social i, per tant, estan més entrenades a comentar l'estrès emocional que els homes.

També s'ha de tenir en compte que homes i dones tenen relacions diferents amb el cos. Per als homes és un instrument, mentre que per a les dones el cos delimita la identitat personal i, en aquest sentit, els homes fan menys cas dels missatges simptomàtics que els envia el cos, mentre que les dones els atenen amb força més rapidesa.

Reflexió

Creieu que la valoració que un professional fa de la depressió d'una dona és igual que la que fa d'un home? A quina de les dues s'hi dóna més importància, quina és vista com a més invalidant, més greu? Per a la societat, té el mateix valor un trastorn patit per una dona que per un home? S'ha comprovat que diferents professionals de la salut mental, davant un mateix cas de trastorn de personalitat presentat amb gènere masculí o femení, emetien diagnòstics diferents. En el cas del gènere femení es diagnosticava

trastorn histriònic de la personalitat i, en el cas del gènere masculí, trastorn narcisista de la personalitat. Estem lliures d'estereotips?

Hi ha diferències en l'expressió del malestar que utilitzen els homes –conductes autoagressives (suïcidi) i agressives (delinqüència), alcoholisme i esquizofrènia– i les dones –trastorns afectius, agorafòbies i atacs de pànic, trastorns psicossomàtics, trastorns alimentaris i trastorns límit de la personalitat.

Podem utilitzar tres hipòtesis per a abordar les diferències pel que fa al gènere en salut mental:

1) **Hipòtesi artificial.** Segons aquesta hipòtesi, les dones informen d'estrès i de símptomes afectius més que els homes.

Exemple

En els trastorns afectius aquesta hipòtesi apunta al fet que els homes amb símptomes depressius expressen símptomes més apropiats amb el rol sexual, com problemes relacionats amb la feina. En l'ansietat, els homes també tenen més dificultats d'explicitar els problemes i sembla que utilitzen l'alcohol per a canalitzar les pors i adequar-se al seu rol (és així en el cas de la fòbia social: si un noi va a una discoteca a lligar i això li produeix por perquè se sent poc hàbil, un recurs molt comú que utilitzen els joves és l'alcohol, per a permetre's fer el que no farien d'una altra manera).

2) **Hipòtesi biològica.** Sugereix que la vulnerabilitat més gran de les dones es deu a factors transmesos genèticament, en el sentit que les dones tenen un risc més gran de canvis en l'estat d'ànim associats als cicles de reproducció.

Exemple

Respecte a l'ansietat, es fan servir hipòtesis que exposen que la prevalença més gran de les dones es deu als canvis endocrins que experimenten en la fase menstrual. Popularment, són coneguts els canvis d'humor de les dones en els dies previs a l'arribada del cicle menstrual, i també l'ansietat que les aborda i que paguen menjant més o discutint.

3) **Hipòtesis psicosocials.** Es refereixen a les hipòtesis relacionades amb la posició social de cada un dels sexes; així, tant homes com dones pagarien simptomàticament la normativa pel que fa a conducta, actitud i funcionament que els imposa la societat, per pertànyer al gènere que els correspon.

Exemple

Sugereixen que una taxa desproporcionada de depressió en la dona té a veure amb el seu nivell social inferior, ja que les dones estan sotmeses a pressions cròniques (el seu estil de vida i les càrregues familiars, que comporten oblidar-se de les pròpies necessitats en pro de les necessitats dels altres), mentre que els homes experimenten més situacions d'estrès agut. A més, sembla que els homes i les dones experimenten l'estrès de manera diferent. El seu llindar de percepció és més baix o són més vulnerables a patir-lo. D'altra banda, les dones pateixen més trastorns d'ansietat (en els diferents formats de presentació simptomatològica (agorafòbia, fòbia específica, pànic, fòbia social, ansietat generalitzada, etc.). De fet, l'agorafòbia s'ha considerat una síndrome femenina. Respecte a aquesta última simptomatologia, la perspectiva psicosocial propugna que l'agorafòbia de la dona casada expressa d'una manera metafòrica les ansietats dels marits davant la seva capacitat de control de la llar i els graus més elevats d'independència i posició que les dones van aconseguint a poc a poc.

Cap d'aquests tipus d'hipòtesi no és concloent però, sens dubte, tots tres ens poden fer reflexionar sobre el fet que no hi ha una explicació senzilla en el tema del gènere i la salut mental.

2.3.3. Problemes a l'hora d'intervenir psicològicament en el context cultural del gènere

A partir de tot el que hem plantejat anteriorment, podem trobar les dificultats següents a l'hora d'intervenir tenint en compte la perspectiva del gènere:

1) **La concepció de salut mental i de canvi psicològic.** Ja hem vist que estar sa s'adequa més a la manera de veure el món dels homes que de les dones. *Estar bé* significa 'ser racional, controlar-se, ser productiu, ser autosuficient, estar actiu', etc. Tots aquests estats i maneres de ser estan molt allunyats de l'expressió emocional de patiment, com també ho estan de la manera de ser i funcionar de les dones. Molts dels models d'intervenció psicològica escullen com a metes "estar" com s'assenyala en els esquemes anteriors, i per això és fàcil caure en la trampa de no respectar altres possibilitats de ser i estar al món i, per tant, de canvi.

Reflexió

Un executiu d'una gran empresa arriba a la teràpia amb una forta crisi existencial que s'expressa en simptomatologia ansiosa i depressiva. Comenta que està cansat, que no pot més, que ho vol deixar tot i anar-se'n a un poble a dedicar-se a l'agricultura o a la ramaderia. Vol una vida senzilla. Se'ns acudirà pensar que fuig? Si això passa, quin model tenim nosaltres de salut? Convé que ens ho plantejem.

2) **El diagnòstic** i les seves conseqüències. El diagnòstic és essencial no solament a l'hora d'afrontar i de proposar un tractament (tant en les dones, a les quals es penjen fàcilment com hem vist, certes etiquetes, com en els homes, que pateixen la falta de detecció de la seva simptomatologia emocional), sinó també des del punt de vista social, en què les repercussions de "patir" certs trastorns són importants, ja que et categoritzen, en moltes ocasions, com a feble o incapaç, per proposar les categories més eufemístiques.

Exemple

Un senyor de seixanta anys, prejubilat, compareix a la sessió perquè pateix atacs de pànic des de fa uns mesos. Es presenta molt defensiu i treu importància a la seva simptomatologia, relacionant-la amb el cansament acumulat per tants anys de vida laboral. Li costa molt demanar ajuda i acceptar que, des que pateix d'ansietat, la seva vida no és tan activa. Fuig de l'etiqueta de feble i necessita reafirmar que el que li passa no és una cosa psicològica sinó simplement física i de fàcil resolució. L'espanta ser etiquetat de malalt mental.

3) **Els nostres propis estereotips** sobre com és i es comporta un home o una dona, i que dirigeixen la nostra feina en el diagnòstic i el tractament. A la majoria de nosaltres ens sembla que mantenim una actitud progressiva sobre el tema del gènere. Per això, a diferència del que ens pot passar amb el tema de la immigració, qüestionar-nos com mirem les dones i els homes ens resulta

innecessari. Tanmateix, tot un món de significats sobre com creiem que han de ser les relacions entre homes i dones, i com funcionen els homes i les dones, estan presents i ens "ajuden" a percebre aquesta realitat.

Exemple

Una terapeuta en supervisió presenta un cas en la modalitat d'intervenció en parella. En aquest cas, l'esposa es queixa que el marit no s'implica en la relació, ja que no la té en compte a l'hora de decidir què fa els dies de festa (li ho comunica de "passada"), a l'hora d'anar a dormir prefereix quedar-se a l'ordinador, i quan és fora i li truca per telèfon sembla que sempre té alguna cosa a fer i no li dedica atenció. El marit, per la seva banda, diu que li sembla irreal que la seva dona interpreti tot això com un abandonament. Ell l'estima i punt. En aquest moment la terapeuta va manifestar: "Els homes sempre es plantegen les coses d'una manera tan simple...". Aquest és un estereotip comú que circula entre les dones sobre la manera de funcionar dels homes, igual que n'hi ha molts sobre la manera de funcionar de les dones entre els homes, o de dones entre dones, o d'homes entre homes.

Per tant, la neutralitat és un objectiu fonamental a treballar si volem afrontar la intervenció en aquest tipus de contextos sota les premisses del respecte i la creativitat.

En el tema del gènere, el primer que detectem és una taxa diferencial de prevalences simptomatològiques. Mentre que en els homes abunden les conductes autoagressives (suïcidi) i agressives (delinqüència), l'alcoholisme i l'esquizofrènia, les dones expressen el malestar amb trastorns afectius, agorafòbies i atacs de pànic, trastorns alimentaris, trastorns psicossomàtics i trastorns límit de la personalitat.

Els professionals, a l'hora d'abordar el tema del gènere, ens trobem amb una sèrie de dificultats –la concepció de la salut mental i del canvi psicològic (que són molt dictats per una concepció masculina), el tema del diagnòstic i les seves conseqüències a l'hora de proposar un tractament, i els nostres propis estereotips sobre com funcionen els homes i les dones–, que se sumen a la sensació que no necessitem examinar les nostres creences en aquesta qüestió, perquè ja sabem el que pensem. D'aquesta manera, el tema de la neutralitat de vegades queda en entredit.

Davant de totes aquestes dificultats a l'hora d'intervenir en contextos culturals diversos, es proposa una actitud antropològica per a evitar les taques cegues sobre la nostra cultura, les connotacions negatives sobre altres cultures i que ens tornem, per tant, massa normatius.

Així, aquest tipus d'intervenció ha de qüestionar contínuament la nostra perspectiva del món, ens planteja flexibilitzar els nostres instruments de treball i ens posiciona d'una manera activa davant la nostra professió.

D'aquesta manera, els professionals podrem esquivar la síndrome de desgast professional (*burnout*) i mantenir el difícil equilibri de ser objectius, professionals i, alhora, humans.

3. Característiques de la intervenció en la multiculturalitat

3.1. Apunts sobre la intervenció psicològica en contextos culturals diversos

Com hem vist anteriorment, treballar en contextos culturals diversos comporta molts problemes. Des de la dificultat per a ser neutral, passant pel qüestionament continu dels nostres valors, fins a la impotència i el neguit que ens afecten com a professionals, pels pocs resultats que s'obtenen en el tema de la pobresa i la marginalitat, posen de manifest els molts obstacles que interfereixen a l'hora de fer una bona tasca professional.

Davant d'aquestes dificultats els professionals de la salut podem caure en certs **errors** en la voluntat de trobar "solucions". Aquestes pseudosolucions les podríem classificar de la manera següent:

- Tornar-se "**hiperprofessional**", augmentar el llindar de tolerància al pacient i limitar-se a "fer la feina". Aquesta actitud està reforçada pel sistema economicosocial, que tendeix a professionalitzar-ho tot.

Exemple

Quan un treballa en psicoteràpia l'actitud empàtica és important. Connectar amb el pacient, la ràbia, el dolor d'una persona és impossible si aquesta habilitat no està activada. Si un està en una posició hiperprofessional es distancia i deixa d'empatitzar. És el que els passa a molts metges després d'anys de professió. Es protegeixen de l'ansietat, la por i la desesperació no acostant-se als malalts o als seus familiars des de la seva humanitat, sinó únicament com a professionals.

- Tornar-se "**hiperespecialista**", limitar la intervenció en termes tècnics i en temes determinats. Per exemple, especialistes en nens maltractats, en problemes d'adaptació dels immigrants sud-americans, testistes, etc. Així es troba un cert grau de confort i control en un rol molt definit davant la magnitud i la globalitat dels problemes que se'ns presenten.
- Tornar-se "hiperpolític", saltar a l'esfera política perquè, aclaparat per les situacions, es creu que des de la posició professional no es pot fer res.

Exemple

Seria el cas d'un psicòleg que, treballant en serveis socials, cada vegada que li arriba un cas no s'atura a veure com pot activar els recursos de la persona o família en qüestió, sinó que directament acut als estaments polítics del districte per facilitar les coses a aquesta persona o família.

- Tornar-se el **salvador** d'uns quants, hiperinvolucrar-se amb alguns clients als quals decideix ajudar més per x motius. Però amb aquest gest perd la

professionalitat i l'objectivitat (i, de vegades, fins i tot el prestigi davant aquests mateixos clients).

Exemple

Una terapeuta arriba a la supervisió amb un cas pel qual se sent fortament atreta. Es tracta d'una dona que és maltractada psicològicament i físicament pel marit. El vol deixar però no pot. Demana ajuda a la terapeuta, que li ofereix mil i un recursos i que li truca quan en acabar la sessió es queda preocupada. Tanmateix, aquesta dona continua sense moure's de casa seva. Hi posa més esforç i interès la terapeuta que ella, perquè la situació canviï.

En situacions en què la neutralitat és un equilibri fràgil per mantenir, és complex ser professionals i, alhora, humans, agafar distància per a veure les coses amb objectivitat i no involucrar-s'hi massa i quedar-hi enredat.

Llavors, què ens podria orientar en aquest tipus d'intervencions? Probablement, el fonamental és mantenir l'actitud d'un **antropòleg**, com si es visités una cultura aliena de la qual no es coneix res i com si no es tingués cap bona raó per a desqualificar des d'una posició etnocèntrica. Així, podrem evitar el següent:

- Les taques cegues que usualment tenim envers la nostra pròpia posició cultural.
- Les connotacions negatives que restringeixen en gran manera les possibilitats d'acció terapèutica.
- Tornar-se massa normatiu.

De fet, les **característiques** dels terapeutes postmoderns que ens podrien orientar en aquest tipus d'intervenció són les següents:

- 1) Aquests terapeutes comparteixen la creença que hi ha una realitat construïda socialment. Per tant, la realitat és relativa i la seva no és la vertadera, precisament.
- 2) El client i el terapeuta construeixen contínuament significats en el transcurs de la teràpia.
- 3) La relació terapèutica no és una relació jeràrquica i hi ha un respecte per les diferències que presenta qualsevol client.
- 4) Per mitjà de les converses terapèutiques s'alliberen veus o històries negades o oblidades (per exemple, herència cultural).

- 5) El client és considerat un expert en el seu problema. Al seu torn, el terapeuta és un professional especialista en relacions, problemes i funcionament individual. Tots dos construeixen els objectius de la teràpia negociant. S'ha de trencar amb l'estereotip del client com a objecte, i situar-lo com a subjecte actiu del seu canvi.
- 6) El terapeuta treballa per descobrir els punts forts i els recursos de les persones, més que per descobrir patologies i fer diagnòstics rígids.
- 7) El terapeuta utilitza un llenguatge quotidià en lloc de l'argot psicològic, cosa que ajuda a obtenir un clima de col·laboració i més proximitat.
- 8) Té una orientació cap al futur amb la intenció de promoure el canvi.
- 9) Integra mètodes no verbals i creatius, en cas que sigui convenient.
- 10) Si es treballa en contacte amb altres institucions, és convenient conèixer-les, transformar-les en una veu o en una cara i mantenir-hi una relació. Així, la fragmentació i les intervencions no coordinades seran més fàcils d'evitar.

Com veiem, la intervenció psicològica en contextos culturals diversos:

- Qüestiona contínuament la nostra perspectiva de veure el món i els instruments que tenim per a percebre'l, comprendre'l o integrar-lo.
- Així doncs, comporta plantejar-nos d'una manera creativa la nostra posició en el problema plantejat, i també una flexibilització dels nostres esquemes de funcionament.
- En aquest sentit, facilita que mantinguem una actitud activa i d'aprenentatge continu en la nostra professió, amb la qual cosa evitem enrigidir-nos.
- És cert que és una posició menys econòmica (en el sentit que no estalviem esforços) i més cansada, però també ho és que ajuda a esquivar la síndrome de desgast professional, sempre que s'assumeixin els límits de la feina i es delimitin els objectius de la intervenció.

4. Tècnica il·lustrativa

4.1. La intervenció en un cas d'immigració: la María

La María té cinquanta anys. Es presenta a la consulta perquè des de fa dos dies pateix atacs de pànic, associats a simptomatologia agorafòbica. Presenta un estat agut, amb clars símptomes d'ansietat durant tota la visita.

La María relaciona el seu estat actual amb un episodi d'agressivitat del seu fill Omar, de disset anys, que aquesta setmana es va enfrontar amb ella i gairebé li pega.

L'Omar ha estat sempre un noi complicat. Ha rebut tractament psicològic durant molts anys, a causa dels problemes de fracàs escolar i de la falta d'integració amb els companys. Actualment no estudia ni treballa. Ha abandonat qualsevol formació professional que hagi començat. Té un judici pendent per agressió i l'han multat en diverses ocasions per pintar grafitos.

La història de la María és complexa: és la cinquena de vuit germans, la seva família és colombiana, encara que al seu país només queden els seus pares i dos germans: la gran, casada i amb cinc fills (la primogènita dels quals està actualment a Espanya i viu a casa de la María), i el petit, que viu amb els pares i no té feina, malgrat tenir trenta-nou anys. La María va venir a Espanya amb vint-i-quatre. Primer va tenir feinetes, fins que va aconseguir entrar en una multinacional americana, on fa més de vint anys que treballa.

Va conèixer el pare de l'Omar en una visita a la Costa Brava. Ell és pakistanès i en aquella època es dedicava a vendre artesanies als mercats ambulants. La María diu que li va fer pena, sinó no pot entendre què hi va veure, ja que era un fresc i un gandul. Es van casar i poc després, gairebé simultàniament, es va quedar embarassada i va descobrir que, al seu país, ell ja estava casat i amb prole, i que, a més, aquí havia deixat embarassada una altra dona amb qui vivia "a estones". Van trencar la relació i ell se'n va anar. Poques vegades estan en contacte.

La María diu que al seu fill sempre li ha faltat un pare. Ella ha fet sempre el que ha pogut, però no ha sabut posar-li límits i fer-se respectar. Reconeix que el seu fill no li agrada. No l'accepta, perquè no és res del que n'esperava: no li agrada la cultura, no és respectuós, no es dedica a la família, etc. Sap que l'hauria d'acceptar però no pot. A més, el seu fill no li ho posa fàcil. Sempre s'enfronta

amb ella, i no sap què pot fer. L'últim episodi d'agressivitat va explotar perquè prenia "pastilles". Se'n va assabentar quan va aconseguir portar-lo a urgències i l'Omar ho va comentar al metge.

Actualment la María conviu amb el seu fill Omar, amb una neboda que va arribar de Colòmbia i amb el seu germà (el penúltim), que està aquí des de fa cinc mesos. De fet, a casa seva sempre hi ha algú. Hi han passat un altre germà que s'hi va estar un any, fins que va aconseguir instal·lar-se pel seu compte, una germana que ara viu a Madrid, i multitud de colombians que vénen a la recerca de feina i benestar i, mentre no tenen un lloc de treball i un pis, es queden a casa seva. Això no és una cosa anormal, sinó que és gairebé una norma entre els immigrants sud-americans: acollir els compatriotes quan arriben al país. Tanmateix, això a la María no li molesta, sinó que ho agraeix perquè així té companyia. No li agrada estar sola, encara que li representi una càrrega econòmica molt alta. A casa seva només treballa ella, que és qui paga totes les despeses. Per a l'Omar aquesta situació és desagradable. Se sent envaït i no suporta que la seva mare atengui altres persones que no siguin ell mateix.

La María es queixa del passotisme del seu germà. No es mou per arreglar la seva situació legal i laboral. Espera un miracle. Diu que al seu país és així, són les dones les que treballen i aconsegueixen els diners per tirar endavant. Els homes són al bar, bevent. Ja ho té assumit.

També es lamenta que té el sou en una corda fluixa, ja que és l'avaladora d'un crèdit de la seva germana de Madrid, d'un curs d'anglès de la seva neboda i, a més, encara paga un curs que l'Omar no va acabar. Això l'aclapara molt i la porta a provar sort amb els jocs d'atzar: juga a la loteria, a l'ONCE, etc. Però el seu problema més greu és el bingo, on es deixa els diners que no té. Hi va gairebé cada dia. Ella diu que la relaxa, que l'ajuda a desconnectar i a oblidar els problemes. S'ha arribat a gastar 180 € en un dia. Tanmateix, diu amb orgull que una vegada li van tocar 18.000 € amb l'ONCE, dels quals no es va quedar ni un duro. Els va donar a la seva germana gran perquè es comprés una casa a Colòmbia –encara que ella visqui de lloguer a Barcelona.

Ara surt amb en Lluís, un senyor vint anys més gran que ella. No n'està enamorada, però li fa companyia. Té por d'utilitzar-lo, ja que només li truca quan necessita alguna cosa.

A la María li costa parlar d'ella mateixa. Desplaça constantment la conversa cap al seu fill i la seva situació. Diu que no està acostumada a prestar-se atenció. La seva vida és la feina i la casa. La seva única estoneta és la del bingo...

Té moltes amigues però que fan una vida molt diferent de la seva, ja que són solteres i sense compromís. Per a ella l'Omar és una gran càrrega.

Ara s'ha posat en contacte amb un centre de drogodependències, on ja han tingut una visita. Està queixosa perquè el professional no l'ha deixat entrar i no ha pogut expressar la seva opinió sobre el que li passa al seu fill. De tota manera, ella també s'ha buscat una escola de pares de fills amb problemes de drogodependències. Tanmateix, el que ara vol amb més força és posar fi als seus atacs de pànic.

4.1.1. Qüestions

- 1) Feu alguna hipòtesi sobre el que li passa a la María.
- 2) Quines normes culturals apareixen en el cas?
- 3) Des del punt de vista de la nostra societat, quines d'aquestes normes podrien interferir en el malestar de la María?
- 4) Sugeriments d'intervenció:
 - Com es poden respectar les normes culturals i millorar la qualitat de vida de la María?
 - Com es pot intervenir en la relació de la María amb el seu fill?
 - Què es pot fer respecte a la drogodependència i al problema d'agressivitat de l'Omar?
 - Quina orientació psicoterapèutica triaríeu per a intervenir en aquest cas?
 - Quins serien els objectius d'intervenció?
 - Quines fases de treball proposaríeu?

Bibliografia

Bibliografia complementària

Caro, I. (2001). *Género y salud mental*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Coletti, M. i Linares, J. L. (Comp.). (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós.

Minuchin, P., Colapinto, J. i Minuchin, S. (2000). *Pobreza, institución, familia*. Buenos Aires: Amorrortú.

Bibliografia consultada

Almenar, F. i Gómez Beneyto, M. (1988). *Atención ambulatoria del enfermo psiquiátrico*. Monografies Sanitàries Sèrie A. (Estudis), núm. 7. València: Conselleria de Sanitat i Consum de la Generalitat Valenciana.

Barbee, A., Cunningham, M. R., Winstead, B. A., Derlega, V. J., Gulley, M. R., Yankeelov, P. A. i Druen, P. B. (1993). Effects of gender role expectations on the social support process. *Journal of Social Issues*, 49, 175-179.

Barragán Medero, F. i De la Cruz, J. M. (2000). *Violencia, Género y Sexualidad. Apuntes no publicados del Master en Educación Sexual*. Tenerife: Universidad de la Laguna.

Bekker, M. H. J. (1996). Agorophobia and gender: A review. *Clinical Psychology Review*, 16, 129-146.

Caro, I. (1995). La psicoterapia en una sociedad postmoderna. *Revista de Psicoterapia*, 24, 29-44.

Caro, I. (2001). *Género y salud mental*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Coletti, M. i Linares, J. L. (Comp.). (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós.

Colten, M. i Marsh, J. (1984). A sex-roles perspective on drug and alcohol use by women. A S. Widom (comp.). *Sex roles and psychopathology*. Nova York: Plenum Press.

Cox, S. i Radloff, L. (1984). Depression in relation to sex roles: differences in learned susceptibility and precipitating factors. A C. Spatz Widom (Comp.), *Sex roles and psychopathology*. Nova York: Plenum Press.

De Prada, M. A., Actis, W. i Pereda, C. (2001). La inmigración extranjera en España, 2000. A Ministerio de Sanidad y Consumo (ed.). *Prevención del VIH/sida en inmigrantes y minorías étnicas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

De Prada, M. A. i Pereda, C. (2001). *Prevención del VIH/sida en inmigrantes y minorías étnicas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Foucault, M. (1978). *Historia de la Sexualidad, 1: la voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.

Gemignani, M. (2002). Multiculturalism and reification of culture: a constructivist-postmodern view. Document no publicat. Universitat de Florida, Departament de Psicologia.

Gentile, D. A. (1993). Just what are sex and gender, anyway? A call for a new terminological standard. *Psychological Science*, 4, 120-122.

Gerge, M. i Gergen, K. J. (1993). Narratives of the gendered body in popular autobiography. A R. Josselson i A. Lieblich (Comp.). *The narrative study of lives*. Newbury Park: Sage.

Gergen, K. J. (1994). Exploring the postmodern. Perils or potential. *American Psychologist* 49(5), 412-416.

Jiménez, R., Vázquez, A. i Waisman, C. (2000). Género y funcionamiento social en esquizofrenias. *Papeles del Psicólogo*, 75, 27-33.

Joiner, T. E. i Blalock, J. A. (1995). Gender differences in depression: The role of anxiety and generalized negative affect, *Sex Roles*, 33, 91-108.

- Kaplan, H. I. i Sadock, B. J. (Ed.). (1996). *Terapia de Grupo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Lazerson, J. i Zilbach, J. (1996). Aspectos relativos al género en terapia de grupo. A H. I. Kaplan i B. J. Sadock. *A Terapia de Grupo*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Loewenthal, K. M. (1995). *Mental health and religion*. Londres: Chapman & Hall.
- Lorenzini, R. i Sassaroli, S. (1987). *La paura della paura*. Roma: Nuova Italia Scientífica.
- McCreary, D. R., Wong, F. Y., Wiener, W. *et al.* (1996). The relationship between masculine gender role stress and psychological adjustment: A question of construct validity? *Sex Roles*, 34, 507-516.
- Merikangas, K. (2000). Epidemiology of mood disorders in women. A M. Steiner, K. Yonkers, i E. Erikson (Comp.), *Mood disorders in women*. Londres: Martin Dunitz.
- Minuchin, P., Colapinto, J. i Minuchin, S. (2000). *Pobreza, institució, família*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depresió: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.
- Pakman, M. (2002). *Terapia Familiar en contexto de pobreza, violencia, disonancia cognitiva*. Document no publicat.
- Prior, P. M. (1999). *Gender and mental health*. Hong Kong: McMillan.
- Qassim, A. K. (2001). La mediación sanitaria con població extranjera: Escuela de Mediadores Sociales para la Inmigración. A Ministerio de Sanidad y Consumo (Ed.), *Prevención del VIH/sida en inmigrantes y minorías étnicas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ramírez, M. (1999). *Multicultural psychotherapy*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Ros, M. (2001). Programas de salud comunitaria adaptados culturalmente para població inmigrante. A Ministerio de Sanidad y Consumo (Ed.), *Prevención del VIH/sida en inmigrantes y minorías étnicas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Sprock, J. i Yoder, C. (1997). Women and depression: An up-date on the report of the APA Task Force. *Sex Roles*, 36, 269-303.
- Streehle, M. M. (2002). A postmodern approach to multicultural counseling. Document no publicat. Universitat de Nova York.
- Sue, D. W., Carter, R. T., Casas, J. M., Founad, N. A., Ivey, A. E., Jensen, M., LaFromboise, T., Manese, J. E., Ponterotto, J. G., i Vázquez-Nutall, E. (1998). *Multicultural counseling competencies individual and organizational development*. Thousand Oaks: Sage Publication.
- Sue, D. W. i Sue, D. (1999). *Counseling the culturally different: Theory and practice*. Nova York: Wiley.
- Weissman, M. M. i Klerman, G. L. (1977). Sex differences in the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.
- Weissman, M. M. i Klerman, G. L. (1985). Gender and depression. *Trends in Neuroscience*, 8, 416-420.
- West, C. i Zimmerman, D. H. (1991). Doing gender. A J. Lorber i S. A. Farell (Comp.), *The social construction of gender*. Londres: Sage.
- Wolfe, B. E. (1984). Gender ideology and phobias in women. A C. Spatz Widom (Comp.), *Sex roles and psychopathology*. Nova York: Plenum Press.
- Worrell, J. (1993). Gender in close relationship: Public policy vs. personal prerogative. *Journal of Social Issues*, 49, 203-218.