

Treball Final de Grau

Grau d'Educació Social,  
Diversitat Funcional, Discapacitació i Vida Independent.

# **Institucionalització, sobremedicació, i el valor educatiu de l'Educació Social**

Autor: Antonio Márquez Almeida

Tutor del TFG: Iván Sánchez Moreno

Convocatòria Setembre / Curs 2022-2023

## Resum

L'objectiu de la investigació és descriure, reflexionar i analitzar sobre els efectes negatius que pateixen els residents d'una institució psiquiàtrica, les repercussions en les persones de la institucionalització de llarga durada i, a partir d'aquesta denúncia, aportar un model alternatiu des de l'Educació Social. La situació de la que partim sol estar acompanyada de la sobremedicació, guiada per un concepte mèdic-psiquiàtric propi de l'estructuració assistencial per la cura de diferents diagnòstics psiquiàtrics i de dependència a les drogues. Aquesta descripció i reflexió crítica s'ha realitzat mitjançant tècniques etnogràfiques com l'observació participant. El registre observacional sorgeix del que s'esdevé diàriament a la institució «Stiftung Solina» de Berna, Suïssa. Aquest registre etnogràfic està recolzat amb una xerrada amb treballadors de la branca mèdica i social de la institució, que amb una investigació bibliogràfica *ad doc*, han estat decisius per l'anàlisi i les conclusions del present treball.

**Paraules clau:** Institucionalització | sobremedicació | educació social | antipsiquiatria | esquizofrènia | treball etnogràfic.

## Abstract

The research aims to describe, reflect and analyze the negative effects suffered by the residents of a psychiatric institution, the repercussions of long-term institutionalization on people, and, on the basis of this denunciation, to provide an alternative model from the perspective of Social Education. This situation is often accompanied by overmedication, guided by a medical-psychiatric concept that stems from the structuring of care for the cure of different mental diseases and drug dependency. This description and critical reflection have been carried out using ethnographic techniques such as participant observation. The observation record is based on what happens daily basis in the institution "Stiftung Solina" in Bern, Switzerland. This ethnographic recording is supported by a conversation with employees from the medical and socio-educational sectors of the institution, which, together with an *ad doc* bibliographical research, have been decisive for the analysis and conclusions of the work.

**Keywords:** Institutionalization | overmedication | Social Education | anti-psychiatry | schizophrenia | ethnographic work.

# Índex

<b>1. Introducció</b> .....	5
1.1 Presentació del tema .....	5
1.2 Justificació personal .....	7
1.3 Objectius .....	8
<b>2. Marc Teòric</b> .....	9
2.1 La institució total, des de l'antipsiquiatria .....	9
2.2 Els efectes negatius de la institucionalització .....	11
2.2.1. Pràctiques de cura, tractament i sobremedicació .....	13
2.2.2. Nous mètodes de fixació: de la camisa de força a la Sobremedicació .....	15
2.2.3. Implantació de les identitats .....	16
2.3 Educació i pedagogia social com alternativa de la institucionalització .....	19
<b>3. Proposta empírica: Proposta d'un model alternatiu des de l'educació social</b> .....	24
3.1. Context: "Stiftung Solina" (Suïssa) .....	24
3.2. Els agents implicats: Una població resident institucionalitzada .....	28
3.3. Mètode de registre: La construcció de les dades etnogràfiques.....	30
3.4. Diari de camp: Vivències a prop de la esquizofrènia .....	32
3.4.1. Xerrades a la clandestinitat .....	32
3.4.2. El dia a dia acompanyant la esquizofrènia.....	36
3.4.3. El trasllat i l'absència.....	40
3.4.4. Modificacions en l'organigrama laboral i mètodes de tractament que tenen efectes sobre l'esquizofrènia .....	41
3.5. Recull de dades: Xerrada amb cuidadors de diferent espectre .....	43
3.5.1. La institucionalització .....	44
3.5.2. La separació amb el món exterior .....	44
3.5.3. L'autoagressió i el paternalisme .....	45
3.5.4. La sobremedicació .....	47
3.6. Intervencions del marc social que son més agraïdes .....	50

<b>4. Discussió</b> .....	54
4.1. Conclusions.....	54
4.2. Prospectiva.....	56
4.3. Limitacions .....	57
 <b>Bibliografia</b> .....	 59

## **1. Introducció**

Al present capítol s'inclou una breu presentació del tema que ocupa el nostre interès, així com la justificació personal que va motivar l'elecció del tema. Finalment, s'exposen els objectius que es pretenen assolir amb aquest Treball de Final de Grau (que a partir d'ara anomenarem amb les sigles TFG).

### **1.1. Presentació del tema**

El tema que aborda aquest treball són els efectes negatius que afecten tant la institucionalització com la sobremedicació sobre els residents d'una institució psiquiàtrica a Berna, Suïssa. A partir de la descripció i de l'anàlisi crític de la situació, es posa l'èmfasi en mostrar quin pot ser el valor educatiu de l'Educació Social per millorar el dia a dia dels residents que pateixen aquest problema.

El present TFG pretén ser un treball d'investigació que emergeix d'una hipòtesi desenvolupada des de fa temps, fruit d'experiències sorgides a partir del treball en el camp de la psiquiatria associada a les dependències. L'observació participant és l'eina etnogràfica més important per desenvolupar aquesta recerca: aquesta eina té dos estadis i contextos, el primer de forma grupal, amb diversos residents que no han estat escollits de forma planificada ni seguint els protocols d'elecció que marca la institució, i el segon és un diari de camp recollit amb un resident durant diverses jornades de treball, on a causa de la delicadesa i les dificultats que experimenta el cas s'ha de desenvolupar en jornades 1x1, és a dir, un treballador ha d'estar durant tota la jornada de forma exclusiva amb aquest resident.

Una altra eina que s'ha utilitzat per realitzar el treball és una xerrada amb dos treballadors de la institució: un treballador representa el grup sanitari de l'equip de treball, en aquest cas un infermer o "FaBe, Fachmann/-frau Betreuung EFZ"; i de l'altra banda s'ha comptat amb la col·laboració d'una "Sozialpädagogin" o treballadora que representa al grup d'Educació Social de l'equip de treball.

Per últim, val a dir que la recollida d'informació bibliogràfica és una altra part important del treball, ja que representa la base sobre la que es sustenta el marc teòric i sobre la que es construeix la proposta empírica, la qual cosa ens projecta aquest mateix problema des de diferents matisos, contextos i realitats per mostrar com s'està ben lluny de ser un problema nou, doncs ja ha estat treballat per altres autors dels què en farem menció.

La estructura del TFG parteix d'una presentació del tema i una justificació personal on des del "jo" comparteixo la meua relació amb la problemàtica, i que és el que em motiva per realitzar el Treball Final de Grau amb aquest assumpte com a eix central.

El Marc teòric té com a punt de partida situar al lector en la perspectiva teòrica a partir de la qual es vol abordar la problemàtica escollida, en aquest cas la institució total com a concepte que perpetra uns efectes negatius en els residents justificats des del punt de vista de l'antipsiquiatria, i a continuació justificar i enumerar els efectes hostils que provoca la institucionalització.

En aquests punts s'argumenta el que pot significar una institució de llarga durada per a una persona, la sobremedicació com a tractament estandarditzat en psiquiatria i com s'utilitza per les institucions com una nova versió de la camisa de força, desenvolupant no tan sols efectes secundaris físics, sinó també psicosocials com la pèrdua d'identitat social.

A partir d'aquest punt es realitza una defensa de la educació i pedagogia social com alternativa a la institucionalització.

Com a proposta empírica es parteix d'una contextualització del centre en el que s'ha portat a terme la investigació per proporcionar al lector unes eines de comprensió de tot el treball etnogràfic que s'ha realitzat en els últims mesos amb tots els agents implicats. La construcció de les dades etnogràfiques i la seva transcripció al treball ens porten a observar la realitat a prop de la esquizofrènia de les dependències. Altrament, la opinió de dos treballadors de la institució sobre la problemàtica farà que el lector observi els dos punts de vista existents dintre d'un mateix equip de treball, tant pel què fa a les seves reticències i contradiccions com també punts en comú no sempre ben cohesionats.

Per concloure, es relataran les intervencions que des del marc social son agraiïdes per les persones que hi pernocten a la institució, algunes que els residents viuen de forma planificada durant el dia a la institució, i d'altres que l'autor ha desenvolupat de forma independent amb un grup de residents, sortint-se del programari institucional gairebé de forma clandestina.

El treball acaba amb un raonament en forma de conclusions i unes possibles línies futures per tractar la problemàtica que ens ocupa.

## 1.2. Justificació personal

La meua relació amb la problemàtica emergeix al meu lloc de treball, “Stiftung Solina” una institució de llarga durada que sota la metodologia “mischkozept” *concepte de barreja* allotja diferents realitats que conviuen en el dia a dia, això fa possible que convisquin i pernoctin a la institució diferents diagnòstics com la drogodependència, esquizofrènia, trastorns bipolars, demència, autisme, malalties terminals que estan associades a malalties psiquiàtriques etc.

El primer any que vaig treballar a la institució ho vaig fer a *l'equip sanitari* que es diu originàriament equip de “Pflege”, format per infermers i auxiliars d'infermeria, però donades unes situacions concretes de canvis en la plantilla sumat als meus estudis d'Educació Social a la UOC, els tres últims anys i mig he desenvolupat la meua feina a *l'equip social* o de “Betreueung” format per treballadors socials i educadors socials.

La preocupació per la problemàtica del TFG em sobrevé quan començo a acompanyar als casos més delicats i sensibles del grup que ocupen unes places que s'anomenen “KBS”, “Koordinations- und Beratungsstelle für äussers anspruchsvolle”. Això significa que son persones amb necessitats més exigents que la resta, on hi ha un perill significatiu d'agressivitat cap a terceres persones o de suïcidi. La relació amb aquestes persones em desperta una sèrie de dubtes respecte l'acció que desenvolupem, respecte al lloc que ocupem els professionals davant la problemàtica, quin és el sentiment real que tenen els residents cap a nosaltres, com ens veuen, i si el lloc que ocupem a la seva vida està o no condicionat per una institucionalització que, ajudada per la sobremedicació, els hi crea una realitat de la que nosaltres no som conscients.

A partir d'aquí començo a donar-li voltes a la situació i faig extensiva la problemàtica a tota la resta de residents que componen el grup de vint persones amb les que treballo cada dia, i que confeccionen un grup absolutament heterogeni. Persones que en la meua opinió han estat desposseïts de la seva identitat personal, poc a poc perden el suport de la seva biografia, convertit ara en un tresor institucional custodiat per qüestions burocràtiques de confidencialitat, una nova identitat social proporcionada per la institucionalització.

### 1.3. Objectius

Objectiu principal:

El present TFG vol repensar que pot fer el valor educatiu de l'educació social per combatre la institucionalització i la sobremedicació en persones que pernocten en una institució psiquiàtrica.

Objectius secundaris:

- Descriure i assenyalar els efectes negatius de la institucionalització i la sobremedicació en persones que pernocten en una institució psiquiàtrica, tot analitzant i valorant de forma crítica aquestes repercussions doloses.
- Construir el marc teòric que fonamenti les bases d'aquest treball.
- Descriure el context institucional sobre el què es realitzarà la investigació.
- Formalitzar la metodologia, consistent en el recull d'informació i la transcripció de les vivències d'un grup de residents que es vagi generant de forma espontània i de manera abstracta a la planificació i la protocol·lització institucional.
- Assenyalar un possible model d'intervenció social per superar els efectes coercitius d'una institució psiquiàtrica.



## **2. Marc Teòric**

El present marc teòric pretén proporcionar al lector els termes, conceptes i aspectes rellevants que s'utilitzaran al TFG. Es realitzarà una mirada al concepte de la institució total d'Erwin Goffman amb el recolzament d'altres autors del moviment d'antipsiquiatria del segle XX. Per aconseguir el posicionament del TFG respecte aquest tema es repassaran els efectes negatius de la institucionalització i de les pràctiques de cura, tractament i sobremedicació, atribuint a aquesta última el sentit d'una nova camisa de força. També es farà èmfasi en la implantació de les identitats que pateixen els residents institucionalitzats. Per últim, es vol mostrar l'Educació Social i el seu valor educatiu com alternativa a la institucionalització de les persones diagnosticades de malaltia mental.

### **2.1. La institució total des de l'antipsiquiatria**

Erwin Goffman descriu la institució total com “un lloc de residència i treball on un gran nombre d'individus en igual situació, comparteixen en el tancament una rutina diària administrada formalment” (2001:13). Es a dir, el que defineix aquest concepte és que la institució es converteix en el lloc on resulten absolutament tots els aspectes de la vida de les persones, la institució és convertida en la llar i en el lloc de treball, i a més es comparteix amb aquells que la institució ha considerat que poden viure junts sense un alt grau de conflicte, una selecció que trobant-se molt lluny de ser natural es mesura per uns paràmetres institucionals i burocràtics que mitjançant el control i la vigilància aconseguen donar forma a la vida quotidiana a través de la disciplina com l'entén Foucault (2002).

Així doncs, la disciplina no tan sols realitza el paper de vigilància imposada pels treballadors de la institució a través de les normes, sinó que va molt més enllà, ja que la disciplina té la qualitat de sotmetre les persones fins al punt que si totes les dimensions de la vida es desenvolupen en un mateix lloc i sota una mateixa autoritat, només faltaria mantenir ocupats als residents sota els dictats del que s'anomena un pla d'estructura diària<sup>1</sup>, el que completaria l'esdevenir diari a la institució, que en paraules de Goffman (2001:17) “absorbeix part del

---

<sup>1</sup> L'estructuració diària és entesa per la unitat especialitzada de recuperació psiquiàtrica dels serveis psiquiàtrics cantonals de Suïssa, com “l'atenció que inclou la estimulació i el recolzament específic d'activitats individuals i/o conjuntes de les persones discapacitades, l'objectiu és permetre portar una vida autònoma i mantenir o recuperar l'estructura quotidiana”

temps i de l'interès dels seus membres i els proporciona en certa manera un món propi; això té en síntesi tendències absorbents”

Com ens indica Goffman (2001:19-20) totes aquestes tendències d'absorció sorgeixen a partir d'accions programades i que aconsegueixen tots els espectres vitals del dia a dia. Així doncs l'activitat que es realitza en un moment determinat conduirà directament a la següent, imposant-se de forma jeràrquica en un sistema de normes formals i explícites. Moltes d'aquestes activitats obligatòries s'integren en un únic pla racional, que està creat per aconseguir diferents objectius propis de la institució.

Això té com a conseqüència la implantació de la disciplina, que s'aconsegueix posant en vigor totes aquestes accions que tenen a veure amb l'estructura diària dels residents, amb l'excusa de poder recuperar una estructura quotidiana que s'utilitzarà de forma terapèutica a través de la institució. Observem que com un arma de doble fil, aquesta disciplina serà la que permetrà un control minuciós de les operacions del cos, garantint la subjecció constant de les seves forces i imposant una relació de docilitat-utilitat com la que expressa Foucault (2002:141).

Conseqüentment, una institució de llarga durada pot representar perfectament l'arquetip de institució total amb la manca d'alguns atributs, sobretot aquells que s'ocupen de la privació de llibertat explícita i amb una càrrega legislativa. Una de les grans diferències entre la presó i una institució que s'ocupa d'interns psiquiàtrics, és que en la segona qui realitza l'organització formal són els metges i el personal sanitari. En el tipus d'institució que ens interessa també s'ocupa el personal de la branca social, encara que el disseny sigui de caire mèdic-psiquiàtric. Així doncs, la disciplina portada a la institució a la que fa referència Foucault (2002:83) “acaba per convertir-se en un element coercitiu disciplinari, i estableix en el cos el vincle de coacció entre una aptitud augmentada i una dominació acrescudada”. Així doncs, la disciplina facilita la dominació i la mal·leabilitat d'un cos per part de la institució, pel simple fet de tenir un diagnòstic psiquiàtric, i com expressa Goffman (2001:13) amb la presó, una institució psiquiàtrica comparteix “el mateix caràcter intrínsec de presó, encara que els seus membres no hagin infringit la llei”.

## 2.2. Els efectes negatius de la institucionalització

Les persones que van a parar a una institució psiquiàtrica han de lluitar de forma emocional amb el que senten sobre ells mateixos. Com ens mostra Goffman (2001:137) “les persones intenten lluitar contra el seu propi reflex, contra l’opinió que tenen en el cas de la seva pròpia vida, a mode de desemparament per no aconseguir ser allò que mereixi la pena ser”. A més tenen grans dubtes sobre si ells mateixos es mereixen el seu propi respecte. Això sumat a voler amagar aquests dubtes davant la resta de la comunitat que els rodeja, pot provocar un estat de continua ansietat.

A partir d’aquesta situació emocional de partida que viu la persona de forma individual i introspectiva i que Goffman (2001:132) inclou al seu apartat del que ell denomina *la carrera moral* del pacient en la seva etapa de pre-pacient, podem expressar el que suposa la institucionalització per a les persones que pernocten en una institució psiquiàtrica des del moment que superen aquesta fase i passen a l’etapa de pacient, on comença una escalada dintre de la seva *carrera moral* d’experiències associades a la seva posició de pacient en una institució psiquiàtrica.

Així doncs, per a Basaglia (1972:14) les institucions psiquiàtriques son institucions de la violència, i estableix que “el signe que escindeixen i la seva violència s’individualitzen en les pràctiques psiquiàtriques en els conceptes de malaltia, diagnòstic, tècnica terapèutica i curació”. Per a Goffman (2001:27) els resultats negatius que té aquesta violència inherent a la institucionalització per les persones son les *accions mortificants del jo*, de les que ens ocuparem a continuació.

Com s’apuntà anteriorment a l’etapa de pre-pacient les persones van acumulant una sèrie de hàndicaps emocionals respecte la seva persona, però quan arriben a la institució encara posseeixen uns mecanismes de defensa davant les situacions adverses que son naturals i habituals per a totes les persones, amb una “*cultura de presentació*” que “deriva del món habitual del que provenen, d’aquelles situacions, vivències i rutines de les que ens proveeixen les activitats que se suposen que totes les persones viuen en el seu dia a dia, és a dir, aquelles rutines d’activitats que es donen per suposades abans de la internació a la institució”, (Goffman, 2001:25). Això vol dir que quan els residents arriben a la institució porten amb ells un marc de referència que els permet tenir uns mecanismes de defensa amb els que enfrontar els seus fracassos i contratemps. Aquestes situacions son les que es trobaran quan convisquin amb la nova comunitat a la institució.

Cal destacar també que a partir del moment que s'ingressa en una institució comença l'efecte *mortificador del jo* més important que es produirà en el procés moral, ja que la persona entra en un estat degeneratiu que degrada la capacitat d'adaptació del resident a una vida fora de la institució. És el que Goffman (2001:26) descriu com "*desculturació*". En aquest cas no significa que la institució pretengui fer oblidar el passat a la persona, sinó que poc a poc i amb el pas del temps es perd el contacte amb el que passa a l'exterior. La institució es transforma en un microcosmos on a força de rutines i disciplina es coneix menys de tot el que passa a fora i comença un procés on "la persona ja no pot afrontar els problemes externs com ho feia abans del seu ingrés" (Goffman, 2001:126).

Goffman (2001:27) afirma que dintre de les institucions es produeixen algunes violacions del jo, com la limitació d'activitats que eren freqüents a la seva vida quotidiana, o que l'equip de treball estarà al corrent de tota la seva vida privada a través de la bibliografia personal facilitada a la institució, inclús de qüestions que la persona hagués ocultat (op. cit:35), al que se suma la forma totalment homogènia en el tracte de totes les persones institucionalitzades, un tracte asèptic que desenvolupa una manca d'integració al context institucional quan es tracta de forma neutra i asèptica a una població absolutament heterogènia.

A banda d'això, comença un altre procés conjunt que és la degradació i posterior mutilació del rol, ja que si cada dia les persones que viuen fora d'una institució aconsegueixen una sèrie de rols com poden ser mare, pare, treballador, amic, germà, esportista etc, i a més s'intenta que aquests rols s'aconsegueixin amb la major eficàcia possible, a la institució aquests rols es van desdibuixant gradualment, ja que la separació entre el resident i el món exterior "dura tot el dia, amb lo que es verifica la mutilació del rol" (Goffman, 2001:29).

Així doncs, en aquest procés de mortificació del jo que inclou la *desculturació* i la degradació del rol trobem com a conseqüència que els residents son desposseïts de la seva identitat. Goffman (2006) fa la distinció entre tres nivells de identitat: la identitat social, la identitat personal i la identitat del jo. La identitat personal i la social formen part de les expectatives i definicions que tenen altres persones respecte l'individu, i la identitat del jo tindria a veure amb el sentit subjectiu de la persona sobre sí mateixa, el caràcter al que un individu arriba com a resultat de totes les situacions vitals que travessa, i com a matèria subjectiva ha de ser experimentada per la persona per la qual es discuteix la seva identitat (2006:126).

Per altra banda, Goffmann (2006:7) relaciona la identitat amb el concepte d'estigma, definint-lo així com "la situació de l'individu inhabilitat per la plena acceptació social, i la discrepància

que hi hagi entre la identitat social i la virtual i la real a partir d'un atribut desprestigiador. Permet parlar d'estigma (op.cit:16). Així doncs un atribut que desprestigia a un individu pot demostrar la normalitat d'un altre, ja que no es pot oblidar que la confecció de la identitat és un fenomen que es crea en referència als altres, on existeix una continua negociació.

### **2.2.1. Pràctiques de cura, tractament i sobremedicació**

Fent un resum introductiu de la història dels tractaments envers les malalties mentals, cal començar per l'epidèmia de la bogeria de mitjans del segle XIX. "Al 1843 la reformista Dorotea Dix presenta un memorial a la Assemblea legislativa de l'estat de Massachusetts, al qual descrivia l'estat actual de les persones dements confinades dintre d'aquella Commonwealth, "a gàbies, vàters, golfes o corrals nuus colpejats amb pals i apallissats en nom de la obediència; el que provocà la creació d'una xarxa de manicomis" (Bentall, 2011:95).

A partir d'aquest moment comencen a donar-se exemples dels primers tractaments o remeis contra la bogeria, donat que a principis del segle XX existia la creença que la malaltia mental la provocaven agents infecciosos. Al 1907 el doctor Henry Cotton, director mèdic del New Jersey State Hospital de Trenton, "comença a utilitzar la cirurgia per intentar eliminar totes les possibles fonts d'infecció, així com les dents, testicles, ovaris, vesícula biliar o el colon" (Bentall, 2011:99). S'ha de tenir en compte que en aquella època la meitat de les persones que experimentaven una intervenció quirúrgica morien majoritàriament per la manca d'higiene.

A partir d'aquest moment es fan servir altres pràctiques de cura com la teràpia electroconvulsiva, la leucotomia prefrontal i la teràpia de coma isoclínic totes amb atacs directes al cervell, a més de la provocació pel doctor Ladislaus von Meduna a Hongria d'atacs epilèptics mitjançant l'alcanfor i el metrazol, que responia a la idea que l'epilèpsia i l'esquizofrènia eren incompatibles (Bentall, 2011:99).

A partir de finals del segle XX els pacients ja no pateixen la cirurgia, i amb l'aparició de la clorpromazina comença una nova era pel tractament dels pacients amb diagnòstics mentals, sobretot els relacionats amb l'esquizofrènia, psicosis o trastorn bipolar.

La nova era de les substàncies que s'utilitzen per tractar diferents malalties mentals ha passat a convertir-se en el centre d'atenció per inversors que veuen una gran oportunitat per augmentar el redit de les seves finances. Així doncs la publicitat, el marxandatge i el negoci darrere les substàncies que s'utilitzen en psiquiatria arriba a nivells d'espectacle atractiu, per tenir incidència en els professionals de la psiquiatria, "Al congrés vaig contar fins a 15 grans expositors de camí al menjador. Entre ells un jardí artificial (Janssen-Cilag), un rierol que corria

sobre pedres (Lundbeck), i una torre giratòria d'uns dotze metres d'alçada (Novartis), quasi tots regalaven menjar, samarretes i altres incentius dissenyats per fer parar als psiquiatres i escoltar un rolo promocional (Bentall, 2011:360).

Per una altra banda, hi ha una part de la investigació psiquiàtrica que canalitza els seus esforços en la medicació preventiva, cosa que resulta compromès i perillós ja que en el moment en el que les persones que aparentment tenen un risc de patir una malaltia psíquica son introduïts en un circuit de serveis psiquiàtrics. Es pot donar la situació que s'estigmatitzi al pacient, un estigma que, tal i com expressa Goffman (2006:7), converteix a l'individu en “una persona inhabilitada per la plena acceptació social”.

A banda d'això, quan les persones que resideixen a una institució psiquiàtrica presenten una tolerància als fàrmacs o senzillament una manca de resultats immediats davant aquestes substàncies, se'ls apliquen diferents combinacions de fàrmacs i amb un augment de les dosis “moltes vegades els pacients que estan sent maltractats d'aquesta forma, continuen patint greus al·lucinacions i deliris, que en lloc de ser considerats com una prova de la ineficàcia dels fàrmacs, s'interpreta com que les dosis han de ser majors (..) tots els antipsicòtics tenen efectes secundaris alarmants, que son una amenaça per la salut i que en ocasions causen la mort prematura” (Bentall, 2011:398).

Entre els efectes secundaris més comuns i perillosos de la sobremedicació dels fàrmacs antipsicòtics o neurolèptics que s'utilitzen per tractar la psicosi que es presenta com a símptoma de la esquizofrènia o el trastorn bipolar es troben els efectes secundaris extrapiramidals, ja que suposen una alteració del sistema piramidal de neurones que estan compromeses en els moviments. Com expliquen Fernandez et al. (2018:49) “aquests símptomes son “parinsonians” que inclouen la tremolor o distonia (moviment anòmal de la cara i el cos) disfunció vegetativa amb pal·lidesa, incontinència urinària, somnolència, apatia, agitació, excitació, cefalea, confusió”.

S'ha de tenir en compte que, com expressa Bentall (2011:399), “encara que el Col·legi Real de Psiquiatres de Gran Bretanya, i l'Institut Nacional de Salut Mental dels Estats Units aconsellen el contrari, els estudis demostren que els psiquiatres continuen tractant a molts dels seus pacients amb dosis irracionalment altes d'antipsicòtics”. Per aquest motiu, “la psiquiatria ha estat única en quant que ha generat tant fascinació com desconfiança entre les persones intel·ligents. Això passa potser per que a diferència de la resta d'especialitats mèdiques, no hi ha una altra que tingui la facultat de poder obligar a les persones a rebre tractament, i per que

alguns d'aquests que s'han infligit als malalts mentals semblen més aterradors que la mateixa bogeria”(2011:39).

### **2.2.2. Nous mètodes de fixació: de la camisa de força a la sobremedicació**

Com ha quedat relatat anteriorment la història dels tractament psiquiàtrics té un passat tèrbol amb pràctiques i remeis extrems amb uns efectes realment catastròfics pels pacients. Algunes d'aquestes pràctiques encara es fan servir avui en dia com l'electroschock que amb el nom de “Elektrokonvulsiontherapie” és una oferta de la Universitat de Zurich per combatre les depressions resistents, les manies agudes o la esquizofrènia.

Per una altra banda, el tractament més utilitzat son els neurolèptics o els psicofàrmacs, que provoquen un bloqueig del sistema nerviós, que com afirma Noel, M (2011:196) s'utilitza com “particularització del procés de medicalització, que mediat per la disciplina, donen compte d'una realitat contemporània que deriva d'uns processos moderns netament restrictius de les conductes, les sensacions, els pensaments i les accions”, la qual porta a definir aquests tractaments com una coerció interna que limiten conductes i sensacions, i tenen com a conseqüència el control dels pacients. Així doncs, estariem parlant d'un acte impositiu, com un acte d'autoritat de la institució psiquiàtrica cap a la persona o pacient. Els mecanismes d'actuació envers les malalties com la medicalització o la sobremedicació exerceixen un poder autoritari sobre aquests pacients. A més a més, aprofitant aquesta disciplina implícita en el procés de medicalització, ja es pot aïllar cada individu i fer un seguiment a partir de donar-li un espai concret on poder observar-lo i vigilar-lo, el que en paraules de Foucault (1992:75) permet que “l'individu sorgeixi com objecte del saber i de la pràctica mèdica”.

Per una altra banda, la fixació dels individus a causa de la sobremedicació podria trobar-se dintre d'uns fins molt més banals a la institució psiquiàtrica. De vegades la manca de personal o la difícil gestió d'un grup de residents poden facilitar les pràctiques de fixació química, i “en general la medicació es defensa per que apaivagar als interns facilita el treball de les infermeres, auxiliars i celadors” (Millet, 2019:351).

Altrament, aquest acte pot portar a confusions i encara que “s'hagin descrit moltes vegades els antipsicòtics com “camises de força químiques” seria erroni donar per suposat que el resultat es simplement deixar fora de combat als pacients per que deixin de queixar-se (encara que això

passa, si com succeeix amb massa freqüència, s'administren els antipsicòtics amb dosis bastant altes" (Bentall, 2011:396).

Pel que fa a la percepció dels pacients en quant a la fixació a través del tractament químic a les institucions, es pot observar com en aquest cas hi ha una percepció per part d'aquests que la medicalització a base de neurolèptics respon a una administració de forma sistemàtica per mantenir la disciplina i l'ordre en l'interior de les institucions. En paraules de Millet (2019:351): "El que és realment erroni és la medicació: la medicació com a curació, com el mètode oficial que impera avui en dia, és lo insidiós, el veritable mal. En general es defensa per que calmar als interns facilita el treball de les infermeres, auxiliars i zeladors. En realitat, fa molt més, actua en sentit contrari a la cordura".

A aquest sentiment d'utilitzar la sobremedicació amb fins com la disciplina i l'ordre dintre de les institucions psiquiàtriques es suma la impotència de l'autora expressant que els tractaments al cap i a la fi son uns tractaments involuntaris, ja que la obligació a prendre aquestes substàncies converteixen aquestes teràpies en un deure de prendre " medicació forçada de substàncies sense cap explicació al respecte d'aquestes" (Millet, 2019:348), afegint que "no pot obligar-me a prendre alguna cosa sense explicar-me què és" (op. cit.: 335).

En conseqüència, la força que tenen els tractaments amb neurolèptics dintre de la institució psiquiàtrica com a mètode de fixació que implica disciplina i ordre té tanta importància que per l'autora tot gira de forma radial al voltant d'aquestes substàncies, "torna a ser l'hora del té i les pastilles, per les que el té és una mera excusa. El mateix esmorzar no és més que una altra tassa de té amb una pastilla (...) i sempre les pastilles, les substàncies químiques que has de combatre amb l'estómac buit" (Millet, 2019:335).

### **2.2.3. Implantació de les identitats**

Com ja s'ha expressat anteriorment Ervin Goffman (2006:7) treballa la identitat a partir del concepte d'*identitat deteriorada* i aquesta identitat deteriorada es construeix a partir de l'estigma, "val a dir de la situació d'inhabilitat per una plena acceptació social".

Per una altra banda i com s'expressa a Goffman (2001:137) aquesta inhabilitació comença a l'etapa de pre-pacient del resident d'una institució psiquiàtrica, ja que l'individu té grans dificultats per acceptar-se a si mateix tal com és, sumat a l'obstacle que planteja haver d'amagar la seva realitat com a pacient de psiquiatria, té com a conseqüència un gran estrés emocional.



Quan la persona entra a una institució psiquiàtrica o de *vigilància* com indica Goffman (2006:51), comença a donar-se compte que allà es trobarà amb els seus iguals, amb un grup de persones que porten un estigma que deteriora la seva identitat social, i encara que al principi existeixi un rebuig a formar part del seu nou grup de *companys d'infortuni*, “l’individu compren per primera vegada que els ha d’acceptar com els seus iguals” (2006:51).

Es important a partir d’aquest moment que es faci un recull del que la institució total li pot fer a l’individu respecte la seva identitat, ja que si la persona que es troba a la institució amb els seus iguals comença a donar-se i a acceptar l’estigma que porta a sobre, la seva *identitat deteriorada* començarà a comportar-se en referència a la realitat que li envolta, i a l’acceptació de l’etiqueta de malalt mental . Un exemple d’això és un dels testimonis de Millet ( 2019:229) quan expressa que “ Si ningú m’hagés dit que estic boja aleshores no ho estaria”. Ara un cop que l’individu accepta la seva posició com a pacient psiquiàtric, trobem que en aquest moment *d’aïllament i inhabilitació* com expressa Goffman (2006:55) “l’individu té la possibilitat de pensar en el seu problema, d’aprendre sobre sí mateix, adaptar-se a la seva situació i arribar a una nova comprensió del que és important i mereix buscar-se a la vida”.

Tot seguit, un cop que s’arriba al grau d’acceptació de la seva situació personal i es manifesta una certa docilitat al respecte, comença el reajustament de la persona mitjançant la violència que professen els conceptes de “malaltia, diagnòstic, tècnica terapèutica i curació” que expressa Basaglia (1972:14), i fent us de la disciplina ja es pot implantar una identitat que vagi en consonància amb la metodologia de la institució psiquiàtrica. Així doncs, l’objectiu de la disciplina a més de gestionar les potencialitats d’un cos, i de mantenir la jerarquització de poder, és realitzar una connexió o vincle amb les accions mateixes del subjecte, és a dir, que el cos del subjecte s’adeqüi a les d’una estructura rígida que té com a conseqüència un subjecte obedient que s’homogeneïtza a les condicions del poder. Una manipulació del cos com a focus de les forces que s’han de fer útils i dòcils a la vegada, Foucault (2006:225).

Per últim, prenent com a focus d’interès la degradació de la identitat implícita a l’hora de pernoctar i viure en una institució psiquiàtrica, es vol adoptar com a evidència la transmissió de la informació social que indica Goffman (2006:57-63), una informació que es transmet a partir dels símbols que emet una persona quan està davant d’una altra com a informació permanent en contraposició amb sentiments o estat d’ànim. L’autor reconeix una sèrie de símbols, en primer lloc aquells que poden variar la imatge prèvia que es té d’una persona i

poden suposar un reclam de prestigi com els *símbols d'estatus*, en segon lloc aquells que suposen una desvaloració de l'individu com els *símbols d'estigma*, i en tercer lloc els signes *desidentificadors* que proposarien una imatge que falleix en direcció positiva a favor de crear dubtes sobre la identitat de la persona. Doncs bé, “si la societat estableix els medis per categoritzar a les persones i el compliment d'atributs que es perceben com a corrents en els membres de cada una de les categories (...) al trobar-nos davant un estrany és probable que les primeres aparences ens permetin preveure en quina categoria es troba i quins son els seus atributs o identitat social” (Goffman, 2006:11-12).

Així doncs, aquesta identitat social es pot veure degradada i pertorbada per una canalització de categoritzacions i *símbols d'estigma* a partir de la institucionalització, ja que una persona que resideix a una institució psiquiàtrica ja porta un *símbol d'estigma* inherent que no permet el desenvolupament continu dels símbols que de forma voluntària poden modificar la seva imatge de forma positiva. Això sumat a l'homogeneïtzació de poder que proposa la disciplina segons Foucault (2006:225), la *degradació de la identitat* que planteja Goffman (2006) pot prendre forma d'implantació d'identitats homogeneïtzades dintre de la institució.

### 2.3. Educació i pedagogia social com alternativa de la institucionalització

El punt de partida d'aquest apartat vol proposar una mirada introspectiva de l'Educació Social i dels Educadors socials a la problemàtica de la institucionalització i la sobremedicació a les institucions psiquiàtriques de llarga durada. Això és, que no tan sols ens hauríem de plantejar què es pot fer en contra d'aquests efectes negatius que promou el model institucional, o plantejar-nos quin altre model seria més adequat per les persones que pateixen psicosis o esquizofrènia moltes vegades associada a la drogodependència, sinó que l'exercici més important i difícil ha de ser admetre que un cop es desenvolupa l'acció social dintre d'una d'aquestes institucions, s'ha de revisar amb esperit crític i constructiu que és el que es pot fer per millorar el dia a dia de les persones que allà hi habiten. En darrer terme, en contra de demanar l'ensorrament d'un model ja existent que ens alliberi de responsabilitats com a professionals, passar a l'acció i lluitar contra el model bio-mèdic de la institucionalització amb actes que tinguin una transcendència real i immediata en els residents.

En primer lloc es vol abordar el rol de l'educador social a la institució psiquiàtrica, si bé a Suïssa aquest paper el desenvolupen els "Sozialpädagoge" (la traducció literal és pedagog social) i l'educador social que vol desenvolupar la seva tasca en aquest país passa a formar part d'aquest grup o escala laboral.

El punt de vista amb el que es vol començar a posar èmfasi és l'anàlisi de com se senten les persones que acompanyem davant la nostra presència, ja que en paraules de Rivera (2020:47) "un mateix espai mai és viscut de la mateixa forma, donades les nombroses interpretacions que l'esser humà pot fer del seu entorn més pròxim, això és encara més evident quan succeeix en un dispositiu d'aquestes característiques". Així doncs, encara que els professionals que hi treballen a una institució es facin una idea de què pensen els residents de la seva presència, per una banda la idea pot no ajustar-se a la realitat i per altra banda la resposta pot ser tan heterogènia com els diferents individus que habiten l'espai institucional.

La primera possibilitat amb la que es troba l'educador social és que en el seu afany de recerca de maduresa i socialització dels "*inadaptats socials*", com els anomena Pérez (2016:122), es produeixi un procés per la "correcta socialització i formació cívica-democràtica (...) orientada a la formació en valors socials" on s'estigui no tan sols fomentant sinó també utilitzant com a eina de treball el poder i la disciplina, i es que "normalitzar que viuen en un recurs residencial pot fer-nos perdre de vista que existeixen altres formes de viure. La gent "normal" viu en pisos

que no son col·lectius i on el poder de decisió de tot recau en les dues, tres o quatre persones que allà hi viuen. Normalitzar la institucionalització em sembla un acte cruel, professionalment m'incòmoda" Rivera (2020:68). Així doncs, es pot caure en l'assumpció d'una actitud de poder davant els individus que s'intenta acompanyar, que per una altra banda no han escollit als professionals que els acompanyen, i que s'han convertit en els seus companys de llar. Aquest posicionament proposaria un Educador Social que forma part de tot allò que a través del poder i la disciplina perpetra la *mortificació del jo* que expressa Goffman (2001:27). Aquesta possibilitat de situació mortificant dels residents ha de fer reflexionar al professional per que les seves accions no estiguin en consonància amb la institucionalització i que no es converteixin en una translació del model repressiu del dispositiu, com expressa Rivera (2020:37): "m'incòmoda que hi hagi persones que tenen una vida on algú exerceix el poder i que hagin normalitzat aquesta situació (...) i m'incòmoda que qui l'executi sigui un educador".

Altre punt de vista susceptible de reflexió és qué significa per l'Educador social una institució, ja que existeixen moltes possibles definicions que van des de el lloc de treball on es desenvolupa l'ofici de l'Educació Social, a pensar que el professional efectua una espècie d'invasió diària a la llar de les persones que allà hi viuen, el que suposa entrar amb el respecte i cautela que s'executen quan s'accedeix a qualsevol domicili, d'aquí la importància de repensar els significats de la casa i de la llar de les persones i relacionar-los amb els dispositius socials que tenen relació directa amb aquest concepte. "La llar es el nostre racó al món. Es el nostre univers. Es un cosmos. Un cosmos en tota l'accepció del terme" Bachelard (1957: 35). Per aquest motiu, l'Educador social ha de repensar que és per ell una institució, cosa que anirà molt en consonància amb analitzar quina és la tasca que s'ha de portar a terme i quina postura es vol tenir per desenvolupar un rol de persona que acompanya, que és, com expressa Esquirol (2015:46) "allà ens donem d'aliment, de tendresa de recer", o per altre cantó tenir una percepció molt més asèptica i pensar que una institució és com un *garatge per a persones* (Illitx, 1998, citat a Rivera 2020:68).

Un cop l'Educador social ha realitzat un treball d'anàlisi crític sobre qué significa la seva figura pels residents d'una institució, i sobre qué significa per ell la institució i les persones que allà hi conviuen, s'ha de començar a pensar en quin és el tipus d'acció que es vol portar a terme i com es pot acompanyar a les persones d'una institució psiquiàtrica amb un fi constructiu de benestar en el dia a dia, i que proporcioni la independència suficient per que els individus no se sentin institucionalitzats i sota el jou de la disciplina. A més a més, també l'Educació Social

té molt a veure i a acomplir sobre l'altre punt important d'aquest treball que és la sobremedicació terapèutica, ja que si bé l'Educador social no recepta neurolèptics, per la seva banda pot col·laborar en que gràcies al benestar social d'un pacient la ingesta de la teràpia amb substàncies químiques es vegi reduïda.

A continuació s'evidenciarà que es pot desenvolupar la tasca d'educador social a una institució psiquiàtrica d'una forma que motiví als residents, sortint-se de les estructures fixades i encotillades que proposa aquest tipus de dispositiu, i abstraient-se del plantejament mèdic-sanitari que serveix com a font del funcionament terapèutic en aquestes institucions. Per exemplificar aquest plantejament sobre el valor educatiu de l'educació social es prendran com a referència dos projectes; un es l'experiment "Villa 21" del Dr. David Cooper, un dels representants del moviment d'antipsiquiatria i que va tenir lloc del 1962 al 1966 a un pavelló d'un gran hospital psiquiàtric de Londres, i l'altre és el projecte "Soteria" conduït pel Dr. Loren R. Mosher del 1971 al 1983.

En ambdós casos la part més important a l'hora de tractar als pacients de psiquiatria, més concretament diagnosticats amb psicosi i esquizofrènia aguda, es basava en grups reduïts, un pavelló que fos adequat pels grups que allà conviurien, és a dir, l'intent de crear un lloc en el qual els residents s'identifiquessin i que es pogués parèixer la seva llar, i un cop que s'ha aconseguit adequar el factor ambiental, la característica més important de totes té a veure amb la relació personal i pacient, amb el rol que desenvolupava o deixava de desenvolupar un grup i l'altre. Així doncs per Cooper (1985:95) a l'experiment "Villa 21", "existia la necessitat obvia d'una unitat separada amb una estructura de rols menys ritual i rígida, on els pacients poguessin trobar-se a sí mateixos a través de les seves relacions amb els altres i conduir amb més èxit els seus conflictes". Pel Dr. Mosher (1999:142-149) el projecte Soteria podria descriure's com "l'aplicació durant 24 hores, d'intervencions fenomenològiques interpersonals per personal no professional, usualment sense un tractament a base de drogues neurolèptiques, en el context d'un entorn social de mida reduïda, casolà, tranquil, que facilita recolzament i protecció i en el que hi ha tolerància. La pràctica central de fenomenologia interpersonal es basa en el desenvolupament d'una relació sense intromissions i que no busca controlar, però és activament empàtica, en la que la persona psicòtica no ha de fer explícitament treball terapèutic o relacionat amb el control".

En aquest ordre de coses, no és que en ambdós casos no hi hagués sessions terapèutiques, sinó que el propi ambient relacional entre les persones que allà es trobaven ja conformava una gran

sessió terapèutica amagada de quotidianitat, “el personal treballava suaument per construir ponts, al pas del temps, entre els estats emocionalment desorganitzats dels individus i els successos de la vida que havien precipitat la seva desintegració psicològica, a la casa es vivia un context d’expectatives positives en quant a que es produiria una reorganització i re-integració com a resultat d’intervencions minimalistes” (Mosher, 1999:142-149).

Així doncs, hi ha un intent per eliminar el rol inconfusible de pacient a l’hora de defensar les accions d’acompanyament basades en ocupar als pacients per que no perdin el contacte amb la realitat que els envolta fora de la institució, o com expressa Cooper (1985:102), “es pensa que si els pacients no estan permanentment ocupats en les tasques domèstiques del pavelló i en diversos projectes de teràpia ocupacional es convertiran en replegats, institucionalitzats, pacients crònics”. Així doncs, existeix en ambdós casos un posicionament trencador en quant a la forma de tractar terapèuticament als residents fora de l’establert, i de trencar amb els estàndards de les activitats que se suposa que han d’afavorir la socialització d’aquests, però que en realitat el que fa és incloure als residents en el rol de pacients, que han de fer activitats per als pacients, sota el control i la disciplina del personal dirigida a un sol pacient. Contràriament, toca desactivar el rol dels cuidadors o de l’equip professional de la institució. En aquest cas, la millor forma d’eliminar el rol dels cuidadors és la empatia fins posar-se al costat de l’altre, deixar de banda les jerarquies i fer un intent de trobar l’horitzontalitat amb els individus amb els que es vol treballar, fins el punt de perdre la por a confessar les discapacitats de l’Educador social, a entrellaçar-les amb els residents fins el punt que algunes paraules de les persones diagnosticades amb malaltia mental puguin tenir un efecte positiu pel sistema emocional del cuidador. “Poden els pacients tractar altres pacients o inclús tractar al personal? Pot el personal comprendre i reconèixer amb absoluta sinceritat a la comunitat del pavelló les seves pròpies àrees d’incapacitat i malaltia i la seva necessitat de tractament?” (Cooper, 1985:104). És a dir, es busca afavorir una relació que es basa en coneixements compartits, que fa possible que el personal es posi al lloc del usuari: “Així percebrà la forma en que el client percep el seu context social i el que necessita canviar per poder regressar a ell” (Mosher, 1999:142:149).

En els dos casos en el que es recolzarà aquest treball la medicació anti-psicòtica es va reduir fins a un nivell de mínims o va desaparèixer per complert. Aquesta és una dada important ja que el que s’intentava en els dos casos era sortir-se del que Cooper (1985:105) anomena “metgecentrisme”, que a més a una institució no només té a veure amb els tractaments

farmacològics, sinó que té a veure amb tot l'entramat arquitectònic d'accions que es realitzen amb els pacients, sobretot en qüestió de la presa de decisions en motius que tinguin a veure amb l'estructura diària dels pacients. Però com aquesta estructura en ambdós casos esta sota mínims el cuidador pot negociar una decisió conjuntament amb el resident, la qual cosa reafirma i democratitza la relació social entre dues persones que conviuen juntes sense el rol social professional-pacient. Així doncs, encara que al principi els residents institucionalitzats esperen que el personal assumeixi el rol de líder, amb el temps això va desapareixent i en paraules de Cooper (1985:109) “pot ser que la característica essencial del lideratge és la renúncia a l'impuls de dominar a l'altre”.

Per concloure, cal estar a prop dels residents fins el punt que puguin ajudar a l'Educador social a perdre les seves pors, consolidar una relació que fa entendre la realitat del proïsme i fomentar en els usuaris la presa no tan sols de decisions, sinó també de prendre d'alguna forma el control de la seva vida i de la seva psique en forma de teràpia social, una autonomia psico-social que pot ajudar a rebaixar molt el consum de fàrmacs, ja que col·labora en la solució i superació de les seves crisis psicòtiques que venen i van. “Sense elevar-lo a l'estatus d'Esquizofrènic com Heroi Cultural, hem eliminat al menys parcialment la distància entre ell (el llunàtic) i nosaltres (el personal), els representants de la societat sana, i junts vam trobar la forma d'atresorar el que es deia la seva bogeria” (Cooper, 1985:113). En aquest cas, el més difícil no és trencar amb la rigidesa de les mesures del tractament estàndard contra l'esquizofrènia, o trencar amb els plans estipulats d'organització de la estructura diària dels residents, de vegades el més difícil és trencar amb la rigidesa i jerarquització del personal, fins el punt de quedar-se amb un sentiment de desprotecció davant la transgressió de metodologies que no els emparen amb la protecció del control i la disciplina institucional, doncs: “La dificultat real pel personal consisteix en l'autoconfrontació, en la confrontació amb els problemes, pertorbacions i bogeria propis. Cadascú ha de córrer el risc de sortir a la recerca del llunàtic que inclou en sí” (Cooper, 1985:115).

### **3. Proposta empírica: Proposta d'un model alternatiu des de l'Educació Social**

A la present proposta empírica es volen traslladar les experiències recollides a una institució psiquiàtrica de llarga durada mitjançant el mètode etnogràfic i transcriure-les per una major comprensió del lector.

Per començar es realitzarà una contextualització de la institució on es portarà a terme el treball de recollida de dades, una descripció dels agents implicats i una explicació del mètode etnogràfic emprat. En els següents apartats de la proposta empírica es relataran dos tipus de vivències a prop de la esquizofrènia: una que s'ha realitzat a mode d'experiment amb diversos residents de la institució, i altra que descriu el dia a dia amb un resident que ocupa plaça KBS “(Koordinations- und Beratungsstelle für äusserst anspruchsvolle)”, que vol dir que es tracta d'un cas extremadament delicat. Per concloure, es transcriuran les dades etnogràfiques extretes de xerrades amb cuidadors de les dos àrees laborals que conformen l'equip de treball a la institució: l'àrea sanitària i la social.

#### **3.1. Context: “Stiftung Solina” (Suïssa)**

El treball etnogràfic es portarà a terme en la institució “Stiftung Solina”, que significa Fundació Solina i que es troba a la localitat de Spiez, a la regió d'Oberland al cantó de Berna, Suïssa. A Spiez resideixen uns 13.000 habitants i la llengua oficial és l'alemany, encara que la població parla en un dels dialectes del cantó de Berna que és “l'Oberlander deutsch”.

La institució correspon a la xarxa d'institucions de llarga durada de Suïssa, on son enviades les persones que no poden viure amb independència per patir una malaltia mental, i que tampoc poden ocupar un llit a l'hospital. Aquest tipus d'institucions existeixen per tot el país i estan destinades a persones grans i persones amb diversitat funcional entre les que es troben les malalties mentals i la drogodependència.

Altrament, degut a la idiosincràsia del sistema sanitari de Suïssa aquestes institucions son semi-públiques i les coordinen els cantons. Així doncs, quan una persona pernocta en una institució de llarga durada, aquesta és sufragada entre l'assegurança mèdica obligatòria, el cantó al que correspongui i la persona a nivell individual.

Stiftung Solina és una fundació que gestiona dos centres, un a Steffisburg i l'altre a Spiez. Al primer es dona atenció generalment a persones grans amb demències en les seves diverses



configuracions: front temporal, Lewy, associades a la malaltia de Parkinson, esclerosi amiotròfica etc. Per altra banda, a Spiez les persones que pernocten tenen diferents diversitats funcionals, psíquiques, psicològiques i físiques, necessitats especials per a la tercera edat, persones amb drogodependència i places de “KBS” “(Koordinations- und Beratungsstelle für äusserst anspruchsvolle)”, places per a persones assistencials especialment exigents, finançades per l’Estat. Generalment son persones que han estat a presó, o son casos amb un alt risc de suïcidi o autoagressions.

Les funcions de la Fundació es limiten al cantó de Berna i és neutral des del punt de vista polític i religiós. L’activitat de la Fundació comença al 1901 com una Associació de caritat eclesiàstica (Asyle Gottesgnad). Aquesta associació tractava d’acollir a persones amb malalties cròniques físiques i psíquiques, i les substàncies addictives encara no es consideraven una malaltia, sinó una debilitat del caràcter, però ja els alcohòlics s’admetien sota el lema de “Grundsätzlich gilt eine Pflegebedürftigkeit als Aufnahmebedingung” que vol dir, la mera necessitat de cura suposa una condició per l’admissió.

A la institució de Solina Spiez hi han 240 habitacions repartides entre tres edificis de cinc plantes per cada un d’ells. A la política d’admissió de la institució es detalla que l’atenció va dirigida a les persones que necessiten recolzament diari i que no poden viure ni desenvolupar-se personalment d’una altra forma que no sigui amb una atenció integral durant tot el dia, tant en l’aspecte sanitari, com en l’aspecte socioeducatiu, ja sigui donat per la seva diagnosi de malaltia, com pels plans de vida que ells han escollit.

La institució depèn del seu projecte individual del que emana el programa “Mischkonzept” que a la vegada representa la filosofia de la fundació, i que constitueix el concepte de barreja de diferents realitats vitals sota una mateixa institució. Això vol dir que hi conviuen persones amb malalties mentals com l’esquizofrènia, trastorn bipolar, *border line*, demència relacionada a diferents malalties degeneratives, addiccions a les drogues, persones en estat pal·liatiu agut i discapacitats múltiples. A més col·labora amb programes del cantó de Berna com :

- Programa d’acolliment de places KBS del cantó de Berna.
- Programa “Heroin-assisted” de l’Estat suís gestionat pel govern del cantó de Berna.

Es desenvolupa una atenció mèdica i d’acompanyament que inclou un programa de substitució per a persones amb addicció a les drogues. Per una altra banda moltes altres persones amb diagnòstics psiquiàtrics, discapacitats múltiples i malalties cròniques tenen relació directa amb

les drogues. Aquesta metodologia intenta satisfer totes les necessitats dels residents, que viuen junts independentment de la seva diagnosi.

Proporcionar aquest marc requereix una estreta col·laboració entre autoritats, persones implicades, serveis socials, protecció de menors, departament de benestar i salut, a més de familiars i amics i altres institucions del cantó de Berna.

Com a programa de la institució per fer el seguiment dels pacients i les indicacions de qualitat de la cura de les persones que hi resideixen l'eina utilitzada és la següent:

Solina treballa amb el sistema de qualificació RAI (Resident Assessment Instrument) que vol dir Instrument d'Avaluació de Residents. Aquest instrument permet representar una atenció y un recolzament específics, adaptats a les necessitats individuals dels residents, y recollir dades per la garantia y la promoció de la qualitat orientades als resultats. Amb l'ajuda de les dades recollides, es poden representar diversos indicadors de qualitat. Amb l'ajuda de la informació individual del MDS "(Bewohner Assesment und Documentation)", que vol dir Avaluació i documentació dels residents, es calculen els diferents indicadors de qualitat. Es componen dels següents dotze temes:

- Accidents
- Comportament i emocions
- Tractament clínic
- Estat cognitiu
- Prevenció de la incontinència
- Nutrició
- Funcionament físic
- Polifarmàcia
- Us de drogues psicotròpiques
- Qualitat de vida
- Funcions sensorials
- Cura de la pell

Aquests temes s'utilitzaran per generar els indicadors de qualitat mèdica, que es publiquen anualment a nivell federal.

L'oferta socioeducativa que es planteja a la institució per poder motoritzar molts dels temes que es proposen al R.A.I a partir de l'estructura diària dels residents ve determinada per

diferents tallers on es realitzen diferents activitats que es planegen i estructuren a través del “(Kreative-Werkstatt)”, que vol dir taller creatiu. Les ofertes de treball dels tallers son:

- Disseny tèxtil: teixir, cosir, brodar.
- Disseny amb paper: fer paper, crear targetes de visita o felicitació.
- Disseny amb altres materials: alfareria, fusió de vidre, treball amb pedra, creació de veles
- Treballs amb fusta: Carpinteria, mobles per a la llar i dissenys propis.

Les àrees socioeducatives que promouen els tallers son les següents :

- Realització del treball de forma autònoma
- Elecció autònoma del treball
- Integració al grup
- Interacció entre residents, clients i equip professional
- Reconeixement entre producte fabricat i treball realitzat
- Mantenir i promoure habilitats i competències
- Permetre el contacte amb el públic mitjancament les ventes dels productes a les botigues i mercats.
- Augment de l’autoestima
- Fomentar la creativitat, la percepció de la realitat, i capacitat de relació i conflictes
- Aprendre a treballar
- Promoure el compromís amb la feina
- Estimular processos d’aprenentatge
- Disseny individual del lloc de treball

Aquests tallers son una oferta laboral remunerada per a tots els residents de la institució, i això cobreix gran part de l’estructura diària que proposa el centre.

### **3.2. Els agents implicats: Una població resident institucionalitzada**

Per començar, com s'ha mostrat anteriorment, la comunitat de residents de la institució és molt amplia i molt heterogènia. Les edats dels residents estan entre els 30 i els 90 anys, el que vol dir que tots ells són adults i tenen la capacitat de prendre les seves decisions. El mètode que porta a terme la institució a través del R.A.I, fa que els residents visquin el seu dia a dia a partir d'una planificació de l'estructura diària. Aquesta planificació comporta que tots els residents independentment de la seva edat hauran de realitzar una sèrie de rutines que han estat dissenyades a partir de la seva diagnòsi. És a dir, que les persones diagnosticades d'esquizofrènia hauran de realitzar activitats molt similars i conjuntes amb les persones amb altres diagnòstics, ja siguin drogodependents o no.

Pel que fa als agents implicats a la investigació, tant la persona de la que es relatarà el dia a dia d'acompanyament, com el grup que compona el projecte personal portat a terme per aquest treball són persones que estan diagnosticades d'esquizofrènia o trastorn bipolar. En el cas de la recollida de dades mitjançant l'acompanyament diari a un resident, aquesta persona també està diagnosticada com a "border line".

Totes les persones amb les que es treballarà per la investigació pernocten de forma indefinida a la institució i estan considerats com a malalts crònics.

En el cas del resident que ocupa plaça "KBS" el que es recolliran les dades de forma individual mitjançant el treball 1:1 (que significa que durant tota la jornada s'ha de treballar exclusivament amb aquella persona), pernocta al mateix pis en el qual jo treballo, que és l'equip A/B 1, i la seva edat està compresa entre 30 i 40 anys. En aquest moment portarà entre tres i quatre anys a Stiftung Solina.

En el cas de les persones que han format part de la investigació de forma grupal, tots ells pernocten a diferents pisos de la mateixa institució, el que fa que entre ells possiblement es coneguin a través dels tallers o d'altres activitats conjuntes de l'equip d'activació de la institució, o senzillament no es coneixeran.

Totes són persones adultes que porten més de 10 anys pernoctant a una institució sanitària, una institució psiquiàtrica o a un hospital psiquiàtric. En quant a aquest últim, s'ha de dir que tots els residents que formaran part de l'estudi han estat algun cop a la seva vida, o visiten regularment l'hospital psiquiàtric "PZM" "(Psychiatrische Zentrum Münsingen)", que vol dir el centre psiquiàtric que es troba a la localitat de Münsingen. Aquest hospital psiquiàtric serveix de recolzament a les institucions psiquiàtriques de llarga durada com Stiftung Solina. Així doncs, cada cop que un resident es troba en una crisi d'alt risc per la seva vida o la de la resta

aquest és enviat a l'Hospital "PZM", concretament a alguna de les seves clíniques especialitzades de depressió i ansietat, psicosi i dependència o neuropsiquiatria.

Pel que fa als treballadors de la institució, els que formaran part de la xerrada formen part de l'equip del pis A/B 1: un serà un treballador de la branca sanitària "pflege" i l'altre de la branca social o d'acompanyament "betreuung".

A la institució els equips estan formats per un total de 21 persones en cada pis, entre els quals 12-14 persones son de l'equip sanitari "pflege", (infirmers i auxiliars d'infermeria) i entre 6-8 son de l'equip social "betreuung" (educadors socials i treballadors socials), els treballadors de la branca social son els encarregats de l'activació i el benestar social dels residents. Entre les diferents accions que es realitzen son la creació, implementació, control i avaluació de la estructura diària dels residents, sempre amb l'ajuda de l'equip sanitari. Per la seva part els treballadors socials s'ocupen més acuradament del comportament i emocions, l'estat cognitiu dels residents, qualitat de vida i el recolzament emocional en el cas de la presa de drogues psicotròpiques. Per desenvolupar aquesta tasca amb més profunditat i poder observar els pacients de més a prop, existeixen dos persones responsables de cada resident, és a dir, que en quant a l'estructura de funcionament cada resident té dos persones de referència: una de "Betreuung" educador social, i altre de "Pflege" infermer/a, que seran els encarregats de ser la mediació entre resident, institució i familiars, i que controlaran tot el procés d'implementació del R.A.I

Per l'altra banda, els treballadors de la branca sanitària s'ocupen de les cures físiques dels pacients, tractament clínic, incontinència, nutrició, funcionament físic, polifarmàcia, i la cura de la pell en cas d'estar postrats al llit.

Una de les infermeres de l'equip de "pflege" serà l'encarregada d'interpretar el R.A.I. a partir de les informacions que es reporten dia a dia sobre els pacients al programa de recursos dels residents.

### 3.3. Mètode de registre: La construcció de les dades etnogràfiques

En el present treball s'utilitzarà el mètode etnogràfic com a estratègia d'investigació. En l'etapa del treball de camp, o com expressa Jociles (2018: 125) “el conjunt d'operacions que tenen lloc durant el desenvolupament del treball etnogràfic i que tracta bàsicament de produir dades sobre el terreny”, s'utilitzaran dues eines per una banda l'observació participant, i per altra el grup de discussió.

En el cas de l'observació participant, aquesta eina constarà de dos models diferents. En un primer model es realitzarà una producció de dades a partir de diferents reunions amb residents de la institució, que es portaran a terme de la manera més informal possible i es podrien definir com a “xerrades informals”, ja que s'intentarà a mode d'experiment no seguir cap de les pautes o protocols que usualment es poden implementar a l'hora de compondre un grup de treball, de debat, d'activació física o qualsevol altre amb una finalitat socioeducativa d'una institució. Exemplificant, no s'ha prestat cap atenció i no s'ha tingut cap cura a l'hora de barrejar personalitats i identitats, diagnòstics, problemes de mobilitat individual dels residents o necessitats de comunicació. Aquesta darrera condició significa agrupar persones que només parlen “Hochdeutsch o Standarddeutsch”, és a dir l'idioma alemany d'Alemanya, amb persones que parlen entre elles en “Schweizerdeutsch” o dialecte alemany de Suïssa. O per una altra banda no tenir cap cura per ajuntar persones sensibles emocionalment, amb persones extravertides fins acostar-se a l'agressivitat semàntica.

En aquest cas, l'observador intervindrà de forma activa en la composició del grup, ja que l'únic que tenen en comú tots els residents seleccionats, a part de pernoctar a la institució, és que s'entenen bé amb mi, que parlem regularment a mode informal quan ens veiem als passadissos o la cafeteria de la institució però que no viuen junts, i en el cas de conèixer-se és per haver compartit en algun moment de la seva vida a la institució un taller o una teràpia, cosa de la que jo no estic informat. Un cop que es realitzin les “quedades”, s'utilitzaran els propis sentits de l'etnògraf per la pressa de dades, sense mediació de tercers ni instruments mediadors que no siguin el propi cos i les categories cognitives des de les quals ens relacionem amb el món, en aquest cas per retallar-lo a mode de dades, com apunta Jociles (2018: 126). Per una altra banda, es farà un esforç per prestar molta atenció a tot el que succeeix sense intervenir com una autoritat, sinó com un membre més del grup. Per últim, també és realitzarà un esforç en captar allò que succeeix i no trobar únicament allò que es vol trobar, ja que potser l'experiència no respon al que s'espera per la seva estructura, configuració i desenvolupament en forma d'experiment.

Per una altra banda, seguint la mateixa metodologia i la mateixa eina com és l'observació participant, es realitzarà la transcripció del diari de camp amb un resident que ocupa plaça "KBS" a la institució. En aquest cas es relatarà el dia a dia 1:1 amb el resident, això vol dir que la presa de dades es basarà en l'experiència personal amb el resident mentre que es treballa amb ell de manera exclusiva durant tot ell dia, i fins que arriba el moment de reportar les qüestions importants al company que es farà càrrec de la situació quan acaba la jornada. En aquest cas, la intervenció de l'observador intentarà ser el més asèptica possible, però existirà una petjada ineludible en el treball de camp ja que el treballador de "betreuung" que l'acompanyarà serà jo mateix.

Aquesta darrera observació va començar el passat any 2022 amb motiu de l'assignatura Pràcticum III del Grau d'Educació Social, i l'observació ha estat fins arribar a l'inici d'aquest treball, ja que aquest és un problema que s'està seguint i treballant des que es va realitzar l'assignatura de Pràcticum. Per obtenir dades rellevants que recolzessin el problema de la sobremedicació s'havia de realitzar una observació perllongada en el temps.

Altrament, per concloure el treball etnogràfic s'utilitzarà l'eina del grup de discussió. Aquesta part es realitza per poder comprendre els discursos de persones que es troben en una situació diferent en quant a la cura i acompanyament dels residents de la institució.

Per un cantó un treballador "Fachperson Gesundheit (FaGe)", que seria equivalent a auxiliar d'infermeria i que pertany al grup de "Pfleger" o sanitari, dels treballadors de l'equip del pis A/B 1 de la institució, i que per tractar-se d'aquest tipus de treballador s'ocupa de realitzar les tasques de l'administració dels tractaments medicinals i de les cures físiques als residents.

Per l'altre cantó una treballadora de l'equip de "Betreuung" o acompanyament, una "Sozialpädagogin" o treballadora social que s'ocupa de les tasques de suport socioeducatiu als residents, realització de plans i projectes personals per les persones que pernocten a la institució, és a dir que s'ocupa del benestar social dels residents.

Aquesta tècnica s'utilitza per comprendre discursos que probablement serien molt diferents sense la interacció del petit grup de tres persones que conformarem l'experiència.

Aquest grup de discussió es basarà en una conversa que com apunta Krueger (1991:24) serà planificada i dissenyada per obtenir informació d'una àrea d'interès en un ambient permissiu, en aquest cas en un ambient còmode i amb la promesa que el brut de la sessió de discussió no serà difosa en cap cas, i que només s'extrauran petites càpsules per estructurar el treball etnogràfic, ja que poden haver opinions en contra del model de la institució o del model assistencial del país.

### **3.4. Diari de camp: Vivències a prop de la esquizofrènia**

En els següents subapartats referents al diari de camp es relataran dos tipus de vivències a prop de la esquizofrènia: la primera, una recollida de dades d'una experiència a mode d'experiment amb diversos residents de la institució.

La segona serà una transcripció gairebé literal de les notes de camp obtingudes amb un resident que ocupa plaça KBS. Per concloure, es transcriuran les dades etnogràfiques extretes de xerrades amb cuidadors de les dos àrees laborals que conformen l'equip de treball a la institució: l'àrea sanitària i la social.

#### **3.4.1 Xerrades a la clandestinitat**

En primer lloc es relatarà l'experiència que s'ha viscut amb cinc residents a mode d'experiment, on es va realitzar la presa de dades a partir de l'observació del comportament i les reaccions dels residents en un medi que no fos plenament institucional, al menys ambientalment, ja que si bé físicament tots hi érem a la institució, la intenció va ser de crear una subjectivitat col·lectiva que fes oblidar als residents que ens trobaven allà dintre.

Amb aquesta finalitat durant els mesos de Juliol i d'Agost vaig tantejar diversos residents amb els que podia realitzar aquesta pràctica, però sense la recerca de compatibilitats de caràcters, comportaments, o diagnosi, sinó amb la recerca de persones que poguessin confiar en mi, que acceptessin formar part d'una reunió informal a la cafeteria de la institució, i que ho fessin sense ni tan sols saber amb quins altres residents compartirien aquell temps, ja que només jo era el nexe d'unió entre totes les persones que assistirien a la trobada. Per altra banda era important que fossin persones que es prenguessin això amb normalitat i que no ho veiessin com una alteració de les normes de conducta de la institució, és a dir, que tot el que es digués i passés a la trobada ( ja que en principi vaig pensar de fer només una trobada), es quedés allà, i que si hi havia algun conflicte el solucionàrem allà mateix i nosaltres mateixos.

Amb aquest fi, l'emplaçament escollit és la cafeteria de la institució, però en un lloc que es troba a la terrassa on comença el jardí d' Stiftung Solina, això ens donava una certa privacitat, ja que en aquell lloc es troba un petit xalet de fusta on van a fumar els residents, el que significa que es un lloc bastant reservat per a les persones que pernocten a la institució i que és molt difícil trobar-se a familiars o visites dels residents. Altrament, aquest lloc es troba lluny del camí que va dels edificis de la institució fins al pàrquing, el que fa que no hi hagi transit de



treballadors que van o venen a començar el seu torn. El que es busca és trobar un lloc càlid i privat que doni seguretat al grup que allà ens trobarem. Com expressa el Dr. Moscher al projecte Soteria (1999:142-149), el que vol és crear un entorn social de mida reduïda casolà i tranquil on poder desenvolupar intervencions fenomenològiques. En aquest cas el lloc de trobada estaria ocult en un ambient distés que permetés veure les persones citades de la seva forma més espontània, emocionalment natural, sense la intromissió de cap traça de disciplina que en paraules de Foucault (2002:83) es convertís en un element coercitiu o intimidatori pels residents.

Per aquest motiu, s'havien de prendre una sèrie de mesures que anaven en contra de la metodologia de la institució, com per exemple haver creat un grup sense el consentiment del grup d'activació. En altres paraules, crear un grup sense cap mètode "*metgecentrista*" com els anomena Cooper (1985:105), sense el rigor ni la rigidesa de la planificació. Per altre cantó vaig decidir que per aquesta quedada jo no podia ser partícip de crear una distància entre jo i els residents mitjançant la roba de treball, sinó que ho faria amb la meua pròpia roba de carrer. Això em suposava un problema ja que la nostra trobada havia de ser entre les 15.00h i les 16.45h abans que es preparessin per anar a sopar i haguessin d'estar tots als seus pisos (s'ha de comptar que a la institució es sopa entre les 17:00h i les 17:30h.). Això suposava que jo havia d'anar vestit sense la roba de treball però a hores de treball, ja que la jornada de matí acaba a les 16:00h. Altre problema associat a l'horari és que jo els recolliria i els havia d'ajuntar a la vora de la taula vestit amb la roba de treball per que ningú em veiés pels passadissos de la institució vestit de carrer, però un cop estiguéssim tots a la taula m'havia de canviar de roba sense deixar-los sols, ja que si no em podria perdre alguna situació important per la investigació, així que vaig decidir vestir-me de carrer amb la roba de treball a sobre aquesta.

Per concloure, no tenia cap tema de conversació preparat, i no volia fer presentacions formals, es volia fer una trobada d'amics sense amics i amb cinc persones amb esquizofrènia.

Érem tots a la vora de la taula, òbviament jo vaig pagar les consumicions i el moment que inevitablement vaig perdre en anar a buscar tres cafès, un aigua i dos ampolles de te fred va servir per que ells mateixos es conegueren i es reconegueren d'haver compartit alguna activitat programada de la institució. Dos residents es coneixien de realitzar una activitat on es dobleguen els draps de la cuina de la institució i que és remunerada amb 3 francs suïssos i un gelat gratis. Un és un home de 62 anys que es mou en cadira de rodes ja que va patir accident

de trànsit que li va afectar la medul·la, i d'actitud molt reservada, i l'altra una dona d'uns cinquanta anys que es mou també en cadira de rodes i que és una dona molt extravertida. Doncs, després d'una mitja hora la dona va començar a fer bromes amb que s'havien de casar ells dos, al que ell li contestava que per suposat, i van començar davant de tot el grup a planificar un casament entre riures, òbviament tot era una broma però a tots els hi va fer molta gràcia ja que l'home li enviava petons impulsivament, i quan ella es reia de la situació ell deixava anar algun crit dient basta, ja que se sentia amenaçat pels riures, però altra resident li explicava que no es reien d'ell sinó de la situació.

En alguna ocasió, algú va intentar parlar amb mi sobre temes que tenien a veure amb companys meus que havien fet alguna cosa que els havia ofès, però jo no volia saber res, ja que m'havia de desfer del rol de cuidador, i passar al de resident ja que aquests eren majoria. Una altra resident amb greus tinències suïcides va intentar un parell de cops parlar de la seva malaltia i es posava a plorar, però altra resident li deia que no estàvem allà per parlar tristament de les nostres malalties, sinó que podíem riure'ns d'elles, així que jo vaig començar a parlar de les meves discapacitats, com moltes de les meves pronunciacions en suís-alemany, i tots van riure. Altra resident va explicar que un cop s'havia casat amb un estranger per cobrar-li 25.000 francs suïssos a canvi de papers, i relatava com la van enxampar i com després va sortir a la televisió del país explicant la història també a canvi de diners.

La vivència va ser un viatge a allò més profund de les experiències i les discapacitats dels que allà vam seure dues hores (una mica més del que jo pensava). Es van fer realitat les paraules de Cooper (1985:104) quan afirma que els pacients poden tractar al personal, i com el personal ha de sincerar-se i reconèixer les seves discapacitats, ja que vaig rebre una cita d'una pacient per ajudar-me amb la pronunciació del dialecte, i tots van riure d'ells mateixos fins el punt que van batejar la trobada com a "Lacht Therapie" que vol dir teràpia del riure. Però la major sorpresa és que em van obligar a realitzar una altra quedada pel mateix dia a la mateixa hora de la setmana següent.

Així s'ha anat succeint la quedada des del setembre cada setmana, on des de llavors s'han pres a riure fins i tot l'amputació de la cama d'una de les residents quan es va llençar davant del tren amb 16 anys. S'ha arribat a expressar per part d'una resident que no entén com riuen d'aquestes coses que amb altra gent no volen ni parlar-ne, i és que sembla que hagin pres els *atributs desprestigiadors* que presenta Goffman (2006:7) i els hagin convertit en la moneda de canvi per passar una bona estona.

L'únic canvi físic que ha existit en l'experiència és que ara desenvolupem les nostres trobades a l'interior de la cafeteria, però per sort han canviat de lloc la sala de fumadors de la institució que es trobava al fons de la cafeteria, i ara existeix un forat al final d'aquesta que com es tracta d'un buit, podem aprofitar la cantonada que s'ha alliberat i que ens amaga de la resta de les persones que allà hi son (encara que a l'hora que quedem ja no hi queda pràcticament ningú a la cafeteria).

Com vaig veure en la segona quedada que fàcilment podria motivar als residents per una nova cita, vaig pensar que tindria temps més endavant per provocar diferents situacions i converses, aleshores vam quedar per la setmana següent, i així successivament durant sis setmanes.

Les setmanes posteriors es va parlar molt de la vida privada dels assistents, qüestions tan interessants com la seva vida al costat d'una malaltia mental i quins son els petits avenços que han anat fent amb el pas del temps per lluitar amb la psicosi, des de menjar xili cru enmig d'un atac psicòtic per apaivagar els efectes a cridar, colpejar objectes com coixins, ficar el cap al congelador, dutxar-se amb aigua freda i d'altres estratègies personals.

A partir de la segona cita vam acordar que ningú es tractaria de vostè. Aquesta formalitat es molt habitual al país ja que correspon un dels protocols de comportament a tot tipus d'institucions del país. Aquesta formalitat es diu "nähe und distanz", que vol dir proximitat i distància, i es refereix a la distància requerida per parlar amb els clients, la distància física, i la distància verbal com per exemple que els treballadors hem de tractar de vostè als residents, i entre ells també ho porten a terme per una qüestió d'absorció de les normes, que es pot emparentar amb la implantació de les identitats de Goffmann (2001:17), ja que la pròpia estructura i protocols de la institució entre ells i les normes "absorbeixen part del temps i de l'interès dels seus membres i els proporciona en certa manera un món propi; això té en síntesi tendències absorbents". Un cop eliminada aquesta barrera que té a veure amb les convencions del tracte entre persones, les xerrades van fluir d'una manera molt més propera i oberta a parlar de qualsevol tema com es fa amb un amic o familiar.

Un dels temes que vaig treure sibil·linament va ser la seva opinió sobre si podrien viure fora de la institució, potser amb un model de cura on ells son a casa i un treballador social o infermer es desplaça al seu domicili a realitzar l'acompanyament, però la resposta va ser totalment negativa. Ara ja era massa tard per provar a emancipar-se de la vida a una institució, i bàsicament la raó era la por a estar sols, la por a tenir un atac psicòtic i no tenir ningú al costat.

Pot ser després de la pèrdua dels recursos personals de defensa que perpetra una institució, uns recursos personals que “deriven del món habitual del que provenen, d’aquelles situacions, vivències i rutines de les que ens proveeixen les activitats que se suposen que totes les persones viuen en el seu dia a dia, és a dir, aquelles rutines d’activitats que es donen per suposades abans de la internació a la institució” (Goffman, 2001:25).

Una de les residents em recordava com un dels clients havia caigut desplomat a terra el dia que es volia fer una excursió de tot el dia a les muntanyes. Un cop va traspasar la porta de sortida de la institució es va desplomar i va haver d’assistir a la excursió amb cadira de rodes, ja que no es refiava de no tornar a caure a causa de la por i l’estrès que li suposava estar tot el dia fora de la institució. Després tots reien de la experiència viscuda per aquell record.

Hi havia moments on es posaven una mica més seriosos i parlaven de les persones que a dia d’avui ja no poden anar sols al lavabo o dutxar-se sols per que s’han acostumat a no haver de fer-ho, han demanat insistentment la utilització de bolquers o que en comptes de dutxar-se els facin una neteja diària al llit, la qual cosa per a molts era una pèrdua de dignitat personal d’un company. Aquest cas és molt comú entre els residents que porten molt de temps en institucions, i pot ser una causa dels efectes *mortificadors del jo* que defineix Goffman (2001:27), on a partir de la disciplina, les normes i una estructura monòtona i repetitiva els residents deixen de lluitar per ser el que eren i comencen a acceptar i a prendre el rol del que son, amb una nova identitat implantada com a persona discapacitada.

Aquesta experiència realitzada per facilitar la pressa de dades a la investigació etnogràfica encara es porta a terme amb els mateixos protagonistes, que d’una manera espontània es posen en contacte amb mi i m’ofereixen fer una de les nostres trobades, normalment es realitza un cop a la setmana o si el pla de treball dels integrants no ho permet, cada dues setmanes.

### **3.4.2. El dia a dia acompanyant la esquizofrènia**

En segon lloc, es relatarà l’acompanyament amb un resident en el seu dia a dia a la institució. En aquest cas no es realitzarà una descripció de forma narrativa de l’eina de observació participant, sinó que es vol fer una transcripció pràcticament directa des del diari de camp al TFG. La causa d’aquest model de narració és que s’intentarà transmetre la vivència de la forma més real possible, un intent de transmetre pràcticament sense filtres el problema de la sobremedicació en els pacients amb esquizofrènia.

En aquest cas, aquesta presa de dades es va realitzar fa un any ja que fa temps que s'està treballant en aquest problema. Així doncs, la presa de dades s'ha complimentat amb dades fins l'actualitat fent un seguiment de la evolució del resident per aquest treball.

El resident prové d'una família desestructurada amb pares alcohòlics. El resident pateix violacions des dels nou anys per part del seu padrastre. A l'adolescència és expulsat de casa i ingressa a una institució per a joves on pot acabar l'escola primària. Un parell d'anys més tard intenta treure's la vida i es llença a les vies del tren. Va sobreviure però l'han d'amputar una cama. Diagnosticat d'esquizofrènia arriba a la institució des de l'hospital psiquiàtric "PZM".

Aquest resident ocupa una plaça "KBS" "(Koordinations-und Beratungstelle für äusserst anspruchvolle)", que traduït son col·locacions per situacions extremadament exigents. Això vol dir que l'estat paga per que un educador social estigui tot el dia amb el resident, és a dir 1x1: un educador responsable al matí i altre a la tarda estan amb ell contínuament, i només els educadors socials i les infermeres del grup poden tractar amb ell, no intercedint cap practicant, auxiliar ni voluntari. El resident viu en una espiral psiquiàtrica on la "normalitat" a la seva vida passa per tenir "pensaments dolents", a la por de que caigui una bomba atòmica fins arribar a l'intent de suïcidi constant com a recurs per que la bomba el deixi en pau.

Els programes que es porten a terme amb el resident son bàsicament l'assistència al taller de treball tres dies a la setmana. En aquest cas no hi ha un horari definit, és a dir, que pot quedar-se al taller el temps que vulgui. Normalment amb els altres residents l'estada de mitja jornada son dues hores i l'estada de jornada sencera son quatre però en aquest cas en concret l'horari d'entrada la té lliure. Una altra de les parts del programa és que estem en continu contacte amb l'hospital psiquiàtric "PZM" i quan es percep que hi ha un perill imminent de suïcidi, ha de trucar a la clínica personalment i reservar un transport especialitzat que el porti a aquest centre. Per aquest motiu amb aquest resident es funciona amb un sistema de radar individual, que ha de tenir sempre a mà la persona que l'acompanyi per saber en quin nivell emocional es troba en tot moment, i així estar més preparats i actuar en conseqüència. Aquest radar mostra els diferents comportaments individuals del resident i depenent de les seves conductes en quin nivell de perillositat es troba respecte a un atac psicòtic o intent de suïcidi.

A la primera setmana d'observació participant es van treballar dos dies amb el resident, ja que entre l'equip de "Betreuung" fem la planificació setmanal segons el pla de treball.

Al matí s'ha d'esperar a que soni el timbre de la seva habitació o surti directament a la sala de menjar a prendre el cafè. Després he d'anar a la seva taula i com a ritual al començar el dia li

pregunto què tal ha dormit i com es troba, i li comunico que avui soc jo la persona “suständig”, és a dir, el treballador responsable d’ella durant tota la jornada. Haig d’anar preparat amb el paquet de cigarretes del dia, ja que el seu programa el proveeix d’un paquet diari. A partir d’aquí esmorza alguna cosa, generalment un cafè i un pa amb Nutella o amb paté, i vol anar al balcó a fumar una cigarreta, després l’haig d’acompanyar fins l’habitació on algun company de l’equip de “Pfleger”, és a dir, d’infermeria, li realitzarà la higiene personal diària.

Quant la higiene personal diària està realitzada, sortirà de l’habitació i generalment voldrà anar a passejar. Aleshores sortim a donar una volta aproximadament d’uns 15 minuts i l’acompanyo de nou a l’habitació. Li preparo l’assignació diària de diners que li concedeix el cantó de Berna, que en aquest cas son 5 francs i se’l porto a l’habitació. A partir d’aquest moment i fins el dinar que serà sobre les 11.30-11.45h estic a la seva disposició. Això vol dir que quan soni el timbre de l’habitació o quan sortí d’ella a buscar-me l’haig de preguntar què li ve de gust fer.

El seu tractament inclou tres presses diàries de “Clopixol”, medicament contra el deliri i al·lucinacions produïdes per la seva esquizofrènia, i tres presses diàries de “Nozinam”, altre medicament també amb el mateix fi però aquest amb estatus de reserva, és a dir, només quan estigui en una fase greu de la seva malaltia i percebi que necessita tranquil·litzar-se.

Aquest últim, els educadors intentem que no se’l prengui, mitjançant xerrades o la execució d’ “skills”, que és el nom que li donem a diferents accions en contra de la paranoia com anar a l’habitació a cridar, anar a l’habitació a donar-li cops de puny a un coixí, prendre una mossegada de “chili” o de “wasabi” o una xerrada mentre passem i es fuma una cigarreta.

La primera setmana he estat amb ell tres dies i ha estat bastant calmat, clar que això representa que generalment després del passeig matinal ha demanat “time out”, és a dir, que l’he deixat tranquil com una hora a l’habitació escoltant música, i després ha de sortir a buscar-me. Quan m’ha dit que necessitava medicament de reserva, l’he ofert anar a passejar, i si quan hem tornat del passeig encara volia el medicament, aleshores hem anat a l’habitació a parlar. En aquest cas el discurs ha funcionat bastant bé. Quan em deia que tenia por que caigués una bomba atòmica, li he explicat que això no es real, que els pensaments sobre la bomba que té al cap no son la realitat, sinó que és fruit de la seva malaltia, que a Suïssa estem segurs de qualsevol possibilitat de que caigui una bomba atòmica i que les bombes atòmiques ja no cauen. Aleshores repeteix que això no és real i que només és al seu cap. De cop, generalment després de la xerrada comença a cridar “Hilfe,hilfe”, és a dir, a demanar ajuda, i jo li he dit que no li falta cap ajuda, que nosaltres ja estem aquí per ajudar-lo. Després generalment intento fer alguna broma per treure-li drama a l’assumpte i li dic que podem anar a passejar un altre cop si vol, però que si us plau quan estem al carrer no cridi “ajuda, ajuda!””, ja que si anem passejant

pel carrer i crida això, la policia es podria pensar que l'he segrestat, i aleshores em portarien pres. Ell normalment riu i ens anem a passejar.

La segona setmana he treballat amb el resident dimecres i dijous, no he hagut d'anar a presentar-me a la seva habitació al matí cap dia, sempre estava pels passadissos quan he arribat a treballar a les 07.00h del matí. L'He preparat l'esmorzar cada dia i després ha anat a l'habitació per que un/a company/a l'ajudés amb la higiene personal. Hem fet una passejada al matí, o dos abans de dinar, després ha anat a l'habitació i només ha estat uns deu minuts. Més tard hem anat a passejar un altre cop i els tres dies hem estat realitzant contínuament el circuit d' "skills". Aquesta setmana no he pogut assistir a la reunió de l'equip del dimecres ja que he estat molt intensament treballant amb aquest resident. El dijous no vaig poder fer la pausa per dinar ja que havia de quedar-me amb ell. No ha assistit en cap cas al taller de treball. Aquesta setmana ha estat molt dura amb el resident: quan vaig arribar el dimecres estava deambulant amb la cadira de rodes pels passadissos. En el report matinal dels companys de la nit m'havien informat que pràcticament no havia dormit, que s'havia llevat a les 04.00h de la matinada i que ja demanava el tabac per fer una cigarreta. Quan passa això generalment es que no es troba molt bé.

Als matins després de la higiene personal ja estava cridant pels passadissos, i sempre l'he ofert anar a passejar. Durant els passejos ha estat en silenci, no parlava, i jo li intentava treure temes de conversació, però sempre em contestava amb monosíl·labs, repetia constantment que anava a caure una bomba atòmica sobre els nostres caps i contínuament jo li recordava que això no es real i que només està al seu cap, i contestava que no entenia per què tenia aquests pensaments tan dolents. Jo li explicava que s'havia d'acostumar a aquesta situació ja que la seva malaltia es comportava al seu cervell com una espiral, i que els pensaments dolents sobre bombes atòmiques venien però que entre els dos aconseguiríem que se'n anessin al menys per una estona. Realitzant el circuit "Skills" generalment els pensaments dolents desapareixen durant aproximadament unes dues hores i després tornen sempre a aparèixer.

He estat tota la setmana realitzant aquest circuit: passeig i després a l'habitació a cridar i colpejar el coixí, després més xerrada a l'habitació, on normalment em comunicava que ja no podia més i que volia morir, que es volia suïcidar. Sempre quan em diu això li faig pensar en les coses maques de la vida que es perdria si morís com per exemple la natura, li encanten les flors. Així, els dies que vam treballar plegats, vam donar curs a una altra acció per la meva part. Quan feia esment del suïcidi ens anàvem al jardí de la institució i el primer que feia era tallar-li una flor per que se la emportés, i acte seguit on estava la flor jo feia un forat amb una pala i

li deia que allà havíem d'enterrar la bomba. Així doncs, enterràvem la bomba al jardí de la institució, la tapàvem be, i ens anàvem.

El cap de setmana només hi ha un treballador de “Betreuung” al dia, la resta del temps estarà amb algú de infermeria com a responsable. Això no és cap problema quan es troba bé però quan està en un punt del radar on hi ha perill de suïcidi es bastant delicat, doncs el més probable és que es prengui tota la medicació de reserva i acabi dormint anestesiats per tots els medicaments ingerits.

### **3.4.3. El trasllat i l'absència**

Quan arribo la setmana següent, em dono compte que no puc treballar amb aquest resident, ja que no es troba a la institució, es troba a la clínica “PZM”. El cap de setmana ha estat molt dolent, el dissabte no feia més que cridar pels passadissos i dir que es volia suïcidar. Els companys del ram sanitari m'expliquen que això té una repercussió molt dolenta amb els altres residents. Quan es comparteix espai amb 19 persones més, hi ha una sèrie de normes que s'han de complir, i quan aquest resident es troba en un estat de deliri constant, cridant i dient que no vol viure més, la resta de residents (que en un 80% tenen alguna diversitat funcional relacionada amb la inestabilitat emocional), comencen a comportar-se de forma estranya: alguns no volen menjar, altres també criden i s'enfronten a ell verbalment o fins i tot altres no volen sortir de l'habitació. En qualsevol cas m'han comunicat que s'han vist obligats a donar curs a la seva petició i traslladar-lo a la clínica psiquiàtrica.

Dues setmanes més tard haig d'anar a rebre al resident a la recepció de la institució. Les recepcions es realitzen a les 14.00h i avui és divendres i el cap de setmana no treballa, així que aquesta setmana treballaré només dues hores amb ell, des de que el rebi fins que jo acabi la meva jornada a les 16.00h.

Generalment quan torna ho fa amb ganes de ser amb nosaltres, torna amb aires renovats, l'acompanyo a la seva habitació i xerrem una mica. Li pregunto per la seva estada a la clínica “PZM” i em diu que ha estat molt bé, li comento que he estat en contacte amb la clínica i que m'han dit que els primers cinc dies va estar al llit, i em contesta que sí, que a força d'injeccions ha estat cinc dies tomat. Li comento que això no deu ser molt agradable ja que estar sota l'efecte de les drogues sense poder-se moure no ha de ser molt divertit, però em diu que sí, que es molt agradable i que això és el que li agrada, i que és lo bo d'anar a la clínica psiquiàtrica. Hem estat parlant sobre la seva estada a la nostra institució i m'ha traslladat que potser li aniria millor en una altra institució. Jo crec que senzillament són ganes de canvi i d'experimentar aire



fresc, vol estar a una altra institució que sigui del tipus com una granja on hi hagi animals amb els que pugui treballar. Diu que li agradaria canviar els “jonquies” per animals.

M’ha comunicat que està fart d’anar cap a munt i cap a baix sempre dintre d’aquest circuit entre la nostra institució i la clínica psiquiàtrica, a lo que jo li he contestat que per desgràcia ell hi viu dintre d’aquesta espiral a la vida i que ningú ens confirma que no passés el mateix entre una granja i la clínica psiquiàtrica, ja que una de les premisses que hem de seguir segons els psiquiatres és no alimentar les seves imaginacions somiadores i intentar sempre baixar-lo a la realitat. Així doncs, jo li comento que potser seria molt bo anar a una granja, ja que li agrada molt la natura, però que ningú ens assegura que en poc temps tot sigui igual. No li puc mentir, crec que ha d’aprendre a lluitar, ha de lluitar amb els peus a terra. Li dic que ha d’aprendre a lluitar contra la seva malaltia però a tot arreu, ha de poder superar les crisis a la nostra institució igual que en una granja o si estigués a un circ. Ell riu i la veritat és que aquesta setmana té una expressió que no té res a veure amb la darrera vegada que vaig estar amb ell.

A partir d’aquest moment podria descriure infinitat d’experiències amb aquest resident que tenen a veure amb la institucionalització, però el més important en aquest cas és narrar el que va passar els mesos successius.

#### **3.4.4. Modificacions en l’organigrama laboral i mètodes de tractament que tenen efectes sobre l’esquizofrènia**

D’entrada comença una època difícil per la institució, ja que després de la crisi del Covid-19 molts treballadors necessiten canviar d’aires i abandonen el pis A/B1, el nostre equip es veu reduït i ara som només quatre treballadors de “Betreuung”, és a dir, de l’àrea social. Això dificulta molt l’acompanyament d’aquests residents que necessiten acompanyament 1:1, i ja no és possible realitzar-lo durant tot el dia. Això sumat a que hi ha noves persones a la plantilla i que els residents amb esquizofrènia el que busquen en nosaltres és seguretat, suposa que només volen passar el dia amb els que portem més temps a la institució.

Com a conseqüència d’aquesta situació rebem ordres de que hem de facilitar-li i subministrar-li la medicació de reserva a aquests residents quan ho demanin. Recordem que abans l’equip de “Betreuung” lluitava per no subministrar la reserva mitjançant l’acompanyament. Ara, encara que ho intentem, els pacients passen moltes hores sense nosaltres i quan demanin la medicació de reserva els hi serà donada.

Al quart més d'aquesta nova realitat a l'equip i amb la medicació, aquest resident ja seia sobre la cadira de rodes en un angle agut d'uns vuitanta graus. Tal era així que entre els seus genolls i el nas hi havien uns quaranta centímetres, el que suposava que per dinar només es podia recolzar sobre la taula, i li havien de donar el menjar nosaltres. Donada la seva situació ja no podia anar sol al lavabo ja que no tenia forces suficients i l'equip sanitari li va començar a posar bolquers.

Així va estar durant un mes i mig en un viatge cap a la degradació dels seus recursos personals ja que ara no hi havia cap filtre a l'hora de la presa de medicaments: hi havia dies que a les cinc de la tarda ja s'havia pres tots els medicaments del tractament ordinari més els medicaments de reserva possibles.

Després de moltes reunions es decideix que s'ha de tornar a restringir la medicació de reserva, ja que la manca de força que pateix el resident és a causa de l'excés de medicació que està prenent. A més a més prenent-se aquesta quantitat màxima recomanada de psico-fàrmacs no s'observa cap millora psíquica ja que el resident es troba en una continua depressió al veure que les seves capacitats físiques s'han degenerat molt. Així doncs, plora i repeteix contínuament que per què li passa això amb ell, que veu que aquest deteriorament el portarà a la tomba.

Aproximadament dos mesos després els resultats de millora van ser notables, però hi ha una porta que ha quedat oberta i és que l'equip sanitari quan ho estimi oportú li pot subministrar la medicació de reserva, el que queda totalment a expenses de la decisió dels treballadors i cuidadors el subministrament d'aquests psico-fàrmacs.

### 3.5. Recull de dades: Xerrada amb cuidadors de diferent espectre

Ens adrecem a realitzar la transcripció d'una xerrada amb dos treballadors de l'equip de treball del pis A/B1, el pis de la institució on s'ha treballat etnogràficament en les dues anteriors entregues del diari de camp. En aquest cas es realitza una xerrada amb un treballador de l'equip sanitari i una treballadora de l'equip d'acompanyament.

El pacte al que s'ha arribat amb els dos treballadors per realitzar la xerrada ha estat que en cap cas s'expressarien els seus noms reals, per la qual cosa al treballador de l'equip sanitari se l'anomenarà com a Herr R, i a la treballadora d'acompanyament se l'anomenarà com Frau I.

La meva intervenció en la xerrada és merament anecdòtica, ja que si bé jo faig el paper de moderador el que pretenc és únicament llençar dos preguntes i que es crei un diàleg entre ambdós. Per una altra banda, no vull que la meva intromissió condicioni les respostes dels treballadors, i que el meu paper sigui el més asèptic possible.

Els dos temes de conversa són el propi títol del present treball, com són la institucionalització i la sobremedicació. En aquest cas no es presentarà com a tema de la xerrada que pot fer el valor educatiu de la Educació Social per acompanyar i superar problemes que tenen a veure amb aquests dos conceptes, ja que proposar aquesta possibilitat des de l'Educació Social seria desequilibrar la balança de la xerrada donant un sentit reivindicant-la com a punt de partida de la pròpia qüestió. Espero que en el propi diàleg ja es produeixi una mostra a partir de les seves paraules de la importància de la Educació Social en els problemes que s'abordaran.

Per últim, no es pretén que aquests dos treballadors representin tota una comunitat de professionals que treballen a la institució, que en total són uns 420 de forma més o menys estable. La seva opinió és la opinió personal de dos persones però amb l'ajuda dels davanters treballs del diari de camp presentats anteriorment, pot fer un bon paper de complement per entendre la realitat del que es viu a la institució i sobretot el que es refereix al problema del treball que s'està portant a terme.

La xerrada es realitza al meu domicili un dia en el que els tres tenim lliure. Aquesta elecció té a veure amb dos qüestions que es consideren bàsiques per un millor rendiment de la conversa. En primer lloc que els protagonistes no es deixin portar per una bona o dolenta jornada de treball, en el cas que l'hagéssim fet després d'un dia de treball a la institució. En segon lloc, que es porti a terme en un lloc privat i no públic com una cafeteria, un parc, etc., ja que així els protagonistes es poden expressar amb total llibertat i poden utilitzar els noms dels residents obertament sense por a que algú els escolti.

### **3.5.1 La institucionalització**

Començant amb la xerrada, el primer tema que es va abordar va ser la institucionalització dels residents. Els dos protagonistes estan d'acord en que existeix una institucionalització, que els residents son diferents quan arriben que quan porten uns anys. Herr R especifica des del seu punt de vista sanitari que quan arriben a la institució encara tenen un cert pudor per ser totalment recolzants en quant a la higiene corporal, que quan arriben volen ser independents en quant a les cures o higiene que tenen a veure amb el seu propi cos, que no el volen mostrar i que són bastant inaccessibles a l'hora de realitzar higiènes matinals o nocturnes, però que amb el pas del temps es van deixant. Primer perden el pudor de que els vegis nuus o que els hakis de tocar les parts íntimes per realitzar un recolzament de la higiene personal, i que després amb el temps i possiblement amb els anys ja no volen fer res sense l'ajuda d'un cuidador, que perden la independència de la que estaven orgullosos al principi, i que passen totalment a l'altre cantó, és a dir, que si no es visita l'habitació ni tan sols es renten.

Tot aquest discurs a mi em recordava molt al concepte de *cultura de presentació* que expressava Goffman (2001) i segons el qual els residents amb el temps anaven perdent la seva pròpia identitat i els recursos inherents a la seva persona, aquells recursos que “ deriven del mon habitual del que provenen, d'aquelles situacions, vivències i rutines de les que ens proveeixen les activitats que se suposen que totes les persones viuen en el seu dia a dia, és a dir, aquelles rutines d'activitats que es donen per suposades abans de la internació a la institució” (Goffman, 2001:25).

### **3.5.2. La separació amb el món exterior**

Per la seva part Frau I admet que el que condiona també passa en les relacions socials i que quan molts residents arriben a la institució, al principi volen portar a terme moltes activitats que ofereix l'equip d'activació de la institució, doncs al principi no hi ha activitats suficients per encabir-los, i que tot es converteix en una gran batalla per aconseguir-los lloc en els diferents tallers, xerrades, grups de teràpia, etc. Sembla que al principi volen implicar-se totalment en la seva nova vida, i tot els hi sembla poc a l'hora d'estar ocupats, ja que provenen possiblement d'una vida amb un ofici on han de treballar durant tot el dia, amb companys de feina, família, amics, etc. Però Frau I també coincideix en que amb el temps tot se'n va

apaivagant, que cada cop volen implicar-se menys en les activitats que ofereix la institució i que al final es queden amb un taller de treball per rebre la remuneració d'uns pocs francs per poder comprar-se beguda, menjar, tabac o alcohol a la cafeteria, i que acaben per intentar passar la major part del temps allà a la cafeteria o a les sales de fumadors xerrant amb altres residents, que ja no volen sentir-se ocupats, sinó que el que volen és no fer massa coses més que estar sense fer res.

Aquest discurs que assenyalava la treballadora social recorda molt a la pèrdua de contacte que es va desenvolupant a dintre d'una institució total amb l'exterior, on es deixa d'una banda la pròpia identitat personal autosuficient, per suplir-la per la comoditat de ser una persona dependent de l'altre, i que "la separació entre el resident i el món exterior "dura tot el dia, amb lo que es verifica la mutilació del rol" (Goffman, 2001:29). En aquest cas es deixen de realitzar les coses que a una persona l'interessaven quan vivia fora de la institució i les acaba suplint per admetre la seva realitat de pacient que els absorbeix, com diu Herr R en forma d'una mena de desídia que fa que es despreocupin de tot el que els envolta perquè no s'han de preocupar per res: tenen menjar, tenen higiene, tenen per fumar i beure i aprenen que tot això el tindran igual si treballen o no, i no hauran de prescindir de res encara que no vulguin realitzar cap teràpia.

Aleshores jo em preguntava si no som nosaltres amb les nostres accions paternalistes i que no motiven en res als residents els que tenim la culpa d'anar al compàs de la estructura institucional que perpetra una institucionalització denigrant, i que al cap i a la fi com diuen els meus companys ells el que fan es assimilar la seva nova realitat de pacient a partir de sentir-se un discapacitat, cosa que es representa en forma de deixadesa i que no es més que l'acceptació de l'estigma de resident, com vindria a aclarir Goffman (2006:7). És una situació de l'individu inhabilitat per la plena acceptació social, que a partir de la discrepància que hi ha entre la seva identitat social, la virtual i la real pot caure en una homogeneïtat identitària com a discapacitat, a partir d'un atribut desprestigiador com és la esquizofrènia, una amputació o problemes amb l'alcohol, representant-se tot això com a estigma.

### **3.5.3. L'autoagressió i el paternalisme**

Tant Herr R com Frau I posaven com a exemple a una resident que vivia en el nostre pis que estava diagnosticada d'una severa i crònica depressió. Aquesta resident era alcohòlica i ella rebia una aportació per part de l'estat d'uns 700 francs mensuals per que li subministréssim l'alcohol i tabac. Al principi assistia al taller on treballava i rebia un sou per la seva feina, però

va sorgir un problema amb aquesta aportació, i és que ella encara que tenia prohibit comprar alcohol a la cafeteria ho feia amb el sou que guanyava al taller. Ella tenia un pla d'alcohol, nosaltres li compràvem i li subministràvem a cervesa a unes hores determinades, però tota la cervesa que ella prengués pel seu compte sense el nostre control desembocava en comportaments perillosos per ella i la resta de residents, com per exemple que buidava brosses d'orina a la sala de fumadors o que queia de la cadira de rodes al terra i s'havia de trucar a l'ambulància per poder portar-la al llit amb un ascensor per a pacients donada la seva condició mòrbida.

Com explicava Herr R, que havia estat la persona responsable d'aquesta resident durant molt de temps, quan vam comunicar que el sou d'aquesta resident aniria directament al seu compte d'estalvis sense passar per les seves mans, ella va deixar de treballar, i va començar a canviar algunes cigarretes dels que rebia pel seu programa d'assignació de tabac per alcohol a la cafeteria. Tota la història va ser una escalada de successos cada cop més greus fins que un dia va caure sobre els calaixos on amagava les cerveses extraoficials i es va asfixiar.

Per a Frau I, aquests són moments de reflexió, de repensar si es podria haver fet molt més per molts d'aquests pacients que sembla no reaccionen a les estructures diàries planificades i que assumint el seu rol de pacient i sent absorbits per l'estigma que cau sobre ells, cauen en la desídia que els porta a dimitir com a persona i defallir.

En aquest cas Herr R i Frau I estan d'acord que l'ambient i la situació dintre d'una institució no ajuda gaire a lluitar contra l'auto-agressió que s'infringeixen molts residents, i com va expressar Frau I, mai sabrem què passaria si estiguessin vivint al seu domicili, amb independència.

Aquesta és una gran pregunta que va llençar la treballadora social, ja que no se sap mai si la vida independent de les persones amb malalties mentals pot fer despertar un sentiment de responsabilitat personal que mai acabi per tornar-se en una desídia vital amb resultats catastròfics, o si per altra banda vivint amb independència senzillament podrien caminar pel mateix camí de l'escalada de successos que els porta a la mort però al menys sense el malestar de la disciplina i la institucionalització.

#### 3.5.4. La sobremedicació

El segon tema que es va tractar en la xerrada va ser el de la sobremedicació en els casos d'esquizofrènia que són molts a la institució. Sobretot jo el volia orientar cap a la medicació de reserva que reben molts residents a causa del seu estat o el seu comportament, ja que la medicació ordinària es allò sobre el que el que els treballadors no tenen res a fer, només els metges.

Per començar, la treballadora social va expressar la necessitat de suport als residents per part de l'equip d'acompanyament per evitar que els residents prenguessin les medicacions de reserva, ja que això evitava mals majors, sobretot efectes secundaris físics d'un excés de anti-psicòtics en reserva. Amb això està d'acord el treballador de l'àrea sanitària però admet que de vegades es fa molt difícil, ja que sembla que molts residents ens tenen agafada la mida i quan volen rebre aquest tipus de medicació faran tot el possible per aconseguir-la. Ell feia al·lusió al teatre que realitzen alguns residents molestant als demés per que així les persones de l'equip sanitari els hi facilitessin la medicació.

Per una altra banda, la treballadora social expressava que tots coneixíem els residents i que ells es comporten moltes vegades de forma manipuladora, volen tenir el control de la seva vida, volen tenir el control de la medicació que prenen i faran el possible per aconseguir-lo, ja que sembla difícil competir amb la sensació d'estar tancat a l'habitació totalment sobremedicat i al cap i a la fi drogat amb aquest tipus de anti-psicòtics i pensant que dormint demà serà un altre dia. Però que nosaltres estem allà per evitar que això passi, no senzillament per aconseguir distreure'ls i que no es prenguin la medicació, sinó per donar-los eines per reaccionar quan veuen que estan en perill de patir un atac psicòtic, mostrar-los com reaccionar, i que en comptes de voler apaivagar els problemes dormint, puguin lluitar amb unes eines que els serveixin a llarg termini.

El treballador del grup sanitari, Herr R, entén que aquest sigui el treball del grup d'acompanyament, però li proposa a Frau I que sigui realista, que sap que per aconseguir això s'ha de realitzar un veritable treball de 1:1, i que això suposa no poder fer res més durant el dia.

La treballadora social li explica que això es pot solucionar per altres vies com un dia d'oficina a la setmana en el que et reserves tota la paperassa per concentrar-la en el mateix dia i així poder dedicar el temps als residents. Ella explica que de què serveix passar tot el dia acompanyant a un resident per que no prengui la medicació de reserva, si després quan ens

anem i no queda ningú d'acompanyament les persones que hi queden allà els hi subministren aquests medicaments senzillament perquè no facin un teatre i faci molt difícil la convivència i el treball de l'equip.

Aquesta reflexió de Frau I em recorda a les paraules de Millet (2019:351) quan expressa que “en general la medicació es defensa per que apaivagar als interns facilita el treball de les infermeres, auxiliars i celadors”.

Per una altra banda, Herr R feia al·lusió al gran poder manipulador que tenen molts dels pacients amb els que tractem, i deixava clar que hi havia alguns que eren extremadament manipuladors, i que farien el que faci falta per aconseguir el que volien, que era en molts dels casos la medicació. Deia que moltes vegades semblen com nens petits al jardí d'infància i que aleshores quan començaven amb comportaments d'aquesta índole i a discutir amb tothom, potser era millor subministrar-los la medicació de reserva, que a més està prescrita pels doctors, i així no molestaven als altres residents, ja que vivim dintre d'una comunitat.

La treballadora social expressava que cada cop que els hi subministràvem la medicació de reserva deixàvem de cuidar-los per canviar la nostra implicació per allò totalment nociu pels residents, i nomenava no tan sols els efectes físics que els produïa, com per exemple la pèrdua de força i la manca d'autosuficiència relacionada amb la sobremedicació, sinó també la manca d'agilitat mental, i deixava constància que quan més medicació prenién menys recordaven el seu passat i que molts relacionaven la medicació amb l'oblit.

“Potser els estem donant això que ells volen ja que el que desitgen és oblidar el seu passat, però potser així no els estem ajudant en res, ja que cada cop fan menys coses, tenen menys ganes de realitzar activitats o simplement de xerrar. Crec en tot cas que encara que visquin en una comunitat s'han d'acceptar els seus comportaments disruptius, i crec que no els ajudem en res si cada dia que passa són més com una planta i menys com una persona, i perdona que et digui, però aquest metge que ha permès aquesta situació no viu aquí amb ells, sinó que els visita un cop a la setmana i durant no molt temps”, Frau I segueix:

“No ens posarem mai d'acord ja que per norma general els treballadors socials pensem una mica diferent a l'equip sanitari, i és que nosaltres pensem que el benestar dels residents no tan sols sorgeix de com funciona o no un tractament mèdic, sinó que creiem que el benestar en 50% clínic i 50% social, ja que tot el que viuen, pateixen i gaudeixen té una repercussió física.”

Amb això vam deixar la xerrada ja que es va arribar a un punt on mai es posarien d'acord, ja que és una discussió que tenim en l'equip contínuament. Amb això últim la treballadora social



no volia expressar que es faci mal conscientment als residents quan els hi subministrem massa medicaments, sinó donar un cop d'alarma per repassar els nostres protocols per si de cas estem fent alguna cosa malament. “Encara que s’hagin descrit moltes vegades els antipsicòtics com “camises de força químiques” seria erroni donar per suposat que el resultat és simplement deixar fora de combat als pacients per que deixin de queixar-se (encara que això passa, si com succeeix amb massa freqüència, s’administren els antipsicòtics amb dosis bastant altes”, segons confessa Bentall (2011:396).

### 3.6. Intervencions del marc social que son més agraïdes

Arribat aquest punt, el primer que es voldria destacar és que les intervencions que son més agraïdes en el marc social son aquelles que no tenen el caràcter encotillat de la disciplina, i per aquest motiu durant la realització d'aquest treball s'ha observat que es pot arribar a aprofundir en les relacions amb els residents, a fer-nos servir d'acompanyament i d'aliment emocional d'una manera més propera sempre que els residents observin que pràcticament no hi ha restes de disciplina. La sensació dels residents que els treballadors es converteixen en representants de l'element coercitiu i disciplinari que el que fomenta es la dominació, com l'expressa Foucault (2002:83), fa que els residents prenguin diferents mesures d'autoprotecció per afavorir la creació d'una distància entre el professional i el pacient.

En quant aquest aspecte s'ha d'entendre en quin tipus de recurs s'està treballant. el professional s'ha de posar en situació i en el lloc de la persona institucionalitzada, ja que es pot pensar que aquestes persones tenen una llar i que aquesta llar és la que els treballadors envaeixen cada dia quan volen desenvolupar la seva tasca a la institució. Doncs el professional s'ha de plantejar si realment la institucionalització dels residents suposa que s'han contagiats massa ambientalment i que, com creuen que hi són a la seva casa, comença a desenvolupar-se una situació d'acomodament on la manca de motivació per les coses de la vida els pot portar a la pèrdua dels recursos personals bàsics. O, pel contrari, si per una altra banda aquesta manca de motivació ve donada per la situació totalment contrària, ja que pot ser que la manca de motivació personal com un dels efectes colaterals de la institucionalització pot venir donada per la *síndrome de l'hoste permanent* a la que fa al·lusió Rivera (2020:38), i que en realitat, com algunes persones senten que no habiten a la seva llar si no que habiten a un dispositiu clínic residencial, prenen com a rol el comportament de pacient que els proporciona una identitat institucionalitzada. Per aquest motiu el professional s'ha de poder apropar al resident d'una forma el més senzilla possible, i intentar eliminar les barreres físiques que aporta la disciplina com per exemple la utilització d'un uniforme de treball, i les barreres psicològiques que poden despendre's del comportament professional. En aquest sentit, "si treballem en un centre relacionat amb drogodependències, hauríem de realitzar un anàlisi previ de quina és la nostra relació amb les drogues o amb qualsevol tipus de dependència, o si treballem en l'àmbit escolar hauríem de dibuixar quina ha estat la nostra relació amb aquesta, ja que aquesta construcció ens pot ajudar a interactuar amb les persones d'una manera o una altra" (Rivera, 2020:53). Doncs aquest mateix exercici es pot realitzar en el camp de la disciplina per no donar pas a la dominació, ja que també en aquest aspecte es pot realitzar l'exercici constructiu de

conèixer-nos, d'escoltar-nos per no donar peu a actes autoritaris que no deixi veure el que realment sent la persona amb la que es treballa.

Relacionat amb aquest aspecte s'ha observat que no s'hauria de donar per fet que els residents pertanyen i pertanyeran sempre a un dispositiu d'aquestes característiques, ja que encara que això pot jugar a favor de la comoditat del professional, pot ser vist d'una manera molt diferent pel resident, que pot veure ferits els seus anhels de perspectiva vital. Anar a treballar cada dia amb persones institucionalitzades pot fer perdre de vista al professional que hi ha altres models de viure que no són una institució residencial, que en paraules de Rivera (2020:68) són "la gent "normal", la que viu en pisos que no són col·lectius i on el poder de decisió recau en les dos, tres o quatre persones que allà hi viuen. Normalitzar la institucionalització sembla un acte cruel. De fet, professionalment m'incomoda".

Un cop que s'ha acomplert l'expressat en el primer paràgraf ja s'està preparat per apropar-se als residents i poder escoltar-los i que t'escoltin, i aquesta és una de les condicions necessàries per poder avançar en un acompanyament que lluiti contra els efectes negatius que perpetra la institucionalització en les persones. Aleshores un cop s'ha eliminat la rigidesa i el caràcter de dominació tant del tracte com de les accions que es portaran a terme amb les persones que acompanyem es pot parlar de la resta de coses que s'han observat com allò agraït a l'hora de compartir el nostre temps amb els residents.

Així doncs, quan l'educador ha de planificar les diferents accions per motivar als residents a seguir endavant amb la vida, s'ha observat que és molt important basar l'acompanyament en l'escolta per poder treballar en dos conceptes vitals que totes les persones han de tenir molt present per voler continuar enfrontant-se a la vida. En primer lloc, es vol fer al·lusió a la importància del passat, ja que com s'ha especificat anteriorment s'ha d'intentar que els residents no queden desposseïts de la seva identitat personal. En aquest cas, ha estat molt agraït pels residents parlar del seu passat, que al cap i a la fi és el que els ha confeccionat com a persones, el que els fa com son. Parlar sobre tot allò que es recorda amb orgull, tendresa, amor, horror o indiferència, sembla que fa que s'apunyalin al terra, que recordin qui són i d'on provenen, i a partir del moment que tornen a reafirmar-se com a persones, a partir que tornen a estar segurs de qui son i quina és la seva identitat, ja es pot intentar transgredir dintre de l'acció escollida i donar-li el to i prendre la direcció que es pacti entre tots, que en el cas del grup de trobades de "Lach Therapie" o teràpia de riure com la van batejar els residents, va ser

riure'ns del nostre passat, o més que riure el que es va experimentar és que tots vam intentar convertir les nostres experiències íntimes en una caricatura de si mateixes per provocar el riure en el grup. Això es va donar espontàniament pel caràcter dels integrants de les trobades, el que no vol dir que funcioni sempre, però el més important és que tots els assistents a les reunions vam propiciar per igual unes situacions determinades que li donaven sentit a fer el que s'estava fent. En aquest cas el valor educatiu de l'Educació Social va fer el paper de generador de situacions, i en aquest cas van ser unes situacions amb conseqüències positives i fructíferes.

Per l'altre cantó, també es va observar que era una formidable ocasió per donar-li importància al futur, i amb això es vol expressar que es dona l'ocasió de conèixer quines són les expectatives vitals dels residents, els somnis, els desitjos. No es pot acompanyar a una persona i lluitar contra la institucionalització si no es coneixen aquests sentiments dels residents, ja que en això es basa el sentit de la vida de les persones, és el motor que fa que es miri cap endavant, i arribar a conèixer aquests desitjos dels residents no tan sols m'ha facilitat l'apropament a les persones, sinó que s'ha convertit en una excel·lent eina per anar de la mà amb ells. Si l'educador sap cap a on es dirigeix la persona acompanyada es fa més senzill anar en la mateixa direcció, obrir portes per la conversa i pel suport integral emocional i psicològic. En aquest cas l'acompanyament 1:1 amb el resident amb tendències psicòtiques suïcides va ser un gran exercici per posar a prova la capacitat de l'Educació Social per arribar al fons emocional de la persona i treballar mà amb mà amb el resident per superar els atacs psicòtics sense la necessitat de fer-lo amb l'ajuda química de tractaments de reforç.

Per últim, i en referència a la sobremedicació s'ha observat en el llarg recorregut amb el resident que va patir els efectes de l'excés d'anti-psicòtics que la intervenció més agraïda és l'acompanyament, ja que s'ha observat que a més acompanyament realitzant diferents activitats com parlar, colpejar un sac o un coixí, la motivació a cridar, dutxar-se amb aigua freda o menjar una mica de xili o wasabi, han estat les claus perquè la persona que estava en perill de patir un atac s'hagi pogut apaivagar i fins i tot desactivar durant tot un dia. En aquest treball d'investigació ha quedat clar que a més acompanyament menys medicació, cosa que té també a veure amb l'eliminació de la camisa de força química que es pot perpetrar als residents en el cas que l'acompanyament no sigui suficient, i on l'estat d'acumulació de les circumstàncies que porten a una persona esquizofrènica a tenir un atac psicòtic pot ser irreversible.

S'ha observat que el més important per lluitar amb els efectes secundaris físics a llarg termini que pot produir la sobremedicació en els pacients amb els que s'ha treballat, ha estat un

acompanyament total tant en moments on el resident està en una fase sense perill de patir un atac, i per descomptat en els moments on hi ha un perill imminent que passi.

Respecte aquest assumpte, s'ha observat que donada la subjectivitat a l'hora de subministrar la medicació de reserva hi ha dos opinions molt diferents a l'hora de tractar als residents que són en perill de patir una crisi psicòtica. Per una banda, els treballadors del grup sanitari tenen una visió més científica del problema. Això fa que segueixin les pautes marcades pels psiquiatres a l'hora de subministrar aquest tipus de medicació i que la subministrin en el moment que el pacient la demana. Per l'altra banda, l'equip socioeducatiu observa el problema des d'una perspectiva que proposa la minimització de la medicació pel benestar dels residents, disminuint així la possibilitat d'efectes adversos.

En aquest punt, s'ha de dir que l'opció de les xerrades amb els residents per fer una transferència de saber educatiu basat en eines per superar aquestes crisis sense la utilització de productes químics, funciona en molts dels casos en els que hi ha un perill real d'atac psicòtic. Així doncs, quan els residents s'adonen que poden utilitzar aquestes eines, amb o sense la presència dels educadors socials, es senten forts i empoderats. En aquest cas, entenen que amb les eines que perceben des de l'Educació Social són preceptors d'allò que no és una solució per un moment determinat i puntual, sinó que és una solució educativa que poden portar contínuament a sobre i poden utilitzar-la quan sigui necessari.

## **4. Discussió**

Per concloure, en l'últim capítol es recuperaran els objectius i es compararan amb els resultats que s'han produït en el treball etnogràfic d'investigació que s'ha portat a terme dintre de l'àmbit de les vivències al voltant de l'esquizofrènia. S'expressarà la perspectiva que pot tenir l'estudi de la institucionalització i la sobremedicació en el marc de l'Educació Social, i per últim s'exposaran quines han estat les principals limitacions a l'hora de realitzar aquest treball d'investigació.

### **4.1. Conclusions**

Per finalitzar aquest projecte és convenient realitzar una reflexió a mode de conclusió. En primer lloc, i donant resposta a l'objectiu principal del present treball d'investigació, el que ha deixat veure és que els efectes negatius de la institucionalització i la sobremedicació augmenten quan hi ha menys professionals de l'Educació Social atenent als residents. La manca de personal socioeducatiu fa que els professionals no els puguin donar l'atenció necessària. Així doncs el valor educatiu de l'Educació Social no podrà combatre la institucionalització i la sobremedicació, que són els dos problemes de referència del TFG. Si no hi ha treballadors suficients que poden estar a prop de persones que necessiten una atenció continuada i mantinguda durant tot el dia.

En aquest cas, ha quedat clar que a més acompanyament menys institucionalització i menys sobremedicació pateixen els residents, ja que els educadors poden evitar els efectes nocius de la institucionalització intentant que els residents no pateixin una suplantació de les identitats personals a causa de sentir-se cada cop més pacients i menys persones, i no permetre-ho mitjançant el valor educatiu que es desprèn de les accions d'aquests. A més a més, es pot evitar que se n'oblidin del que són i que pel contrari segueixin tenint inquietuds i desitjos de futur, i encara que el seu rol dintre la institució sigui el d'una persona que pernocta amb altres en el mateix pis, segueixin mantenint la seva identitat sense els efectes negatius mortificadors del jo que cauen sobre ells a una institució total, Deixant clar que l'única via possible per aquest fi és el valor educatiu de l'Educació Social.

En segon lloc i donant resposta als objectius secundaris del present treball, s'han descrit els nombrosos efectes negatius de la institucionalització com són la lluita amb el mirall per sentir-

se persones que no mereixen la pena, la pèrdua dels mecanismes de defensa provinents de la seva vida fora de la institució a causa de la rutina i la disciplina, la inadaptació d'una vida a fora de la institució o la substitució dels rols que desenvolupaven a la seva vida pel nou rol de pacient.

Per altra banda, en el que respecta a la sobremedicació s'han assenyalat diferents efectes negatius que a part dels psiquiàtrics com les al·lucinacions o els deliris també poden tenir un caràcter físic com la tremolor, la somnolència, la pèrdua de força que porta a la pèrdua de recursos personals i que té un efecte psicològic devastador com la depressió.

També s'ha portat a terme la descripció del context institucional on s'ha realitzat el treball de investigació, i s'ha formalitzat la metodologia emprada, que ha consistit en el recull d'informació mitjançant l'observació participant i una posterior transcripció de les vivències al costat de l'esquizofrènia amb un grup de persones i també de forma individual, per finalitzar la investigació amb una xerrada amb professionals que ha deixat constància de quines són les prioritats dels treballadors de l'Educació Social a l'hora d'acompanyar els residents d'una institució psiquiàtrica.

Com a resultat s'han detallat quins són els efectes positius de l'acompanyament i del traspàs de la educació en diferents aspectes de la vida diària dels residents per donar validesa al valor educatiu de l'Educació Social.

Deixant de banda els objectius complerts, he de dir que el procés de realització del TFG ha estat molt enriquidor. Per una banda el marc teòric del treball m'ha portat molt més enllà de la meva opinió sobre la institucionalització i la sobremedicació, i és que encara que feia molt de temps que estava pensant, repensant i treballant en aquest sentit, he conegut dos exemples de dos projectes realitzats pel Dr. Cooper i el Dr. Mosher que no tan sols han consolidat tot allò que jo intuïa, pensava i intentava desenvolupar, sinó que he vist en dos exemples aquelles experiències que sempre m'haguessin agradat protagonitzar com a professional, òbviament tenint en compte que aquests projectes es van desenvolupar en altre espai temporal, amb altres residents i lògicament en institucions de característiques distintes a "Stiftung Solina". He pogut realitzar un trasllat de les seves idees a un projecte personal molt més humil i petit però que a la seva petita escala ha resultat en la meva opinió un èxit. He de dir que seguint algunes pautes dels experiments dels Doctors Cooper i Mosher com la pèrdua total de les formalitats rígides a l'hora de tractar amb els residents, fer que els residents se n'oblidin de la disciplina per un parell d'hores i un acostament fins el punt de comportar-me com un resident més per que ells

s'acabessin comportant com un cuidador més, el resultat ha estat una experiència colpidora i que encara avui segueixo desenvolupant tant en les xerrades amb el grup com també en el dia a dia amb tota la resta de residents.

En conclusió, ara ja puc explicar amb paraules tot allò que pensava i sentia respecte aquest problema, i he après a desplegar una educació amb els residents diferent al que havia estat desenvolupant anteriorment, on el trasllat del valor educatiu flueix d'una manera molt més propera i activa.

## **4.2. Prospectiva**

Per una altra banda, partint dels resultats i les conclusions obtingudes al present treball d'investigació, es podrien presentar diferents perspectives d'investigació per futurs projectes, que passo a exposar a continuació.

Seria interessant realitzar un projecte d'investigació en la mateixa direcció en altres institucions, utilitzant el mateix grup d'interès, comprovar si en altres dispositius els problemes derivats de la institucionalització dels residents són similars, o comprovar si en altres institucions existeix el problema de la sobremedicació.

Altra línia interessant d'investigació seria un projecte que estudiés si els efectes negatius derivats de la institucionalització es donen amb altres grups d'interès, com per exemple en asils de persones grans o institucions per a persones amb diversitat funcional cognitiva com podria ser la síndrome de Down o l'espectre autista. Seria molt útil comprovar si fora del marc de la salut mental existeixen pràctiques i metodologies que fomentin la sobremedicació en altres grups d'interès com els citats.

Per contra, existeix una línia de treball futur que és molt atractiva, sobretot perquè potser un bon complement pel treball que s'ha realitzat per aquest TFG. Aquest projecte aniria dirigit a un mateix grup d'interès però que no pernocten a una institució. Són aquelles persones que utilitzen un altre tipus de recolzament com és el model de l'assistència personal, Un model que es basa en portar tres cops al dia al seu domicili a un treballador del ram sanitari, i que reben l'acompanyament d'un educador social al menys tres cops a la setmana durant tot el dia.

El més interessant d'estudiar aquest recurs és que realment es pot realitzar una comparació qualitativa de la vida independent d'aquestes persones. Es pot desenvolupar una comparació no en aspectes d'institucionalització, sinó en molts altres aspectes que s'han analitzat en aquest treball com quina és la seva autoestima respecte a sentir-se persones independents, quins mecanismes de defensa es posseeixen en quant a la relació amb els professionals, familiars i



coneguts al no existir les accions mortificants del jo que perpetren les institucions, quin és el tipus de vida que desenvolupen i si estarien preparats per viure a una institució, o quins són els rols que desenvolupen en el seu dia a dia amb aquest tipus d'assistència on, encara que són pacients i que necessiten el suport de l'Educació Social, poden conduir la seva vida per si mateixos ja que ells són els que ofereixen, controlen i proporcionen el treball als professionals.

En aquest últim cas, ja estic treballant per poder utilitzar una plataforma que és un nou model d'assistència a Berna. Aquesta plataforma es diu Cléa i un cop que pugui gaudir del meu títol universitari a la UOC, ho vull posar en marxa com a nou projecte ja que al menys en la teoria es un model d'assistència que em sembla molt interessant.

### **4.3. Limitacions**

En última instància, per realitzar aquest treball de investigació s'han trobat una sèrie de limitacions. Encara que s'ha mostrat quins son els problemes que genera la institucionalització i la sobremedicació en els residents d'una institució, i com gràcies al valor educatiu de l'Educació Social es poden pal·liar en gran mesura aquests efectes negatius, hi ha diversos elements mitjançant els quals aquest treball hauria estat més complert.

En primer lloc s'ha trobat la limitació del temps, ja que al ser un problema que generalment apareix i incideix en els residents gradualment, s'hauria de portar a terme un seguiment més llarg i continu de les experiències que aquí es relaten. Amb un seguiment més llarg es podria descriure una realitat molt més exhaustivament i donant compte de molts petits detalls que passen per alt realitzant una investigació que resulta curta en el temps. Per altra banda hagués estat molt instructiu poder realitzar la investigació amb un resident des que comença a viure a la institució fins que comença a mostrar els símptomes de la institucionalització.

En segon lloc, existeixen limitacions a l'hora d'aprofundir en la biografia dels residents amb els que s'ha treballat. S'hauria pogut aprofundir més en explicar la biografia, diagnosi i medicació de totes aquelles persones que han col·laborat per poder realitzar el treball, però per una qüestió de protecció de dades i de permisos que en aquest cas s'haurien de demanar no tan sols als residents, sinó també al cantó de Berna com a institució responsable de les persones que pernocten a la institució, s'ha passat per alt tota aquesta informació que haurien contextualitzat molt millor les experiències per als lectors.

En tercer lloc i relacionat amb l'anterior, hagués estat molt productiu haver pogut fer pública l'experiència per a tots els professionals, però sobretot en el cas del grup de residents amb el que es van realitzar les trobades. Demanar permís hagués estat contraproductiu ja que s'hauria d'haver entrat en un debat entre professionals sobre si als residents escollits els hi beneficiaria realitzar aquesta activitat. Per altra banda, en el cas que el projecte hagués estat acceptat per tots els professionals, aquesta activitat hauria passat a tenir un caràcter de planificació i oficialitat que l'hagués transformat en allò del que es volia defugir.

Per últim, també s'ha de fer al·lusió a la xerrada amb els treballadors de la institució, ja que potser aquesta part del projecte ha resultat la més estèril en quant a informació de totes. En aquest cas el grup de discussió es va trobar amb el problema d'un cert hermetisme quan els protagonistes expressaven la seva opinió respecte el problema sobre el que s'havia de debatre, ja que resulta difícil que els treballadors d'una institució diguin realment el que pensen sobre el lloc on desenvolupen la seva tasca.

Les perspectives respecte a aquesta part de la investigació eren molt més altes que els resultats que realment al final es van obtenir. En aquest cas, no es van expressar moltes de les qüestions que s'escolten quan hi ha xerrades extraoficials a la pausa del treball o quan després de la jornada laboral els professionals queden per prendre alguna cosa a un bar. Les opinions que s'escolten en aquests casos van molt més enllà de les opinions que s'han relatat en el present treball.

En conclusió, encara que el resultat que s'ha obtingut és òptim per la investigació que es volia portar a terme, sempre queda un espai per la millora que s'acosti més a les perspectives a l'hora de dissenyar un projecte com aquest.

## **BIBLIOGRAFIA**

Bachelard, G (1957). *La Poétique de l'espace* . París: Presses Universitaires de France.

Basaglia, F (1972) .*La institución negada: informe de un hospital Psiquiátrico*. Barcelona:Barral.

Bentall R.P (2011).*Medicalizar la mente, sirven de algo los tratamientos psiquiátricos?*”.Herder Editorial S.L., Barcelona

Cooper, D (1985).*Psiquiatría y antipsiquiatría*. Editorial Paidós. Buenos Aires

Esquirol, J (2015). *La resistencia íntima: ensayo de una filosofía de la proximidad*. Barcelona: Acantilado.

Fernandez,M, Simao,L, Tenor,D (2018) .Farmacos antipsicóticos. *Revista Medico de familia Andal Vol. 19, N°.1*, enero-febrero-marzo-abril (48-52).

Foucault, M. (1992). *La vida de los hombres infames: Ensayos sobre desviación y dominación*. Buenos Aires: Altamira

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar*. Buenos Aires. Editorial Siglo XXI.

Foucault, M. (2006). *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Goffman, E. (2001/1961) *Internados.Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*.Buenos Aires Amorrortu

Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu Editores.

Jociles, M (2018). La observación participante en el estudio etnográfico de las prácticas sociales. *Revista colombiana de antropología. VOL. 54 N°1* Enero-Junio.

Krueger, R.A. (1991) *El Grupo de Discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*, Madrid, Pirámide.

Millett K.(2019) *Viaje al manicomio*. Barcelona: Seix Barral.

Mosher,L.(1999).Soteria y otras alternativas a la hospitalización psiquiátrica aguda” *Revista de Enfermedades Nerviosas y Mentales*: 187:142-149.

Noel,M. (2011). *La sujeción de los cuerpos dóciles*. Buenos Aires: Estudios Sociológicos Editora.

Pérez, S . (2016). *Pedagogía social-educación social: construcción científica e intervención práctica*. Madrid. Narcea Ediciones.

Rivera, Ó. M. (2020). *Habitar recursos residenciales: trabajar donde el otro está viviendo*. Barcelona, Editorial UOC.