

Gener 2024

Mirada crítica a l'atenció a infants i joves en l'àmbit de la salut mental

Anàlisi de la intervenció psicopedagògica al CSMIJ de Calella des d'una perspectiva contrapsicològica

Màster Universitari en Psicopedagogia

Treball Final de Màster. Àmbit Sociocomunitari

Universitat Oberta de Catalunya



Alumne: Sergi Gallego Vila

Tutor: Miquel Rubio Domínguez

“Cuando has estado en contacto con el sistema de “salud mental” desde que tenías 12 años, y con 38 te reconoces igual de rota, insegura y dependiente, te plantas y dices: Hasta aquí hemos llegado.”

Elisenda Tuneu i Tarrès (Chamberlain, 2023, p. 15)

Resum

Aquest Treball Final de Màster de Psicopedagogia Sociocomunitària s'ha centrat en analitzar la intervenció en l'àmbit de la salut mental infantil i juvenil que es realitza al CSMIJ de Calella. Davant de les paradoxes que sovint apareixen quan es conjuga la pràctica professional amb el corpus teòric de l'acadèmia i la rigidesa de les estructures socials administratives, s'ha pres una perspectiva crítica que ofereix una mirada que pretén promoure una atenció a la salut mental veritablement emancipadora i humanista: la contrapsicologia. Aquest estudi s'ha realitzat des d'una perspectiva qualitativa i ha inclòs entrevistes a professionals, anàlisi documental de l'entitat que gestiona el servei, observacions no participants i l'anàlisi de l'espai físic. Aquest anàlisi pretén promoure reflexions sobre els serveis d'atenció a la salut mental que permetin valorar si la intervenció que es realitza posa la persona i la seva subjectivitat al centre.

Paraules clau: Psicopedagogia sociocomunitària, salut mental, contrapsicologia, CSMIJ.

Abstract

This Thesis in Sociocommunity Psychopedagogy has focused on analysing the intervention in the field of child and youth mental health that is carried out at the CSMIJ in Calella. Regarding the paradoxes that often appear when professional activity is combined with the theoretical corpus of the academy and the rigidity of the administrative social structures, a critical perspective is needed. A perspective that aims to promote a truly emancipatory and humanist mental health care: the counterpsychology. This study has been carried out from a qualitative perspective and includes interviews with professionals, documentary analysis of the entity that manages the service, non-participant observations and analysis of the physical space. This analysis aims to promote debates around mental health care services. These reflections will allow the assessment of whether the intervention that is carried out puts the person and their subjectivity at the center.

Key words: Community based psychopedagogy, mental health, counterpsychology, CSMIJ.

Índex

1.	Introducció	4
2.	Justificació de la proposta	4
3.	Plantejament del problema.....	6
4.	Marc normatiu	8
5.	Marc teòric	12
5.1	Perspectives d'intervenció psicopedagògica	12
5.2	Salut Mental	13
5.3	Sobre la bogeria (o la manca de salut mental)	13
5.4	La institució total.....	14
5.5	La contrapsicologia	14
5.6	Aportació a la societat i a l'ètica professional.....	16
6.	Metodologia	18
6.1	Enfocament metodològic	18
6.2	Instruments i recollida de dades	20
6.3	Perfil de les persones participants en la investigació	21
6.4	Temporalització	21
7.	Anàlisi de les dades	22
7.1	Entrevistes	23
7.2	Revisió documents de l'entitat.....	25
7.3	Observacions no participants	28
8.	Conclusions	30
8.1	Limitacions de la investigació i propostes de futur	31
9.	Referències bibliogràfiques	33
10.	Annexos	38
	Full de consentiment informat de la participació en l'estudi	38
	Guió entrevista semiestructurada:	41
	Descripció de l'espai	41
	Observació no participant.....	46
	Observació de la tasca psicopedagògica:	46
	Observació no participant en reunió d'equip 20/12/2023.	50
	Transcripció i codificació entrevistes.	52

1. Introducció

L'àmbit de la psicopedagogia comunitària és un camp professional encara en desenvolupament. Malgrat es nodreix de les aportacions teòriques i pràctiques de diversos camps fronterers, encara és difícil d'articular un discurs (i una pràctica) realment emancipador de persones i comunitats.

Aquesta fluïdesa en les fronteres professionals dificulten una mirada crítica sobre les funcions, tasques i estructures que graviten sobre el camp. Aquests esculls es multipliquen quan la realitat sobre la que s'intervé és complexa. És el cas de la salut mental.

La salut mental encara es troba carregada de tabús i estigma social. En moltes situacions esdevé un fort eix d'exclusió de persones afectades i familiars. El circuit d'atenció a persones amb patiments mentals està carregat de pràctiques estigmatitzants i segregadores. Són pràctiques que sovint ometen les causes estructurals de la malaltia, ja que es donen per inevitables. Especialment en el cas de la salut mental d'infants i adolescents.

Una reflexió profunda sobre la pràctica professional i un canvi de mirada pot esdevenir una estratègia clau per a trobar noves formes d'intervenció que acullin el patiment de les persones i hi doni resposta amb la mirada posada en la emancipació personal i col·lectiva. Es tracta d'assumir mirades i pràctiques que transformin la realitat en que es donen aquests patiments. La contrapsicologia és un marc teòric que facilita reflexions crítiques per a aquest canvi de mirada.

Aquesta investigació pretén esdevenir una eina d'anàlisi que, des d'una perspectiva contrapsicològica, permeti als i les professionals de la psicopedagogia reflexionar sobre els principis deontològics que orienten la seva intervenció i posar-los en contrast amb la realitat quotidiana de la pràctica professional.

La proposta es realitza en el marc de l'anàlisi de la pràctica psicopedagògica en el Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil de Calella, d'ara endavant CSMIJ.

2. Justificació de la proposta

Com a professional de l'àmbit sociocomunitari he experimentat en multitud d'ocasions contradiccions que m'han portat a qüestionar-me el grau d'encaix entre la realitat hegemònica del tercer sector i els meus valors com a persona i animal polític. Aquestes em porten a reflexionar sobre la dimensió pedagògica i sociocomunitària del meu entorn professional. Hi ha tres paradoxes en la intervenció social que condueixen a la contradicció esmentada. Molt breument aquestes tres paradoxes són a) invisibilització de la persona rere la seva història de vida, b) pobresa pedagògica de la intervenció social i c) vinculisme pedagògic (Gijón, 2022).

La primera paradoxa condueix la persona professional a una lectura simplista dels casos i a individualitzar-los. És a dir s'interpreta la persona com a síntesi de les causes de la situació d'exclusió i de risc, eliminant-ne de l'imaginari del/la professional la capacitat d'agència i de transformació de l'individu que s'atén. És a dir, s'interpreta la persona, el cas, com a suma de les seves mancances. Simultàniament comporta una omissió en

l'anàlisi de les causes polítiques (i per tant col·lectives) de les dinàmiques d'exclusió, que són estructurals, no individuals¹, formen part de la societat. En són un subproducte sistèmic. De fet, la categoria "carència" com a descriptiu d'exclusió es compara amb un ideal mític i no existent tal com descriu Delgado

"l'horitzó igualitari promès pel projecte modern és irrealitzable en un context social que li nega [a les alteritats o dissidències] o escamoteja (...) l'accés als recursos econòmics i a la participació política. Les pretensions de l'ideal equitatiu modern constitueixen una quimera absoluta, una il·lusió infundada" (Garcia Molina et al., 2013, p. 70).

La falta d'anàlisi enllaça amb la segona paradoxa que és deguda a un excés d'individualització en l'atenció i en la conceptualització de les persones ateses. Aquesta conseqüència és pròpia (però no exclusiva) del neoliberalisme (Harvey, 2007) i qüestionada freqüentment des de la dimensió sociocomunitària de la psicopedagogia (Bolea et al., 2017; Garcia, s. f.; Oliveros & Planella, 2017, 2021) També apareix per la conjugació entre la comprensió professional crítica dels casos i l'adopció acrítica de protocols institucionals que reproduïxen eixos d'exclusió i violències estructurals.

Per últim, la tercera paradoxa crítica la centralitat que es dona al vincle com a eina d'intervenció. És essencial per al reconeixement de l'altre però la potència educativa i transformadora dels i les professionals no s'esgota en aquest. A més, el vincle i l'emocionalitat poden ajudar a acomodar-se i a ignorar possibilitats d'intervenció que vagin més enllà. Ubicar els professionals còmodament en el vincle facilita ignorar els límits, sovint estructurals, de la intervenció dificultant la cerca de noves i més imaginatives formes d'intervenir.

Aquestes paradoxes il·lustren i expliquen les inquietuds que sorgeixen en el teixit laboral en relació a la funció de les professions socials. Diverses veus plantegen que depèn de com s'articuli la intervenció el que s'està realitzant és apuntalar el sistema capitalista tot validant-lo i forçant la submissió d'individus i col·lectius exclosos (Freixa Niella et al., 2020). I heus aquí la contradicció. Des de l'acadèmia es defensa el rol emancipador de les professions que s'ubiquen en l'àmbit sociocomunitari (Martín-Bermúdez, 2019). De fet, els propis documents professionalitzadors de l'Educació Social (ASEDES, 2007) defensen la justícia social com a principi bàsic de tota intervenció. Per tant, es dibuixa un sector en què es formen i impulsen professionals cap a uns certs ideals professionals que a llarg termini són poc assolibles per límits estructurals i també epistemològics d'aquest (González, 2007).

Aquesta contradicció genera la necessitat de trobar un marc teòric que faci viable una intervenció no individualitzadora i emancipadora que es dirigeixi a aconseguir majors quotes de justícia social alhora que a assenyalar les violències i límits estructurals del neoliberalisme. La psicopedagogia sociocomunitària dota d'un marc conceptual de

¹ A més, cal recordar que l'exclusió no té substància; tal com diu Sassier (a (Karsz, 2000, p. 89) es tracta d'una "palabra invadida por la acumulación de carencias que la definen". A més, segons la mateixa autora sovint s'utilitzen expressions en l'àmbit social per a caracteritzar l'exclusió ("desligadura, descalificación, desafiliación, fractura social, ruptura de lazos, desintegración...") que fan referència a l'absència.

referència (Oliveros & Planella, 2021; Unzueta Morales, 2011) d'intervenció en la comunitat que s'alinea amb aquest objectiu.

Per confrontar les violències estructurals presents en algunes pràctiques professionals d'allò social prenem la contrapsicologia com a marc i referent teòric. Aquesta perspectiva teòrica no és gaire comú en el camp professional psi. Però ofereix una mirada que pot ajudar a transformar la psicopedagogia com a espai professional. Superant així les pràctiques higienistes o medicalitzades que s'orienten a la inserció laboral (o escolar) de pacients o usuaris que esdevenen receptacles passius no protagonistes de la intervenció que els és dirigida.

Aquesta mirada crítica sobre l'espai professional ha de servir per posar els interessos de les persones i col·lectius atesos al centre de la intervenció. Per això aquest treball vol ajudar a articular una manera de mirar la professió basada en els principis de la contrapsicologia.

Aquest canvi de mirada és especialment important en l'àmbit de la salut mental, ja que en l'atenció al patiment psicològic rarament es posa l'accent en les causes profundes d'aquest (Alfons Arnau, 2013). A més es prova de trobar una solució quirúrgica a patiments que tenen causes estructurals tot dificultant el reconeixement d'aquest. És a dir, es pretén identificar clínicament trets comuns englobats dins d'un diagnòstic o altre del DSMV. Tot això es deu a la necessitat d'objectivar els patiments per sobre de la subjectivitat de la persona que pateix determinats trastorns.

Per abordar de manera crítica les contradiccions pròpies de les professionals socials en l'àmbit de la salut mental cal prendre una perspectiva integral. Sintetitzar les aportacions principals de la contrapsicologia és una estratègia que pot articular una nova mirada per a professionals per tal de visualitzar quins elements poden estar reproduint intervencions estigmatitzants (Leira, 2007)

Per fer-ho es proposa analitzar de manera concreta la tasca que es realitza en la consulta de psicopedagogia del CSMIJ de Calella. La tria és deguda al principi d'accessibilitat.

Així doncs, es proposa realitzar un model d'anàlisi aplicat a un cas per tal de facilitar estratègies a fi que les professionals puguem analitzar críticament els nostres models d'intervenció i valorar si s'estan posant al centre l'interès i necessitats reals de les persones ateses.

3. Plantejament del problema

Els Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil són un servei d'atenció especialitzada en salut mental per a persones de fins a 18 anys. Es tracta d'un servei que pertany a la Xarxa de Salut Mental d'Utilització Pública del Servei català de Salut. Són de règim ambulatori.

Als CSMIJ hi ha un equip divers de professionals entre els quals hi ha psiquiatres, psicòlegs, administratius, psicopedagogs, educadors socials i treballadors socials. Aquests professionals reben els casos per derivació d'altres serveis d'atenció a menors

com poden ser serveis de pediatria o els Equips d'Atenció Psicopedagògica (EAP). Les derivacions també poden arribar des d'altres serveis d'assistència i atenció comunitària.

Segons la Generalitat de Catalunya² les funcions del CSMIJ són:

- Serveis diagnòstics, terapèutics, i d'orientació en salut mental.
- Atenció als aspectes i necessitats biopsicosocials dels nens, nenes i adolescents i de les seves famílies.
- Promoció de la salut i de prevenció de la malaltia

Aquestes funcions denoten un marcat caràcter mèdic en el seu redactat. I poden precipitar la següent hipòtesi:

Les polítiques hegemòniques d'atenció a les persones amb problemes de salut mental no afavoreixen al benestar de la persona prioritzant criteris mèdics de patologització (i control) de la dissidència social i cultural.

Però quin tractament es fa de les persones ateses en aquests serveis? S'aborden els patiments infantils i juvenils hol·lísticament? Es promou la seva agència i autonomia? Es descriuen joves i infants sota etiquetes mèdiques reduccionistes? Els diagnòstics realitzats tenen una utilitat emancipadora? Es tenen en compte els aspectes ambientals (socials, econòmics, afectius) de les persones ateses? Quins elements es tenen en compte a l'hora d'assignar un diagnòstic? Es tenen en compte les conseqüències del diagnòstic?

Aquestes preguntes poden orientar la reflexió, però un anàlisi crític i d'utilitat ha de ser sistemàtic per tal de ser d'utilitat per a la resta de professionals. Però sovint les professionals es troben empresonades en la dicotomia dels protocols, dels límits interprofessionals i les expectatives polítiques professionals. Aquest text vol esdevenir l'exemple d'una eina pràctica per a l'anàlisi, la reflexió i la comparació dels espais professionals que ocupem.

En aquest sentit l'objectiu principal del treball és:

- Analitzar des d'una perspectiva contrapsicològica la intervenció que es realitza amb persones joves en situació de malaltia mental.

Per motius d'abast de l'encàrrec d'aquesta investigació aquest objectiu es concretarà en els següents específics:

- Proposar, una eina d'anàlisi amb perspectiva contrapsicològica d'intervencions psicopedagògiques en l'àmbit de la salut mental.
- Sintetitzar les principals aportacions de la contrapsicologia en l'àmbit de la salut mental.
- Analitzar críticament la intervenció psicopedagògica al CSMIJ de Calella

² <https://xtec.gencat.cat/ca/curriculum/diversitat-i-inclusio/xarxa-de-suports-a-leducacio-inclusiva/collaboracio-amb-altres-departaments/serveis-datencio-a-la-infancia-i-ladollescencia/>

4. Marc normatiu

En aquest apartat es descriu tot un seguit de convencions, lleis i normes que regulen l'activitat d'atenció a la salut mental que es realitza al CSMIJ.

El document que regula a nivell internacional el dret de les persones és la Declaració Universal dels Drets Humans (DUDH). Segons aquest document en el seu article 25 "Tota persona té dret a un nivell de vida adequat que li asseguri, així com a la seva família, la salut i el benestar " (Assemblea general de la ONU, 1948). El redactat garanteix, a més, els mitjans necessaris per a fer-ho possible així com el dret a l'assistència mèdica i als serveis socials necessaris. A més, el Pacte Internacional de Drets Econòmics, Socials i Culturals (Nacions Unides, 1966) porta als estats que el ratifiquen a respectar el dret de tota persona al màxim gaudi possible de la seva salut física i mental. A Espanya va entrar en vigor aquest acord el 1976.

La salut mental és un fenomen que es troba subjecte a la discriminació. Per aquest motiu la Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat (ONU, 2006) prohibeix la discriminació de les persones amb discapacitat (física i mental) i obliga els estats a prendre mesures per garantir la voluntarietat de les persones afectades a l'hora d'accedir a tractaments mèdics o científics. De la mateixa manera aprofundeix en el dret d'aquestes persones a mantenir la seva integritat en igualtat de condicions que la resta de persones. A més es reconeix el dret a la llibertat i a la seguretat (articles 13 i 14) i a viure de manera independent i poder triar on i amb qui viure alhora que es garanteix el dret d'accés a serveis d'assistència (article 19) .

Per la preocupació sobre l'estigmatització i els prejudicis que reben les persones amb trastorns de salut mental, la resolució A/HRC/36/L.25 de Promoció i protecció de tots els drets humans, civils, polítics, econòmics, socials i culturals, inclòs el dret al desenvolupament insta als estats a implementar mesures que promoguin l'agència i la dignitat de les persones, fent èmfasi específic en l'àmbit de la salut mental (Assemblea nacional de Naciones Unidas, Consejo de Derechos humanos, 2017).

Per acabar amb l'àmbit internacional, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) proposa un seguit de principis i recomanacions pel que fa a l'abordatge de la salut mental. Ho ha publicat en un nou document en que s'actualitzen els principis d'actuació amb persones amb discapacitat. Les novetats que proposa són (OMS, 2023):

- Proposa nous objectius per a la legislació en matèria de salut mental, com ara establir un mandat clar per als sistemes de salut mental per adoptar un enfocament basat en els drets humans, i garantir la participació efectiva de les persones amb problemes de salut mental i les seves organitzacions representatives en el procés legislatiu.
- Estableix els mecanismes legals per promoure la desinstitucionalització i l'accés a serveis de salut mental comunitaris de bona qualitat i centrats en la persona. Destaca també la importància de lluitar contra l'estigma i la discriminació alhora que proporciona mesures per eliminar la coerció en els serveis de salut mental en favor de pràctiques que respectin els drets i la dignitat de les persones.
- Ofereix informació clau sobre com adoptar un enfocament basat en els drets humans a l'hora de revisar, adoptar, implementar i avaluar les lleis relacionades

amb la salut mental, i inclou una llista de verificació pràctica que permet als països avaluar si les seves lleis s'ajusten als estàndards internacionals de drets humans vigents.

- Incorpora les últimes evidències científiques i les bones pràctiques sobre la salut mental i els drets humans, així com les recomanacions dels òrgans de tractats i els mecanismes especials de drets humans de les Nacions Unides, i té en compte els principis i les disposicions de la Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat.
- Reflecteix i valoritza les experiències i les opinions de diversos actors implicats en la salut mental i els drets humans, com ara persones amb problemes de salut mental, familiars, professionals, responsables polítics, acadèmics i activistes i que han participat en un procés de consulta ampli i participatiu.

En resum, moltes de les innovacions més interessants tenen a veure en lluitar contra l'estigma i la exclusió tot posant al centre la persona com a subjecte de dret. Aquest viratge és molt rellevant per al present projecte d'investigació ja que eleva a categoria de dret internacional algunes de les demandes que com es veurà més endavant fa la contrapsicologia.

Per a emmarcar legalment la intervenció psicopedagògica que es realitza al CSMIJ de Calella cal apuntar que el servei s'emmarca dins del l'àmbit de la salut. A Catalunya les competències en matèria de salut estan transferides des que es va aprovar el Reial Decret 2210/1979, de 7 de setembre, sobre la transferència de competències de la Administració de l'Estat a la Generalitat de Catalunya en matèria d'Agricultura, Cultura, Sanitat i Treball. És a dir, és la Generalitat de Catalunya que desplega la cartera de serveis en matèria de salut i qui en gestiona els aspectes normatius i també els aspectes econòmics.

Cal tenir en compte que el CSMIJ és un servei que atén a menors d'edat i per tant cal fer esment específic a les normatives que regulen els seus drets pel que fa a salut. A Catalunya trobem:

La Llei 41/2002, de 14 de novembre, reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. Aquesta llei d'àmbit estatal reconeix el dret dels menors a rebre i rebutjar atenció sanitària, a ser informats i a participar en les decisions que els afecten.

La Llei 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència impulsa la prevenció i la detecció precoç dels problemes de salut mental i addiccions, així com la intervenció precoç amb una especial atenció als àmbits educatius, laborals i judicials, i fomenta la coordinació entre els diferents agents implicats en la salut mental i les addiccions.

El Decret 63/2022, de 5 d'abril, dels drets i deures dels nens i els adolescents en el sistema de protecció, i del procediment i les mesures de protecció a la infància i l'adolescència, defineix els següents drets en l'àmbit de la salut dels menors d'edat:

- El dret a rebre una atenció sanitària adequada, integral, continuada i de qualitat, adaptada a les seves necessitats específiques i a les seves característiques evolutives amb el respecte a la seva intimitat i confidencialitat.
- El dret a ser informats, d'acord amb el seu grau de maduresa i capacitat de comprensió, sobre el seu estat de salut, els diagnòstics i les intervencions terapèutiques disponibles. També el dret a participar en les decisions que els afecten.
- El dret a rebre una atenció sanitària respectuosa amb la seva identitat de gènere, orientació sexual i diversitat familiar.

L'atenció a infants i adolescents en l'àmbit de la salut mental a Catalunya està regulada especialment per Pla Director de Salut Mental i Addiccions que es va aprovar mitjançant el decret 406/2006 de 24 d'octubre. Aquest pla estableix els principis i objectius d'intervenció, que són els següents:

- Millorar la salut mental de la població catalana, promovent el benestar emocional, prevenint els factors de risc i protegint els factors de protecció.
- Garantir una atenció integral, continuada, accessible, equitativa i de qualitat a les persones amb problemes de salut mental i addiccions, respectant els seus drets i la seva dignitat.
- Fomentar la recuperació, la inclusió social i la participació ciutadana de les persones amb problemes de salut mental i addiccions, potenciant el seu apoderament, el suport familiar i comunitari i la lluita contra l'estigma i la discriminació.
- Impulsar la coordinació interdepartamental i intersectorial, la gestió compartida i la participació dels agents implicats en la salut mental i les addiccions, així com la formació, la recerca i la innovació

El pla presenta certs reptes (Departament de Salut, 2006) en la seva aplicació ja que aspira a donar una atenció integral a les persones amb problemes de salut mental. Entre aquests reptes es poden distingir els estructurals, els d'atenció a les persones i els de sensibilització de la societat.

D'una banda cal adaptar el model d'atenció comunitària a les característiques i les necessitats de cada territori, tenint en compte la diversitat geogràfica i demogràfica del territori català. En aquest sentit el Pla aposta per millorar la coordinació i integrar els diferents nivells assistencials i sectors implicats en la salut mental i les addiccions. Això implica l'atenció primària, l'atenció sociocomunitària per tal d'oferir una atenció integral sense intervencions solapades o buits assistencials.

Pel que fa a l'atenció a les persones el Pla busca implicar i apoderar les persones amb problemes de salut mental i addiccions i les seves en el disseny, el desenvolupament i l'avaluació de les estratègies i els serveis a implementar. D'aquesta manera, això busca reconèixer el paper protagonista i de subjecte de dret de les persones que fan ús del catàleg de serveis de salut mental i addiccions. Aquest repte a assolir que recull el pla és d'especial importància ja que serveix per a justificar l'adequació d'adoptar una mirada contrapsicològica en els serveis dirigits a aquest tipus de població. És a dir cal intervenir reconeixent el seu paper com a agents actius i experts en la seva pròpia salut i benestar.

Per últim hi ha un conjunt de reptes que fan referència a una dimensió més col·lectiva de la salut mental. Fan referència a la voluntat de promoure la inclusió social i la participació ciutadana de les persones amb problemes de salut mental i addiccions, oferint una atenció centrada en la persona, el seu projecte de vida i el seu entorn, i facilitant l'exercici de tots els seus drets socials, econòmics i culturals com són l'habitatge, l'educació, la formació, l'ocupació, la cultura i l'oci. Per fer viable aquesta ambició cal desenvolupar estratègies per a lluitar contra l'estigma i la discriminació que pateixen les persones d'aquest col·lectiu, tant a nivell individual com comunitari. És a dir, sensibilitzant i formant la població, els mitjans de comunicació, els professionals i les institucions sobre la importància de lluitar contra l'estigma i l'exclusió de persones amb diagnòstics de salut mental.

Les normes presentades proposen uns sistemes de salut mental que lluitin contra l'estigma que sovint s'associa a la malaltia mental. A banda dels documents que defineixen el marc dels serveis que cal oferir en aquest àmbit, també cal tenir en compte els codis deontològics que orienten les pràctiques professionals.

En tant que aquesta investigació pretén proposar una metodologia d'anàlisi d'intervencions psicosocials o educatives en el marc de la salut mental, és d'especial interès abordar els codis deontològics que orienten la praxis professional.

Segons el codi deontològic del col·legi de metges de Catalunya publicat al Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya de 4 de gener de 2022 (Resolució JUS/3841/2021, de 21 de desembre), els principis que orienten la praxis mèdica en l'àmbit de salut mental són:

- El principi de beneficiència, que implica actuar sempre en benefici de la salut i el benestar de les persones ateses, respectant la seva voluntat, la seva dignitat i els seus drets humans, i evitant qualsevol dany o perjudici innecessari.
- El principi d'autonomia, que implica respectar el dret de les persones a decidir lliurement sobre la seva salut i el seu tractament, després de rebre una informació adequada, veritable i comprensible, i a donar o revocar el seu consentiment informat per a qualsevol procediment diagnòstic o terapèutic.
- El principi de justícia, que implica garantir l'equitat i la igualtat en l'accés i la qualitat de l'atenció sanitària, sense discriminació per raó de sexe, edat, origen, religió, orientació sexual o qualsevol altra circumstància personal o social, i tenint en compte les necessitats i les preferències de les persones ateses.
- El principi de no maleficència, que implica evitar o minimitzar els riscos i les conseqüències negatives dels tractaments i les intervencions, tot seguint criteris de precaució davant de situacions de controvèrsia ètica.
- El principi de proporcionalitat, que implica adequar els tractaments i les intervencions a les característiques i les necessitats de cada persona, evitant la sobremedicalització o la inframedicalització.
- El principi de confidencialitat, que implica protegir la intimitat i la privacitat de les persones ateses, i no revelar ni utilitzar indegudament les dades personals o clíniques que es puguin obtenir en l'exercici professional, excepte amb el consentiment de la persona interessada o per imperatiu legal

La Resolució JUS/3018/2014, de 17 de desembre, per la qual s'inscriu al Registre de Col·legis Professionals de la Generalitat de Catalunya el Codi Deontològic del Col·legi

Oficial de Psicologia de Catalunya regula les pràctiques de l'àmbit de psicologia. Els principis essencials d'aquest text són:

- Respecte a la persona, la seva dignitat, la seva autonomia, la seva intimitat i la seva confidencialitat.
- Garantia de responsabilitat, prudència i qualitat de les intervencions.
- Promoció del benestar, la salut, la qualitat de vida i el desenvolupament de les persones i els grups.
- Defensa dels drets humans, la justícia social, la lluita contra l'estigma i la discriminació.
- Necessitat de proporcionar explicacions entenedores als menors d'edat sobre la seva situació i les intervencions que se'ls adrecen.

Del codi deontològic de pedagogia (Col·legi oficial de pedagogia de Catalunya, 2013) destaquem els següents dos principis:

- Democràtics. De la societat democràtica: llibertat, igualtat, fraternitat i molt particularment la llibertat de consciència que compromet al respecte de la cosmovisió i sentit de la vida de cada persona.
- Respecte actiu. Observar sempre una distinció clara entre les pròpies opcions de vida i les opcions de les persones ateses sobre les que no emetrem judicis de valor.

El dret a rebre i rebutjar atenció sanitària també està regulat pels codis deontològics de les professions relacionades amb la salut mental, com la psiquiatria, la psicologia o la teràpia. Aquests codis estableixen els principis ètics i deontològics que han d'inspirar i guiar la conducta professional i la praxi clínica, respectant sempre la dignitat, l'autonomia, la intimitat i la confidencialitat de les persones ateses.

5. Marc teòric

5.1 Perspectives d'intervenció psicopedagògica

La mirada, la perspectiva des de la qual s'interpreta la realitat sobre la que s'intervé, determina profundament quins són els objectius, estratègies i límits deontològics de la professió que s'exerceix. Per això, cal emmarcar les tres perspectives breument (Monereo, s. f.):

Model clínic: Perspectiva segons la qual s'aborda la salut mental des de la manca. El procés diagnòstic pren una importància cabdal ja que és aquest qui orientarà la intervenció a realitzar. Una de les problemàtiques d'aquest model és que intenta observar signes de la malaltia i pretén donar estratègies de resposta contrastades que siguin aplicables en tots els casos. I atenent a la subjectivitat inherent en la definició de la OMS això sembla, com a mínim, molt complex.

Model humanista: Aquest model interpreta els desajustos conductuals de les persones com a resultat de contradiccions en les vivències deguts a incongruències existents diferents plans psicològics de la persona (instintiu, afectiu i intel·lectual)

Model crític: Cal entendre les persones com a producte dels contextos socials, culturals i històrics en els que es troben. Així mateix els seus desitjos i expectatives així com la possibilitat d'èxit en l'assoliment d'aquests estan profundament influenciats pel lloc que ocupen dins d'un sistema socioeconòmic determinat. A més aquest context es constitueix a través de diferents esferes (o sistemes) de les que participa l'individu i s'estableixen jeràrquicament en funció de la proximitat cap aquest (Bronfenbrenner, 1977).

Aquesta investigació planteja una eina d'anàlisi de la realitat de la intervenció en salut mental desde la contrapsicologia. Això es fa des del model crític i des d'aquesta perspectiva es llegeixen la resta de conceptes.

5.2 Salut Mental

La salut mental és un dels temes que suscita molta reflexió actualment. De fet, cada vegada més països intenten definir i aplicar polítiques que afavoreixin la salut mental de les seves poblacions (OMS, 2023). Es poden trobar moltes aproximacions des de multitud de camps de coneixement i d'intervenció (Hernández Lara, 2018). Alguns d'aquests camps són la psiquiatria, la psicologia o la neuromedicina. Cadascuna d'aquestes disciplines, i també de les professions que treballen sobre allò psi, desenvolupa diferents explicacions i estratègies d'intervenció que responen a objectius molt variats. És rellevant mencionar que aquestes estratègies són producte del context sociocultural que les origina. Per això és necessari preguntar-se sobre què entenem per salut mental.

L'OMS descriu la salut mental com "un estat de benestar en el qual l'individu és conscient de les seves pròpies capacitats, pot afrontar les tensions normals de la vida, pot treballar de forma productiva i fructífera i és capaç de fer una contribució a la seva comunitat." ³. Aquesta mateixa descripció mostra una definició ambigua i molt subjectiva

Destacar que es fa referència a la productivitat de la persona com a criteri per a la valoració del seu estat de salut mental. Per tant, la capacitat de seguir duent a terme activitats productives és un element indicatiu rellevant per avaluar l'existència de trastorns de salut mental.

La definició proposa també una lectura de la salut mental orientada al fer, a l'exercici de ser i de viure. Es podria dir que planteja unes certes condicions necessàries per trobar-se en estat de bona salut mental. Les condicions són: benestar, consciència i capacitats per enfrontar-se a vida feina i comunitat

Però que passa quan no es donen les condicions? Apareix la bogeria.

5.3 Sobre la bogeria (o la manca de salut mental)

És interessant abordar com s'ha construït culturalment tot el que ara s'engloba sota el paraigua de la salut mental. Actualment en el circuit d'atenció a la salut pren la forma

³ <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20salud,aportar%20algo%20a%20su%20comunidad%C2%BB>.

de múltiples trastorns catalogats i caracteritzats formalment que poden trobar-se agrupats i descrits en el DSM V (Asociación Americana de Psiquiatria, 2014). No obstant, abans d'aquest esforç catalogador, s'interpretava la manca de salut mental com a bogeria.

Històricament s'ha descrit la bogeria de moltes maneres, fins i tot poètiques, però habitualment s'ha aplicat per descriure tot comportament aliè a la norma. Això, conjuntament amb el fet que sovint no hi ha diferències anatòmiques visibles que expliquin la malaltia ha contribuït a crear en molts territoris conductes de tabú i estigmatització de les condicions que afecten a la salut mental (Ferraro, 2020) i de manera indirecta a les condicions materials.

La segona meitat del s.XX a França apareixen veus que opinen que la bogeria és un constructe o categoria social i que acusen la perspectiva mèdica/clínica d'excloure i patologitzar la diferència (Foucault, 1964). Segons aquesta aportació la bogeria és producte de diversos dispositius de poder, saber i control social, que sotmeten les persones a unes pressions que comporten reaccions inesperades i fora de la norma social. Aquest autor llegeix la bogeria no com a malaltia o desviació, sinó com a experiència, llenguatge i cultura, que expressa una altra forma de relació amb el món i amb un mateix. Aquest enfoc postmodern ubica, doncs, la bogeria com una manera de dissidència, com a maneres d'experimentar la vida allunyades de la normalitat estadística.

5.4 La institució total

D'altra banda, és rellevant abordar el concepte "institució total". Aquesta és tota institució que aïlla els individus de la societat i els sotmet a un règim estricte i uniforme, com ara els hospitals psiquiàtrics, les presons, els internats, etc. (Goffman, 1961). Aquest autor va descriure el procés pel qual aquestes institucions pretenen mantenir un comportament previsible i regular per part de les persones internes. i va suggerir que moltes de les característiques d'aquestes institucions tenen la funció ritual d'assegurar que aquestes persones coneguin la seva funció i el seu rol social, és a dir, d'institucionalitzar-los. De fet, les pràctiques en aquestes institucions aspiren a forçar un canvi conductual a partir del poder de la disciplina en el que s'empren els espais, el temps i les rutines com a eina d'acondicionament per tal de fer les persones internes aptes per al retorn a la societat productiva (Foucault, 1975). Si més no, aquestes estratègies busquen fer les dissidències dòcils amb el poder hegemònic del món. I segons Foucault es poden establir paral·lelismes entre els mecanismes de control social de les institucions totals i de les institucions públiques obertes.

Les aportacions de Foucault i Goffman van tenir una gran influència en la sociologia de la salut mental, i van contribuir a la reforma dels serveis psiquiàtrics i a la promoció de la salut mental comunitària. Van obrir noves perspectives per entendre i tractar la bogeria des d'un enfocament humanista, crític i emancipador.

5.5 La contrapsicologia

La darrera dècada del s.XX que s'origina el que avui s'entén com a contrapsicologia. (Alfons Arnau, 2013; Gomez, 2017; López Pismante, Patricio & Cea Madrid, 2014) Neix

amb una forta influència de l'antipsiquiatria que havia formulat Cooper els anys 60. Es tracta d'un marc teòric que qüestiona la perspectiva medicalitzada i higienista que sovint impregna la intervenció amb persones i col·lectius exclosos o en risc. Des d'aquesta mirada de les ciències que anomenen psi (educació social, psicologia, psicopedagogia, psiquiatria...) s'interpreta que sovint aquests espais acadèmics i professionals serveixen per a tancar i invisibilitzar les minories dissidents o bé per a corregir els comportaments i les identitats que no s'emmarquen en la normalitat hegemònica o norma. És a dir, planteja que podrien ser elements de contenció de la dissidència

A Catalunya i al conjunt de l'estat espanyol, va ser el col·lectiu Esquicie qui va presentar les bases del pensament contrapsicològic. Aquest col·lectiu adscrit a la Universitat de Barcelona treballava per estudiar alternatives terapèutiques que no constituïssin fonts d'opressió, denunciar la violència inherent en pràctiques terapèutiques medicalitzades i correctores de la diversitat i oferir alternatives terapèutiques per a qui les sol·licitava.

Un dels elements més importants per a aquest treball és el reconeixement estructural de les violències que pateixen les persones en risc d'exclusió ubicats en posicions d'alteritat rebutjables. Des del model crític, els patiments psicoemocionals serien explicables també com a conseqüència de la conjugació de violències exercides, patides i apreses, algunes estructurals, en els diferents cercles (familiar, cultural, institucional...) (Bronfrenbrenner, 1977)

A continuació es presenten els principals postulats del manifest contrapsicològic elaborat pel ja desaparegut col·lectiu Esquicie (Alfons Arnau, 2013):

- La teràpia (i la potencial alteració del comportament consegüent) mai no pot ser imposada.
- La recerca psicològica s'ha de realitzar amb l'ànim d'aprendre, no per elaborar estratègies de control conductual o arguments.
- No s'agruparan les persones forçosament en base a algunes característiques comunes creant relacions de superioritat-inferioritat.
- No col·laboració amb institucions de control social (policia, jutges, presons...)
- Negació al diagnòstic científista amb llenguatge pseudo-mèdic i denigrant.
- Negació de la restricció de llibertats o de l'exercici de drets humans i de la reducció de persones al concepte passiu de "pacients".
- Defensa de la necessitat d'una revolució social contra el sistema basat en la propietat privada, l'existència de classes i l'acumulació de privilegis mitjançant la violència estructural.

Aquest enfocament crític busca qüestionar i proposar alternatives a les pràctiques, teories i sistemes convencionals dins la psicologia i la psiquiatria que en molts casos consideren opressius o que perpetuen desigualtats socials i estigmatització.

La contrapsicologia és, doncs, un enfocament crític i reflexiu que busca desafiar les pràctiques opressives i els sistemes de poder a les ciències psicològiques i psiquiàtriques. Es centra en la promoció de la justícia social, l'equitat i el respecte a la diversitat en l'atenció de la salut mental i l'anàlisi de les experiències humanes. Especialment tenint en compte que un dels eixos significatius d'exclusió es dona quan les persones esdevenim consumidores imperfectes (Bauman, 2007), es a dir incapaces

de contribuir a la roda consumista del capital (es fa referència aquí a tot l'espectre de vulnerabilitats per raó econòmica). Es transforma, doncs, la salut mental en quelcom que cal ser mirat amb perspectiva de classe.

És d'especial interès veure l'aportació que fa el concepte marxista d'alienació des d'una mirada crítica amb el capitalisme i en relació a la psicologia. Aquest concepte explica tradicionalment la dissociació del treballador entre la percepció d'autoria d'allò produït i els bens finalment produïts. En l'àmbit de la salut mental aquesta alienació té a veure amb l'aïllament de la subjectivitat de les persones ateses en virtut de la objectivació de quadres simptomatològics interpretats pel psiquiatre posicionat en un rol de poder. Frazer-Corrol (2023) proposa una mirada de la salut mental en la que l'angoixa i el patiment es poden explicar com a conseqüència del model de treball modern de les societats neoliberals. De fet, planteja que els termes salut mental i bogeria són un producte d'aquest model socioeconòmic que serveix per a fragmentar els vincles entre individus, catalogar-los com a malalts mentals i justificar així la seva difícil adequació al treball productiu. Aquesta proposta coincideix amb la realitzada per Parker (2016) segons el qual la bogeria és una forma de resistència social ja que aquesta és una expressió de la subjectivitat que apareix com a dissidència si no es tenen en compte els factors contextuais de la persona. Per tant, tal com proposa la contrapsicologia, l'abordatge de la salut mental només és possible des de la resistència i el qüestionament del sistema neoliberal.

S'ha presentat un tapís de conceptes i aportacions clau que justifiquen l'adopció d'una perspectiva d'intervenció que incorpori el context de la persona destinatària en l'anàlisi del cas i se l'interpreti de manera polièdrica superant la categoria reduccionista "pacient". Això implica adoptar una mirada interseccional, ja que el paradigma crític emplaça a analitzar l'eix poder en la comprensió d'un cas. La mirada interseccional proposa analitzar la persona en el seu context de poders. Un cop identificades les relacions de poder i fragilitat, desenvolupar una intervenció que no reproduïxi les situacions d'opressió que pateix la persona a qui es destina la intervenció.

Per tant, tenir una mirada contrapsicològica implica adoptar una mirada estructural de la situació que s'atén. Implica també tenir en consideració la persona en el seu teixit social i adaptar la intervenció a la voluntarietat i al respecte a la dignitat i els drets humans. En conseqüència, vol dir transformar tota la intervenció per reconstruir-la posant la persona i la seva subjectivitat al centre tot estructurant la intervenció des d'una òptica que faciliti a la persona trobar un nou lloc des del que enfrontar-se als patiments psicològics i esforçant-se per transformar les causes d'aquests.

5.6 Aportació a la societat i a l'ètica professional

El marc ètic per aquesta investigació es basa en els següents principis:

El respecte a la dignitat, els drets i els interessos de les persones participants, especialment dels infants i adolescents amb problemes de salut mental, que són un col·lectiu vulnerable i estigmatitzat. Això implica informar-los adequadament sobre els objectius, els mètodes, els riscos i els beneficis de la investigació, obtenir el seu consentiment informat i lliure, garantir la seva confidencialitat i privacitat, i protegir les seves dades personals i clíniques. De la mateixa manera la participació dels

professionals en aquesta investigació serà de manera informada amb coneixement dels objectius d'aquesta.

La responsabilitat, la integritat i la qualitat de la investigació, que exigeix seguir els estàndards científics i ètics en el disseny, la realització, l'anàlisi i la difusió dels resultats de la investigació, evitant la mala conducta científica (com el plagi, la falsificació o la manipulació de dades), i reconeixent les fonts i les contribucions d'altres autors i col·laboradors.

La sensibilitat social i la transformació crítica de la realitat, que implica tenir en compte les causes estructurals i els factors socials que influeixen en la salut mental, i buscar i proposar alternatives professionals que promoguin la inclusió, la participació i l'emancipació de les persones i les comunitats afectades per la malaltia mental. Això suposa adoptar una perspectiva contrapsicològica que qüestionï les pràctiques psicologitzants i normalitzadores, i que proposi una visió més complexa, diversa i respectuosa de la salut mental.

En l'àmbit de la intervenció educativa hi ha una significativa bretxa entre el corpus teòric i les tècniques d'intervenció (Álvarez-Álvarez, 2015). Aquesta creixent distància provoca que sovint es duguin a terme metodologies que no són permeables a les realitats sobre les que s'intervé.

Això fa imprescindible espais de reflexió crítica sobre els serveis psicopedagògics de la nostra societat per que l'àmbit professional pugui desenvolupar noves estratègies i sobretot noves estructures d'intervenció adaptades a la realitat social en vertiginós canvi.

Aquest estudi pretén analitzar críticament els aspectes simbòlics de la intervenció al CSMIJ de Calella. Aquest estudi representa una oportunitat de repensar què entenem per salut mental alhora que es reflexiona sobre què esperem d'un servei públic a l'abast de la població.

La contrapsicologia ofereix un marc teòric crític amb la perspectiva mèdica que entén la salut com a absència de malaltia i estableix relacions de poder i opressió entre pacient i professional. Aquestes relacions limiten la capacitat d'agència dels pacients i per tant també posa en qüestió aspectes bàsics com els drets humans, la dignitat humana i el desenvolupament democràtic de la societat.

Aquesta investigació és un anàlisi de la intervenció que vol oferir eines per a analitzar la concepció social que tenim de la salut mental i quins són els objectius de fons que volem assolir.

En un moment en que el tracte al pacient mental ja no es tan deshumanitzador com fa unes dècades, aquest exercici segueix sent necessari per tal de garantir que la intervenció no promou exclusió social i estigmatització.

Analitzar si els serveis d'atenció a la salut mental públics promocionen aquestes transformacions és útil per a valorar l'adequació i conseqüències de diferents models d'abordatge de la salut mental.

Per tant, la principal aportació d'aquesta investigació és oferir eines als professionals per a repensar la pròpia intervenció prenent el drets humans com a referència i la crítica a un sistema que genera estructuralment patiments psicosocials com ho és el neoliberalisme. Havent identificat la bretxa entre praxis i teoria com una problemàtica que posa en risc la qualitat de la intervenció, cal reivindicar la importància d'emprar estratègies d'anàlisi que permetin contrastar l'univers simbòlic amb el pràctic en qualsevol espai psicoeducatiu professional. Aquesta investigació és un exemple d'aquest esforç.

6. Metodologia

6.1 Enfocament metodològic

Aquesta investigació pretén oferir una estratègia d'anàlisi crítica de la intervenció psicopedagògica en l'àmbit sociocomunitari. Aquesta eina ha estat aplicada per reflexionar sobre la tasca psicopedagògica en el CSMIJ de Calella. Per aquest motiu en aquest apartat es descriuen les eines i estratègies a seguir per tal de poder avaluar si les pràctiques psicopedagògiques mantenen una mirada medicalitzada.

Cal apuntar que aquest anàlisi està fet prenent com a premissa els preceptes de la contrapsicologia. Per això i donades les preguntes que orienten la recerca així com els objectius definits aquest exercici d'anàlisi crític té una forta vessant interpretativa. Això comporta integrar la subjectivitat en l'anàlisi. Per tant, per abordar la mirada que projecta l'equip professional en la intervenció al CSMIJ es farà ús d'una metodologia qualitativa (Rodríguez-Gómez, 2018).

Atès que la contrapsicologia ofereix una perspectiva d'anàlisi que qüestiona la mateixa conceptualització de la salut mental i el servei que aquesta fa com a dic de contenció del neoliberalisme, és important utilitzar una metodologia que faciliti interrogar-se per la funció disciplinària desplegada per la pròpia estructura social i pels criteris d'autopreservació. És a dir, permet analitzar com opera el poder-saber com a font de legitimació de l'autoritat dels professionals de la salut. Com ja s'ha esmentat la perspectiva qualitativa, que no cerca representativitat ni generalització sinó més aviat una comprensió de les subjectivitats és la més idònia per a una recerca d'aquest tipus (Sanjuán, 2017)

Per aquests motius en aquesta investigació s'ha optat per un model no experimental. García Cherep, (2012, p. 1) fa una crítica al positivisme segons la qual es caracteritza

“per la seva confiança en la ciència com a única font de coneixement vàlid, per la seva recerca de lleis universals que expliquin els fenòmens naturals i socials, i per la seva negació de la importància de la història, la cultura, la política i els valors en la construcció del coneixement”

Per la necessitat d'abordar la subjectivitat i la percepció dels i les professionals que treballen al CSMIJ de Calella, s'ha plantejat la investigació des d'una perspectiva naturalista que considera que els fenòmens socials són d'una naturalesa radicalment diferents dels fenòmens físics. No obstant, aquesta metodologia no està lliure de crítiques. Perquè per bé que el naturalisme abordi la realitat de les persones com a

producte del seu context, si que les entén com quelcom d'analitzable i mesurable. I resulta que

“La investigación educativa, al igual que otras ciencias sociales, no puede pretender ser neutral, objetiva y libre de valores, sino que debe reconocer su compromiso con la realidad social e histórica en la que se desarrolla, y con los intereses y necesidades de los sujetos implicados en el proceso educativo” (García Cherep, 2012, p. 9).

I precisament per prendre com a punt de referència conceptual la contrapsicologia el posicionament i l'anàlisi crític i polític de les relacions que es donen en el camp de la salut mental és un element clau per a poder analitzar el grau de medicalització de la intervenció psicopedagògica.

Per a donar una explicació dels fenòmens observats que reconegui la subjectivitat inherent en tot procés educatiu alhora que reconegui que la relació educativa està ubicada en un context social, històric i cultural determinats s'aborda com a metodologia l'antinaturalisme. Aquest és una postura filosòfica i metodològica que critica i modifica el naturalisme, i que proposa una visió més amplia i complexa de la realitat (Montoya et al., 2007). L'antinaturalisme sosté que la realitat té dimensions sensorials, materials, mentals i espirituals, i que la investigació ha de tenir en compte la interacció, la comunicació, la participació i la transformació entre els diferents agents i elements que intervenen en el procés de coneixement. L'antinaturalisme defensa que el coneixement científic no és l'únic ni el millor, sinó que hi ha altres formes de coneixement vàlides i verificables, i que la ciència no és neutral, lliure de valors ni independent, sinó que està compromesa amb la realitat social i històrica. Es basa en el principi de comprensió, que estableix que els fenòmens no tenen una causa i un efecte fixats, sinó que depenen del sentit i del context, i que es poden explicar mitjançant interpretacions i narratives. L'antinaturalisme es pot dividir en diverses corrents, com l'hermenèutica, la fenomenologia, el constructivisme, el relativisme, el postmodernisme, etc.

Per les característiques d'aquesta investigació s'aposta per una metodologia fenomenològico-hermenèutica. Segons Ayala (2008) aquesta metodologia és un enfocament d'investigació educativa que es basa en la descripció i la interpretació de les estructures essencials de l'experiència viscuda, així com en el reconeixement del significat i la importància pedagògica d'aquesta experiència. Segons aquesta mirada es reconeix que la realitat és subjectiva i simbòlica, i que es pot conèixer mitjançant la intuïció, la reflexió i el sentit. Aquesta metodologia té com a objectiu estudiar les dimensions ètiques, relacionals i polítiques de l'experiència pedagògica quotidiana que poden ser difícil d'accedir.

No obstant, més enllà de la metodologia emprada per a l'elaboració de la investigació cal tenir en compte les pròpies limitacions. Tota investigació qualitativa s'ha d'enfrontar a algunes dificultats inherents al seu format. Les principals limitacions que podrien interferir en aquesta investigació tenen a veure amb el biaix de l'investigador en funció de les pròpies creences i expectatives (modulació dels resultats i les respostes, en la selecció dels subjectes que participen de la investigació o en el disseny de les eines). També pot haver-hi dificultats per analitzar i sintetitzar la gran quantitat i varietat de

dades qualitatives, que poden requerir de més temps, recursos i habilitats (Astete Barrenechea, 2016)

Així doncs, amb aquestes consideracions relacionades amb la mirada amb que s'aborda la investigació es planteja un mètode etnogràfic que es caracteritza pels següents factors (Angrosino a Guerrero Muñoz, 2014):

- És un mètode d'investigació situat en l'espai on operen les persones.
- L'investigador observa i participa.
- S'utilitzen diverses mètodes d'anàlisi.
- Les dades recollides serveixen per a contrastar hipòtesis.
- Els resultats poden ser contrastats i valorats per les persones implicades.
- Pretén donar una mirada holística i integral del fenomen estudiat.

Indicar també que donat que l'investigador es troba immers en el servei analitzat durant el seu període de pràctiques curriculars, es considera que la vivència particular pot ser també una font d'informació rellevant per a la investigació. Per aquest motiu, aquesta investigació té també una dimensió autoetnogràfica. L'autoetnografia és un mètode d'investigació social que es caracteritza per enllaçar l'experiència personal de l'etnògraf, amb conceptes socials, polítics i culturals. Té un alt grau de subjectivitat que és introduït a l'estudi, i té com a objectiu comprendre i interpretar el sentit i el significat de l'experiència viscuda, així com el context i la intenció dels seus actors (Blanco, 2012). Abordar aquesta dimensió és rellevant també per situar el potencial biaix interpretatiu que això pugui generar.

D'altra banda i fent referència a la vessant hermenèutica pren especial importància un anàlisi simbòlic dels textos i les paraules que utilitzen els i les professionals ja que permet comprendre i interpretar el sentit i el significat dels discursos i les pràctiques educatives, així com el context i la intenció dels seus autors i actors. Així es pot generar un coneixement profund i holístic dels fenòmens educatius, que no es limiti a una descripció superficial o a una explicació causal. L'anàlisi hermenèutic de textos i expressions també té com a finalitat contribuir a la reflexió, la transformació i la millora de la realitat educativa, a partir del diàleg, la participació i la crítica (Ríos Saavedra, 2018).

6.2 Instruments i recollida de dades

Per tal d'abordar la vessant hermenèutica d'aquesta investigació s'ha realitzat un anàlisi documental i del vocabulari de treball de l'equip professional. Aquest vocabulari serà interpretat per valorar si s'està donant un tractament medicalitzat a la relació amb els infants que visiten el servei.

En l'anterior apartat s'ha mencionat l'adequació d'emprar eines etnogràfiques per descriure la perspectiva des de la que s'aborda la intervenció psicopedagògica al CSMIJ de Calella.

En aquesta dimensió s'han dut a terme les següents eines de recollida d'informació:

Observació no participant: Aquesta tècnica s'ha fet servir per observar les interaccions entre els professionals de la salut mental i infants i adolescents, així com l'ús de l'espai

en el context de la prestació de serveis de salut mental i d'avaluació de capacitats cognitives. Les observacions no participants permeten recollir dades en el context natural sense la participació activa de l'investigador (Rodríguez-Gómez, 2018) són tècniques que consisteixen en presenciar i registrar els comportaments, les accions, les interaccions i les situacions dels participants, sense intervenir ni modificar-los. Les observacions directes busquen descriure i interpretar els fenòmens tal com es manifesten en el seu entorn natural, així com captar els aspectes no verbals i no explícits de l'experiència (Ayala Carabajo, 2008)

Les entrevistes individuals: són converses dirigides, en les quals es formulen preguntes obertes i flexibles sobre el tema d'interès. Les entrevistes busquen explorar i comprendre les vivències, les percepcions, les opinions, els sentiments i els valors dels participants, així com el context i les circumstàncies en què es produeixen. Les entrevistes han estat enregistrades en àudio i transcrites (Fuster Guillen, 2019). A nivell de format aquestes entrevistes han estat semiestructurades a experts i es caracteritzen per tenir una guia d'entrevista que conté preguntes obertes i flexibles, que permeten explorar i aprofundir en els aspectes clau del tema o del problema. No obstant això, també permeten una certa llibertat i adaptació a les respostes i les situacions que es presenten durant l'entrevista (Flick, 2012)

Anàlisi de l'espai físic. L'entorn físic en que interactuen les persones té un gran impacte en la forma en que les persones es realcionen i en el seu benestar. Especialment en el cas de les persones amb patiments psicoemocionals (Houlden et al., 2019). L'espai físic és un element clau per a la comprensió dels processos educatius, ja que reflecteix i condiona les relacions, les identitats i les cultures que es desenvolupen en els contextos d'aprenentatge. Per això s'ha realitzat una descripció de l'espai on es realitza principalment la tasca psicopedagògica i del vestíbul de l'edifici on s'ubica el servei.

6.3 Perfil de les persones participants en la investigació

En tant que aquesta investigació vol avaluar si les pràctiques psicopedagògiques que es donen al CSMIJ contribueixen a l'etiquetament d'infants sota categories de salut mental i si es donen o no respostes als patiments i angoixes que aquests experimenten la investigació es dirigirà eminentment a la tasca professional que duu a terme l'equip. Per motius ètics, de privacitat i d'impossibilitat formal d'accés no s'ha interpellat directament els infants que accedeixen a la consulta de psicopedagogia.

No obstant, la observació no participant sí que es farà mentre es realitza una sessió de valoració de capacitats cognitives de la psicopedagoga. Sempre amb acord explícit de l'infant i la família.

La resta de participants han estat presos per un mostreig no probabilístic i amb accés per comoditat. Per fer viable la investigació s'ha entrevistat un professional de cada un dels perfils que hi ha: Psicopedagoga, psicòleg, treballadora social, educadora social.

6.4 Temporalització

A continuació es presenta un diagrama de Gantt que estructura en el temps les actuacions de recollida de dades que s'han dut a terme durant aquesta investigació.

Tasca	Agents implicats	Desembre 2023																					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1. Anàlisi documental		■	■	■	■																		
2. Entrevistes semiestructurades	General					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
	Psicopedagoga					■																	
	Psicòleg					■					■												
	Treballadora Social											■											
	Educadora Social																				■		
3. Observació no participant	Psicopedagoga											■											
4. Anàlisi espai físic																	■	■	■	■			
5. Anàlisi de dades																		■	■	■	■	■	■
6. Redacció conclusions																					■	■	■

7. Anàlisi de les dades

Les dades recollides en aquesta investigació venen de 3 fonts diferenciades.

D'una banda, hi ha les dades recollides en les quatre entrevistes semiestructurades realitzades a les treballadores de l'àmbit psicoeducatiu del CSMIJ (Treballadora social, educadora social, psicopedagoga i psicòleg clínic). És a dir, s'han exclòs les professionals sanitàries i el coordinador del servei. Es pot trobar la transcripció completa de les entrevistes en l'apartat d'annexes.

També s'ha realitzat tres observacions no participants. Les observacions han estat diferenciades. La primera ha estat una descripció acurada de l'espai on es troba el CSMIJ. La segona ha consistit en la intervenció de la psicopedagoga del CSMIJ. Aquesta observació no ha estat plenament no participant ja que la psicopedagoga interactuava amb mi en alguns moments. No obstant, no hi ha hagut interacció significativa amb les persones ateses. La darrera observació ha estat en un context de reunió d'equip de professionals del CSMIJ. Es poden trobar les transcripcions de les observacions als annexes, així com fotografies realitzades a l'espai.

Per últim s'ha realitzat una revisió de documentació del CSMIJ i de la cooperativa. Els textos revisats el resum de la memòria anual del 2022 de CTM i els textos escrits per Guillem Homet que descriuen la visió de l'entitat en l'abordatge de la salut mental. Aquesta revisió ha anat orientada a detectar quina és la perspectiva que adopta la cooperativa en general i en específic el CSMIJ.

En aquest apartat es presenten els resultats obtinguts separats per cada eina de recollida d'informació. Com es pot esperar de les eines triades per a la investigació, s'opta per una estratègia d'anàlisi qualitativa, pel que el pes interpretatiu és significatiu. Per tant, es presenten els resultats trobats conjuntament amb la seva interpretació. No obstant, no s'entrellacen els resultats obtinguts fins l'apartat de discussió.

7.1 Entrevistes

Les entrevistes han estat codificades (tal com es pot veure als annexos) i els resultats extrets són els següents:

Totes les persones entrevistades (treballadora social, educadora social, psicopedagoga i psicòleg clínic) són molt conscients que les seves atribucions professionals es donen dins el marc d'un servei del Departament de Salut.

Per tant, hi ha diversos aspectes relacionats amb el paradigma clínic que formen part essencial de la seva feina. El diagnòstic és un element central en el seu desenvolupament professional. Això implica tant el procés avaluatiu com els efectes que tenen en la persona atesa les etiquetes diagnòstiques. En aquest sentit les funcions de la psicopedagoga i del psicòleg van més orientades a determinar si les persones que atenen pateixen, o no, un trastorn. La psicopedagoga no té la potestat de diagnosticar però les seves avaluacions de capacitats de les persones que atén són clau a l'hora de determinar si hi ha d'haver o no un diagnòstic. El psicòleg sí que té la capacitat de diagnòstic i avalua de manera col·legiada amb la psicopedagoga. No obstant, el psicòleg executa intervenció psicoeducativa mentre que la psicopedagoga, tot i que entén que és una atribució del seu rol professional, afirma que no arriba a realitzar-ne.

En canvi, l'educadora social i la treballadora social, que realitzen intervencions en l'àmbit social dels adolescents (elles dues no atenen infants), utilitzen el diagnòstic com a element informatiu del que succeeix amb els joves que atenen, però amplien la informació que disposen del cas amb les trobades que realitzen en l'entorn familiar del jove.

Malgrat usen terminologia i criteris propis de l'àmbit clínic, totes tenen un posicionament professional que els fa desitjable intervenir de manera més estructural amb infants i famílies, per bé que sovint no hi ha temps per a realitzar-ho. De fet, això encaixa amb la necessitat que han detectat totes de tenir més professionals. Totes elles són conscients de les limitacions de la seva tasca, però en general han desenvolupat mecanismes per sentir que estan contribuint a la salut mental sense perdre de vista la dimensió comunitària.

És cert que l'àmbit sociocomunitari proposa que les persones destinatàries d'una intervenció siguin protagonistes del seu procés. És a dir, coneixedores i participants voluntàries tant del diagnòstic com de la intervenció. Malgrat hi ha lleugeres diferències derivades dels diferents àmbits d'actuació, totes convenen en que les persones que atenen no són plenament protagonistes. De fet, totes coincideixen en què sovint els casos els són derivats i les persones s'hi visiten moltes vegades sense tenir clar per què van al CSMIJ. Val a dir, però, que la capacitat d'agència dels menors varien molt segons l'edat i, tal com afirma la psicopedagoga, molt sovint les famílies si que porten els infants al CSMIJ amb demandes clares de diagnòstic.

Pel que fa a les demandes, psicopedagoga i psicòleg coincideixen en que sovint reben processos de diagnòstic preorientats. Per tal que les escoles i instituts apliquin plans individualitzats requereixen de l'existència d'un diagnòstic. Per aquest motiu, sovint es visiten infants per als quals l'EAP fa una petició de diagnòstic. Ambdós es queixen que això limita la qualitat de la seva feina perquè se senten condicionats per exigències

externes. Ja que això pot afectar a les possibilitats que tenen les famílies d'obtenir ajudes i suports. La treballadora social és conscient de l'exigència de "passar pel tub" a moltes famílies. No obstant ella ho veu com una oportunitat per fer servir el sistema en favor de les persones ateses.

En aquesta línia hi ha un cert consens sobre la relació entre diferents serveis d'atenció. Les professionals tenen la convicció que sovint es fa entrar els pacients en un circuit en el quals els serveis es fan servir mútuament per descarregar-se de feina o de complexitat, fet que no posa al centre del procés les persones ateses. De fet, el psicòleg clínic diu que el sistema d'atenció no es centra en rebre les persones sinó que se centra en expulsar-les. És a dir, els serveis anirien a la cerca d'on enviar els casos que no són de fàcil abordatge. I aquí, la treballadora social opina que cal trobar maneres de treballar de manera més coordinada amb altres serveis.

En relació a la medicació, element central dels tractaments en l'espectre biològic, totes les professionals coincideixen en què és útil. Alhora, cap d'elles considera que la medicació sigui una solució a les problemàtiques ateses. Més aviat ho entenen com una eina que serveix per a facilitar la convivència en l'àmbit familiar i escolar. Tot i així totes presenten un cert rebuig a creure que una pauta de medicació pot servir per resoldre cap problemàtica de les que es troben. De fet, totes menys el psicòleg afirmen que elles no són qui per qüestionar-ho i que és cosa de psiquiatria. Això pot indicar una certa jerarquització dels sabers en què el criteri de les professions purament mèdiques tenen un rang de prestigi i poder de decisió elevat al CSMIJ.

Pel que fa a la conceptualització de les persones ateses, totes les professionals hi fan referència amb el terme "pacients". Tot i que aquest ús és hegemònic en la conversa interprofessional, només el psicòleg reivindica aquest terme com a plenament vàlid. La resta l'utilitzen amb reserves i no acostumen a fer-ho per dirigir-se directament a les persones ateses. Això pot ser indicador d'una certa incomoditat en inscriure's plenament en un paradigma clínic. De fet, en aquest sentit es percep una distinció significativa de la concepció de la seva funció entre la treballadora i educadora social amb la psicopedagoga i el psicòleg.

Aquesta distinció no es percep només en la nomenclatura emprada sinó també en les estratègies d'intervenció emprades. Mentre que l'equip social té espai per a sortir i entrar a conèixer la realitat social i familiar dels joves, la part clínic de l'equip se centra molt més en l'avaluació i el diagnòstic. No obstant, aquesta distinció no respon a un tema de perspectiva professional sinó dels límits estructurals dels seus encàrrecs professionals: Ni el psicòleg ni la psicopedagoga disposen de l'oportunitat d'abordar la intervenció des de fora dels despatxos.

I pel que fa a l'espai, totes les entrevistades coincideixen en que l'espai no és adequat per atendre infants. Els espais d'atenció, distribuïts com oficines, no serien prou amistosos amb aquest col·lectiu. Aquesta realitat contribueix a desenvolupar unes dinàmiques relacionals en que el professional s'erigeix com a autoritat i té respostes a les necessitats de les famílies. Això s'argumenta per les inquietuds de les famílies descrites per la psicopedagoga i la treballadora social quan es troben amb dificultats d'aprenentatge o trastorns per part de llurs fills i filles.

Totes les entrevistades coincideixen en què la dimensió comunitària de la Salut Mental queda molt limitada per qüestions estructurals. D'una banda la descompensació entre la gran quantitat de derivacions i els escassos recursos humans. De l'altra, el fet de trobar-se orgànicament dins d'un servei del Departament de Salut i les expectatives d'altres serveis que necessiten diagnòstics com a tràmits burocràtics que possibilitin el desplegament de mesures específiques per als infants i adolescents atesos. Aquesta realitat fa sentir molt limitades les possibilitats d'intervencions realment transformadores i emancipadores.

Tot i així, totes les professionals es mostren conscients de les limitacions dels seus llocs de feina i mantenen una mirada crítica que reconeix que moltes de les problemàtiques que atenen són fruit d'aspectes estructurals de la nostra societat. Expliquen que si no hi ha un replantejament profund tant del sistema escolar com del sistema de salut no es pot fer una intervenció veritablement comunitària. El psicòleg, per exemple, planteja que es prenen decisions a nivell de departament i d'empresa que delimiten allò que es pot fer i allò que no a les consultes, oferint un escenari d'intervenció molt limitat. Per aquestes conviccions s'afirma que les professionals entrevistades tenen mirades que podrien encaixar dins d'una perspectiva contrapsicològica (tant pel que fa a l'anàlisi com a les creences en relació a la intervenció) però que la seva intervenció es veu limitada per qüestions estructurals.

7.2 Revisió documents de l'entitat

Els documents revisats són:

- Memòria resumida de l'exercici 2022 de la Comunitat Terapèutica del Maresme (CTM). De rellevància per a la present investigació dins de la memòria hi ha el resum quantitatiu del nombre de persones ateses i el text introductor anomenat "Fer una Història Comuna". El text ve signat pel Doctor Guillem Homet, director mèdic de l'entitat.
- Textos publicats al web de la cooperativa CTM. Aquests són textos que promouen la reflexió crítica sobre la caracterització de la malaltia alhora que les seves causes, conseqüències i estratègies d'intervenció. Tots els textos que es llisten a continuació són escrits per Homet⁴:
 - o "Anotacions sobre salut mental comunitària"
 - o "Casa ètica i estètica"
 - o "Exclusió social"
 - o "La teoria i la pràctica"
 - o "Salut mental comunitària"

Primerament, i a mode quantitatiu la memòria presenta la següent graella comparativa amb dades de 2021 i 2022:

	2021	2022
Primeres visites	727	791
Visites successives	14.121	14.403
Històries obertes	1.411	1.325
PROGRAMA SALUT I ESCOLA		
Primeres visites	15	17

⁴ <https://www.salutmental.cat/textes.html>

Visites Successives	326	387
PACIENTS CRÒNICS COMPLEXES (PCC)		
Pacients registrats	230	263

Taula 1. Distribució de pacients CSMIJ. Font: Memòria CTM

El destacable d'aquesta taula no fa referència a les quantitats que apareixen sinó a la nomenclatura. La paraula "Pacient" ens remet directament a una perspectiva d'intervenció clínica. Les paraules "visita," "història" i "crònics" són també paraules vinculades a la intervenció mèdica. És a dir, l'ús d'unes o altres paraules il·lustra la perspectiva des de la qual s'observa la salut mental i el benestar. D'aquest vocabulari es podria inferir una certa cultura d'intervenció medicalitzada.

No obstant, en la descripció del CSMIJ de les memòries diu que la seva funció és l'"Abordatge de les diferents expressions del patiment mental: tractaments, promoció de la salut mental i prevenció del trastorn mental" (CTM, 2023). Aquesta frase revela una perspectiva més àmplia que reconeix que els patiments mentals són diversos i que abordar-los no implica la lògica d'erradicar-los. No estarien patologitzats.

La resta de texts analitzats aborden, en diferents ordres de concreció, com s'entén el fenomen de la salut mental des de la cooperativa. No parlen directament del CSMIJ sinó de la filosofia d'intervenció de la cooperativa. Aquestes són les idees més rellevants:

Intervenir en salut mental implica treballar de cara a la Salut Pública. Per tant, tota atenció sanitària es refereix als drets humans i a la ciutadania. En aquest sentit, cap pràctica pot contribuir a minvar l'autonomia i els drets de les persones ateses. Per tant, la mirada comunitària és essencial.

La salut mental comunitària és una construcció conceptual i respon a diferents causes biopsicosocials. Es tracta d'una perspectiva que entén el patiment com quelcom multifactorial i que, per tant, no hi pot haver una correcció biològica que resolgui el problema (per bé que podria mitigar el patiment). Es posa al centre la persona i no la malaltia, a diferència del que succeeix, segons Homet (2021), en els models clínics que aposten per l'erradicació de la malaltia i veuen allò sociocultural com a col·lateral, contingent. En canvi a CTM proposen un model en que la intervenció pretén l'increment de benestar de les persones. Per tant, la contextualització (arrelament en diversos sistemes socials) de l'individu és central en la comprensió dels patiments mentals. I per tant esdevé també dimensió d'intervenció.

El professional ha de reconèixer el lloc en què un diagnòstic en salut mental posiciona a una persona. I és que els trastorns de salut mental representen el desplegament d'estigmes socials que ubiquen la persona en una minoria i per tant també d'exclusió. Sovint es categoritza la persona amb trastorns mentals amb tot un seguit de propietats que poden no tenir a veure amb la situació particular en que es troba la persona. També per això el context de la persona és tan important de tenir en compte a l'hora d'avaluar l'estat de salut mental d'algú.

Si tenir en compte el context de la persona atesa és rellevant, també ho serà l'establiment de vincles amb les persones ateses. El vincle és una eina rellevant ja que la persona es construeix en relació a la resta. I és a través del vincle que ha de poder ubicar i anomenar el seu patiment. És en diàleg amb altres on podrà expressar, entendre i enfrontar els seus patiments.

Necessitat de revisió i construcció permanent per part dels professionals. Donada la liquiditat del món neoliberal i la velocitat dels canvis socioculturals, conjugada amb la certesa que la salut mental no s'exhaureix en processos biològics, cal que les professionals es formin contínuament per poder abordar les noves realitats de manera crítica i comprensiva. També per la creixent desconexió entre coneixement i praxis, fent que la pràctica professional continuada acabi generant tecnologies d'intervenció cegues i poc sensibles a la realitat canviant.

La cooperativa aposta per 4 àmbits d'actuació centrals. Són la promoció de la salut, prevenció del trastorn mental, tractaments i rehabilitació psicosocial. Aquests àmbits donen espai per una intervenció que superi la mirada més medicalitzada.

L'abordatge dels patiments mentals ha de tenir en compte la subjectivitat i la recuperació de les persones ateses. Tenint en compte que cada persona és única en la seva forma d'entendre i relacionar-se amb el món cal una intervenció personalitzada conscient de la subjectivitat de l'individu. Es tracta de realitats complexes que no es poden abordar sense la participació proactiva de l'altre. Per aquest motiu la recuperació fa referència a recuperar l'agència, a que la persona atesa no esdevingui un individu pacient i despulat de qualsevol criteri. És a dir, ha de tenir poder de decisió i opinió sobre el seu propi procés terapèutic.

De fet, Homet (2020) reivindica per a CTM les aportacions de l'antipsiquiatria (precursora de la contra psicologia en la intervenció). Ho fa remetent-se a les aportacions al camp professionals de Tosquelles, psiquiatre que va lluitar per guarir les institucions tot transformant-les en espais democràtics coconstruïts amb els pacients; Bassaglia, que proposa el desmantellament dels hospitals psiquiàtrics ja que els veu com a discriminadors i cronificants tot entenent que la llibertat és terapèutica; i Cooper, pare de l'antipsiquiatria, que interpreta les psicosis com a camí cap al coneixement de la persona. La tria d'aquests referents comporta l'assumpció d'un posicionament crític que es desmarca del model clínic. Segons aquest posicionament el professional ja no és qui sap el que el pacient necessita sinó un acompanyant en la complexitat dels patiments.

Un treball que atengui tantes dimensions de complexitat només es pot dur a terme treballant de manera transversal i en xarxa on totes les professionals poden participar sense jerarquitzar coneixements i rols professionals. Per tant, cal una mirada polièdrica que entengui que la interpretació permet anar més enllà que la descripció en la comprensió de fenòmens complexos. I és important utilitzar aquesta mirada per construir noves maneres de fer praxis que entenguin la persona com un tot.

De la lectura de la documentació es desprèn un doble llenguatge emprat per la cooperativa. D'una banda hi ha una mirada cap a la salut mental crítica i comunitària que abraça els postulats clau de la perspectiva contrapsicològica. És a dir, CTM planteja una intervenció en salut mental que aborda els patiments mentals tot reconeixent la complexitat de les forces i sistemes que operen opressions sobre l'individu tot generant patiments mentals. A més, es reconeix l'individu com a subjecte de dret al qual se li ha de reconèixer l'agència i preservar la dignitat.

No obstant, aquest enfoc contrasta amb el llenguatge utilitzat en la vessant quantitativa de les memòries, que ressona molt més amb un paradigma de la salut mental medicalitzat. Aquest contrast, tot i que no necessàriament dicotòmic, pot representar l'existència d'un llenguatge simbòlic, militant, que conviu amb un llenguatge mèdic que

s'adapta a les exigències estructurals i hegemòniques de la salut mental i del Departament de Salut. És a dir la revisió documental suggereix l'existència d'aquest doble nivell lingüístic que respondria al desencaix entre ideal d'intervenció i realitat administrativa i burocràtica dels mecanismes públics d'atenció a la salut mental.

7.3 Observacions no participants

A continuació es presenten els resultats obtinguts a partir de les observacions realitzades.

L'espai del CSMIJ és un espai que s'allunya de l'estètica habitual dels centres de salut. Tant la seva distribució com l'estil decoratiu remetent a un espai professional força asèptic. Si que destaquen alguns elements decoratius que remetent a una mirada estereotipada de l'abordatge de la salut mental. N'és un exemple el divan⁵ que hi ha l'aparador. Les sales de consulta, distribuïdes com a oficines no són espais amigables per a infants o adolescents. Totes les oficines observades marquen una clara separació entre l'espai del professional i el del pacient utilitzant una taula com a frontera. Aquesta disposició facilita una mirada de l'atenció al CSMIJ en la qual el professional s'erigeix en un rol de saber poder que no encoratja l'agència de les persones ateses. És a dir, són espais preparats per a que els professionals treballin còmodes però no hi ha cap estratègia arquitectònica, decorativa o de mobiliari que aspiri a fer que l'espai doni la benvinguda als pacients. Per tant, l'espai contribueix a una projecció de rols professional-pacient en la qual el segon és un subjecte passiu, pacient, alienat del control sobre el seu procés terapèutic.

En contrast amb aquesta idea hi ha les algunes referències a psiquiatres militants de l'antipsiquiatria que es pot veure a les fotografies. No obstant, aquestes fotografies – homenatge⁶ no donen cap informació biogràfica que permeti que el públic general associï aquestes personalitats a un enfoc humanista de la salut mental. Es pot apuntar la idea que aquests referents de la intervenció psiquiàtrica són més un recordatori per a professionals que per a persones usuàries del servei.

Per tant, tot i que són evidents els esforços per a generar un espai allunyat de l'estètica tradicional hospitalària, no acaba d'aconseguir erigir-se com un espai càlid i de benvinguda que trenqui estèticament amb les jerarquies de poder metge-pacient. Especialment tenint en compte que el públic objectiu del CSMIJ són menors d'edat.

L'observació de la tasca de la psicopedagoga revela certs aspectes interessants:

La principal tasca de la psicopedagoga consisteix en l'avaluació de les capacitats cognitives d'infants. Això es tradueix, tal com s'ha observat, majoritàriament en una entrevista inicial, realització de tests i la posterior devolució a les famílies dels resultats.

En la entrevista amb les famílies la psicopedagoga es dirigeix principalment a les famílies, deixant per un altre moment les explicacions als infants. Això comporta que en diversos moments del procés els infants i adolescents són presents en converses sobre ells i elles però que no s'hi dirigeixen directament. A la pràctica, això representa una actitud que limita la capacitat dels infants a ser conscients dels motius del procés, dels

⁵ Veure fotografia 2 als annexes

⁶ Veure fotografies 4,5,6 i 7 als annexos.

resultats possibles i de la possibilitat de prendre decisions. Per bé que és cert que hi ha pacients de diversos rangs d'edat i per tant el marge de comprensió i decisió sobre el procés varia. En les converses amb adults, la psicopedagoga mostra un elevat grau de confiança en la vessant quantitativa de l'anàlisi, i ho fa amb pretensió d'objectivitat i pulcritud en els resultats. Aquesta pretensió d'objectivitat limita la capacitat d'un abordatge de la subjectivitat dels infants en les problemàtiques que presenten.

Durant la realització dels tests la professional presenta als infants els exercicis que han de realitzar. Mentre els infants fan els encàrrecs de la psicopedagoga, ella es dedica a controlar el temps i a prendre notes. La psicopedagoga valora la informació qualitativa que pot recollir del comportament dels infants. De fet, es mostra crítica amb els tests, ja que considera que cal que sempre siguin interpretats a la llum de la resta d'informació recollida durant les sessions. Ara bé la recollida d'aquesta informació es basa en la observació i en el diàleg amb l'infant. Aquest diàleg s'estructura principalment a partir de preguntes tancades que no faciliten la llibertat en l'expressió de les seves dificultats per part dels pacients. A més, la professional si que explica el motiu dels tests però no dona gaire més informació que ajudi als infants a tranquil·litzar-se quan s'estan sentint avaluats. En l'anàlisi final de capacitats es cenyeix a interpretar els barems quantitatius de cada test. Per tant, per bé que la professional es conscient de la importància d'abordar la subjectivitat dels infants, la càrrega de feina i les limitacions del seu encàrrec professional fa que no acabi de generar espais que permetin una comprensió hol·lística de la situació dels infants.

Tot i així, s'ha observat com la psicopedagoga és reticent a facilitar diagnòstics massa burocràtics. És a dir, sempre promou un tipus de reflexió en la que el diagnòstic no ha de ser un element descriptiu del trastorn d'un infant sinó una eina que ha de servir per que la família disposi dels suports necessaris per facilitar el procés d'escolarització de la persona atesa.

Això conjuntament amb la conversa entre una psicòloga i la psicopedagoga en relació a si cal diagnosticar un cas, demostra que hi ha una mirada crítica que té en compte el desenvolupament integral de la persona com a objectiu últim.

A més, en les sessions de devolució amb les famílies es mostra comprensiva amb la incertesa de les famílies i procura donar explicacions que facilitin que la família entengui el resultat no com una malaltia que cal erradicar sinó com una condició amb que el nen o nena ha de conviure i davant la qual cal desplegar estratègies de suport.

De la observació de la reunió d'equip es destaca la conversa sobre l'assoliment dels objectius de medicació⁷. D'una banda es fa palesa la limitació del servei (i de l'entitat que el gestiona) de prendre certes decisions terapèutiques. Un contracte amb el Departament de Salut obliga el servei a complir amb uns estàndards establerts. Per tant, la llibertat d'actuació queda, en molts aspectes, molt limitada. Aquest fet observat és un exemple significatiu per tractar-se de quelcom tan central en el paradigma clínic com és la medicació, però serveix per donar compte de les limitacions estructurals i administratives de l'equip.

⁷ Veure observació participant en una reunió d'equip als annexos.

No obstant, és important recalcar la reacció de l'equip. Totes les professionals mostren el rebuig al que entenen és una interferència externa i que no encaixa amb el model d'intervenció que els agradaria tenir. Això no implica necessàriament que adoptin una mirada contrapsicològica, però sí que tenen l'actitud de qüestionar-se les incoherències pròpies de l'estructura del seu entorn laboral.

8. Conclusions

Aquesta investigació ha volgut analitzar des d'una perspectiva contrapsicològica la intervenció realitzada en el CSMIJ de Calella.

El CSMIJ és un servei de Salut Mental del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. La contrapsicologia proposa una perspectiva de comprensió dels patiments biopsicoemocionals i de les intervencions que incorpora en l'anàlisi una mirada profunda al context i les estructures de poder i opressió que intervenen en l'individu. Això es fa amb l'objectiu de transformar les condicions de vida de les persones per tal que puguin enfrontar el seu quotidià amb estratègies d'abordatge dels patiments.

Les professionals de l'àmbit psicoeducatiu del CSMIJ presenten una actitud crítica cap a la intervenció que realitzen. Són clarament conscients d'aspectes estructurals dels patiments biopsicoemocionals dels infants que atenen. Es fa referència a les estructures familiars, socioeconòmiques i fins i tot escolars dels infants.

No obstant, les pràctiques professionals no poden assumir tot el seu potencial emancipador per les limitacions sistèmiques del servei.. Apuntar també, la aparent jerarquització que es podria estar donant entre diferents perfils professionals. Les entrevistes realitzades mostren una preeminència del rol de psiquiatria. Aquest desequilibri professional dificulta implementar una mirada veritablement transversal en què allò mèdic es mantingui en el seu espai i no esdevingui el paradigma d'anàlisi de totes les dimensions d'intervenció.

D'una banda, la cooperativa mostra, a nivell simbòlic, la voluntat d'integrar una perspectiva emancipadora de la salut mental, tal com es dedueix dels textos produïts, de l'adequació de l'espai i de l'espai de llibertat en l'actuació que ofereix als treballadors així com la formació. És a dir, hi ha una certa coherència entre les polítiques internes i una mirada crítica de la salut mental.

Ara bé, aquesta cooperativa és una entitat privada que té una relació contractual amb el Departament de Salut i per tant està limitada d'una banda als requisits formals de la cessió del servei i de l'altra a aspectes de finançament. Malgrat és una cooperativa, no deixa de ser una entitat privada concessionària del servei i per tant té moltes limitacions estructurals. Un exemple d'això, és que dels 4 àmbits d'actuació en l'àmbit de la salut mental que prescriu el director mèdic de la Comunitat Terapèutica del Maresme (promoció de la salut, prevenció del trastorn mental, tractaments i rehabilitació psicosocial) gairebé només es pot dur a terme el diagnòstic i el tractament.

Per tant, més enllà de les ambicions simbòliques a efectes pràctics ens trobem una realitat diferent. Hi ha espais que generen relacions desiguals amb els pacients. S'assumeix un gran nombre de derivacions que impossibiliten la intervenció amb les

persones ateses amb la freqüència que els professionals consideren adequada per establir un vincle terapèutic tal com es planteja des de la contrapsicologia. Un altre efecte d'aquest volum de feina és que no es pot realitzar un seguiment adequat ni dur a terme les funcions de prevenció i promoció que el Departament de Salut atribueix al CSMIJ. També n'és exemple l'establiment d'objectius en termes de medicació per part del Departament. En haver una conseqüència econòmica tan significativa si no s'arriba a l'objectiu de medicació, l'entitat, tendeix a traspasar aquestes pressions institucionals als seus treballadors tot interferint en el lliure (i crític) exercici de la seva tasca. Tot i així, en aquest punt el posicionament crític dels professionals pot mitigar els efectes medicalitzants de les condicions contractuals.

A més, la fragmentació entre serveis, la tendència a segregar casos i l'aparició de programes específics per a casos concrets dificulten un veritable treball interprofessional i hol·lístic que posi la persona al centre i no només la seva dolència. Una altra conseqüència d'aquest fenomen és la instrumentalització del diagnòstic com a pas intermediari per a que les famílies puguin obtenir els recursos i suports que necessiten per acompanyar menors en el seu desenvolupament.

Per tant, es conclou que hi ha un distanciament clar entre el que entenen que haurien de fer els professionals i l'entitat gestora del servei amb l'estructura d'intervenció que imposa la centralitat del diagnòstic, espais jerarquitzants, intervenció fragmentada i descompensació entre derivacions i recursos humans del servei.

Es ratifica que un anàlisi contrapsicològic d'un servei de salut mental requereix un anàlisi multifactorial dirigit a una interpretació d'allò simbòlic. Per tant, la veu dels professionals, l'observació de la intervenció, l'anàlisi d'espais i la interpretació dels textos són eines clau per tal de realitzar una interpretació de la intervenció que pretengui veure més enllà de les etiquetes diagnòstiques i els tractaments plantejats.

8.1 Limitacions de la investigació i propostes de futur

La principal limitació detectada en el transcurs de la investigació és la que s'origina en la rigidesa estructural de la prestació de serveis i l'ús d'estratègies d'anàlisi qualitativa: La interpretació sobre que s'entén per salut mental varia en cada professional i en cada servei. En canvi, la intervenció en salut mental pretén ser homogènia, fet que es tradueix en protocols i tecnologies d'intervenció comunes. Per tant cal que l'investigador/a s'endinsi en el marc d'allò simbòlic tant a nivell individual professional com d'estructura de servei (funcions, protocols, condicions contractuals..) i posar en diàleg les dues fonts. Això pot conduir a un biaix interpretatiu. No obstant i tal com s'ha fet en aquesta investigació, un anàlisi d'allò simbòlic que triangula el que reflecteixen els escrits de l'entitat, les observacions i el punt de vista dels i les professionals contribueix a limitar la ingerència en la interpretació simbòlica de l'autor de la investigació. Per tant, tot i que s'han desenvolupat estratègies per limitar el biaix, aquest segueix sent un potencial limitant.

Aquesta investigació, tractant-se de l'àmbit de la intervenció psicopedagògica en l'àmbit sociocomunitari ha optat per no analitzar la tasca de les professions mèdiques representades en el CSMIJ (psiquiatria i infermeria). Analitzar el contrast entre perspectives d'intervenció entre la vessant mèdica i la psicoeducativa de l'equip

permetria detectar seria molt interessant per analitzar si hi ha relacions jeràrquiques entre diferents camps professionals (com ja s'ha apuntat en les conclusions). Aquesta jerarquia seria un argument que indicaria una fragmentació de la intervenció i per tant una hegemonia del paradigma clínic. No obstant, per motius d'abast aquesta dimensió ha quedat fora de la vigent proposta.

També motius d'abast ha quedat fora l'anàlisi de les bases publicades en l'acord de prestació de serveis entre el Departament de Salut i el CTM. A les conclusions es mostra la interferència que té aquest contracte i que es tradueix en objectius determinats i en limitacions *de facto* a la intervenció. Analitzar quines són les bases contractuals de la generalitat permetria una crítica des de la contrapsicologia del sistema d'atenció a la salut mental que es fa des de l'administració pública. En aquesta investigació s'han plasmat els limitants que ha detectat l'equip professional. Aquesta proposta de futur permetria analitzar-ne les causes alhora que l'anàlisi s'emprèn a nivell de país. D'aquesta manera es poden ubicar millor les causes de la rigidesa estructural que no permet una acció psicoeducativa transformadora.

Per tant, per realitzar futurs anàlisis de la intervenció des de la contrapsicologia cal incorporar metodològicament la crítica a l'estructura i això inclou com s'ha apuntat a la totalitat de l'equip professional i a les bases que regulen formalment la intervenció.

9. Referències bibliogràfiques

- Alfons Arnau, J. (2013). *Escritos contrapsicológicos de un educador social*. Biblioteca Social Hermanos Quero.
- Álvarez-Álvarez, C. (2015). Teoría frente a práctica educativa: Algunos problemas y propuestas de solución. *Perfiles Educativos*, 37(148).
<https://doi.org/10.22201/issue.24486167e.2015.148.49320>
- Asamblea nacional de Naciones Unidas, Consejo de Derechos humanos. (2017). *Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo: Salud mental y derechos humanos (Resolución 36/13)*.
- ASEDES. (2007). *Documentos profesionalizadores*. chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglcfindmkaj/<https://www.eduso.net/wp-content/uploads/documentos/143.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos des DSM-5*.
- Asamblea general de la ONU. (1948). *Declaració universal dels drets humans (217 [III] A)*. París.
- Astete Barrenechea, C. (2016). La dimensión ontológica de la investigación cualitativa en la educación y pedagogía. *Horizonte de la Ciencia*, 6(10), 99.
<https://doi.org/10.26490/uncp.horizonteciencia.2016.10.206>
- Ayala Carabajo, R. (2008). La metodología fenomenológico-hermenéutica de M. Van Manenen el campo de la investigación educativa. Posibilidades y primeras experiencias. *Revista de investigación educativa*, 26(2), 409-430.
- Bauman, Z. (2007). *Vida de consumo*.
- Blanco, M. (2012). Autoetnografía: Una forma narrativa de generación de conocimientos. *Andamios*, 9(19).

- Bolea, E., Amorós, J., Cuevas, C., Herrera, M., Puigardeu, O., & Rubio, E. (2017). La conversa col·laborativa: Escolta, relat i observació en el procés d'assessorament. *Àmbits de Psicopedagogia i Orientació*, 47 2a època.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531.
- Chamberlain, J. (2023). *Por nuestra cuenta. Alternativas autogestionadas frente al sistema de salud mental*. Katakarak.
- Col·legi oficial de pedagogia de Catalunya. (2013). *Codi de Deontologia*.
<https://www.pedagogs.cat/reg/ca/1759>
- Corroll, M. F. (2023). *Mad World: The politics of mental health*. Pluto Press Inc.
- CTM. (2023). *Memòria resumida de l'any 2022*.
- Departament de Salut. (2006). *Pla Director de Salut Mental i Addiccions de Catalunya*. Generalitat de Catalunya.
- Ferraro, J. M. (2020). El estigma en psiquiatria: Un repaso desde sus antecedentes a su actualidad. *Revista Argentina de Psiquiatria*, XXXI, 62-69.
- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Ediciones Morata.
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica*.
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*.
- Freixa Niella, M., Barba, B., Armengol, M., Guerrero, L., Fabra, E., González, F., Hita, A., Vico, D., & Xirinachs, A. (2020). L'educació social i la COVID-19. *Revista Catalana de Pedagogia*, 18, 69-20.
- Fuster Guillen, D. E. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201.
<https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- García Cherep, P. (2012). *La confrontación de la teoría crítica on el positivismo: Consideraciones en torno a la valoración de los hechos en la investigación científica*.

- Garcia, J. A. (s. f.). Educación social y emancipación: Una propuesta desde la participación y la educación no formal. *Revista de Educación social*.
- Garcia Molina, J., Sáez Carreras, J., Delgado Ruiz, M., & Venceslao Puey, M. (2013). *Sociologia de l'exclusió*. FUOC.
- Gijón, M. (2022). Tres paradojas y una reflexión sobre la relación educativa, ¿Es suficiente cuidar y acompañar en Educación Social? *Revista de Educación social*, 35. <https://eduso.net/res/revista/35/etapa-7-murcia/tres-paradojas-y-una-reflexion-sobre-la-relacion-educativa-es-suficiente-cuidar-y-acompanar-en-educacion-social>
- Goffman, E. (1961). *Assylums: Essays on the Social Situation of mental patients and other inmates*.
- Gomez, D. C. (2017). Contrapsicología. De las luchas antipsiquiátricas a la psicologización de la cultura. *Política y sociedad*, 54(3), 877.
- González, N. (2007). Bauman, identidad y comunidad. *Espiral (Guadalajara)*, 14(40).
- Guerrero Muñoz, J. (2014). El valor de la auto-etnografía como fuente para la investigación social: Del método a la narrativa. *Azarbe Revista internacional de trabajo social y bienestar*, 3.
- Harvey, D. (2007). *A brief story of Neoliberalism*.
- Hernández Lara, O. G. (2018). Experiencia e historia crítica de la locura en Michel Foucault. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 99-113.
- Homet, G. (2021, Diciembre). *Anotacions sobre salut mental comunitària* [Comunicación personal].
- Houlden, V., Porto De Albuquerque, J., Weich, S., & Jarvis, S. (2019). A spatial analysis of proximate greenspace and mental wellbeing in London. *Applied Geography*, 109, 102036. <https://doi.org/10.1016/j.apgeog.2019.102036>

- Karsz, S. (Ed.). (2000). *La exclusión: Bordeando sus fronteras. Definiciones y matices*. Gedisa.
- Leira, A. (Director). (2007). *El revés del tapiz de la locura* [Documental]. Závur Films.
- López Pismante, Patricio, & Cea Madrid, J. C. (2014). Neoliberalismo y malestar social en Chile: Perspectivas críticas desde la contrapsicología. *Teoría y Crítica de la psicología*, 4, 156-169.
- Martín-Bermúdez, N. (2019). Educación social como acción transformadora. Una vía para la emancipación ciudadana. *Educación Social*, 71.
- Monereo, C. (s. f.). *Models d'orientació educativa i intervenció psicoeducativa*. 64.
- Montoya, C., Cendrós Guasch, J., & Govea de Guerrero, M. (2007). Naturalismo o antinaturalismo en la investigación. *Revista de ciencias sociales*, 13(2).
- Nacions Unides. (1966). *Pacte Internacional de Drets Econòmics, socials i Culturals*.
- Oliveros, B., & Planella, J. (2017). *Experiències de treball en l'àmbit sociocomunitari*. FUOC.
- Oliveros, B., & Planella, J. (2021). *Entre pedagogia social i treball comunitari. Passos cap a una psicopedagogia sociocomunitària*. FUOC.
- OMS. (2023). *Mental Health, human rights and legislation*.
- ONU. (2006). *Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat*.
- Parker, I. (2016). Capitalismo, locura y justicia social. En *Contrapsicología: De las luchas antipsiquiátricas a la psicologización de la cultura*. Ediciones Dado.
- Ríos Saavedra, T. (2018). La Hermenéutica reflexiva en la investigación educacional. *Enfoques Educativos*, 7(1), 51-66.
- Rodríguez-Gómez, D. (2018). *El projecte d'investigació*. FUOC.
- Sanjuán, L. (2017). *L'anàlisi de dades en recerca qualitativa*. FUOC.
- Unzueta Morales, S. (2011). Algunos aportes de la psicología y el paradigma sociocrítico a una educación comunitaria crítica y reflexiva. *Revista Integra Educativa*, 4(2), 105-144.

10. Annexos

Full de consentiment informat de la participació en l'estudi

DECLARACIÓ DE CONSENTIMENT INFORMAT

TREBALL FINAL DE MÀSTER UNIVERSITARI EN PSICOPEDAGOGIA

Aquest document vol informar-vos sobre un treball (d'ara en endavant en direm "Estudi") al que us convidem a participar. Aquest Estudi el duu a terme un/a estudiant en el marc de l'assignatura TFM i ha sigut aprovat pel professorat responsable de l'assignatura. La nostra intenció és que rebeu la informació correcta i suficient per a què pugueu decidir si accepteu o no participar en aquest Estudi. Us demanem que llegiu aquest document amb atenció i que ens formuleu els dubtes que tingueu.

Títol de l'estudi: Anàlisi contrapsicològic de la intervenció psicopedagògica en un Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil. .

Objectiu de l'estudi: Analitzar des d'una perspectiva contrapsicològica la intervenció que es realitza amb persones joves en situació de malaltia mental.

Responsable de l'estudi: Sergi Gallego Vila

Jo, el Sr./la Sra. _____ major d'edat, amb DNI número _____ i correu electrònic _____, actuant en el meu propi nom i representació, mitjançant el present document,

MANIFESTO QUE HE ESTAT INFORMAT/DA DE LES QÜESTIONS SEGÜENTS RELACIONADES AMB L'ESTUDI:

- La meva participació en aquest estudi és voluntària i, si en qualsevol moment desitjo canviar la meva decisió, puc retirar el meu consentiment en qualsevol moment.
- La participació en aquest estudi consisteix en participar d'una entrevista semiestructurada en rol d'expert/a La persona Responsable del tractament de les meves dades personals és Sergi Gallego Vila.
- Les meves dades personals seran recollides i tractades amb finalitats exclusivament docents i d'investigació i sense ànim de lucre.
- Les meves dades seran anonimitzades, de manera que no es podrà conèixer la meva identitat a partir de les dades que es recullin.

- Es guardarà secret sobre la informació personal que facilito, i només es farà servir amb finalitat docent i d'investigació en el marc d'aquest Estudi, de manera que no se'm pugui identificar en els resultats de l'estudi.
- Seguint el principi de minimització, només es recolliran les dades mínimes que siguin necessàries per portar a terme l'Estudi, i una vegada hagi acabat la finalitat docent o de recerca que es derivi d'aquest estudi, es destruirà tota la informació de caràcter personal que hagi facilitat de forma definitiva.
- He estat informat/da mitjançant una conversa presencial sobre l'Estudi, sobre la seva finalitat i sobre les dades que es recolliran, i he consentit a participar en aquest Estudi.
- En el cas que l'estudi requereixi recollir dades d'imatge o so, aquestes dades es recolliran a través dels mitjans de gravació que utilitzi l'estudiant, i només es faran servir amb la finalitat de realitzar la investigació en el marc de l'Estudi. Aquestes gravacions només duraran el temps necessari i indispensable per a l'elaboració del treball, i no rebré cap contraprestació econòmica.
- En el cas que l'estudi requereixi recollir dades d'imatge/so/vídeo, aquestes dades d'imatge/so/vídeo es faran servir per a l'Estudi respectant la normativa aplicable i en cap cas suposaran una intromissió il·legítima ni una vulneració dels drets al meu honor, intimitat personal i pròpia imatge.
- El tractament de les dades de caràcter personal de tots els participants s'ajustarà al que es disposa al Reglament General de Protecció de Dades (UE) 2016/679 i a la Llei Orgànica 3/2018 de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals. D'acord amb el que s'estableix en aquesta legislació, podeu exercir els drets d'accés, modificació, oposició i supressió de les vostres dades de caràcter personal dirigint-vos al Responsable del tractament, identificat a continuació i a través dels canals de contacte establerts.

AUTORITZACIÓ A PARTICIPAR A L'ESTUDI:

Autoritzo al Sr. Sergi Gallego Vila , Responsable de l'estudi, amb DNI número 53077099E i correu electrònic personal sergigallegovila@gmail.com, Estudiant de l'assignatura Treball Final de Màster (TFM) del Màster en Psicopedagogia de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) perquè tracti les meves dades de caràcter personal facilitades per a la realització de la recerca descrita en el marc de l'Estudi indicat. A la taula següent es resumeix de manera esquemàtica com es tractaran aquestes dades:

Informació bàsica sobre protecció de dades personals	
Responsable del tractament	Sergi Gallego Vila. Email: sergigallegovila@gmail.com
Finalitats	- Dur a terme les activitats de recerca detallades al marc de l'Estudi - Només si vostè ens ho autoritza, gestionar la autorització d'ús de la seva imatge i utilitzar el material fotogràfic i audiovisual que contingui la seva imatge i veu al marc de l'Estudi.
Legitimació	- Consentiment de l'interessat. - En cas que es recullin imatges, el seu consentiment per l'ús de la seva imatge/vídeo/so

Destinatari	Les seves dades seran utilitzades únicament per Sergi Gallego Vila i no es comunicaran a tercers sense el seu consentiment, excepte en el supòsits previstos per la llei.
Drets dels interessats	Podreu exercir el vostre dret d'accés, rectificació, suspensió, oposició, portabilitat i limitació enviant un correu electrònic a sergigallegovila@gmail.com , adjuntant una fotocòpia del DNI o document acreditatiu de la seva identitat.
Informació addicional	Podreu revisar la informació addicional sobre el tractament de les dades personals a l'apartat següent.

A _____, a ____ de _____ 20__

El Sr./La Sra. _____ (nom i firma)

AUTORITZACIÓ PER A L'ÚS DE LA IMATGE/SO/VÍDEO

Amb la finalitat de dur a terme la investigació en el marc de l'Estudi i l'elaboració del treball, necessitarem fer gravacions audiovisuals de la imatge i veu dels participants en l'Estudi.

Fent una creueta al requadre següent, dono permís a Sergi Gallego Vila per fer ús del material audiovisual que elabori durant la realització de les activitats que formin part de l'Estudi en les que seré partícep i, en virtut de l'Estudi, on aparegui la meua imatge i/o la meua veu, durant el temps necessari i indispensable per a l'elaboració de l'Estudi i sense cap contraprestació econòmica.

L'estudiant es compromet a que la utilització d'aquestes imatges respecti la normativa aplicable i que en cap cas suposi una intromissió il·legítima ni una vulneració dels drets a l'honor, intimitat personal i pròpia imatge dels participants.

- Autoritzo l'ús de la meua imatge en els termes indicats.
- Autoritzo l'ús de la meua veu en els termes indicats.

A Barcelona, a ____ de _____ 20__

El Sr./La Sra. _____ (nom i firma)

Guió entrevista semiestructurada:

Aquesta és una entrevista que ha de servir per copsar la mirada subjectiva dels professionals que treballen en l'àmbit socioeducatiu amb infants i joves. Es tracta d'una conversa que presenta unes temàtiques claus per garantir que s'en pugui extreure un mínim d'informació d'interès per a l'estudi alhora que es dona llibertat per tal que les persones professionals entrevistades. Per aquest motiu malgrat els temes de conversa estiguin redactats en forma de preguntes s'han d'interpretar com una pauta i no com un qüestionari.

- Introducció i explicació dels objectius i el sentit de la investigació. Signatura del document de consentiment.
- Quin és el seu rol i les seves funcions al CSMIJ de Calella?
- Quin és el paper social i estructural que ocupa el CSMIJ? Per a què serveix? Com se sent amb aquesta funció?
- Què diria que és la Salut Mental?
- De les tasques d'avaluació, diagnòstic, intervenció o prescripció d'actuacions, quines fa amb més freqüència?
- Amb quina nomenclatura fa referència a les persones que atén? Pacients, infants, alumnes...)
- Quins són els criteris que utilitza per avaluar i diagnosticar els casos que atén?
- Quins són els objectius i les estratègies que segueix per intervenir amb els seus pacients?
- Quin és el seu grau de satisfacció amb els resultats de la seva intervenció?
- Quina opinió li mereix la medicació dels infants i joves? Quina funció té, amb quin objectiu es prescriu medicació?
- Creu que la tasca del CSMIJ pot contribuir a transformar positivament la vida de les persones que atén? Perquè?
- Quins són els principals reptes i dificultats que troba en el seu treball al CSMIJ de Calella?
- Quines són les seves necessitats de formació i actualització en relació amb la seva pràctica professional?
- Què li agradaria canviar o millorar en el funcionament del CSMIJ de Calella?

Descripció de l'espai

A continuació es troba una descripció detallada de l'edifici on s'hospeda el CSMIJ.

El CSMIJ es troba ubicat al carrer /Bruguera, nº 170-174 de Calella. Es tracta d'un edifici cèntric de dues plantes completament rehabilitat. El CSMIJ ocupa la planta baixa i el Centre de Salut Mental per Adults (CSMA). L'edifici està reconstruït per dins tot mantenint les façanes i amb una reestructuració d'espais completa. Les obres es van fer el 2018 per adequar l'espai específicament a un CSMIJ. Per aquest motiu és un edifici que es veu molt nou. A l'entrada hi ha una placa distintiva del CatSalut.

L'entrada és un espai obert al carrer amb una façana de vidre que aporta molta llum al vestíbul i amb molta visibilitat entre carrer i vestíbul. A nivell constructiu els materials constructius són principalment formigó, vidre i fusta seguint una estètica industrial.

Moltes de les parets tenen recobriments de plaques de suro, material amb el que estan recobertes les portes i alguns elements decoratius. El terra de tota la planta és de ciment.

A nivell d'espais la planta es divideix en 3 terços diferenciats. El vestíbul, oficines, i cuina i sala de reunions.

El vestíbul d'entrada és un espai gran, obert i diàfan. A banda esquerra hi ha un divà decoratiu, col·locat per a ser vist des de fora. Una mica més cap endins, també al cantó esquerra del vestíbul hi ha una zona arran de paret quadrada amb cadires. És la sala d'espera. Aquest espai està delimitat amb algunes plantes de mitja alçada en tests col·locats fent un perímetre a la sala d'espera. A la banda oposada de l'entrada, davant, hi ha, de manera perpendicular un taulell gran (3 m), alt i ample. Es tracta d'un taulell de fusta, massís, de la mateixa tonalitat que la resta d'elements decoratius de fusta. Darrere del taulell hi ha dues cadires davant de dos ordinadors. També hi ha impressores, telèfons i altres dispositius. A la banda dreta del vestíbul hi ha unes escales per accedir al pis superior, al CSMA. També hi ha accés a un ascensor i algunes cadires.

L'espai d'oficines ocupa el terç central de l'edifici. Les oficines estan distribuïdes de manera perimetral amb totes les portes donant als dos passadissos centrals. Al centre hi ha una altra illa d'oficines. Al cantó esquerra hi ha una sala, la de famílies, equipada com una sala de reunions. Les oficines estan separades entre si amb totxana de formigó amb pavès i material de vidre no translúcid. La construcció amb vidre a la part superior facilita molt l'entrada de llum. Les oficines són tancades i no arriben al sostre. Sobre de les oficines hi ha un petit espai, sota les voltes del sostre, amb taules i cadires on poder treballar. Dins de cada oficina hi ha una taula (algunes rectes, altres amb forma d'L). A les taules hi ha ordinadors i altre material d'oficina. En les oficines la taula està disposada de manera transversal creant una separació entre l'espai del professional (amb una cadira d'oficina amb rodes) i l'espai de les persones ateses (on normalment hi ha dues cadires, de plàstic. Contra les parets d'entrada hi ha armaris metàl·lics tancats en clau on els i les professionals hi guarden documentació i altres coses. En aquest terç central també hi ha un lavabo senyalitzat sobre una porta de fusta (com tota la resta)

El darrer terç, el del fons, està dividit en dos espais principalment. D'una banda, l'office o cuina. Al llarg de la paret hi ha una cuina i una taula amb cadires per a ús dels professionals. En aquest espai hi ha una escala de cargol metàl·lica per ascendir al segon pis. L'altra part d'aquest terç és un espai obert amb una taula gran i cadires plegables arraconades contra una paret. A la paret del fons a l'esquerra està equipada amb un equip per projectar (pantalla, projector, equip de so i ordinador). Es tracta d'una sala d'actes o reunions.

Repartits per diferents llocs visibles de l'edifici hi ha homenatges a personatges il·lustres de la salut mental i una notícia en paper emmarcada. Els personatges que apareixen són

Agustí de Semir: va ser un advocat català que va lluitar contra el franquisme i va defensar els drets dels presos polítics. Va impulsar la reforma de l'assistència

psiquiàtrica a Catalunya, creant centres de dia i modernitzant els centres assistencials.
8

Franco Bassaglia: va ser un psiquiatra italià que va denunciar les condicions inhumanes dels manicomis. Va ser el promotor de la llei 180, que va prohibir l'internament forçós dels pacients psiquiàtrics i va fundar el moviment de Psiquiatria Democràtica. Es considera un dels representants de l'antipsiquiatria.⁹

Francesc Tosquelles: va ser un psiquiatra català exiliat a França després de la Guerra Civil. Va ser un dels inventors de la psicoteràpia institucional, que va influir en la pedagogia i la psiquiatria de la segona meitat del segle XX. Va tractar els pacients amb una visió més humana i va proposar una classificació nova de les malalties mentals.¹⁰

Philippe Pinel: va ser un metge francès que es va dedicar a l'estudi i el tractament de les malalties mentals. Va ser pioner en el tractament dels malalts mentals i un dels precursors de la psiquiatria moderna. Va classificar les malalties mentals segons els seus símptomes i va eliminar les pràctiques cruels com les cadenes o les sangries.¹¹

La notícia té per titular "II reunión Internacional de antipsiquiatria: su muerte". Va ser publicada el 1976 per "Corresponsales de Jano en el extranjero"

Fotografies de l'espai:

⁸ https://ca.wikipedia.org/wiki/Agust%C3%AD_de_Semir_i_Rovira

⁹ https://es.wikipedia.org/wiki/Franco_Basaglia

¹⁰ https://es.wikipedia.org/wiki/Francesc_Tosquelles_Llaurad%C3%B3

¹¹ https://es.wikipedia.org/wiki/Philippe_Pinel



Fotografia 1. Cartell CatSalut entrada. Font pròpia



Fotografia 2 Divan aparador. Font pròpia.



Fotografia 3. Passadís accés oficines. Font pròpia.



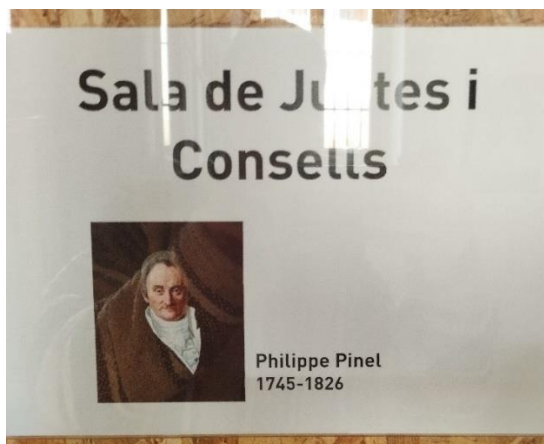
Fotografia 4. Entrada sala de grups. Font pròpia.



Fotografia 5. Entrada sala de famílies. Font pròpia.



Fotografia 6. Homenatge a Tusquellas. Font pròpia.



Fotografia 7. Entrada sala de juntes. Font pròpia.



Fotografia 8. Notícia decorativa a l'office. Font pròpia.



Fotografia 9. Vestíbul d'entrada. Font pròpia.

Observació no participant

A continuació es pot trobar la transcripció detallada de l'observació realitzada el dia 12 de desembre de 2023. L'observació es va realitzar de 9:15 a 14:00. També la realitzada el dia 14 de desembre en una reunió d'equip

Observació de la tasca psicopedagògica:

9:00: Arribo al CSMIJ, saludo l'administrativa de recepció, accedeixo al despatx de la psicopedagoga clínica i deixo els meus estris. Preparo llibreta i bolígraf. Recordo a la psicopedagoga la intenció de realitzar l'observació participant avui i m'explica com té estructurat el dia. Té quatre visites programades. La primera és per passar testos a una nena de 4t de primària per avaluar les seves capacitats atencionals i de lectoescriptura. La demanda de diagnòstic d'aquesta nena ve des de l'EAP. La segona visita és un nen de 1er de primària. Amb aquest nen es realitzarà una primera visita i el registre de la demanda. La tercera visita és una trobada de devolució amb uns pares amb la filla dels quals s'ha fet tot el procés d'avaluació de funcions cognitives. La nena va a 6è. La darrera visita consisteix en una jove de 4t d'ESO que ve a avaluar les seves capacitats cognitives.

9:15: La psicopedagoga em demana que m'assegui en una cadira plegable al costat de la porta. Allà m'asseuré quan hi hagi visites, per no sobrecarregar d'atenció les persones que atindrà avui. Llavors la psicopedagoga em llegeix l'historial de la pacient, utilitza aquesta nomenclatura. Un cop fet això i comprovar al programa de gestió que utilitzen, Ekon, em confirma que la visita ja ha arribat i surt a buscar-la. Quan entren al despatx em presenta a la nena i li explica que estic realitzant una observació i que no els molestaré i que només observaré el que passa. La psicopedagoga comenta a la nena que l'objectiu de la visita és realitzar els testos que tenien pendents per avaluar les capacitats en lectoescriptura. Li pregunta si té problemes per llegir i escriure a l'escola i si li costa concentrar-se. La nena respon amb monosíl·labs i baixa el cap. La psicopedagoga li fa preguntes tancades en relació a quins problemes té a l'escola. Les preguntes són tancades, no facilita que l'infant expressi proactivament com se sent a l'escola. No explica els objectius de fer els tests tot i que reflexiono que és possible que ho hagi fet en visites anteriors.

9:20: La psicopedagoga treu uns papers i un llapis i els posa davant de la nena. Li diu que ha de fer unes proves que consisteixen en llegir unes paraules, escriure unes frases i llegir en veu alta i baixa. Li diu que no s'ha de preocupar si no ho sap fer i que només ha de fer el millor que pugui. La nena comença a fer els testos amb dificultats evidents a l'hora de llegir, especialment la secció de les paraules inventades. La psicopedagoga no interactua amb la nena mentre fa els exercicis. Es limita a controlar el temps, anotar coses en la seva llibreta i a explicar el funcionament de cada test. La psicopedagoga li dona instruccions i la va corregint quan es confon. Jo observo el procés i anoto les reaccions de la nena i de la psicopedagoga. La nena es mostra engrescada en un primer moment però després comença a verbalitzar que està fatigada. La psicopedagoga dóna ànims a la nena.

10:00: La nena acaba els testos i la psicopedagoga els recull. Li diu que ho ha fet molt bé i que ara caldrà revisar els resultats i fer-li una devolució conjuntament amb la família.

La nena pregunta si ho ha fet bé i la psicopedagoga li respon que no es tracta de com de bé o malament ho ha fet sinó de si ho ha fet tan bé com podia. La nena pregunta angoixada si l'escola rebrà els resultats i la psicopedagoga li comenta que si els resultats mostren que es necessari que la nena rebi ajuda així ho farà. La nena es mostra preocupada que una companya de classe se n'assabenti ja que sempre li diu que és tonta. La psicopedagoga li diu que l'altra nena no té perquè saber res d'això. La professional no explora més aquesta preocupació expressada per la nena.

10:15: La psicopedagoga i jo acompanyem la nena cap a fora i en trobar-se amb la mare li diu que els trucarà quan tingui l'informe per fer la devolució. La mare, pregunta si té diagnòstic i la psicopedagoga respon que no, que cal corregir i esperar a la visita amb el psicòleg. Després, em diu que té una estona lliure abans de la següent visita i que podem aprofitar per parlar una mica. Em pregunta què m'ha semblat la visita i què he observat. Jo li dic que m'ha cridat l'atenció les explicacions de la nena sobre el seu patiment relacionat amb una altra nena. Comparteixo que m'ha semblat un punt interessant a desenvolupar i la psicopedagoga em respon que això ho hauria de valorar un altre professional. Comento que he vist la nena desconcentrada o cansada al llarg de la sessió i pregunto si la fatiga no interfereix en els resultats. Aquí la psicopedagoga explica que per molt objectius que vulguin ser els testos sempre hi ha un marge d'error significatiu que té molt a veure no amb les capacitats mentals de l'infant sinó de com esta o de si ha estat estimulat. Exemplifica dient que tenen moltes peticions de diagnòstic d'altres capacitats però que en realitat són infants precoços o molt estimulats, no que tinguin realment altres capacitats. Comparteixo que em sorprèn que no haguem donat més espai a expressar-se a la nena. La psicopedagoga em diu que entén el meu punt de vista, però que ella segueix uns protocols establerts d'avaluació de capacitats cognitives. Em diu que el seu objectiu és fer un diagnòstic i una avaluació objectiva, no una teràpia. A més, em diu que no té temps per fer una intervenció més personalitzada i que això depèn d'altres professionals. Comenta que li agradaria poder tenir visites més freqüents per poder incloure més una mirada qualitativa.

10:30: La psicopedagoga em diu que ara ha de preparar la següent visita i que ha de llegir la història del nen que ve. Em diu que és un nen de 1er de primària i que és la primera vegada que el veu. Explica que la demanda ve dels seus pares, que estan preocupats perquè el nen té problemes de conducta a casa i a l'escola. Explica que en aquest cas hi ha una visita inicial (ho anomena primera visita) en què s'explora la problemàtica i la demanda que fa la família. M' quedar-me al despatx i observar la visita o bé sortir una estona i tornar més tard. Jo li dic que prefereixo quedar-me i observar la visita, ja que em sembla interessant. La psicopedagoga comenta que es tracta d'un pacient molt petit i que fer avaluacions en aquests casos és delicat perquè se li col·loca l'etiqueta del diagnòstic al nen i si té dificultats no necessàriament han de ser vinculades a trastorns d'aprenentatge. Diu que coneixerà la família i veurà què fer.

10:45: Arriba el nen i els seus pares al despatx de la psicopedagoga. Primer entren els pares, que agafen una cadira extra de les plegables. La psicopedagoga els saluda i els convida a seure. La professional justifica la meua presència i demana als pares quin és el motiu de la visita. La psicopedagoga comença a fer preguntes als pares sobre el motiu de la consulta i la situació del nen. Els pares expliquen que el nen té problemes de conducta a casa i a l'escola, que no fa cas dels adults, que es posa agressiu quan no li

donen el que vol, que no té amics i que té baix rendiment acadèmic, especialment amb la lectoescriptura. El nen no participa i té el cap cot. La família explica que estan preocupats i que des de l'escola els han recomanat fer-se una visita al CSMIJ per veure si hi pot haver algun trastorn. Diuen que si hi ha un trastorn possiblement tinguin opció a sol·licitar una beca. La psicopedagoga els pregunta des de quan passa això, què han fet per solucionar-ho, què pensen que pot estar causant-ho i què esperen de la intervenció. Els pares responen que el nen sempre ha estat així, que han provat de parlar amb ell, de castigar-lo, de premiar-lo, però que res funciona, que no saben què li passa i que volen que canviï i sigui normal. La psicopedagoga explica als pares que l'infant ja és normal, que els tests només han de servir per veure quines àrees li costen més per tal de poder-hi posar remei. La psicopedagoga realitza més preguntes sobre els hàbits de l'infant i de la família (si fa extraescolars, qui són els seus amics, els horaris de casa...). Apunta la informació sense fer cap valoració. A l'hora de finalitzar l'entrevista, la psicopedagoga es dirigeix directament a l'infant per explicar-li que haurà de venir dos dies més i que farà una mena de jocs escrits, que no ha de patir. Quan el nen fa que sí amb el cap, acorden nova visita, s'acomiaden i marxen del despatx.

11:50: La psicopedagoga m'explica que pensa que ha vist el nen molt poc participatiu. Que pot ser que vingués cohibit a aquesta entrevista i que veient la perspectiva dels pares és possible que l'infant es pensi que hi ha alguna cosa que va malament en ell. Explica que a banda d'avaluar les capacitats del nen es possible que calgui fer alguna mena de treball familiar per tal de donar d'eines a la família per abordar la situació. Diu que si no és un tema de salut mental o de trastorn d'aprenentatge probablement no podran fer aquest acompanyament des del CSMIJ.

Diu que ha de corregir alguns tests. Durant 15 minuts estem en silenci. Ella va corregint tests i apuntant resultats numèrics en una graella. Quan acaba de corregir m'explica com funciona la puntuació del WISC, un test emprat per mesurar les capacitats cognitives generals, el CI. Parla dels percentils del cas que està corregint i explica que li és difícil de mesurar el cas. Diu que els resultats són dispersos i, per tant, no concloents, però que si necessita un diagnòstic, podria entrar dins dels barems necessaris. Ho parlarà amb la família abans de prendre una decisió. Se la veu reticent a assignar diagnòstic. Em diu que ella té formació clínica i que segueix el model mèdic-biològic, ja que treballa dins de l'àmbit de la salut. Explica que tot i això els resultats, per objectius que siguin, moltes vegades no són prou concloents i que és molt important fer una valoració qualitativa

12:15 Entra al despatx una psicòloga clínica, professional del CSMIJ. Saluda i es recolza amb els braços sobre la taula de despatx. Li pregunta a la psicopedagoga sobre si pensa que cal diagnosticar o no un cas, sospita de TEA. La psicopedagoga respon que ella va fer l'avaluació de capacitats sortia baixa però dins la normalitat i que ella creu que no hauria d'haver diagnosticat. No obstant, recorda a la psicòloga que és funció d'aquesta realitzar el diagnòstic no de la psicopedagoga. Davant d'això la psicòloga respon que ja ho sap però que en aquest cas no ho veu clar. Explica que pensa que aquest cas, ja a quart d'ESO, no rebrà gaires suports a l'escola però que la família pressiona per aconseguir el diagnòstic. S'inicia una conversa amistosa i amb bromes entre elles. Fan humor sobre la situació en la que senten que no tenen una bona resposta per al cas. Estan a punt de decidir diagnosticar el nano per la insistència de la família referida per

la psicòloga, però finalment valoren que si no ho veuen clar és millor no sobrediagnosticar. La psicòloga marxa del despatx.

12:35: La psicopedagoga em diu que ara ha de preparar la tercera visita i que ha de llegir la història de la nena que ve. És una nena de 6è de primària i que ja ha fet tot el procés d'avaluació de les seves funcions cognitives. La visita és per fer una devolució als seus pares i explicar-los els resultats. Arriba la nena i els seus pares al despatx de la psicopedagoga. La nena és una preadolescent. Els seus pares entren al despatx. Parlen de vostè a la professional. La psicopedagoga els saluda i els convida a seure. La nena s'asseu entre els pares. La psicopedagoga em presenta i explica el motiu de la meua presència. La psicopedagoga comença a explicar als pares i a la nena el motiu de la visita i els resultats de les proves que ha fet a la nena. Els diu que ha avaluat les seves funcions cognitives i que ha trobat que té unes capacitats normals normals en la memòria de treball, però que presenta algunes dificultats específiques en la lecto escriptura. És un perfil compatible amb dislèxia. Explica que això pot afectar el seu aprenentatge i el seu desenvolupament, per tant és important que hi hagi una adaptació de l'entorn a les dificultats de la nena. Explica als pares que per l'escola no s'han de preocupar perquè amb l'informe del CSMIJ l'escola haurà de realitzar un Pla Individualitzat, tot i que trobant-se ja a 6è és difícil que ho apliquin aquest curs. Els pares es mostren preocupats i la professional els explica quines dificultats representa la dislèxia i estratègies per afrontar-les. Explica que amb un treball psicopedagògic de reeducació la nena podrà seguir els aprenentatges a un ritme acceptable. Malauradament no pot oferir aquest serveis des de l'àmbit públic així que si ho volen fer hauran d'accedir a un gabinet psicopedagògic privat. Al llarg de la conversa la nena es mostra impacient i acaba dient "Vamos que soy retrasada, no?". Fins aquest motiu la intervenció de la psicopedagoga no havia anat dirigida a la noia. En aquest moment la psicopedagoga canvia el registre i es dirigeix a la nena. Els darrers instants de la visita els dedica a ajudar la nena a entendre què és la dislèxia i quines estratègies pot usar per conviure-hi. A mi em crida l'atenció que, tot i que es dirigeix a la família amb cura, la seva manera de comunicar el trastorn d'aprenentatge és una mica freda, distant, com qui fa una cosa quotidiana. En canvi, detecto certa preocupació en les cares de la família. La psicopedagoga acomiada la nena i els seus pares i els diu que els trucarà quan tingui l'informe.

13:15: La psicopedagoga em diu que ara té la darrera visita del matí. És una jove de 4t d'eso i que ve a avaluar les seves capacitats cognitives. Segons diu, la demanda ve de l'EAP amb l'objectiu de valorar les capacitats de la noia per poder-ho tenir en compte de cara a l'acreditació de la ESO (si calen o no adaptacions) i sobretot a la preinscripció a estudis post-obligatoris.

13:20 LA jove entra al despatx i es deixa caure sobre la cadira. Ha vingut sola. Se li pregunta si no l'acompanya ningú i diu que no li interessa a ningú això que fa aquí. S'asseu amb el tronc reclinat enrere i les cames cap endavant. Fa cara de tenir poques ganes de ser allà. En donar-li la benvinguda la jove es queixa de l'hora a la que li han posat la visita ja que no li dóna temps a saltar-se tota la classe de mates. La psicopedagoga li pregunta a què ve i diu que se li donen molt malament les mates. La jove explicita "vaya que quieren saber si soy tonta". La psicopedagoga li pregunta en què creu que l'ajudarà a ella tenir aquest coneixement i es mostra poc interessada. Ella

diu que necessita ajuda amb les matemàtiques perquè li costen molt i li han dit que si aquí se li fa un paper li posaran més fàcil a l'institut. Se li explica el sentit de les proves i se li faciliten els tests. La jove els fa amb desgana. De fet, l'últim diu que no el vol acabar perquè "le da palo pensar". La psicopedagoga pressiona perquè s'esforci però donada la passivitat de la jove decideix deixar de fer tests. Aposta per fer una valoració una mica del context i li demana a la jove que li expliqui com li va la vida a l'institut. Ella respon arronsant espatlles i diu "Normal, me cuestan las mates". La psicopedagoga decideix, doncs, donar per finalitzada l'entrevista. Li explica a la noia que haurà de tornar un altre dia per acabar les proves i la noia respon si pot triar l'hora per tal de saltar-se classes. Un cop té data, la jove surt. La psicopedagoga explica que creu que aquesta noia més que un trastorn d'aprenentatge el que té és un espai familiar que no fa un seguiment prou estret del rendiment acadèmic de l'alumna. Creu que la jove necessita un seguiment proper perquè tot i que sense haver corregit el test apunta que si, que pot tenir dificultats amb les matemàtiques, aquesta noia necessita una orientació acadèmica sòlida i sembla que els pares no estan gaire per ella. Comenta que ho vol explorar en les següents visites i es planteja que potser cal tornar a convocar la família. Diu que és en casos com aquest que cal fer una atenció que superi els murs del CSMIJ, que pugui arribar al carrer. Perquè pensa que aquesta noia podria arribar a desenvolupar trastorns de salut mental si no sent un acompanyament fort.

14:00: Ha arribat l'hora de plegar. M'acomio de la psicopedagoga i li agraeixo l'espai. Ella també s'acomia de mi.

Observació no participant en reunió d'equip 20/12/2023.

Participants en la reunió: Psicòloga clínica, Treballadora Social, Psicòleg clínic, Educadora Social, Psiquiatres pediàtriques (n'hi ha dues), Infermera, Psicopedagoga, Coordinador del servei i Administrativa.

10:00: Arribo al CSMIJ, saludo a recepció i vaig cap a la sala de reunions on m'assec en una cantonada.

10:05: Arriben la infermera i una de les dues psiquiatres. Em saluden breument i es recorden l'una a l'altra la meva presència. Fan broma sobre que hauran de vigilar què diuen si hi ha algú escoltant. S'asseuen a la taula i es pregunten l'una a l'altra sobre si tenen algun cas a presentar. Sembla que no.

10:10: La resta de participants van arribant, la majoria per parelles, i saluden als presents. Segueixen parlant de temes personals. El coordinador arriba penúltim, ja que l'última és l'administrativa, que es disculpa per haver hagut d'atendre una trucada. A la reunió hi ha dos homes, la resta són tot dones. Ninguna de les persones assistents vesteix amb bata mèdica.

10:15: El coordinador dona per començada la reunió. Explica que el dia d'avui es presentaran els casos de diversos pacients i que després vol acabar de parlar coses més logístiques (com triar el dia del sopar de Nadal). El psicòleg clínic comença proposant un cas en el que explica que un adolescent de 14 anys té molts problemes d'absentisme. Segons explica és fill de família monoparental i la mare treballa moltes hores fora de casa. Havia arribat al CSMIJ fa un any per valorar possible TDAH. No obstant, sembla que la situació s'ha anat agreujant i el jove no vol sortir gaire de casa.

EL psicòleg explica que va brut i que sembla que tingui l'autoestima baixa. Proposa intervenció des del programa d'atenció a la crisi que lideren la TS i l'ES. Aquesta conversa és llarga amb moltes interrupcions de persones de la reunió que aporten anècdotes no directament relacionades amb el cas.

10:45. Un cop s'ha acordat que es passa el cas a atenció a la crisi, la psicoterapeuta aporta un cas d'una noia de 12 anys. La noia no vol seguir-se prenent la medicació que fa uns mesos que prèn perquè li treuen la gana i la fan "no ser ella mateixa". La psiquiatra que porta el cas explica que ja se li havia canviat la medicació fa mesos ja que ja havia referit aquesta demanda. La psiquiatra diu que van canviar a una medicació que no té la mateixa cobertura de salut (és més cara a les farmàcies) i que la família havia mostrat neguit en relació a l'augment de preu. La psiquiatra afirma que aquesta medicació té menys efectes indesitjats tot i que no és la que prescriu directament el Departament de Salut. La psiquiatra pensa que aquesta nova demanda pot tenir a veure amb aquest increment de cost. S'acorda que la psiquiatra agendarà visita per seguir explorant el cas.

11:10 L'equip d'atenció a la crisi (TS i ES) volen donar d'alta un pacient. Parlen d'un cas que veuen que han fet tota la intervenció possible i no aconsegueixen un canvi d'hàbits del jove. Opinen que el jove (15 anys) té una manca total de límits a casa i no sembla que el treball que estan realitzant amb la família serveixi per canviar la mirada dels pares sobre el jove, a qui diuen que és molt gandul i que hauria d'anar al mercat laboral per aprendre a valorar les coses. Gairebé totes les professionals han intervingut amb ell així que es dona una llarga roda d'opinions. Sembla que les persones que han desenvolupat més vincle terapèutic (Psicòleg i Educadora) són reticents a donar-li l'alta. No obstant el coordinador assenyala l'allau de derivacions que estan rebent i acaben decidint aprofitar l'espai per altres pacients que puguin aprofitar millor el recurs.

11:50. Per falta de temps no es revisen més casos avui. No obstant el coordinador aprofita per informar l'equip que enguany no s'ha assolit els objectius de medicació que imposa el Departament de Salut i, per tant, l'entitat CTM deixarà d'ingressar 15.000 euros aquest any. Segons explica, hi ha un percentatge (prop del 60%) dels diagnosticats amb TDA que han de ser medicats amb el medicament que prescriu el Departament. Això genera molt de rebuig per les treballadores. S'aixeca un murmur de veus. Una de les psiquiatres diu que ella recepta el que considera millor pel pacient i es mostra indignada del que entén una ingerència de la Generalitat. La Psicopedagoga comenta que són un dels CSMIJ's que té una ràtio de medicació més baixa i pensa que això ha de seguir així. La TS explica, a més, que li sembla incongruent que la generalitat fixi aquests objectius i faci que la cooperativa CTM es vegi afectada quan la cooperativa beu teòricament de l'antipsiquiatria. La infermera comenta que ells han de donar la millor atenció i que no comparteix això dels objectius. Per la seva banda el coordinador, gens sorprès, fa to de resignació i diu que a ell tampoc li agrada, però que és el context en el que treballen, i que poden mirar de visibilitzar aquest desacord però que ho hauria de fer seguint els canals establerts a la cooperativa.

12:00: La reunió finalitza quan s'estan posant d'acord en la data del sopar de Nadal i quan la gent s'ho ha apuntat van sortint de la sala. Queden endarrerits alguns professionals molestos per la notícia dels objectius compartint la seva indignació. En acabar m'acomio i marxo.

Transcripció i codificació entrevistes.

Les entrevistes han estat codificades per tal de facilitar el seu anàlisi mitjançant les següents categories:

Funcions professionals	Experiències i sentiments personals	Demandes que rep el professional
Mancances del servei i propostes de millora	Categorització de perfils	Estratègies d'avaluació i intervenció
Conseqüències intervenció	Relació amb altres serveis	

Àmbits d'actuació promoció de la salut, prevenció del trastorn mental, tractaments i rehabilitació psicosocial.

Entrevista Psicopedagoga (PP)

E- Doncs aviam, la primera pregunta és quin és el teu rol, la teva funció aquí i les tasques que fas.

PP- Bé, doncs soc psicopedagoga, les tasques que faig són l'avaluació, seria més neurocognitiva o l'avaluació cognitiva dels nanos amb dificultats d'atenció, seria tota aquesta part d'avaluació de capacitats cognitives, funcions executives, atenció i per altra banda l'avaluació de les possibles dificultats d'aprenentatge.

També hi ha la part d'avaluació o de detecció de discapacitat cognitiva o d'altres capacitats. I tota la part d'intervenció, és a dir la part d'intervenció psicoeducativa que ara tinc una miqueta parada, també seria una altra part d'una altra de les funcions.

Sí, per un cantó, avaluar el trastorn d'aprenentatge, discapacitat cognitiva, o altres capacitats, que això seria el diagnòstic que jo puc fer.

Després, dintre de l'avaluació del dèficit d'atenció, l'avaluació clínica s'acompanya d'una valoració neurocognitiva, que és la que jo faig, i després hi hauria la part d'intervenció.

E- Molt bé, gràcies. Pensant en el CSMIJ com a servei, m'agradaria que reflexionessis sobre quina és la funció del CSMIJ i què aporta en el seu context territorial del servei.

PP- El que aportem és un servei de salut mental infantil. L'objectiu del CSMIC és atendre tota aquella població que té problemes psicoemocionals per tal de millorar aquesta situació tant a nivell del nano com a nivell familiar.

El tema és que els protocols que de vegades ens porten a atendre població més greu. Llavors, cada cop es té menys en compte la prevenció perquè no arribem. Aquesta part més comunitària, que seria la prevenció o aquests beneficis que té, de cara a un futur, d'intervenir d'una manera més precoç. Tot això no s'està fent. Centrar-nos en els casos

greus, clar, ens encaixa en un perfil, i ens límita una miqueta el podeu oferir més cap a la població en general.

E- Val, com et sents tu amb aquesta funció?

Sí. Jo, a nivell personal, m'agrada molt la part que faig, l'únic que sí que conforme... Jo crec que he arribat a un punt on també m'estic qüestionant la meva feina perquè és constantment fer molta avaluació, i vull intentar treure temps per fer una mena d'intervenció més global.

Però ara, en aquest moment, la demanda que hi ha és la d'avaluació. Jo em trobo molt amb una dinàmica de diagnòstic, de etiqueta, que a vegades, a nivell ètic, et qüestionen si...

Però bueno, també ajuda molt a la família, clarament, surt amb una experiència molt agraïda ja que necessiten que algú els acabi dient què és una dislèxia. O moltes vegades ho dic jo, tot i que és un diagnòstic clínic, i és un diagnòstic que fa el psicòleg o psiquiatra.

Des d'aquí jo els explico també quines dificultats d'atenció he vist, com treballen, quin tipus d'errors fan, amb la lectura igual, quins errors hi ha a la lectura, què s'hauria de treballar...

Tota aquesta part de diagnòstic i d'orientació, doncs es va detectar que era necessària, que no s'estava fent, que sí que es feia a la privada, però que hi havia moltes famílies que no hi podien accedir, i que els casos quedaven coixos, si no es feia aquesta part de l'avaluació. Per això es va ficar aquesta figura, que podria haver sigut un neuropsicòleg, possiblement també. En aquell moment estava jo i ja estic fent aquestes funcions.

E- Què és per tu la salut mental?

PP- Doncs mira, jo crec que la salut mental és estar bé, estar conforme, estar feliç, estar convençut, sentir-te a gust amb la vida que tu tens, amb què tu dediques el teu temps, que hi hagi com una relació lineal entre el que tu fas i si t'agrada o no t'agrada aquest tipus de vida. I aquest tipus d'estils. Per mi així ho podria explicar millor.

E- Ara et pregunto pel teu repartiment de tasques. La idea és que em diguis quina part de la teva jornada dediques a quines tasques.

PP- Doncs mira, jo faria... Un 60%.. d'avaluació. I . i l'altre 50... Seria la meitat, 25 i 25, corregint informes i que em quedaria amb 10, que seria la intervenció.

En aquest moment tinc dos nens en seccions psicoeducatives però dintre d'intervenció. Si entenc que ho és, com a intervenció, les devolucions amb les famílies. Aquí ampliaríem. Llavors hi hauria possiblement un 20. I trauria de l'avaluació. Hi hauria una primera entrevista més estructurada, més estona...

La majoria són casos derivats d'un psicòleg. Aquesta part (l'avaluació) ja està feta.

E- Quins són els criteris que utilitzes per avaluar i diagnosticar els casos?

PP- Durant aquesta pregunta la psicopedagoga va traient papers, mels ensenya i el deixa sobre la taula. S'ha creat una pila de fulls semblants sobre la taula-

Per avaluar les capacitats cognitives al WISC, per exemple, o el RIAS. També per avaluar les capacitats cognitives. Per avaluar si és una discapacitat cognitiva la conducta adaptativa... que seria un test que es diu ABAS. Si no, amb l'entrevista familiar hi ha diferents àrees que s'han d'observar i s'han de preguntar.

Per avaluar l'atenció, hi ha les funcions executives, diferents tests per avaluar les funcions executives, l'atenció sostinguda, selectiva...

Per avaluar les altes capacitats a part del WISC, que serien la llengua, capacitats cognitives...

Aquest test que són les funcions psicolingüístiques, només fluïdesa fonològica i semàntica i les seqüències i la lateralitat per a tota la informació qualitativa que et donen els nens. Com estructura el contingut, si hi ha comprensió o no hi ha comprensió oral, això és molt important... hi ha a tota una part qualitativa.

Això seria llengua. Amb el rendiment cognitiu, és el que he dit, seria l'WISC més la conducta adaptativa. Depèn de l'edat, si no, el RIAS.

I en faltaria les altes capacitats. Això són diferents fitxes en funció del que avalués...

Si el que avalua és l'atenció, aquest si el que avalua és el llengua, serien aquestes. Si el que avalua són possible discapacitat cognitiva,

I per altes capacitats, el WISC, el Bàric, que n'hi ha molts, s'ha d'agafar el de l'edat, jo tinc el de l'ESO, perquè considero que les altes capacitats s'han d'avaluar a partir dels 12 anys aproximadament. Si abans hi ha una precocitat doncs també s'ha de tenir en compte i també s'ha d'intervenir a nivell educatiu. Però per altes capacitats a partir dels 12, s'ha de fer un test de creativitat, que pot ser qualsevol d'aquests...

I sobretot, hi ha un primer contacte amb la família, tota la informació familiar, el contacte amb l'EAP, les coordinacions, ells també et diuen moltíssim, venen observant aquell nen o nena, i la informació del context o dels altres serveis es molt important la part qualitativa.

E- Amb quina nomenclatura fas referència a les persones que tens?

A vegades dic usuaris, a vegades dic famílies, a vegades dic pacients, poques vegades dic pacients perquè no ho són.

El que passa és que estar en un entorn sanitari acabes dient... -assenyala com volent dir pacients- o tinc una visita que sona com a...

Jo crec que dic tinc un nen... tinc una família... tinc una avaluació... Mira, a vegades dic que tinc una valuació i tinc un test per fer referència a la persona. O els anomeno pacients quan parlo amb altres professionals. Estem en l'àmbit sanitari...

Tinc una devolució amb una família... No, família, nen, nena, no dic pacient. I no dic usuaris. Usuaris no ho dic mai, perquè usuaris sí que em sona com d'una manera freqüent i com un servei més crònic.

Serien pacients, possiblement. Però com que jo no soc sanitària, en teoria, a la pràctica ho sóc perquè soc un centre de salut i cobro segons el conveni sanitari.

E- Quins són els objectius o les estratègies que utilitzes a l'hora d'intervenir? És a dir, què tens en ment, quina és la finalitat cap on vols intervenir?

Diagnòstic. És així. Ja, des que entra el nen i a veure què explica la família i quines dificultats hi ha i si aquestes són greus o no.

No, l'objectiu, meu sempre, és descartar. És sempre, és descartar diagnòstic. Estic escoltant però estic mirant a veure què pot ser que no sigui. Moltes vegades ja venen taan encaixats que ja saps, possiblement, i canvies la mirada, però l'objectiu és i ha de seguir sent. No m'he de desviar d'intentar veure o no. Aquest símptoma el té, però no el té.

A vegades entres, inclús en confrontació amb alguns pares, perquè no el té, no el té, però fixa't que aquí sí que ho té..

E- La segona part era quines dificultats en relació a l'atenció et trobes?

És que entres en aquesta dinàmica: valoració /diagnòstic, valoració / diagnòstic. Se t'emporta la dinàmica. Sobretot, contra més volum temps de feina, més ràpid, doncs entres en aquest bucle de resposta ràpida. Tenim masses derivacions.

I això és el que sempre ha estat un CSMIJ en que sempre s'ha la treballat així. En detriment, possiblement, del que pugui agradar a l'EAP, o agradar a les famílies.

Si cedeixes es fan diagnòstics amb una primera visita i has d'arribar a la medicació molt ràpid.

E- Perfecte. Ara jo crec que pot anar relacionat. Quines demandes veus que se't fan?

PP- Les famílies que venen, la majoria esperen un informe per portar a l'escola i perquè l'escola ofereixi els suports d'educatius necessaris.

És a dir, l'escola ha de fer un pla individualitzat i per fer-lo necessita una avaluació i un diagnòstic. La majoria és aquesta.

I d'altres famílies que venen, doncs bé, a veure, què podem conèixer més, quina informació complementària tenim i ens pot ajudar a l'hora d'intervenir.

I quan et venen derivacions dels companys, faig una miqueta de cribatge, de valorar si realment hi ha unes dificultats atencionals.

Si ells ho veuen molt, molt, molt clar en un tema, directament ho fan. És a dir, els informes de l'EAP ja podrien ser vàlids per fer PI a l'escola.

Perquè aquí. anem a mirar una mica més i anem a veure si sí o si no (hi ha trastorn). I a vegades sí, a vegades no.

I davant d'aquest context que tens unes demandes molt predirigides pel que fa a les famílies i tal.

E- com ho portes, com ho vius?

PP- És que tots estem així. És que les feines, al cap i a la fi, t'acabes com encaixaran unes funcions determinades i que acabes fent cada dia. I acabes sent rutinari sempre. I hem de posar-nos altres perquè això no succeeixi.

Per això dic que jo ara estic en un moment on em començo, no sé quan ho faré, però on em començo a plantejar que he de fer un canvi.

I de moment estic així. Però tots estem igual, un psicòleg rep una derivació d'un metge de capçalera o d'un EAP que ja t'està dient que l'objectiu de la derivació és aquesta. I un psiquiatre, pràcticament li està dient que té molta ansietat a veure si es pot millorar la medicació.

Que tu intentes, per altres estratègies, fer la teva intervenció el millor possible... Que hi hagi un contacte amb els pares i que hi hagi una miqueta de vincle i que puguin explicar. Que l'orientació que tu puguis fer els pugui ajudar. Igual que amb el nen, que el nen pugui saber que el que li passa és una dislèxia i que les seves capacitats cognitives tenen la normalitat. I que s'haurà d'esforçar una mica més entre aquestes tasques, però que se'n sortirà. No se'ls hi ha dit mai. Jo penso que ho han de saber.

Ja depèn de cadascú a intentar aquesta tasca que tenim fer-la la més motivadora possible. Però dirigits ho estem. Ho estem tots.

Si segons no l'EAP necessita el diagnòstic de TEA per poder implementar unes mesures de necessitats educatives o fer un dictamen, però aquest nen necessita un vetllador o una vetlladora...ja et limiten i et condicionen.

Llavors... En aquests casos, sí, realment sí que acaba molestant, perquè és el que diem.

És com...que és el que ens fa servir per...

Què fem? Un informe i un diagnòstic i tal.

Però que els serveis exteriors et diguin que has de fer això i això, això ja molesta més. Ara, per exemple, tinc una tornada d'una mare que em reclama un informe. Li dic, val, però per què vols l'informe? No, és que la tutora del PFI, quan ells vénen a l'horari escolar, saben que se'ls estan fent unes proves i vol saber què tal, com ha anat.

Vol un informe on plasmi com intervenir educativament amb el jove. Però jo no li puc dir com l'ha d'ajudar. I això implica parlar amb l'EAP i tot es compliqui. Toca anar posant límits.

Ara també et truca un altre de l'EAP que no l'hi has posat el diagnòstic de tea o tel a una nena, que jo veia molt clar que aquesta nena era un tea o un tel.

Aquí és on poses el límit, doncs no. No, no ho veig, no ho considero. Ah, és que clar, si no, no podem fer tal, tal, tal. Bueno, mira, us heu de passar a parlar amb els serveis socials.

Ah, bueno, doncs si no li poseu aquest diagnòstic, traiem els serveis socials -parafraseja el que se li diu des d'altres àmbits-. I clar penses, com pot un nen passar-se tota la ESO amb les mateixes dificultats i que no s'abordin si no tenen l'etiqueta que necessiten?

Llavors, aquest tipus de demanda sí que molesta, sobretot quan tu no ho veus. Tu pots veure clar un cas, no és el meu cas, però en el cas de les psicòlogues veure clar com és el cas, tu fas un informe, i si veus que necessita unes ajudes i tal...

O, en el meu cas el trastorn de desenvolupament del llenguatge... Ara venen un munt, és que és un munt. No tots ho són, eh. Però clar, sí que és cert, si té aquest diagnòstic, poden tenir prestació econòmica o més recursos escolar com una vetlladora. Recursos educatius, el pla individualitzat i la mestra d'educació especial i quantes històries. – Ho diu de manera tediosa, com enumerant una llarga llista de coses feixugues-.

Realment de posar-ho, suposa que aquesta família no podrà portar aquest nen o aquesta nena un cop a la setmana logopèdia. Llavors què fas? I et trobes una mica contra l'espasa i la paret.

És el nostre handicap. Que ho veus molt clar? Doncs fas el que toca. Que no? Davant del dubte... potser sí, potser no.

E- Ara t'obro un altre meló. És el meló de la medicació en el cas dels nanos. Fes una reflexió sobre què en penses, quin ús s'està fent, la utilitat que té.

Molt difícil perquè no estic molt al cas del tema medicació. Seria més en la psiquiàtrica. A veure... Les psiquiàtiques tenen molts casos de nens medicats amb una llarga durada. És que no ho sé – es nota que és un tema que se li fa incòmode i li costa posicionar-se-

No sé si t'estic dient algo que... És a dir, jo crec que hi ha nens i nenes que necessitarien medicació. Però en un moment puntual.

Vaig tenir un cas que demanava, ell ho demanava, que estava amb un batxillerat amb moltes dificultats. Em sembla que tenia un diagnòstic de TEA, amb moltes dificultats que veia que no se'n sortiria amb la selectivitat i demanava alguna cosa que l'ajudés.

Clar, no es veia com a positiu que es fes servir la medicació com a eina autoadministrada per moments determinats. I no es va fer. Però clar, un consum puntual em sembla menys greu que nens que es passen tota la vida medicant-se. És a dir, hi ha nanos que per una mica de dificultat atencional es passen tota la infància medicats... No tinc prou formació al respecte però penso que cal rumiar-s'ho molt.

I no es poden donar altes. El handicap de psiquiatria es que no es pot donar altes perquè són nens que estan medicats. Tenen com aquí un embut. Intenten no agafar molts casos nous perquè ja estan molt col·lapsades i tenen moltes dificultats per donar altes.

No seria qüestió de si és medicació si o no. És fer-la més limitada durant un temps, en moments determinats quan la persona ho necessita i en moments determinats treure-la.

Hi ha casos greus que sí que es necessiten sempre. Estic molt d'acord que hi hagi uns límits de no veure la medicació com a primera instància. Que tampoc estic en contra jo.

Aquests nanos... és molt complicat perquè s'hauria de fer la medicació durant un temps i anar treballant estratègies per relaxar-se al moment d'anar a dormir... S'hauria de fer dins d'un treball més global que no arribem a fer. Alguna cosa que sigui de veritat comunitària, com la prevenció.

E- Creus que el que es fa aquí al CSMIJ contribueix a millorar la vida de les persones que s'atenen?

Sí, sí, clar. Perquè la família ve amb una situació de malestar i s'intenta donar una possible resposta o possibles estratègies per millorar aquestes situacions.

Sempre el que es fa sempre millora alguna cosa. Encara que la visita sí que és cert, que potser la visita és cada dos mesos i no és l'ideal. No faràs grans treballs terapèutics. I en aquest moment estàs acompanyant, estàs escoltant, estàs contenint, estàs orientant.

Sempre va bé. Que faltaria més freqüència, sí.

Hi ha una demanda per part de la família. Sobretot hi ha una demanda d'ajuda. Si partim d'aquí, sí. Aquí se'ls ajuda.

E- D'acord Quin grau d'agència penses que tenen les persones que atens? Si són protagonistes del seu procés i poden triar en relació al seu procés.

Jo tinc un perfil una mica diferent. Si em fas aquesta pregunta a mi o la fas a la Marina o a la Judit amb atenció a la crisi, la resposta serà diferent.

En el meu cas la gent ve molt conscient que el fill ja té unes dificultats d'aprenentatge, perquè el nen té unes dificultats d'aprenentatge o li costa molt centrar-se i concentrar-se.

La demanda està molt clara i moltes vegades s'identifiquen la majoria amb aquest nen o nena.

En general, en les derivacions en general, jo crec que hi hauria una miqueta de tot. Hi ha gent que ve perquè els han orientat i ja tenen una mica clar què hi venen a fer amb mi.

Jo et diria que els psicòlegs que arriben més primeres, poden tenir demandes més variades. Però en el meu cas, com a psicopedagoga bàsica, les famílies venen amb una demanda clara i amb una identificació d'unes necessitats específiques. Que després facin o no facin el que el nen o nena necessiti, ja és una altra cosa.

O que vegi que hi ha dinàmiques que estan perjudicant la situació no hi hagi molta millora, també pot ser. Ara sí que és cert que els nens i nenes els porten aquí i moltes vegades no saben ni a què venen.

E- D'acord, últimes preguntes. Quines necessitats formatives tens?

Per mi, ara, en aquests moments, el que detecto és la part de la intervenció infantil. La part de més... No ho sé, diria com més terapèutica, perquè a vegades també aquí els nanos expressen coses i les famílies expressen coses i m'agradaria poder fer més suport en determinades visites.

La part de l'avaluació la tinc bastant formada. Hauria d'actualitzar algunes proves que comencen a estar una mica desfasades.

Però també ALTEA edicions que són les que fan els testos, s'haurien de plantejar molt bé si actualitzar o no. Perquè el nivell de lectoescriptura actual no té res a veure amb

el... 1990, que es va fer l'últim retest. Hi ha el TALEC, hi ha el ROLEC i el PRO-ESC, que estan desfasades.

E- Per acabar dues preguntes en una. 1. Una és, com a estructura, quines mancances li veus al CSMIJ? 2. M'agradaria que fessis la carta als Reis Mags.

Dos psicòlegs més – diu ràpid i amb contundència- I no sé si una psiquiatra... Dos psicòlegs més, sí.

Perquè els altres àmbits d'educació, com educació i treball social, en principi també, arribarà una labor terapeuta.

I una administrativa més. Molt important. Falla molt la part administrativa. Perquè... És important rebre la gent, no has de ser una hostessa amb un somriure, però d'una manera càlida. La gent que entra per aquí no entra per coses massa bones. Jo vaig aportar el meu fill al CSMIJ i no hi vaig per gust.

Perquè el teu fill té unes dificultats. I algunes són lleus, però tu no ho saps. I d'altres pot ser que aquesta gent estigui vivint una situació molt dura, i hem de ser molt conscients de per qui treballem. I no pots atendre la gent d'aquesta manera, amb aquest to, parlant malament...

Per mi és molt greu. I no és ni la primera segona ni la vintena segona vegada que arriba un pare a una mare i es queixa. Però anem parant els cops. Venen tan empenyats que t'ho menges tu, i tot per falta de tacte. Això no pot ser.

I amb lo col·lapsada que està l'atenció, a vegades no pots ni donar una altra visita en un plaç raonable

Sí, una de les dificultats és la manca de professionals, perquè si la gent necessita ser atesa, el que estem fent és no atendre. Allargar la llista d'espera.

Hauriem d'intentar que aquestes coses menys lleus ja es puguin resoldre amb l'EAP, o les pròpies escoles. No hauria de caldre un diagnòstic per tenir un PI.

Llavors davant de la saturació només pots orientar cap a alguna privada per intentar... No sé si això ho hem de fer -es mostra dubtosa-

Llavors, les indicacions per part de Salut, són de crear uns projectes que són com bolets per atendre els casos més complicats, però això no et deixa espai per a fer intervenció comunitària com prevenció. Si millores la qualitat de vida d'aquella gent, perquè la part més greu de la població són una minoria. Si poguessim fer prevenció de veritat potser no hi hauria tants casos greus. No se...

E- D'acord, aquesta era la darrera pregunta. Gràcies per la teva participació.

Entrevista psicòleg clínic (PC)

E- La primera pregunta és si pots explicar quin és el teu rol en aquestes funcions aquí al CSMIJ.

PC- Quin rol tinc aquí al CSMIJ? No sé quin rol tinc.

E- Psicòleg? I què fa un psicòleg al CSMIJ?

Bona pregunta. No podem fer psicoteràpia, que és el que sembla que hauríem de fer. Llavors, jo diria que fem valoracions diagnòstiques, fem intervencions psicoterapèutiques i seguiments.

E- Perfecte. Quan dius que no pots fer... que no ho podeu fer, per què és?

PC- Per ràtio de pacients. Jo puc fer-ho si vull, el tema és que tinc 200 pacients, i per mi una psicoteràpia com a molt s'hauria d'allargar quinzenalment, més no pots establir un bon vincle per poder entrar a profunditats o poder entrar a matisos que poden generar un canvi a nivell estructural. No és una psicoteràpia com a tal. Llavors, no vol dir això, que no pugui ser vàlid fer intervencions psicoterapèutiques, coses més puntuals o coses no tan profundes però que a vegades generen canvis o orientacions...

Llavors, és un tema estructural, hi ha moltes derivacions i per tant no s'arriba a fer tasques que consideraries adequades.

Falta personal.

Llavors, els recursos que hi ha, s'ha de fer molt abans i veure què pots fer i què no pots fer.

E- La següent pregunta et plantejo quin rol que creus que té el csmij a la societat . perquè és necessari? com a reflexió, te la plantejo com una manera oberta,

PC- Per què és necessari? Clar, jo penso que el CESMIC és el centre salut mental de referència a la pública amb infant i juvenil i la funció és poder ajudar, poder donar atenció psicològica a qualsevol nen familiar que ho necessiti.

E- Llavors, tu com a professional dins d'aquesta funció que fa el CSMIJ, com t'hi sents, com t'hi relaciones, creus que estàs podent remar en aquesta direcció?

PC- Què vols dir? No entenc què em preguntes. Què vol dir remar en aquesta direcció? En quina direcció?

E- Bueno, quan jo em plantejo el rol del CSMIJ, l'atenció a les persones menors d'edat amb trastorns de salut mental, Entenc que hi pot haver contradiccions entre visions personals i encàrrecs professionals.

PC- Si hagués entrat a treballar aquí, al meu inici de la carrera, segur que estaria i segurament d'aquí un any ja no estaria a treballar aquí. Perquè ho hagués entrat amb unes expectatives naïfs .Però com que he entrat sabent molt bé allà on entro i quines mancances hi ha i què és el que hi ha aquí, estic molt ben ubicat i no em genera contradiccions.

Si jo em planto aquí com jo soc un psicòleg que fa psicoteràpia i per ajudar la gent s'ha de fer des de la psicoteràpia, en dos dies et frustres, et cremes, et desbordes i ja està i t'acabes forçant visites, intentant buscar solució al problema quan la solució no és teva sinó que és més política.

El tema és que...bueno, no, penso que no, que és veure quins recursos ofereix políticament, diguéssim, o quins recursos hi ha i amb quins recursos què pots fer. I a partir d'aquí acceptar les limitacions i amb els recursos que hi ha i a intentar veure com es pot gestionar de la millor manera.

I penso que molta part és valorant que hi ha casos que no són psicopatològics . Per exemple, hi ha molta part -de pacients- de serveis socials o d'atenció psicosocial, doncs no carregar-nos a nosaltres. Estic fart de dir-ho, perquè serveis socials ja hagin col·lapsats, no ho hem de tindre nosaltres, perquè nosaltres també hem col·lapsat, llavors, no. És un cas social, és un cas que s'ha de valorar si aquests pares estan habilitats per tenir fills o no, funcions parentals...

Què faràs aquí al CSMIJ? No és funció nostra. Però és difícil perquè som el CSMIJ de referència, llavors sembla que tot ha de caure sobre teu i ha d'estar vinculat a tu. Perquè una persona amb aquest tipus de família, com no estarà vinculada al CSMIJ? Quina necessitat té de vinculació al CSMIJ?

Com que això costa, i més quan tots els serveis, et senyalen a tu, no? I és anar a contracorrent en aquest sentit, però...Penso que és part de la feina que fem també, o que jo em sento realitzat a l'hora de fer, de... jo dic que tinc una cosa, però això ja és més personal, quasi de política o de negativa política o activisme, quasi. Que no hauria de ser així, però d'una bona praxis, de fer servir el sentit comú,

E- De fet, jo crec que d'aquesta part més política és té molt de pes al ser conscient que els patiments psicològics es donen en un context i que és important desgranar. T'animo a no guardar-te opinions per por a que interfereixi. La teva mirada política també em dona informació útil. Següent pregunta. Què és la salut mental?

PC No se les definicions de la OMS, això ho vaig estudiar al seu dia –riu-. Però és com el vetllar per el benestar de les persones, no?

E- Llavors, ara aquí et vull fer una pregunta sobre el teu repartiment de tasques. Ho pots fer en percentatge, si vols, però de les tasques d'evaluació de diagnòstic o d'intervenció, com diries que es reparteixen en hores?

PC- Però la pregunta, no sé si és intencionada o no, però està encaixada dins del paradigma que critiques. Llavors jo no estructuro la meva intervenció en aquests d'això, sinó que jo atenc una persona que venen per un malestar i intento primer de tot entendre quin malestar té aquesta persona. I a partir d'aquí, quan l'entenc, intento intervenir perquè millori aquest malestar.

Llavors, eines, des de la mirada, l'escolta activa que tinc el primer dia escoltant que t'expliquen el seu malestar, això ja és un tipus d'intervenció. Llavors em costa diferenciar...

Dic perquè no venen aquí...La demanda hi pot ser, però jo intento sortir-me'n d'aquí "de vinc perquè em posin el diagnòstic de TDA, perquè així l'escola em fa una adaptació curricular perquè si no puc obtenir els beneficis... Jo intento dir que jo no funciono així o la meva funció no és aquesta. Primer vull entendre què li passa, per què li passa i després què podem fer.

i a partir d'aquí, si l'escola necessitar activar o no activar un diagnòstic, decidirem si et poso un diagnòstic o no, poso un diagnòstic valorant si el perfil podria quadrar. Però ja vas amb preavis del resultat que es vol.

E- Creus que això és freqüent, que és la sensació d'aquella gent orientada a buscar un diagnòstic?

PC- Total, totes les que venen e l'EAP, venen per això. Tampoc acaba de sorprendre. Però perquè és el de sempre. I estem, això no és meu, això ho diu el senyor Tizón, que no sé en quines paraules ho deia, però que l'assistència pública no és l'assistència de rebre, sinó d'expulsar.

Tu ets un pacient, a veure com te'l pots treure de sobre. I anem expulsant. I venen aquí, no, això no és la salut mental, això és el servei social. No, això és la salut mental. Això és de l'escola. Això és psicològic. I pum pum pum – es pica les mans- Allà on el pots xutar el vas xutant. Pum.Pum.Pum . I així vas intentant fer hueco. I distribuir. No és meu, això ho vaig escoltar el Jorge Tizón. És una eminència a nivell de saber.

E- Ara que parlàvem de demandes, i em deies que això és freqüent, si haguessis de dir quines són? 3, 4 tipus de demandes més freqüents que reps per part dels nens, de les famílies...

PC- Valoració de TEA , valoració de TDA...Les dues. Inclús TEA o TDAH? Quan són coses que ressemblen una cosa amb l'altra, però si a vegades en trobes inclús nens amb els dos diagnòstics.

Això em costa entendre. Penso que sí. Aquestes dues serien les que més són.

A vegades, des de Eaja, poder fer un seguiment, poder identificar si hi ha...si s'observen indicadors de risc, tampoc seria massa... No predominaria això.

E- Vale, i en aquests casos, quina estratègia, quina pròpia li dones, com t'hi enfrontes, a aquestes demandes?

PC- El que t'he dit abans. Allò de preguntar, de dir què és el que us preocupa del nen o quina disfuncionalitat veieu en el nen o quines conseqüències, en què està afectant... Això ho ha de dir la família . Anem a veure què és això, per què li passa i què podem fer aquí.

Per què, si jo haig de codificar això amb un diagnòstic ja ho veuré? Però quina utilitat ens dona el diagnòstic? Diguéssim... No ho sé.

Veiem que el TDAH no deixa de ser una una simptomatologia, d'hiperactivitat o falta d'atenció, Tenen uns orígens molt diferents i el que ens cal és entendre'ls i atacar allò.

I per això el diagnòstic em serveix ben poquet.

En TEA seria diferent, perquè seria una estructura, seria una manera de fer i al nivell d'intervenció sí que és interessant saber si tens una estructura TEA o no.

Però una estructura TEA,el que avui diagnostiquem com a TEA és un calaix de sastre on diagnostiquem no per una estructura o un tipus de funcionament sinó per una simptomatologia.

I per mi la simptomatologia no ajuda a entendre el pacient. És una cosa descriptiva que... que la poden fer les escoles.

E- Vale. Hi ha una cosa que...que jo ja l'he captada, però et faig la pregunta explícita per enfrontar-t'hi també. Amb quina nomenclatura et refereixes a les persones que tens?

PC- Pacients.

E- Abans em va semblar que utilitzaves molts nens, infants has dit també...

PC- Per mi som pacients. Per mi penso que en molts àmbits de la vida quotidiana passem d'un extrem a l'altre amb l'efecte pèndol.

I per mi som pacients.

No ho sé etimològicament el significat, ni vull entrar-te'n així, però soc pacient perquè venen a atendre's per un professional que els ajuda. Per mí anomenar-los clients estàs posant l'èmfasi en els diners.

I usuaris per mi que surt de...és com una dificultat de poder posar les coses sobre la taula. I és que estàs en un tractament i que és dins de la salut i que hi ha un tipus de vincle terapèutic.

I usuaris per mi són coses més generals, no sé com dir-ho, soc usuari d'un taller mecànic o soc usuari d'un centre de bellesa. No ho sé, és que em dóna la sensació que caiem o en una cosa biològica, medicalitzada, o en una cosa volàtil d'on de todo vale, i penso que és ni una cosa ni l'altra. Pot ser pacients. No cal que posem una etiqueta per símptomes, no cal que els mediquem de la primera de canto, i podem fer servir etiquetes diagnòstiques.

Però sempre que ens ajudin les etiquetes diagnòstiques a entendre el pacient, i per mí el diagnòstic és entendre què li passa a aquell pacient per poder-lo ajudar, no posar una etiqueta.

I dir un TDA crec que no ajuda a entendre aquell pacient. Li costa concentrar-se? Per tant, ja ho sap el metge, el pare, el mestre, i qualsevol persona que el miri. No ha d'haver d'anar a un psicòleg perquè diguin això.

E- Molt interessant. Ara has comentat el tema de la medicació. Com et relaciones amb la idea de la medicació?

PC- Com a CSMIJ, penso que medica poc -en comparació a altres CSMIJ-. Positivament parlant. Jo penso que és una eina més que tenim. L'únic que en l'infància jo soc bastant crític i penso que ho haurien de medicar el menys possible.

Però quan penso en medicació, quan penso en derivació psiquiatria per valorar la medicació, quan penso en el nen, perquè si només pensés en el nen segurament no medicaria ningú,

Si no penso en el context familiar. I que el nen estigui més calmat, en alguns casos, per un efecte de la medicació, pot ajudar que aquesta família estigui més funcional. I des d'aquesta funcionalitat se li pot afavorir un entorn més assequible pel nen.

Se li poden atorgar al nen des de la parentalitat funcions més saludables i que això pugui intentar ajudar a que es pugui estar nutrint emocionalment el nen, generant un bon pronòstic.

Tot i es a canvi de portar alguna medicació en alguns casos. Ho entenc molts cops des d'aquí.

I aquí és on jo puc entendre la funció de la medicació.

Perquè si no aquests pares estan desbordats perquè tenen molts dèficits que no poden contenir i potser és una manera de contenir aquestes ansietats

Des d'aquí és on ho entenc més, la veritat.

Si no, en casos ja molt greus, però que molts cops ja els porten directament a psiquiatria, anant-hi amb patologies molt severes, inclús orgàniques, disfuncions biològiques que... Que també hi són.

E- Creus doncs, que la tasca del CSMIJ té un impacte positiu en les vides de les persones que atens?

PC- Jo penso que sí, però amb unes dosis molt més baixes del que haurien de ser. Però això no depèn de mi.

.E- I tens la sensació de tindre com retorns favorables o seguiments que diguis ostres, mira, aquell nano que estava en aquesta circumstància....

PC- En tinc menys dels que m'agradaria i menys dels que haurien de ser. Però hi n'hi ha de tant en tant.

Però et dic jo, com a professional, si m'hagués de nutrir només d'això, no estaria suficientment nutrit. Llavors penso que el meu paper aquí, o per això hi soc jo i això és una cosa molt personal, és perquè a part d'aquesta part hi ha la part de política. Política, activisme, que una institució pública m'ofereix, perquè molta gent no es pot pagar recursos privats o molta gent ha de passar per aquí perquè jo haig de fer un informe perquè puguin obtenir no sé què o no sé quantos...

I des d'aquest, entre cometes, poder puc donar o puc oferir un enfoc que sé que no hauria de ser, però sé que és diferent del que predomina l'administració sanitària. I això és el que ara solament em nutreix i em compensa de la carència com a psicoterapeuta,

I que per això tinc unes horetetes de la privada que em nutreixo, acabo de nutrir per allà, diguéssim.

E- I ara parlant de dificultats i de carències, Quines són les principals dificultats? Entenc que una d'elles té a veure amb el tensionament del servei en nombre de pacients...

PC- És política, és burocràcia, és gestió de diners i recursos on és tot i això no del meu abast. i estàs gravant! Però és com des del polític, des del públic a lo privat, tota la línia que passen els diners, des de les decisions polítiques de...segurament no hi entenc

gaire com això, però des d'Europa, segurament a Espanya, Catalunya, CTM. Tots aquests filtres, com es va gestionar tot això...

I entenc que hi ha decisions que han d'anar molt més a dalt perquè es donen diners segons els tipus de diagnòstics i en tots els punts que nosaltres hem de complir per rebre o no rebre diners. Però perquè d'aquí també hi ha la part de...lliure d'acció de l'empresa, diguéssim, a com manejar això i en cada step, en cada àmbit aquest, com ha de ser tot això.

Des de com està distribuït aquest despatx a nivell immobiliari i a nivell d'infraestructura per nens que no està adequat, diguéssim, a la quantitat de psicòlegs que hi ha aquí, els temps de visites...

Però dins del que cap en aquest CSMIJ entre coses bones i dolentes tinc llibertat d'intervenir com a mi m'agrada

E- Molt bé, merci. Doncs ja anem acabant. Aquesta és una pregunta una mica més abstracta. La pregunta, tal com està escrita, és quin grau d'agència creus que tenen les persones pacients que venen aquí, és a dir, fins a quin punt són protagonistes del seu procés de salut, si decideixen venir, si poden o no poden decidir... si tenen més o menys edats també deu canviar?

PC- Clar, depèn del cas, n'hi ha que venen per iniciativa pròpia, a partir dels 16 anys poden vindre ells sols a demanar consultes, sense inclús que ho sàpiguen els pares. Una minoria o molt minoria, els que venen així.

Clar, son menors en la qual la decisió la tenen els pares, llavors són els pares els que decideixen, però molts cops no són els pares que els portarien, és l'escola que els apreta, els serveis socials que els apreta.

Llavors és difícil, tot i que aquí intentem revertir això, i preguntar t'ha derivat no sé qui, però tu quina demanda tens, tu què vols? Amb quina demanda vens tens tu (jove), i si tu no tens demanda

Jo aquí no puc fer massa cosa,

E- Per últim, més a nivell teu, quines necessitats creus que tens a nivell de formatius, i l'altra ja és una mica fer una carta als Reis Mags del CSMIJ.

Sí que hi ha nombre de professionals, intentaria reduir programes, ara surten programes d'atenció a la crisi, surten programes de salut i escola... Surten com molts bolets que responen a la realitat política, perquè queda molt bé políticament de dir ara tindrem psicòlegs i psiquiatres i infermeres als ambulatoris. Mentida! Ara traurem personal dels CSMIJS perquè vagin a l'ambulatori un dia a la setmana.

Tot funciona així.

Jo penso que el CSMIJ com a entitat ja està bé, és salut mental pública. No cal inventar res més. Les necessitats de les persones per molt que evolucionem són les mateixes sempre, des de la prehistòria fins ara.

Simplement és dotar-lo de recursos perquè puguem fer quan calgui. Quan veiem un nen que no surt de la seva habitació a casa seva, sortirem del despatx i anirem a casa seva. No cal fer un programa d'atenció a l'ambulatori.

Ja sabem que podem aixecar el cul i anar a casa dels pacients. Des d'aquí hi ha mancances a nivell d'espai, de més coordinació, professionals, espais d'interconsulta... No em costa respondre-te així.

La primera, quines mancances: Supervisió representa que en tenim, però no en tenim ara, puntualment. Hauran de tornar, no sé què passa, però penso que seria una cosa... I potser més formacions de coses més actuals. i més informatives dins de l'empresa des de demandes nostres.

També un tema judicial de pares separats, custòdies, drets, deures... Per exemple, que ens poguessin assessorar amb tot això. Tests gràfics és el que jo crec que em falta i m'agradaria millorar aquí

No ho sé, l'únic és que molta formació i moltes línies van a nivell d'especialització. Avui, professionalment, has d'estar especialitzat amb algo. I penso que això perd tota una riquesa. Jo aniré a parlar de mi, però penso que és una riquesa poder haver tocat molts àmbits diferents. i això m'ha enriquit molt i em fa ser un professional. Soc especialista en res o en tot. He treballat amb algo sexual, he treballat amb inserció laboral, he treballat en diàlisi i ara estic en un CSMIJ.

I la ment humana quan es posa malalta, quan té una malaltia crònica, quan no té feina, quan embogeix, quan té fills, quan és petit... L'acompanyament ha de ser tot el mateix. I penso que això enriqueix molt. Sembla que va una mica contra corrent amb el que ens trobem. És a dir, no confio en tanta especialització.

Entenc que amb la falta de recursos que tenim i amb els temps que podem donar als pacients és més fàcil fer una primera visita, posar-hi un diagnòstic, donar una ajuda o ja està, ja he fet la meva feina. Cal fer-ho a l'escola perquè poden aplicar el seu programa. i a mi em lliura.

Jo ja he fet la meva feina, tens el diagnòstic, és com més fàcil i no aguantar incerteses de no ser, ja sé que és difícil, anem fent, anem veient, a veure, a provar això, a provar allò... I per això penso que caiem al que la societat demana,

Però això no és salut mental només, és tot. Hi ha molts mons líquids que parlen de Bauman. I hem de ser capaços d'adaptar-nos.

E- En l'entrevista per mi ja estaria aquí. Moltes gràcies per la teva participació.

Entrevista Treballadora social (TS):

Entrevistador (E) Aquesta gravació és per després fer una transcripció, és confidencial i anònima la participació, o sigui que en aquest terme no pateixis, ets lliure per tant...

Treballadora social (TS). Ah, però això és per tu, no?

E És per mi, si per aixir poder transcriure i estar més atent ara. Vale, doncs per començar m'agradaria si poguessis explicar quin és el teu rol i les teves funcions aquí al CSMIJ.

TS - Uf! Comencem fort. En 20 minuts en tindrem prou?! No, molt ràpid. Jo, per mi, diferencio com dues parts, no? Hi ha tota una part de atenció com més directa, que és tot el tema de la atenció domiciliària, atenció a joves, a nens no, més a joves, a nivell, doncs, això, orientació laboral, orientació a l'hora de triar un estudi, de fer com a acompanyaments, i una part més de paperassa, que aquesta no m'agrada tant, però és una realitat, i és així. Llavors, aquesta paperassa és una paperassa... No tengo que hacer juicio de valor o si?? -riallada nerviosa-

E Sí, sí i tant .

TS Llavors, vivim en un lloc on diu que, segons quins barem i quins no, tu tens unes ajudes, tu no les tens, i tot. Llavors, has de passar per el tubu. I a vegades, tot això és un punt pervers, però has de passar pel tubu. Llavors, si tu no tens recursos econòmics però la teva filla o el teu fill té certa mancança, i dins del sistema públic no la podem cobrir perquè no és veritat que amb un cop cada dos mesos tu puguis fer res amb aquella persona... I si volem sol·licitar una beca, doncs ha de tenir un diagnòstic, ha de fer aquest paper, l'altre paper -mou els braços tediosament-... Llavors, aquesta documentació, una seria la beca, la discapacitat, la llei de dependència... Tota aquesta part de documentació és la que em toca fer la mi amb les famílies.

Després hi ha una part de coordinació amb el món, i amb el món extern del CSMIJ, que és coordinacions amb serveis socials, amb la DGAIA, amb els EAPs, amb les escoles, amb tota una sèrie d'agents externs que volen saber d'aquell nen.

Ja És que sí, no m'enrotllo.

E Ara que dius això de la part externa, la següent pregunta és quin és el paper social i estructural que ocupa el CSMI? Per què serveix? Què aporta? M'agradaria la mirada a crítica...

TS- A veure, què aporta? Representa que ho hauria d'aportar fent tot aquell acompanyament i tot aquell suport al patiment dels nens i joves de la nostra zona. A vegades, és que no sé com dir-ho, una de les funcions, o sigui, a vegades se'ns utilitza també, com nosaltres utilitzem, entenc, altres serveis. O sigui, els serveis ens utilitzem una miqueta com per justificar coses o com per guardar-nos les esquenes. No sé com explicar-ho això.

Jo penso que hi ha una funció a comunitat que és directa al pacient, que hauria de ser aquesta, però amb la comunitat, que vol dir altres serveis, altres institucions com l'escola. també moltes vegades se'ns reclama perquè aquella persona pugui tenir un diagnòstic, perquè aquella persona, si és de salut mental, pugui anar a un recurs de salut mental però no és nostre... No sé es com que ens repartim més els pacients fent que si es d'infància, no que si és desalut mental... A vegades hauríem de treballar més tots junts que com per separat. No sé si m'entens?

E Sí, jo crec que sí.

TS Com que a vegades, en comptes d'acollir casos, sembla que es reparteixin l és com...Ah, això és social.Ah, això és de salut mental. I és com rebotir la patata calenta, sobretot en aquests casos, que és una patata calenta. Clar, que té moltes coses afegides, i són molts agents i moltes institucions les que s'interven... És complex...

E Què és per tu la salut mental?

TS Ai.. Tenir-la o no tenir-la? No ho sé.Per mi la salut mental és poder viure en pau. En pau no vol dir que no hi hagi un patiment, que no plorem, en pau no vol dir que no riem... Però...No sé com dir-ho, eh? Ser com...Coherent amb allò amb què vivim.Si hem de patir, patim.Si hem de plorar, plorem.Si hem de riure, riem. Però tot així, com molt... Cadascú té la seva coherència, i cadascú té la seva coherència.poder ser resolutiu, poder viure i poder ser funcional,tant per tu com per allò que la societat et demana, eh, que això seria una altra cosa.

E Perfecte.Vale, merci. La següent pregunta va relacionada amb el teu repartiment de tasques. És a dir, de les tasques que has de fer,a què l'hi diques més i menys .Jo havia posat aquí algunes idees (avaluació, diagnòstic, intervenció, tasques de gestió...,

TS Mira, no ho sé, perquè... Jo crec que hi ha com un... 50% de la meva jornada o del meu temps va destinat al programa d'atenció a la crisi Llavors, podríem dir que el 50% de la meva intervenció és com més directe. Bueno, i d'algun jove també (que no forma part del programa d'atenció a la crisi. Posem un 55%, un 60% va destinada a aquesta atenció més directa. Després, hi hauria... No ho sé, això seria un 50-50.O potser un 20%, 25%...Amb gestions de cara a les famílies, amb aquesta paperassa de les famílies o d'aquell cas, no?!, a la resta, a coordinar-me amb altres agents, ... No, jo ho tinc com..Mentalment m'ho divideixo.Una cosa és tramitar documentació d'aquella persona i una altra cosa és parlar amb l'EAP, amb l'EIA, amb el CAP de la Pepita.

E Quin tipus de estratègies utilitzes per atendre les persones que atens?

TS Estratègies meves?

Jo me presento quan em convé que el cas i allà que voy. I el que em trobi em trobo. Intento... M'agrada molt no tenir gaire... No tenir cap imatge aquí -es toca el cap amb les dues mans - No? perquè a la majoria venen a mi derivats. Això vol dir que hi ha un psicòleg, un psiquiàtra o una infermeria,o un psico-pedagoga que em diu que et deriva tal persona i quan llegeixes la derivació et fas una explicació del cas. Però intento que sigui una mica escueta, el mínim per poder connectar amb la persona,però força escueta.i jo me'n faig la meva història després. Llavors, jo crec que és anar, és escoltar, és estar oberta absolutament a tot, faig servir molt l'humor i ja està, eh? I vincular, escoltar, respectar, bueno, això és lo típic, eh? Però, sobretot, oberta a qualsevol cosa.

E Molt bé. Genial. Quina nomenclatura, quines paraules utilitzes per referir-te a les persones que atens?

TS Pacients. - Ho diu allargant la darrera e-

E Pacients. Perfecte tot i que fins ara no l'havies utilitzat. Que m'hi he fixat.

TS Mai.mai... no, no, amb la persona directament no la tracto de pacient. Però sí, sí, des d'aquí treballa en l'àmbit de la salut.

E Perfecte. Molt bé. Quan has d'avaluar la situació d'un cas...Primer, l'has d'avaluar o ja, diguem-ne quan intervéns, ja s'ha fet una avaluació prèvia? E Perfecte. Una cosa més personal, més teva, a quin grau de satisfacció tens tu amb els resultats de la intervenció que fas? Com et sents en relació a això?

TS No, moltes vegades s'avaluen altres coses que no surten als informes.

E La pregunta és, quan has d'avaluar quins criteris utilitzes?

TS Quan haig d'avaluar..

Bueno, quan conec una persona, sempre li dic una mica que m'expliqui, m'agrada. Una, conèixer la seva història. Dono molta força, no sé per què, però crec que és molt important tota la part social, si fa coses, si no fa coses. Si té amistat, si no té amistat...què és el que li agrada, què no és el que li agrada.Per mi aquesta part és important, i també a nivell familiar.Com aquella persona es vincula amb la família, amb l'entorn...

E I toques també a temes més socioeconòmics? És a dir, de perfils laborals, ingressos...

TS No ben bé.Puc ajudar a tramitar ajuts, però no és competència meva. no meva, sinó de la treballadora social de salut.

E Bé, quines demandes reps de part part de les persones que tens?

TS De qui? Les persones derivants o els pacients, per entendre?

E Podem distingir-ho?

TS Quan venen les famílies les demandes és això ajuts, temes econòmics,em diuen en quina situació estan en busca d'orientació... Bàsicament això

Per altra banda, també la demanda és "ajuda'm amb el meu fill o filla. No va a l'institut, si està fumant porros,no m'ha fet cas, em pega, no sé què, és aquest crit d'ajuda Això per part de les famílies.

I també el tema de la paperassa, no ens oblidem - alça els braços enlaire com emfatitzant-ne la presència- . Com a a l'inici quan es posa un diagnòstic a un infant. Quan es fica el famós diagnòstic les famílies han de païr tot això. Llavors fem també aquest acompanyament quan se senten perdudes. I enquadrar el "I ara què passa" Més enllà del diagnòstic (a l'escola podrà fer això o allò...) Intentem donar ajuda aquí. De cara als joves... la seva demanda es zero. És yo estoy bien, no tengo ningún problema, dime tu. Després quan es va treballant amb ells si que hi ha alguns que posen paraules al patiment. Hi ha molta gent que és capaç de posar-lo.. Gent que et demana acompanyament o orientació també a nivell familiar... Però molt poques vegades la demanda es per un jove.

I d'allò que em vé derivat, depèn... Per ajudar a que un jove pugui sortir de casa i pugui tornar a la societat o fins i tot anar a institut....

E- i com et sents amb la teva intervenció?

TS Jo com em sento? Els resultats o el que veig no em senten malament. Vull dir, jo surto d'aquí i dormo tranquil·la. En aquest aspecte, sí. El que passa, que això no vol dir que moltes vegades et trenquis molt el cap. - Diu això amb cert to pessimista a la veu - Perquè les coses veus que no funcionen, perquè creus que... Com puc fer per donar-li la volta a això? Saps què passa? Que per molt que atenguem la persona, la persona està en interacció en un món, en un context. Llavors, segons el context, els resultats poden ser de més o de menys -riu-. Però jo... Ja t'he dit, que dormo tranquil·la.

E Una altra pregunta en relació a un tema bastant qüestionat molt sovint, que és el tema de la medicació. Com veus la medicació dels infants? En quins casos et sembla recomanable o no?

TS Aquest mundillo, d'entrada, la medicació... Jo penso que no. No m'agrada gaire. O sigui, quan a una persona li passa el que li passa, és un símptoma d'alguna cosa, és que la persona està patint i el patiment té moltes causes i a vegades és difícil. Mira si el patiment surt d'aquella manera, - gesticula un gest de medicació mostrant cert rebuig - surt. Però... - es queda pensativa uns segons- Hi ha vegades que el que fa que aquella persona, que tota aquesta simptomatologia és molt més greu, em refereixo sobretot a situacions de depressió d'estat d'ànim molt baix, d'un nivell d'angoixa molt, molt, molt alt que costa molt de gestionar aquella persona... i que, per manca de recursos familiars - fa un gest d'amplitud-, a vegades penso que potser si la pastilleta pot ajudar... doncs allà està.

Però no deixo de pensar que és una manera de drogar a la societat perquè hi ha uns vincles i uns estereotips establerts. Si tu no cumples, eres diferente y si eres diferente eres raro, no estàs bé, i si no estàs bé necessitem algo perquè tu passis per aquell mateix tub. Llavors, si canviéssim moltes coses del voltant d'aquests nens, començant per l'escola, ja no només dic família, sinó espais com l'escola. Si poguéssim canviar moltes més coses no ho hauríem de medicar tant, penso. No s'hauria de medicar tant.

Necessària o no? No cura, eh? No farà millor ni això. Jo això sí que m'ho crec. Hi ha casos que aplatana, hi ha casos que... Però no cura, no sé com dir, eh? Que no s'ha de curar res, que aquí no estem parlant d'enfermetats, però que aquest patiment, però la platana, no ho sé, són sentiments...

E M'agrada molt perquè fas referència en que hi ha tota una dimensió social o estructural en què hem d'encaixar. Quin grau d'agència penses que tenen les persones que tens? Si són protagonistes del seu procés, quin grau de llibertat o de tria tenen sobre la seva situació? També tenint en compte que són menors d'edat.

TS Jo penso que zero. Bueno, això és el primer que m'ha vingut al cap, zero. No vull dir zero, hi ha noies i adolescents que venen ells per si mateixos i demanen ajuda. - silenci reflexiu- Saps què passa? Això penso que és una funció de totes les persones que atenem aquí. Quan tens alguna davant - un pacient- No sé com dir-ho de cara a la

família aquesta persona esta tractada una mica com una malaltia. La enfermita... La família actua com si el problema fos de la jove. Estic convençudíssima que no ha de ser així. Molts joves venen amb un patiment però obligats o conduïts aquí. És adir, no decideixen de venir a qui de manera autònoma. Potser alguns hi accedeixen amb més bona gana que altres. Però en molts dels casos el més important és recordar que no és només un procés dels joves. És de tot el seu entorn. ,Que ho intentem evidentment. Però crec que aquest procés hauria de ser de molta més gent, no només de la persona diagnosticada . I ho hem de fer sentir així. Ho diem molt a l'equip d'atenció a la crisi. No estem aquí només per treballar amb ells o elles. Si som una família treballem tots.

E Quines són les teves necessitats formatives?

TS Ara estic amb tot el tema del trastorn de conducta. Tot un perfil que sembla que ningú estima ia mi m'encanta i ara estic buscant formació en aquest sentit. I també a nivell de família, m'agradaria aprendre més.

E La cooperativa t'ofereix recursos formatius?

TS treballa diferents tems. Però a la pràctica no sé si es tan així... M'ofereix el que està marcat per llei, si que es veritat que hi ha el programa focus que són formacions internes que és formació continuada. Si que fan coses de formació - es mostra insegura-

E Quines són les principals millores que faries al CSMIJ i si pots viïncula-ho a les mancances? És a dir voldria que fessis una carta als reis mags per millorar el CSMIJ.

TS- Carta als reis? Canviaria l'espai, aquest és molt cuki i molt estupendu, però no és el que necessitem. Si és un servei infantil necessitem un espai per infants, on els ens puguem fer nostres. On pugui tenir una salaper fer grups xula, una sala de psicomotricitat, per poder treballar, per poder deixar d'estar en una taula i una cadira, i poder tenir altres espais com més adequats a la població que atenem. Això, una.

Dos, o que hi hagués molt més professionals, o que hi hagués molt menys població. La idea és que hi hagués molta menys població. Però que els casos, quan entrés un cas, totes les figures poguessin intervenir, tinguéssim els recursos alhora tots. No un cop cada dos mesos, sinó que tots poguessin intervenir i poguessin fer, de veritat -fa èmfasi amb la veu- un treball multidisciplinari. Però que a cada cas poguessin ser cuidats, precisament per això. Perquè sempre hem d'interpretar les dades de persones que encara no són adultes i que encara s'estan desenvolupant.

E Bé, doncs, merci. Aquesta era la última pregunta. Moltes gràcies per donar-me un cop de ma i robar-te el temps.

TS Ja està?

ESí, era això, només això.

Entrevista Educadora Social (ES)

Doncs he posat a gravar, som-hi amb l'entrevista. La primera pregunta. quin és el teu rol i quines són les funcions que fas aquí al CSMIC?

ES La figura d'educadora social al CSMIC va entrar fa molt poc al CSMIC. Llavors, és veritat que durant tot aquest any, jo he intentat anar a definir una mica quin és el rol o la meva figura. Puc dir que ara tinc més clares les funcions.

Sí que vull que la meva funció aquí al CSMIC sigui més comunitària, no quedar-me aquí, tancada, allunyada del context dels joves. i anar més enllà, conèixer l'entorn del jove, sigui institut, sigui casa, sigui casa de l'amigo, espais joves, m'és igual.

Però sí que vull enfocar-ho més fora d'aquestes quatre parets, que és veritat que el primer contacte sempre intento que sigui aquí, però ara m'agradaria fer-ho fora, perquè no se'm relacioni tant potser amb la part, i això és cosa meva, la part clínica, com psicòleg o psiquiatra. Vull que es vegi diferent. Llavors, sí que m'agrada fer més un acompanyament als joves, joves en aquest cas, perquè sobretot treballo amb joves, no tant amb infants.

Llavors, sí que vull que els joves em vegin com una figura fora d'aquí, que tenen com a suport, com a acompanyament, que ajudi, que els pugui donar eines o estratègies per al seu dia a dia, per socialitzar o per vincular amb algun espai que ells vulguin anar i que no s'atreveixin... I també una mica detectant situacions a casa o la dinàmica a casa, donant aquest suport familiar, també, que potser els pares necessiten i no saben com fer-ho, segons en quina situació.

E- Perquè entenc que això es dona en el marc del programa d'atenció a la crisi, es deia?

ES- Sí, el programa d'atenció a la crisi, bueno, sí, però ara parlo més no tant del programa, que també ho fem, això, però més com figura el CSMIJ. Intento ubicar-me més com a CSMIJ, perquè també la idea és que hi hagi una figura d'educador social d'aquí, independentment del programa d'atenció a la crisi. Això que això també inclou que treballem molt amb les famílies i al fora, te tota relació. Però no encaixem aquí. El programa d'atenció a la crisi intenta que sigui tot fora, però que hi vulguis no, acabem portant-ho aquí, perquè la idea és vincular-hi aquí.

També 'això, coordinar-se amb altres serveis...

E - A nivell de CSMIJ quina creus que és la funció que ocupa dins l'estructura d'atenció a les persones? Quins sentits té?

ES – Jo crec que és vincular amb lo social, amb lo comunitari. Perquè és veritat que aquí tenen persones, tristament, sobretot, són persones que tenen problemes amb lo social. Molts dels problemes de salut mental venen o perquè estan aïllats, relacionats amb l'addicció a les pantalles, que bàsicament estan aïllades no connecten amb altres persones. Però és que és una manera de connectar, que no és connectar, desconnectar, bàsicament. Perquè jo crec que connectar és estar en contacte directe.

Llavors, és una mica una estratègia per reconnectar fora, al cara a cara, d'una vida, no més enllà de...

Jo crec que la figura és, sí, donar vida, ajudar a socialitzar i vincular a serveis. Vincular els nanos... Vincular amb els espai jove, anem al gimnàs, vinga, va, anem al gimnàs, m'agrada la música, doncs, va fent música, o, simple fet que vagin a l'institut. Llavors no van. Llavors, o simple fet de sortir i poder tornar a fer vida normal i anar a les classes.

Contacte social.

E Perfecte. Es això, no? O sigui, com aportar aquesta dimensió social, col·lectiva, comunitària que potser des d'altres professionals no es toca tant, no?

ES- Sí que ho toquen, però jo crec que a nivell psiquiatria i sobretot medicació, encara que es treballen moltes coses més enllà de la medicació, tractament farmacològic, t'ho diria, i psicologia també es treballa, tot això, Perquè jo crec que s'ha de treballar tot, perquè hi hagi un resultat, però és més...Des d'on parteix este dolor o què passa perquè jo no faci això. Llavors, jo... Jo crec que hem de treballar tots en equip, psicologia traurà aquest malestar, intentarà veure d'on te ve, i la nostra figura, l'educadora social, en aquest cas és, va, va, portem-ho a la pràctica i jo t'acompanyo. Jo vull enfocar-ho cap aquí. Clar, el ditxo es molt bonic però fer-ho és més complicat, eh?

E Per què?

ES- Perquè costa molt. La situació està molt cronificada, porta molt de temps així. Jo soc de les primeres que intento que pot haver un canvi i tal, però jo crec que costa molt quan una persona ja està tancada a casa. Però bueno, no és impossible. És treballar-ho i també empoderar la persona. Perquè és veritat que quan una persona arriba a aquest nivell de que no surt de casa, vol dir que és això, va més enllà. I crec que cal empoderar aquesta persona a donar-li aquestes eines perquè pugui sortir. Que pugui creure en ell. Que digui ostia que yo valgo i jo ho puc fer. És això.

No se si ho faig bé...

E- Sí, sí, sí, perfecte. Perfecte. És això. I com et tens en relació amb aquesta funció?

ES- Clar, quan ho aconseguixes és molt guai. Jo a vegades quan estan tancats a casa i el fet de sortir, que puguin sortir i ho aconseguim, ja és un gran què. Si tornem a l'institut ja és per fer la festa. Però és el que costa molt.

Si no surt i no funciona, doncs sí que m'hi frustró. Però quan ho aconseguim, és que és meravellós.

I sempre he fet també que facin alguna activitat, ja independentment de l'institut o no, que quedi amb els amics. És que això ja és un logro perquè a vegades ni quedar amb els amics volen.

Llavors, bueno, segons la persona has de treballar en coses diferents. Són marcar-nos petits objectius i anar fent aquests petits objectius i aconseguir-los. Si ho aconseguim, genial. Que no, bueno, doncs intentem anar una mica enrere per tornar a avançar ndavant.

E- Veig que, de fet, per converses que hem tingut altres dies i ara, parles bastant de fer sortir de casa. Diries que és una problemàtica molt freqüent?

Sí, és que ens trobem... Sobretot el problema principal és sortir. És el sortir. Jo crec que s'estan perdent les relacions socials i els nois, els xavals, i els nois, noies, sobretot es relacionen a través del mòbil, a través de les xarxes socials, a través dels videojocs, ordinadors...

Sí, poden parlar, però no és relacionar-se. És que es perden moltes coses a través del mòbil, a través de les xarxes socials, a través dels videojocs, ordinadors... No és el mateix que tu i jo. Ens veiem a les cares. Llavors, clar, fer entendre això quan hi ha hagut una pandèmia, hem estat també confinats... És que moltes coses neixen a través de la pandèmia. És intentar aconseguir que les relacions socials i el contacte del tu a tu en persona torni a guanyar pes.

És un objectiu xungo, eh?

Però a la llarga hem d'anar cap aquí.

E Perfecte. Superinteressant. Passo a la segona pregunta Si haguessis d'explicar a algun nano o paraules teves, què diries que és la salut mental?

Jo crec que la salut mental... Clar, és que també t'englobo la física. Però la salut mental jo crec que és intentar estar tranquil i bé amb tu mateix. Però és que t'englobo la física, perquè potser tu no et veus bé físicament i això genera un malestar de salut mental. Llavors jo crec que és intentar estar bé amb tu, veure't bé tu, estar en pau, estar tranquil i saber també transmetre el teu malestar.

Perquè si tu no transmetes el teu malestar, m'invento, pues hoy he tenido un día de mierda y yo he intentado ayudarte a que tu día de mierda sea algo mejor, aquí hi ha salut mental.

Llavors jo crec que és comunicació. i clar, que no hi ha comunicació.... que jo no podia dir res, que no tenia ningú amb qui estar, sola són patiments que veus que afecten a la salut mental!

No sé, que t'adonin una abraçada és terapèutic. Llavors, clar, l'altra persona també ho ha de saber dir i si jo no estic bé és un bucle. Llavors no hi ha salut mental, no hi ha salut... és com un tot.

Llavors, salut mental. Salut mental jo crec que és tot, perquè una persona estigui bé. S'entén?

E Crec que sí, clarament. Ara a nivell més tècnic. De les hores que tu dediques a la teva feina, com les repartiries, per exemple, entre tasques d'avaluació, tasques de diagnòstic, tasques d'intervenció o prescripció d'actuacions i redacció d'informes.

ES- Clar, jo soc una figura que em moc força . Jo a nivell d'avaluació, és veritat, el que em transmeten els psicòlegs psiquiatres ho agafo, si és el que jo puc preguntar coses, i en la conversa amb els xavals van sortint coses, i aquí vas detectar necessitats també, que li va bé, que no li va bé, que no li agrada. Jo no tinc un temps com a establert d'avaluació o detecció de necessitats. Agafo la informació que em transmeten, jo puc, en base a aquesta informació, fer-hi des una mica també treballant amb els joves. I després, sobretot, és que és intervenció amb ells, pura i dura, atenció directa i fer coses

amb ells. I jo treballo amb i per ells. Llavors sí que després haig de registrar tot el que faig, que és veritat que això ocupa bastant del meu temps, però també cal dir que jo aquí he d'aprendre una mica a retallar-me aquest temps. Perquè a vegades em costa. Com que vull intentar registrar tot el que faig... Perquè jo després, si algú necessita això, que estigui tot el millor posat possible, tardo força.

Però bueno, aquí soc jo la que he de reprendre. Però que en general tampoc, no ho sé, 10-20% de registrar informes, intervencions amb 60, fàcil. La resta posa-li un 20 també amb detecció, avaluació, però sobretot és intervenció.

T'he dit això com que podria ser fàcil un 70% segons el cas i l'època de l'any. Però sobretot jo intento deixar-me... jo no soc clínica, vaig més a lo práctico. A veure que sí que m'agrada que m'expliquin coses i sí que detecto necessitats, però ho treballo amb ells. Jo no és més cosa meva, és amb elles.

E - Què és el teu grau de satisfacció amb els resultats de la teva intervenció?

Clar, és que parlem d'una població que atenem que és bastant greu. I ojalà els resultats fossin millors. Però me quedo amb un 70. 60.

Ojalà pogués contestar un 100. Però clar, aquests són casos que són molt greus i costa treballar. I costa aconseguir uns bons resultats. Jo me sento satisfeta, amb el feedback que rebo de part dels jugadors. Llavors, com que el feedback és molt positiu, per norma general, em quedo amb el 70.

Però sí que, clar, hi ha l'altra part que clar, tot allò que no aconseguixes, la dificultat davant la que no tens respostes...

E- En quin moment en quin moment del procés decideixes que s'acaba el procés. És un tema de quan s'arriben els objectius, és un tema de temps, és un tema de demanda?

Aquí hi ha dues coses. Al programa d'atenció a la crisi, sí, tenim un temps, però després de vegades me'ls quedo jo per seguir treballant i quan cal ho abordem amb l'equip. Veiem en equip que els fa falta un acompanyament, doncs m'els quedo.

Hi ha moments que tu dius fins aquí puc fer, no puc fer més amb aquesta persona, o perquè a nivell familiar ja toques tope, a nivell CSMIJ toquem tope també...i s'ha acabat, no gastem gaire recursos.

I si puc sempre intento allargar i acompanyar-me, però llavors distancio en temps. Quan ja veig que estan més o menys sostinguda la situació sí que vaig espaiant les visites en el temps. Al començament faig més intervenció, més intensa, que jo puc fer-ho a diferència dels altres. I quan ja veig que està la cosa més o menys regulada em distancio fins que desapareix, desapareix.

També ho parlem entre tots, eh?, Perquè a vegades sí que podem allargar llargament.

E- Perfecte. Ara volia abordar la teva opinió sobre el tema de la medicació dels infants i joves. És un tema que tu toquis amb els joves, no?, ho veus?, quina opinió et mereix?

ES- Jo aquí opino que jo sempre si es pot no fer millor perquè són infants i joves. Però també hi ha situacions que apostaré per ella, jo així t'ho dic. Hi ha casos que tinc molt clar que, hòstia, no. Però hi ha casos que no es pot treballar pel tema d'agressivitat o perquè estan, bueno, amb molta ansietat, que els impedeix, bueno, que els impedeix fer vida! O també el baix ànim, depressions, famílies, que estan greus, que aquí veiem que és que no avancem, aquí sí que jo buscaré suport de tractament, sí, el psiquiatra ho considera que sí...

Però clar, però sempre intentarem que no. Jo sempre t'intentaria que no, però clar, en situacions que cal, va bé.

E- Creus que la tasca que fas des del CSMI contribueix positivament a la vida de les persones?

ES Sí, jo crec que sí, i crec que la figura aquesta d'educador-educadora i ara també que s'afegirà teràpia ocupacional, crec que són dues que poden aportar molt i poden fer molt fora d'aquí. Perquè crec que hi ha molta feina comunitària i treballar a in situ i a l'entorn dels joves pot marcar un canvi, no immediat, però sí a la llarga.

E- Quin grau d'agència que penses que tenen els nois /noies que atens? Fins a quin punt sents que les persones que tens són protagonistes del seu procés terapèutic?

ES- Clar, amb mi, jo al 100%, perquè jo no mouré fitxa si l'altra persona no està d'acord.

Sí que és veritat que a vegades quan parles amb altres professionals però jo sempre intento tenir present la persona amb qui estic treballant i compartir-ho amb ella. El que vull fer, la meva intenció, si està d'acord, si no està d'acord, què li sembla, si no està d'acord ho intentaré parlar. perquè és la millor opció o no. M'ho pot discutir.

E- Sents que és semblant des de les altres professionals que hi ha al CSMIJ?

ES- Crec que sí, més o menys en la mateixa línia. Sí que és veritat que a vegades un clínic des de consulta ho pot veure diferent i jo crec que potser pren decisions que a la persona no li sembla bé. No ho se, m'ho invento. Però jo crec que si que les tenen en compte i per norma general s'hi esforcen molt.

E- Quines són les teves necessitats formatives o de coneixement? És a dir, què t'agradaria dominar millor per poder fer millor la teva feina?

ES- Jo ara m'encantaria, sí que és veritat, que m'encantaria millorar sobretot el tema... m'agradaria entrar una mica més en detall a conèixer cada tipus de trastorn. Perquè noto, és veritat, que a vegades em falta una miqueta de característiques o... Però, clar, ya me voy a lo clínico, eh? -somriu aclucant un ull- Crec que ens toca també saber una miqueta d'això per com treballar menys, perquè jo treballo, sí que no me centro tant en el símptoma, però crec que potser a vegades sí que ens hauríem de mirar una miqueta d'això.

I també, clar, però això ja és interès personal, sí que el tema de les autolesions, el suïcidi, a mi m'agrada molt i a mi també m'agradaria entrar. I com és, ara, és... la majoria dels joves que tenim aquí s'autolesionen.

Crec que és una cosa que també m'agradaria saber i formar-me més en això.

E- Una pregunta ja anecdòtica, que en realitat no entra gaire aquí, però que... T'has trobat amb la necessitat d'haver de fer alguna contenció o...?

ES Aquí no.

E- Genial. Doncs última pregunta. Hi ha alguna cosa que t'agradaria canviar del CSMIJ o com milloraries o què li faltaria per que fos millor? Aquí pot ser la carta del Reis Mags.

ES Sí, ens encantaria tenir un espai, una sala polivalent, amb un volum de material, i a més de juegos o aquests matalassos, també que són així més grans per fer algo del rotllo sí, com els més petits, aquí. Jo m'estic enfocant molt en els joves i tot i així no me olvido de los pequeños. Però clar, amb els petits tu pots treballar amb ells a través del joc, clar. O en pautes, rutines, a casa, quan els pares estan així més desbordats i tal, però sí que m'encantaria tenir una sala gran amb un volum de material i coses per fer activitats manuals.No sé si això... O jocs de taula o de qualsevol tipus.

Clar, recursos ojalà hi hagués més psicòlegs, que no t'ho dic, perquè a mi m'agradaria que les llistes d'espera no fossin tan altes i es poguessin visitar més freqüència. Però clar, sobretot és això, és que és econòmic, però m'envaig a lo econòmic. Espais, ens falten espais.

E- Vale, hi ha una pregunta que m'he deixat però que me l'has contestat abans indirectament. Com fas referència a les persones que tens davant? Quin terme utilitzes per parlar d'elles?

ES- Jo? Els xavals. Els xavals... és veritat que dic xavals. Però a vegades canvio ja ho dic joves o nois i noies però sí que...si no ho penso, els xavals

E- Doncs per part meva això era tot, moltíssimes gràcies pel participar d'aquesta investigació.