

**3r Congrés Català de Salut Mental**

Necessitats i respostes en Salut Mental: la construcció de la cura

**Construir la cura: Presències, miralls i paraules**

*Rosa María Alberdi Castell*

## Introducció

En primer lloc, vull agrair a la Fundació Congrés Català de Salut Mental per convidar-me a participar en aquesta reunió i a totes i tots vostès per voler compartir aquesta estona amb nosaltres i dedicar-me el seu temps i la seva atenció.

Sempre he pensat que "els de salut mental" són gent agosarada. Fan reunions a llocs molt especials (la darrera vegada que vaig compartir un Congrés amb gent de salut mental, va ser al Kursaal de Bilbao), editen revistes específiques, aborden els temes de manera innovadora i fins i tot, contracultural i sobretot, sobretot, s'atreveixen a convidar a persones no expertes en l'àmbit de la salut mental, a parlar, en aquest Congrés, sobre la construcció de la cura.

Naturalment, jo també soc una persona agosarada.

M'agrada aquesta convidada perquè vostès m'han enfrontat a un repte: el de seguir aprofundint en aquest procés complex que és emmalaltir i tenir cura. Temes que han constituït des de ja fa molt de temps, motius d'interès prioritari per a mi i que, en aquests moments de la meua vida professional, no puc dedicar-hi el temps que m'agradaria.

Els deia que jo també soc agosarada perquè, vostès m'han reptat a pensar i a posar ordre en aquests pensaments, i jo he acceptat el repte de fer-ho i d'escriure-ho per tots i totes vostès.

Els deia que, malgrat el meu interès de sempre i dels meus estudis de psicologia, no sóc una experta en salut mental i per tant, les raons que justifiquen el meu agosament a l'hora d'acceptar la seva convidada, vénen d'altres bandes diferents de l'expertesa o la pràctica especialitzada.

Vénen, en realitat, de *diverses* bandes.

La primera i més important és que, com moltíssima gent, he patit en mi mateixa les anades i vingudes d'allò que anomenen salut en tots els seus àmbits.

He estat, com la majoria de vostès, afectada per la melangia, la tristor i la mania en les seves diverses formes, i he tingut la sort immensa de trobar les cures adients perquè això no significués un sofriment paralitzant i pogués pensar (des de l'emoció també) perquè això estava passant; com es produïa aquest procés.

La segona raó que fa que m'estigui atrevint a fer-los arribar la meua reflexió sobre la cura és que la vida m'ha portat a conèixer amb situacions de llargues i gravíssimes malalties: mentals, que afectaven el físic i el social, i físiques que tenien, naturalment, conseqüències mentals.

En cap dels casos, m'he conformat amb les explicacions excessivament lineals del paradigma dominant: una alteració bioquímica, un bacteri, un virus, una reacció immunològica o una proliferació de cèl·lules "dolentes" (fins al càncer li posen malícia i per tant, capacitat moral....).

Els deia que no m'han estat suficients les explicacions senzilles sobre els motius de "l'emmalaltir" i tampoc m'he conformat creient en l'eficàcia d'un medicament o una tècnica terapèutica concreta.

I en tot cas, sempre he adoptat una actitud de cura, envers mi mateixa i envers les persones properes.

Actitud de cura que s'articula en torn de tres conceptes: la presència, la capacitat de reconèixer-nos a través de l'altre (el que sembla un joc de miralls) i les paraules.

Per això, amb l'ajuda de l'Antoni Vaquerizo, li vaig posar el títol que té a aquesta conferència ("Construir la cura: Presències, miralls i paraules"). Títol que, independentment que pugui semblar a qualcú que té uns certs ressons de pel·lícula o novel·la de alienígenes, vol accomplir l'objectiu de tots els títols: informar del contingut i l'orientació de la meva intervenció.

Aquestes experiències i actituds enfront la salut i la malaltia que els hi acabo de comentar són, a la fi, les raons que justifiquen que m'atreveixi a prendre la paraula davant d'aquest auditori d'experts i expertes.

Ara sols em queda confiar en que el resultat del meu agosarament justifiqui el seu.

Feta aquesta llarga introducció, vull centrar-me en definir quin és l'objectiu de la meva intervenció.

Així en coherència amb el que he dit, l'objectiu és molt senzill:

Vull presentar les meves reflexions sobre la percepció de la salut i la malaltia i les conseqüències que això té per la relació de cures.

Dit d'altra manera, he centrat la meva aportació a intentar respondre a dues qüestions:

- Què ens permet "curar-nos"?, en el sentit de, què ens permet recuperar la salut o el benestar?
- Què fa que les cures (los cuidados, en castellà), .... ajudin a les persones a recuperar-se de la malaltia?

Naturalment, intentar contestar a aquestes preguntes, ens porta - necessàriament- a preguntar-nos per:

- Què fa que ens sentim malalts o malaltes?
- Què fa que ens reconeguem com a malalts?

Insisteixo en que la meva intervenció l'he enfocada des del que anomeno la "expertesa subjectiva" i per tant, no hi trobaran cap posicionament respecte a les tècniques concretes d'abordatge de la malaltia mental.

Hi trobaran, això sí, les preguntes i els suggeriments d'una dona que considera que tenir cura -facilitar que l'altre gaudeixi del màxim nivell de salut i benestar- és de les coses més importants que un ésser humà pot fer i que per tant, pensa que està justificat dedicar-hi tot el temps possible a la seva reflexió i al seu estudi.

Per avançar, centrem-nos en la qüestió sobre el fet d'emmalaltir. He anomenat aquest apartat:

### EL DIAGNÒSTIC: PARAULES I JOC DE MIRALLS

En aquest apartat que ara començo, hi tractaré 3 qüestions relacionades amb el diagnòstic:

- La seva construcció i el procés d'identificació que es produeix
- El posicionament davant del diagnòstic
- L'especial relació entre el diagnòstic i els drets de les persones amb problemes de salut mental.

Qüestions totes elles que, al meu entendre, estan íntimament relacionades amb la possibilitat de donar curar eficaces.

Comencem, doncs, parlant del diagnòstic, o sia de "paraules i jocs de miralls".

M'ha preocupat des de fa molt de temps el que jo anomeno els "límits entre la salut i la malaltia", o sigui, el llinar entre allò que considerem "normal" i el que etiquetem de "patològic". Llinars que tenen poc a veure amb "tenir una malaltia" i sentir-se malalt, aspecte que tractaré més endavant.

Per aprofundir en la qüestió dels "límits", em centraré en la pregunta principal que aquest tema em suggereix:

- "Qui" o "que" situa a una persona concreta en un costat o l'altre de la ratlla salut-malaltia..

La contestació més "racional", entenent aquest terme com l'utilitza el paradigma científic occidental és: un virus, un bacteri, la manca d'un determinat enzim o aminoàcid, una alteració de la transmissió elèctrica o el deteriorament orgànic.

Vostès saben molt bé que aquesta resposta té una falla fonamental ja que ens situa davant d'un altre interrogant encara més gran: si aquestes són les causes, perquè la presència de l'agent o l'anormalitat de l'enzim, a uns els converteix amb malalts i no pas a uns altres?

No m'aturaré ni un moment en parlar de la multicausalitat i la seva importància. La brevetat del temps que tinc per adreçar-me a vostès, fa que hagi optat per referir-me solament al parell de qüestions sobre la percepció i la construcció de la malaltia que considero són els més útils per la nostra reflexió en torn a la construcció de la cura.

O sia, em referiré a les paraules i als jocs de miralls amb l'objectiu de contestar a la pregunta sobre:

➤ Què és el decisor per què una persona concreta se senti malalta?

A la meua manera de veure-ho, l'element clau és que aquesta persona s'anomeni, s'identifiqui, amb el diagnòstic.

Naturalment, la meua resposta no és perfecta, ja que vostès em diran que hi ha moltes persones que sense tenir un diagnòstic es troben molt malament i fins i tot es moren.

Efectivament, tenen raó, però deixin que avanci des d'aquesta resposta incompleta ja que em sembla que, partir de la mateixa, pot ser d'una gran utilitat a l'hora de trobar els elements fonamentals que fan construir cures eficaces.

Com vostès bé saben, en aquests moments s'accepta – àdhuc la comunitat científica més ortodoxa- que la malaltia és una construcció cultural. Això fa que allò que és considerat sa en una determinada societat, o temps cultural dins la pròpia societat, pot ser considerat patològic en una altra societat o en un altre moment.

Aquesta qüestió està canviant molt en l'actualitat a causa de dos motius: la globalització i el que ara mateix, s'anomena la construcció "industrial" de la malaltia.

Vull aprofundir en aquest tema de la construcció industrial de la malaltia, perquè un dels àmbits en els quals està tenint més incidència és, precisament, en el de la salut mental.

Com segurament vostès saben bé, des de fa uns anys ha anat creixent la consciència crítica respecte al paper dels interessos econòmics (de la indústria farmacèutica, sobretot), en la construcció de les malalties.

Actualment el tema és abordat en nombrosos articles i llibres, tant acadèmics com de divulgació. A mi m'ha resultat especialment aclaridor llegir el llibre de Jörg Blech "Los inventores de enfermedades".

Al llarg de les seves pàgines, s'hi explica –utilitzant dades exhaustives– com els grups d'interès farmacèutic han aconseguit invertir –amb notable èxit– el procés de definició de les malalties que fins ara considerem l'adient des del punt de vista científicoètic

Aquest procés fins ara tenia la seqüència següent:

- Observació de símptomes i signes de tota mena (mentals i físics)
- Agrupament dels mateixos sota una denominació, que constitueix el diagnòstic
- Establiment del tractament adient.

En aquests moments, el procés s'ha capgirat completament i s'ha pervertit.

Així, ara el que succeeix és que, en primer lloc:

- Determinats grups d'experts (patrocinats per la indústria farmacèutica en opinió de molts i moltes investigadores), defineixen com a patologies (atribuint-los un diagnòstic concret que ja té preparat un tractament farmacològic específic) qüestions que, en realitat, no són altra cosa que circumstàncies de la vida normal.

Entre els exemples més evidents i coneguts podem citar el "colesterol" o la "menopausa" i en el terreny de la salut mental, la SAS (Síndrome d'ansietat social) que és el diagnòstic de l'antiga timidesa o la SHDA (Síndrome d'hiperactivitat i dèficit d'atenció), que és el diagnòstic amb el que podem "retolar" a les nenes i nens que abans consideràvem que eren molt moguts.

Una vegada aconseguida la definició o sia, una vegada elaborat el diagnòstic, segueixen dues passes més:

- Informar àmpliament d'aquesta nova malaltia a la població, amb l'objectiu d'aconseguir que un grup – el més nombrós possible de persones –:
  - Se senti "identificat" amb ell; "reconegui" que part dels seus malestars són símptomes i
  - Faci confiança que el fàrmac que s'ofereix com a remei, servirà perquè se senti més bé.

I per fi, la darrera passa és:

- Introduir vertaderament el nou diagnòstic en les classificacions oficials de malalties el que assegura, entre altres coses, que el diagnòstic ha estat acceptat per la comunitat científica i encara quelcom més important, que la prescripció

farmacològica que porta associada, serà finançada per part de les assegurances sanitàries.

Aquest pervers –perquè no trobo altre adjectiu qualificatiu més adient– mode de construir la malaltia es basa en dues premisses. La primera és que:

- Els diagnòstics són "convencions" i per tant, són fruit de l'acord de grups o persones que tenen la influència suficient per a convertir la seva opinió en "ciència".

I la segona premissa és que:

- El diagnòstic pot ser utilitzat com un poderós instrument de control:
  - De l'expert enfront de l'usuari/la usuària
  - De les corporacions de poder mèdic o farmacèutic enfront el conjunt dels professionals sanitaris i, per descomptat, enfront de la societat.

I té dos corol·laris vertaderament fonamentals. El primer és que:

- El propi diagnòstic és la malaltia.

Dit en paraules senzilles: encara que les persones se sentin perfectament sanes i es trobin en posició de desenvolupar totes les seves potencialitats, creuen que estan malaltes (tenen "colesterol", tenen "síndrome d'irritabilitat premenstrual"...).

I en darrer lloc, aquest procés capgirat de construcció de la malaltia, té com a conseqüència

- La imposició de models "impossibles" de salut, la creació de expectatives de "benestar perfecte" que no són compatibles amb els esdeveniments quotidians pels quals tota persona passa ni, per descomptat, amb fragilitat –"lleugeressa" li va dir Milan Kundera– que caracteritza als éssers humans.

Com vostès bé saben, la importància de les qüestions comentades fins ara en el terreny de la salut mental és aclaparadora i estic segura que vostès estant tant alarmats com jo mateixa. Precisament per això, per fer-hi més èmfasi, al final de la meva intervenció tornaré sobre aquest tema.

Fins aquí els he ofert les meves reflexions sobre la construcció del diagnòstic i sobre la identificació que es produeix i que és una peça clau en el procés d'emmalaltir o sia, en el procés pel qual una persona s'arriba a classificar i sentir com a malalta.

*Vull parlar ara* del segon tema que els he anunciat: el posicionament davant del diagnòstic.

És la primera vegada que expresso aquestes idees de forma metòdica i davant d'un auditori expert i m'interessa especialment fer-ho per que considero que:

- La interlocució professional –el contrast i l'ampliació de la idea- , és la millor manera, sinó l'única, que avanci el coneixement.

I perquè:

- Crec que comprendre la manera especial en que cada persona afronta el procés d'emmalaltir és bàsic per poder construir les cures necessàries.

En paraules senzilles, la meva hipòtesi sosté que davant d'un determinat diagnòstic, les persones poden sentir-se: còmodes o incòmodes.

Estic parlant de persones que accepten el diagnòstic. O sia, que estan en capacitat de comprendre què els passa, que comparteixen el paradigma explicatiu d'aquest diagnòstic i que veuen lògica la relació entre els seus símptomes i signes i la malaltia que els ha estat diagnosticada.

Vull deixar-ho ben clar. No estic parlant de persones amb deliri o en negació absoluta. No. Estic parlant de persones que comprenen que pateixen una determinada malaltia i que accepten el nom que se li posa.

Però una cosa és acceptar-ho –plegar-se davant del que sembla evident- i altra ben diferent és com se situen davant d'aquest diagnòstic.

Els deia que, de forma molt general, les persones se senten "incòmodes" o "còmodes" davant del seu diagnòstic.

Parlarem primer dels que estan incomodats pel diagnòstic, encara que, repeteixo, l'acceptin.

Considero que, en realitat, el que els incomoda no és l'etiqueta diagnòstica concreta (càncer, hipertensió, depressió) sinó que se'ls classifiqui com a malalts. Que aquesta "anomalia" parcial es generalitzi, convertint-los en "malalts d'hipertensió", en "malalts de càncer", en "malalts de depressió".

Podríem dir que els que els incomoda és canviar de verb atributiu: del "estar" al "ser"...

A la meua manera d'entendre-ho, el grup que anomeno "incòmodes" es caracteritza per:

1. No accepten perdre el control sobre allò que els passa i confien que podran recuperar-lo a curt o mitjà termini. Li planten cara. Creuen que es tracta d'un episodi passatger i que – amb tota l'ajuda necessària- se'n sortiran o pensen que, encara que la dolença



segueixi essent present, ells podran continuar fent la seva vida quotidiana.

La segona característica és que:

2. Es resisteixen al fet que el diagnòstic interfereixi en la seva vida quotidiana i promouen en ells mateixos i en el seu entorn -encara que sigui inconscientment- una sensació d'oblit.

Potser sigui fàcil pensar que, dins d'aquest grup, es troben solament les persones amb malalties agudes. O sia, aquelles que l'experiència clínica demostra que – en la majoria dels casos- tenen curació.

La meua observació subscriu tot el contrari: la incomoditat enfront d'un diagnòstic no està relacionada amb el caràcter d'aguda o crònica de la dolença i ni tan sols amb el seu pronòstic, sinó exclusivament en la voluntat de la persona de mantenir el control sobre la situació.

A l'altra banda del posicionament enfront del diagnòstic, hi ha les persones que –també sigui quina sigui la importància clínica del diagnòstic que tenen- se senten "còmodes" amb el mateix.

La seva situació enfront del diagnòstic es caracteritza per:

1. Abandonen el control del seu procés en mans dels experts
2. El diagnòstic els "impregna", passant a format part de les seves característiques (sóc un hipertens, sóc un diabètic, sóc un clotímic...).

I en molts casos, àdhuc l'etiqueta diagnòstica (el nom de la malaltia) els defineix i els anomena per sobre de la resta d'altres trets diferencials.

La sensació de pèrdua de control enfront de la malaltia proporciona una tercera característica:

3. Es deixen portar pel que consideren el procés normal de la malaltia i en molts casos, les persones acomodades amb el diagnòstic es "resignen" i esperen els successius episodis de la seva malaltia que "inevitablement" es produiran.

La darrera característica que no es dona sempre però sí en moltes ocasions, en les persones acomodades enfront del diagnòstic és:

4. L'obtenció de beneficis secundaris.

Vostès – ben segur- són el grup professional que més sap d'això i per tant no hi insistiré.

Com els he dit, aquestes formulacions sobre els diferents posicionaments de les persones enfront del diagnòstic, poden tenir una enorme importància per la construcció d'unes cures eficaces i per això tornaré sobre les mateixes en la darrera part d'aquesta conferència.

Per acabar aquest llarg apartat dedicat a reflexionar sobre la importància dels diferents aspectes del diagnòstic, vull parlar de l'especial rellevància entre el diagnòstic i els drets de les persones amb problemes de salut mental.

Vinc defensant des de fa força temps que, independentment de l'alteració bioquímica o neurològica, la malaltia mental és la manca d'interlocució.

O sia, és un malalt o malalta mental, aquella persona que, per la raó que sigui (bioquímica, fisiològica i àdhuc inexplicable...), ha perdut la possibilitat d'establir una interlocució.

Entenc que la interlocució és el diàleg eficaç entre persones que es reconeixen com a iguals.

En altres paraules, l'àmbit de la interlocució és aquell espai en el que es comuniquen dues persones que accepten que – malgrat les seves múltiples diferències: d'opinió, de coneixements, d'edat, d'experiències...- ambdues tenen un discurs que mereix respecte; que ha de ser escoltat perquè es basa en una estructura moral valuosa i serveix per defensar el propi desig.

Encara que sostinc que malalta mental és aquella persona que no té interlocutor, amb això no vull dir que els malalts i les malaltes mentals no parlin ni expressin les seves necessitats.

I, per descomptat, tampoc vull dir que els professionals no ens esforcem en entendre als malalts i en comunicar-nos-hi.

I tant que ens hi comuniquem...! Ens hi comuniquem terapèuticament, precisament per a aconseguir situar la relació en posició d'interlocució i per tant, superar la situació de dependència que sempre produeix asimetria.

D'aquesta manca d'interlocució es deriva una conseqüència d'enorme transcendència.

Han observat -ben segur que si- que la malaltia mental és l'únic diagnòstic que, per si mateix, fa perdre la interlocució i comporta el risc que s'espoliï de drets fonamentals a qui se li atribueix?

M'explicaré una mica més. El que estic dient és que, quan qualcú se'l classifica de boig o boja, perd, immediatament, allò que el capacita per defensar els seus drets.

Precisament el que perd o el que es qüestiona és la seva capacitat de defensar els seus drets.

Naturalment que tots sabem que continua essent subjecte de dret i els sanitaris els defensem, com ho fem amb les persones que estan en coma o, pel que sigui, no poden expressar-se (els nadons, els malalts severs d'Alzheimer). Però hi ha una diferència fonamental: en aquests darrers casos, la immaduresa o la incapacitat física són les circumstàncies que pertanyen a aquestes persones (als infants, als malalts molt greus d'Alzheimer) de la interlocució.

Però el que aparta al "boig" o a la "boja" de la interlocució és la decisió (presa a través de paràmetres de normalitat, de convencions i àdhuc d'interessos...) d'un altra persona amb "poder" per fer-ho.

Han pensat mai -també ben segur que si- com això condiona la nostra actitud terapèutica...? D'aquest tema, a tenir en compte de forma fonamental en la construcció de les cures, també en tornaré a parlar en el darrer apartat d'aquesta intervenció.

Darrer apartat que ara començo i que he anomenat:

## II. LA CURA: PRESENCIES I PARAULES

En aquest apart, abordaré dos aspectes

- El control sobre la malaltia
- La interlocució

Aspectes sobre els que m'interessa reflexionar amb tots i totes vostès per que considero que són essencials a l'hora de la construcció de cures eficaces i perquè vostès constitueixen un grup seriós de reflexió sobre la pràctica terapèutica dels problemes de la salut mental i estic segura que sabran treure-li tota la seva utilitat.

En relació a la primera qüestió, parteixo de dues idees:

- considero que l'aspecte del control de la malaltia és una part clau en la construcció de les cures i
- crec que és indispensable que la persona vulgui tenir el control del seu procés.

Dit d'altra manera, per construir cures eficaces és fonamental que la persona cuidada tingui la sensació que és ella qui controla -en el percentatge que sigui- la malaltia i no és la malaltia la que la controla a ella.

A partir d'aquesta idea, em sembla que ens pot ser de gran utilitat per dissenyar cures personalitzades, tenir en compte en quina posició està situada cada persona enfront del diagnòstic.

Si pertany al grup de les que se senten incòmodes, s'ha d'aconseguir que es mantingui la incomoditat (ja que significa desig de controlar la malaltia), sense que es converteixi en negació ni incompliment.

En aquest cas, és especialment important arribar a pactes respecte el compliment terapèutic, adaptant les prescripcions a allò que està disposat a acceptar cada client.

I en el cas de les persones acomodades amb el diagnòstic, els proposo avançar per dos camins:

El primer és treballar des de la perspectiva que no existeix un procés "normal" d'evolució de la malaltia, sinó que aquest –i sense negar-ne l'evidència clínica- està fortament condicionat per la societat i es concreta en cada persona, d'acord amb les seves experiències, estereotips i per descomptat, temors.

En segon lloc, tenir molt present en la relació terapèutica, els beneficis secundaris que s'obtenen de la acomodació al diagnòstic i intentar situar-los en la consciència de la persona cuidada, com a conseqüències *no inevitables* de la malaltia.

Com hauran pogut veure, considero que la qüestió del control és bàsica, tant per donar la importància deguda a la disposició de les persones enfront del diagnòstic, com per construir les cures adients.

Per això em permetran que, abans de introduir-me en els següents aspectes, m'aturi un moment a parlar sobre algunes característiques diferencials entre els diagnòstics mèdics i els diagnòstics infermers.

L'evolució científica de les dues disciplines, molt més recent en la Infermeria que en la Medicina, junt amb el paper social que els metges i els infermers han pogut i volgut desenvolupar o sobretot, la diferent concepció del que ambdós grups professionals consideren el seu bé intrínsec<sup>ii</sup> -l'objectiu que els defineix i justifica com a professió -, han portat a anomenar el seu camp de competència (que això són els diagnòstics), d'una forma essencialment diferent.

El diagnòstic mèdic (de l'especialitat que sigui), està elaborat en un llenguatge aliè a l'individu que el pateix. No es tracta solament que s'utilitzin paraules especialitzades (el que és comú a la majoria de les ciències), sinó que l'eix que articula l'etiqueta diagnòstica - la base de la dolença- és una qüestió en la que, en la immensa majoria dels casos, qui la pateix no hi pot tenir incidència directa.

Com deia, el diagnòstic mèdic està formulat en base a criteris experts i són també els experts els que poden decidir la resolució de la malaltia.

Els en poso un exemple per fer-ho més aclaridor:

Utilitzarem el diagnòstic d'Endocarditis. Naturalment que es refereix a un aspecte de la persona: té inflamada una part del cor, en aquest cas per un bacteri i naturalment que quelcom hi pot fer per intentar que el diagnòstic desaparegui: prendre medicaments, reposar...

Però, en aquest cas, la desaparició de l'atribució diagnòstica vindrà per la modificació de quelcom en què la persona no té el control directe; quelcom que no fa referència a les seves capacitats ni possibilitats.

Contràriament, els diagnòstics infermers estan formulats fent referència als potencials de millora de les persones.

L'eix que els articula són els canvis que es poden esperar en relació amb les capacitats, actituds o coneixements de la persona.

Per exemple, es considera que la persona de qui es té cura presenta un "Maneig inefectiu del règim terapèutic" quan -pel motiu que sigui- no compleix el seu tractament o no fa correctament la seva dieta. O es parla de un "Dèficit d'autocures en higiene" quan la o el pacient no realitza adequadament algun aspecte de la seva neteja personal. Maneig inefectiu i dèficit que les intervencions infermeres supliran, mentre no puguin ser resolts pels i les pacients.

Fins aquí he sostingut dues idees. La primera és que una de les claus de volta en la construcció de la cura és *situar el control* (tot allò que sigui possible), *en mans de la persona de qui es té cura*.

La segona idea és la relativa a que la característica fonamental dels diagnòstics infermers és que -a diferència dels diagnòstics mèdics-, *estan formulats en relació a les possibilitats d'autonomia i independència que pot assolir la persona cuidada*.

Unint les dues idees, és evident que les persones que utilitzen diagnòstics infermers tenen molt més fàcil dissenyar cures personalitzades que facilitin la devolució i l'acceptació del control a qui és cuidat.

Els posaré un exemple de la pràctica infermera quotidiana en salut mental per a il·lustrar la meva afirmació:

Imaginem-nos que, en un servei de psiquiatria d'un hospital hi ingressa una persona, amb diagnòstic mèdic d'esquizofrènia i que es troba en fase de deliri i agitació.

En primer lloc, la valoració clínica infermera -el que jo anomeno la "mirada curadora"-, de forma independent al diagnòstic mèdic d'esquizofrènia, "reanomena" la situació posant-li un nom que té a veure amb els objectius a assolir pel o per la pacient.

Sens dubte, en aquest primer moment d'agitació i de deliri, tots els diagnòstics infermers estaran relacionats amb els dèficits d'autonomia i per tant, l'actuació professional serà de suplència, total o parcial.

Una vegada passada aquesta primera fase, els objectius de les cures infermeres es poden resumir en dos:

- Establir el màxim grau d'interlocució, el que permet la relació terapèutica i
- Facilitar l'adquisició de la independència de la persona o sigui, promocionar els seus potencials de millora.

Aquests objectius prenen forma en unes cures orientades a que la persona adquireixi:

En primer lloc, els coneixements necessaris respecte al que li està succeint. O sigui, les cures faciliten que qui és cuidat adquireixi el saber que necessita per a donar sentit a la seva situació i controlar-la.

En segon lloc, les cures estan orientades a que la persona adquireixi la força psíquica necessària per a poder relacionar el coneixement amb allò que li passa.

O dit d'altra manera, les cures permeten que la persona cuidada integri que aquests coneixements sobre la malaltia són, en realitat, saber sobre si mateixa.

I en darrer lloc, en aquest exemple, les cures infermeres s'han de dissenyar perquè la persona cuidada desenvolupi la voluntat necessària per a voler assumir –en la mida que sigui possible– el control del seu diagnòstic.

Sé que aquest tema que els estic plantejant necessitaria de molt més temps per aprofundir-hi i per això els animo a fer-ho conjuntament en el col·loqui.

Ara i ja per acabar aquesta intervenció, vull tractar molt breument sobre l'altra clau de volta de la construcció de la cura: la interlocució.

Al meu entendre, aconseguir l'espai de diàleg en el qual es pot desenvolupar la relació terapèutica, passa perquè els professionals de la cura treballin amb consciència, responsabilitat, curiositat i humilitat. Valors que els permeten situar-se en la posició adequada per a establir la interlocució necessària amb qui es té cura i comprometre's amb l'assumpció dels seus objectius.

Situar-se en l'espai de la interlocució –o treballar amb fermesa per acostar-s'hi al màxim– ajuda, en gran mesura, a adoptar una postura crítica en totes aquelles situacions (de rutina, de sobrecàrrega, de manca de reflexió...) en les quals els professionals poden córrer el perill:

- D'abusar de la seva situació de poder.
- De permetre que el diagnòstic privi de drets fonamentals a les persones amb problemes de salut mental.

Fins aquí crec haver acomplert amb els objectius plantejats per aquesta intervenció. Per acabar-la no em vull estar de fer-los un petit comentari sobre la influència social que crec que han de desenvolupar els experts en salut mental.

Com he ressaltat abans, la construcció "industrial" de la malaltia i el seu corol·lari de creació i promoció de valors o models "impossibles", de "benestar perfecta", obliga als experts i expertes en salut mental a desenvolupar al màxim la seva responsabilitat i influència social.

En primer lloc, mantenint una actitud de la més gran alerta ja que estan en els millors observatoris i poden elaborar els millors indicadors.

En segon lloc, desenvolupant el màxim el compromís a l'hora d'elaborar conclusions i recomanacions i d'aconseguir que tinguin implicacions en el que realment canvia la vida de la gent: la legislació i les polítiques.

Els hi estic dient que vostès tenen la responsabilitat de fer arribar la seva veu, crítica i assenyada, fins aquells llocs on es pot influir perquè la salut i la malaltia no siguin àmbits de poder, sinó espais de treball conjunt – d'interlocució i de diàleg- que ajudin a aconseguir allò que és l'únic important:

Que cada persona pugui desenvolupar els seus potencials (siguin els que siguin), amb sensació de benestar personal i social.

Ni més ni menys...

Moltes gràcies per la seva atenció.

---

<sup>i</sup> Blech, J. *Los inventores de enfermedades*. 2005 Barcelona. Destino

<sup>ii</sup> Per més ampliació del concepte de bé intrínsec de la professió infermeria, es pot consultar: Alberdi Rosamaría. *Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el poder de las enfermeras*. ROL de Enfermería, 1998; 239-240 (27-31).