

# PAPERS

*d'Educació de Persones Adultes*

# 66

## Educació de persones adultes i salut

### EDITORIAL

L'educació per la salut, una educació permanent

### TEMES A DEBAT

#### Educació de persones adultes i salut

Alfabetització de la salut (Cristina Petreñas, Miguel Ángel Pulido i Laura Ruiz)

L'educació de persones adultes, base de les activitats socials comunicatives afavoridores de la salut mental (Núria Valls)

L'educació i la salut sexual i reproductiva: les contribucions del feminisme dialògic per superar les desigualtats de gènere en salut

(Màrcia Regina Cangiani Fabbro)

Educació de persones adultes, salut i mitjans de comunicació. A voltes amb l'especificitat (Alfons Formariz)

Projecte EMILIA. L'aprenentatge permanent com a motor de canvi de les persones amb trastorn mental greu

(Eduard Palomer, Roser Izquierdo, Eithne Leahy, Carme Masferrer, Paz Flores)

### CRÒNICA

Presentació del mètode d'alfabetització *Lletres per a Tothom*

### RECENSIÓ

L'Alzheimer a casa. *Bicicleta, cullera, poma.*

**PAPERS** és una publicació de l'Associació per l'Educació de Persones Adultes (AEPA).  
Via Laietana, 41, 1r 1a. 08003 Barcelona.  
Telèfon 93 310 7715. Fax 93 310 0547.  
E-mail: [a.e.p.a@suport.org](mailto:a.e.p.a@suport.org)

COORDINACIÓ: Esther Cañada i Montserrat Fisas.  
EQUIP DE REDACCIÓ: Alfons Formariz, Miquel Fort, Maria Padrós, Andreu Pagès, Núria Valls, Esther Cañada, Cristina Pulido, Montserrat Fisas.  
MAQUETACIÓ: José Ángel Borlán.

PVP: 3 euros. **PAPERS** no es responsabilitza necessàriament de les opinions que continguin els articles signats.  
D.L.: B-43630-86

Amb el suport de:



## EDITORIAL

- 4 L'educació per la salut, una educació permanent

## TEMES A DEBAT

### EDUCACIÓ DE PERSONES ADULTES I SALUT

- 5 Alfabetització de la salut  
(Cristina Petreñas, Miguel Ángel Pulido i Laura Ruiz)
- 7 L'educació de persones adultes, base de les activitats socials comunicatives afavoridores de la salut mental (Núria Valls)
- 9 L'educació i la salut sexual i reproductiva: les contribucions del feminisme dialògic per superar les desigualtats de gènere en salut  
(Márcia Regina Cangiani Fabbro)
- 12 Educació de persones adultes, salut i mitjans de comunicació. A voltes amb l'especificitat (Alfons Formariz)
- 14 Projecte EMILIA. L'aprenentatge permanent com a motor de canvi de les persones amb trastorn mental greu (Eduard Palomer, Roser Izquierdo, Eithne Leahy, Carme Masferrer, Paz Flores)

## CRÒNICA

- 17 Presentació del mètode d'alfabetització *Lletres per a Tothom*

## RECENSIÓ

- 18 L'Alzheimer a casa. *Bicicleta, cullera, poma.*

# L'educació per la salut, una educació permanent

**L**a salut és un dels temes que més preocupen les persones al llarg de la seva vida, sigui per a la cura de la pròpia persona o de persones properes, per temes d'interès general, per influència dels mitjans de comunicació, etc. En el procés de formació per la salut el primer pas és el que es fa en l'entorn familiar, a través de la relació entre pares i familiars i fills. L'escola esdevé el segon lloc formatiu, tot i que en general predominen aquells aspectes relacionats amb les hàbits bàsics (menjar, neteja,...) que no pas els estrictament sanitaris o de salut global. El cas de la formació afectiva i sexual, en pot ser un exemple. Sovint es queda en aspectes sobretot informatius més que en veraders processos d'educació en la sexualitat i les relacions personals positives. La influència de l'entorn social (amistats, família, etc.) és decisiva, en positiu i en negatiu, en aquest aspecte i en tants d'altres relacionats amb la salut.

Les experiències mèdiques –el contacte amb els professionals de la salut– és l'altre gran àmbit que influeix en la formació. No sempre és possible una verda comunicació entre la expressió acadèmica dels professionals dels serveis de salut i la intel·ligència cultural dels que hi van, però cal reconèixer els

esforços que es fan per establir una bona relació que vagi més enllà de la pura prescripció i serveixi per la millora general de la salut. Però també les àmplies possibilitats que la societat de la informació ofereix a la població permeten que el diàleg metge-pacient pugui ser molt més ric que fins fa poc. El coneixement no és ja sempre una exclusiva del professional. El projecte EMILIA que presentem en aquest número

de **PAPERS** mostra com han canviat les coses en la relació entre el sistema mèdic i els pacients i per on poden anar en el futur.

Els mitjans de comunicació –a vegades col·laborant en les campanyes de salut promogudes per part de les administracions– són l'altre factor principal de formació per la salut. Certament no sempre donen les informacions adequades, ni sempre ajuden a la millor comprensió dels problemes de salut, però el seu paper és cada cop més important, només cal pensar en la SIDA o en les diverses gripes.

Des de la perspectiva de l'educació permanent l'educació per la salut és quelcom que acompanya tota la vida adulta amb les diverses necessitats que van evolucionant amb la mateixa vida. Les entitats, escoles, associacions poden esdevenir un factor formatiu de primer ordre pel que fa a difondre el

coneixement del propi cos i les seves necessitats. En aquest aspecte presentem diversos articles sobre com l'alfabetització per la salut i l'educació de persones adultes en general esdevenen factor que afavoreixen, a través de la creació de sentit, entre altres factors, la salut i l'equilibri personal.

Finalment, en un moment en què les tises semblen

l'eina quirúrgica única, potser seria el moment de què les administracions públiques fossin capaces de globalitzar i coordinar els seus plantejaments de salut pública, especialment preventius, i fessin servir millor els mitjans que ja tenen a la seva disposició. I el sistema educatiu n'és un i en ell l'educació permanent pot ser una eina clau. Però tal volta això ja és demanar massa flexibilitat a una organització per departaments tancats.

**Les entitats, escoles, associacions poden esdevenir un factor formatiu de primer ordre pel que fa a difondre el coneixement del propi cos i les seves necessitats**

# Alfabetització de la salut

**Cristina Petreñas, Miguel Ángel Pulido i Laura Ruiz**

L'Organització Mundial de la Salut defineix l'alfabetització de la salut com les habilitats socials i cognitives de les persones per accedir, entendre i utilitzar la informació de manera que es promogui i mantingui una bona salut (WHO, 1998). Rima Rudd, l'autora de més reconeixement internacional en alfabetització de la salut, parteix de què l'alfabetització de la salut inclou una sèrie d'habilitats, especialment relacionades amb la prevenció de malalties i la promoció de la salut, com la lectura, la comprensió i l'anàlisi de la informació, la comprensió de instruccions i símbols, l'avaluació de riscos i beneficis i la presa de decisions (Rudd, 2010).

Ainhoa Flecha, Rocio Garcia i Rima Rudd (2011) manifesten que, a l'actual societat, les persones cada vegada participen més en les qüestions relacionades amb la seva salut ja que l'accés a la informació ha facilitat aquest procés. Les autores destaquen que, tot i així, les persones amb baixos nivells educatius i pertanyents a grups vulnerables queden excloses d'aquesta participació o no accedeixen a la informació adequada. Posen de manifest la relació existent entre l'exclusió educativa i l'exclusió en l'àmbit de la salut, però també contribucions que trenquen aquest cercle de desigualtat. Presenten l'alfabetització de la salut com una de les actuacions educatives d'èxit que afavoreix l'estat de salut dels col·lectius més desfavorits. Concretament, mostren experiències que s'estan duent a terme en algunes escoles que són Comunitats d'Aprenentatge conjuntament amb d'altres serveis de la comunitat, com els centres sanitaris d'atenció primària, en els quals participen les famílies i els nens i les nenes (1).

Un dels exemples que exposen Flecha, Garcia i Rudd (2011) és el d'una Comunitat d'Aprenentatge situada a la perifèria urbana de la ciutat de Terrassa. Aquesta escola té un 70% d'alumnat immigrant. Els nivells educatius de les famílies són molt baixos, la majoria no ha finalitzat l'educació obligatòria. Aquesta escola està implementant algunes de les actuacions educatives d'èxit. Una d'elles són els programes de formació de familiars, a través dels quals s'ha promogut la participació de familiars, especialment de dones marroquines. Moltes d'aquestes dones són analfabetes en procés d'alfabetització en aquesta mateixa escola. L'alfabetització de la salut s'ha incorporat a la formació de familiars a partir de les demandes de les pròpies mares participants a les classes d'alfabetització (Flecha, Garcia i Rudd, 2011).

Una altra línia de recerca en alfabetització de la salut ha analitzat la comunicació que s'ha portat a terme des dels serveis de salut pública i els ciutadans i ciutadanes i alerten de què en ocasions aquestes comunicacions utilitzen un llenguatge excessivament tècnic allunyat del nivell de com-

prensió del ciutadà/ciutadana amb nivell acadèmic mitjà (Rudd et al., 2004). En aquest procés de comunicació es poden donar dinàmiques de poder com, per exemple, que els professionals de la salut no donin tota la informació al pacient perquè pugui entendre què li passa o, si ho fa, amb un llenguatge tècnic que el pacient no comprèn. Però sembla que cada vegada més existeix un ampli consens entre els professionals de la medicina i de la salut pública en què els esforços per millorar la comunicació en salut han de tenir en compte els nivells d'alfabetització i les habilitat de lectura, vocabulari, etc. que tenen les persones a les quals estan atenent (Flecha, Garcia i Rudd, 2011; Rudd, Comings, & Hyde, 2003). Per exemple, la Xarxa Catalana d'Hospitals i Serveis Sanitaris Promotors de la Salut parteixen de què l'alfabetització de la salut és una eina clau per a la millora de la comunicació amb els ciutadans i ciutadanes (2). El diàleg entre metge i pacient està cada vegada més present. La prescripció del metge o de la metgessa ja no és acceptada pel pacient sense que hi hagi un diàleg al respecte. També hi ha una àmplia varietat de recerques que constaten que, quan el pacient i el metge dialoguen sobre el procés de cura de la malaltia, el tractament és més efectiu (Flecha, Garcia i Rudd, 2011). Aquestes mateixes autores posen de manifest com en l'àmbit de la salut i de la medicina s'està produint el que Ulrich Beck (1997) anomena una desmonopolització del coneixement expert.

Que els grups més vulnerables millorin progressivament el seu estat de salut depèn en gran mesura de què s'implementin accions d'alfabetització en salut efectives en les quals la comunicació entre professionals i pacients sigui cada vegada més igualitària, que incloguin les persones participants en què volen saber i com. D'aquesta manera es potenciarà que aquestes persones puguin tenir l'habilitat de prendre decisions adequades tant en el tractament de les seves malalties com en les accions i l'estil de vida per prevenir-les, que permetran tenir un bon estat de salut.

Quan fem referència a l'estat de salut partim de la definició establerta per la OMS (World Health Organisation, 2003), és a dir, concebuda com un concepte multidisciplinari i dinàmic que incorpora la dimensió de benestar físic, mental i psicològic d'un individu o grup. Actualment, s'entén com una confluència de factors socials, econòmics i d'hàbits, superant la definició de la salut com un procés quasi exclusivament biològic relacionat amb la salut física i l'absència d'afeccions o malalties.

Des de la concepció de salut que engloba una dimensió individual i col·lectiva i l'alfabetització que empodera les comunitats, es promou un procés de comunicació entre les persones professionals de la salut i les persones d'aquestes comunitats que afavoreix el desenvolupament de les

habilitats i competències necessàries per trobar, comprendre, avaluar i utilitzar la informació relacionada amb la salut (Rudd et al. 2004). És a dir, es tracta d'un procés que té com a objectiu empoderar aquestes persones perquè puguin prendre decisions adequades que contribueixin a la millora de l'estat de salut individual, però també el col·lectiu, el de les seves famílies i la seva comunitat.

La Comissió Europea també fa referència a l'alfabetització de la salut a través del seu Programa de Salut 2008-2013 el qual té com a objectius millorar la seguretat sanitària dels ciutadans i de les ciutadanes, promoure la salut, inclosa la reducció de les desigualtats en salut, i promoure la informació i els coneixements sanitaris. El llibre blanc *Junts per la salut: un plantejament estratègic per a la UE* destaca el rol actiu del pacient en la seva pròpia salut, i presenta l'alfabetització en salut com una estratègia necessària en el marc de les competències clau al llarg de tota la vida (Comissió Europea, 2007) (3).

## NOTES

1. Contribucions realitzades en el marc del projecte *INCLUD-ED Strategies for inclusion and social cohesion in Europe from education* (2006-2011), l'únic Projecte Integrat dels Programes Marc de Recerca que s'ha fet sobre *schooling* (educació escolar), a tota Europa i, per tant, és la recerca de més rang científic i més recursos que s'hagi fet mai sobre educació a Europa. L'objectiu general de INCLUD-ED és identificar les actuacions educatives d'èxit que fomenten la cohesió social i aquelles que generen exclusió. <http://creaub.info/included/>
2. <http://www.udg.edu/HSPS/Grupsdetreball/HealthLiteracy/tabid/15493/language/ca-ES/Default.aspx>
3. El treball que ha donat peu a la realització d'aquest article, ha estat possible mitjançant l'ajut de l'ARCE (Agrupació de Recerca en Ciències de l'Educació) de la Universitat de Barcelona al Grup de Recerca en Educació Superadora de Desigualtats.

## PAPERS

d'Educació de  
Persones Adultes

Número 66  
Octubre  
2011

## 6

## BIBLIOGRAFIA

- Beck, U., Giddens, A., & Lash, S. (1997). *Modernización reflexiva. política, transición y estética en el orden social moderno*. Barcelona: Península.
- Comisión Europea (2007). *Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE*. Bruselas: Comisión Europea.
- Flecha, A., García, R., & Rudd, R. (2011). Using Health Literacy in School to Overcome Inequalities. *European Journal of Education*, 46(2), 209–218.
- Rudd, R. E. (2010). *Literacy and implications for navigating health care*. Harvard school of public health: Health literacy website. Retrieved 09/08/2009 <http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/overview>
- Rudd, R.; et al. (2004) Rewriting Public Health Information in Plain Language. *Journal of Health Communication*, 8 (3). 195-206.
- Rudd, R.; Comings, J. & Hyde, J. (2003) Leave no One Behind: Improving Health and Risk Communication through Attention to Literacy. *Journal of Health Communication*, 8 (3). 104-115.
- WHO. World Health Organisation. (2003) *Poverty Reducing Strategy Papers (PRSPs). Their Significance for Health. Second Synthesis Report*, 2003.
- WHO. World Health Organisation. (1998). *Health promotion glossary*. Retrieved from [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp\\_glossary\\_en.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf)
- Xarxa Catalana d'Hospitals i Serveis Sanitaris Promotors de la Salut <http://www.udg.edu/HSPS/Grupsdetreball/HealthLiteracy/tabid/15493/language/ca-ES/Default.aspx>

# L'educació de persones adultes, base de les activitats socials comunicatives afavoridores de la salut mental

Núria Valls

**S**alut mental és un concepte que comprèn aspectes preventius, aspectes curatius o pal·liatius i la reinserció o rehabilitació de les persones que presenten necessitats en aquesta direcció.

La integració social i la socialització són dos elements fonamentals en l'educació de persones que han patit o pateixen carències en el seu benestar emocional i/o mental.

La nostra societat és molt competitiva, molt selectiva i amb valors basats en l'èxit i els diners; per tant, és molt fàcil patir marginació social quan es presenta una depressió o quan un té problemes d'ansietat o d'altres trastorns psicològics. Aleshores és com quan un peix es mossega la cua: la societat competitiva tendeix a marginar la persona que pateix aquests problemes i la resposta individual a la marginació sol ser l'aïllament, amb la qual cosa s'agreuja el problema per a qui el pateix.

Per tal de transformar, en paraules de Paulo Freire, *aquestes dificultats en possibilitats*, cal enfocar tant la prevenció com la rehabilitació de persones amb aquests problemes psicològics, des del punt de vista educatiu.

Proposem la *concepció alliberadora de l'educació* que defensà Paulo Freire com a forma d'evitar molts trastorns, ja que en aquesta proposta freireana, la persona és considerada subjecte de la seva pròpia educació. Aquest protagonisme afavoreix el ple desenvolupament de les facultats de l'individu i possibilita la superació de barreres. Una persona amb paràlisi cerebral pot aprendre a llegir, alfabetitzar-se i gaudir de la

lectura al mateix temps que fa amics i amigues a l'escola d'adults. Un cop alfabetitzada, pot participar a l'Associació de Participants i aportar els seus punts de vista i fer propostes fins i tot a la Junta de l'Associació.

Una persona amb necessitats específiques de tipus psicològic i/o mental, pot trobar resposta en l'educació de persones adultes quan aquesta es basa en l'*aprenentatge dialògic* (1). El diàleg igualitari, en aquesta proposta metodolò-

gica, és la base de l'educació i permet que tothom faci aportacions i les raoni en base a arguments. Les persones amb necessitats específiques són respectades i les seves opinions són valorades per igual. En aquest diàleg, s'aprèn a escoltar tothom i a tenir en compte les opinions de tothom, la persona és valorada per ella mateixa, la competitivitat és substituïda per la solidaritat. I, encara més, les persones aprenen a prioritzar les aportacions de qui té unes necessitats específiques en aquest sentit.

El respecte és una de les bases de l'educació i també una de les formes de considerar la persona capaç d'assolir altes expectatives. Les altes expectatives en educació són una de les claus de l'èxit i una de les formes de vèncer l'anomenat "fracàs escolar". Moltes persones han trobat en l'educació d'adults allò que la societat els impedia veure: acceptar-se tal i com són i plantejar-se la superació de moltes barreres psicològiques i socials.

I és que la salut i el benestar mentals estan molt relacionats amb la formació de la

personalitat i la socialització. J. Habermas (2), defineix la socialització com la formació de la personalitat i defineix el *diàleg intersubjectiu com un nou paradigma* en la comunicació humana. Això pressuposa la necessitat d'un nou plantejament que permet situar l'acció humana en unes teories que contemplin les possibilitats d'arribar a una entesa. Aquesta entesa es fa possible a través d'una nova concepció del diàleg: el diàleg intersubjectiu. Per definir-lo ens referim a la no-

ció d'*intersubjectivitat* tal com ve donada en la teoria de l'acció comunicativa de J. Habermas i que es defineix com la capacitat dels subjectes de posar en comú mitjançant el llenguatge la pròpia subjectivitat. Segons afirma Habermas (1987/1981) *tots els subjectes són capaços de llenguatge i acció*.

La solidaritat és la base de la integració social que crea una sèrie d'habilitats i de capacitats; fonamentada en el

**Moltes persones han trobat en l'educació d'adults allò que la societat els impedia veure: acceptar-se tal i com són i plantejar-se la superació de moltes barreres psicològiques i socials**

**PAPERS**  
d'Educació de  
Persones Adultes

Número 66  
Octubre  
2011

7

**TEMES A DEBAT**



diàleg intersubjectiu. La solidaritat es basa en formes de consens que faciliten una presa de decisions no vertical ni jeràrquica, sinó que, molt al contrari, potencien horitzontalment l'aportació de totes les persones participants.

Com a conseqüència, considerem que l'educació produeix socialització. Aquesta idea de socialització difereix substancialment de la definició de socialització que és sinònim de relació social. Molts dels defensors dels discursos reproduccionistes (Bourdieu i Passeron) de l'educació pensen que és a l'escola com a institució on les persones adquireixen noves relacions socials. No és que aquests tipus de relacions no es donin, però aquí partim d'un concepte més ampli de socialització. Habermas la situa en el món subiectiu i la defineix així: *La formación de la identidad individual* (1987b:204).

Les persones amb necessitats específiques de tipus psicològic, quan interioritzen aquest ambient de respecte i de confiança que hem descrit quan hem fet esment de l'aprenentatge dialògic, es formen una nova identitat individual, enriquint al màxim la formació de la seva personalitat.

J. Habermas defineix *la personalitat com l'autonomia i l'autorealització de la persona*. L'educació de persones adultes desenvolupa l'autonomia personal i dona elements a les persones adultes per a la seva realització personal.

Moltes dones que han patit depressió, han trobat a l'es-

cola d'adults una nova motivació: han participat en tertúlies literàries, han organitzat setmanes culturals on les seves companyes i companys han gaudit de les activitats organitzades des de la Comissió d'Activitats on elles han participat. D'aquesta manera una nova motivació les ha fet compensar les seves necessitats específiques derivades de la depressió.

Moltes persones que han estat ateses per institucions mèdiques de caràcter psicològic, han estat derivades des d'aquestes institucions cap a l'escola d'adults i, en contacte amb elles, des de l'escola es fa el seguiment i es dona resposta a les necessitats específiques d'aquestes persones.

D'aquesta manera, les persones descobreixen un nou sentit en les seves vides i transformen així les seves biografies, realitzant molts dels somnis que mai no haurien imaginat poder realitzar.

## NOTES

1. Per a saber-ne més cal consultar el llibre *Compartiendo palabras* (1997) de R. Flecha. Barcelona: Paidós
2. *Teoría de la acción comunicativa* Vols I i II (1987) de J. Habermas. Madrid: Taurus

## PAPERS

d'Educació de  
Persones Adultes

Número 66  
Octubre  
2011

8



# L'educació i la salut sexual i reproductiva: les contribucions del feminisme dialògic per superar les desigualtats de gènere en salut

Márcia Regina Cangiani Fabbro

**L'**educació i la salut són activitats que van de la mà. No podem pensar en la salut, sense educació i viceversa. Hom es pregunta: De quina educació s'està parlant? D'una educació bancària que tendeix a prescriure orientacions de qui sap per a qui no sap cuidar la seva salut, o d'una educació alliberadora? Segons Freire (1994, p.86), l'educador, en aquesta última concepció, ha de tenir en consideració el saber popular, cosa que implica necessàriament el respecte al context cultural en què es donen els processos educatius. El punt de partida són els sabers d'experiència que, en el moment de compartir amb aquests nous sabers, amplien la visió de món d'educadors i educands involucrats en aquest procés. Només en la comunicació té sentit la vida humana. "(...) el pensar de l'educador només guanya autenticitat en la autenticitat del pensar dels educands, mediatitzats ambdós per la realitat, per tant, en la intercomunicació" (Freire, 2005, p.64). Amb això, els grups de dones, en els espais de les unitats de salut, podrien concretar-se en l'intercanvi, el reconèixer-se, perquè "el pensar de aquell no pot ser un pensar per a aquest ni imposat a aquest" (Freire, 2005, p.64).

Tractem sobre educació, i de quina salut parlem? D'una simple absència de malalties? Es comprèn que salut és la resultant de les condicions d'alimentació, habitatge, educació, renda, medi ambient, treball, ocupació, oci, llibertat, accés i possessió de la terra i accés a serveis de salut (Brasil, 8<sup>a</sup> Conferència Nacional de Saúde, 1986).

La concepció ampliada de salut significa reconèixer l'ésser humà en la seva integritat i la salut, com a qualitat de vida (Brasil, 12<sup>a</sup> Conferència Nacional de Saúde, 2004a). Així, la malaltia i la vida sana no són determinades solament pels aspectes físics o genètics, sinó que són influenciats per les relacions socials i econòmiques que condicionen les formes d'accés al treball, a la renda, a l'alimentació, a l'educació, a l'ambient, a l'oci, entre altres condicions, i que són fonamentals per a la salut i la qualitat de vida (Carvalho; Buss, 2008).

## **El feminisme dialògic i la salut sexual i reproductiva**

Per tant, assumim la potencialitat dels grups en l'educació i la salut, en particular els grups de dones. Per què la dona? En primer lloc perquè creiem que l'"altra dona" que per a Puigvert (2001) són aquelles que van ser excloses de la lluita feminista per les barreres culturals, de classe, educatives, laborals i socials, són dones que han de ser escoltades i reconegudes en les seves experiències i històries de vida. Segons Camisón (2008), el feminisme dialògic és una eina que cal començar a desenvolupar perquè la lluita i les reivindicacions de les dones en el món siguin globals.

En segon lloc, a la majoria de les societats, les dones tenen menys estatus, menys accés als recursos i al seu control, i un menor pes en la presa de decisions, el que es converteix en relacions desiguals de poder. (Percovich, Aguirre,

1996; OMS, 2007). Fins i tot amb una millor educació i la independència financera, no significa unes relacions de gènere més igualitàries. A la meua tesi doctoral (Fabbro, 2006), resultat de les històries de vida de les mares brasileres i professores d'universitats públiques, vaig concloure que l'exigència del company (que no sempre és explícita) per tal que la dona assumeixi la responsabilitat de les "coses de casa", la competició, el menys-

preu i l'agressivitat són formes implícites de manifestació de relacions de poder entre els gèneres, cosa que demostra que, a més de jeràrquiques, aquestes relacions amaguen manipulacions i amenaces (en el ben entès que aquestes dades no es poden generalitzar).

Altres variables han de ser considerades quan s'utilitza el gènere com a categoria d'anàlisi. Segons l'OMS (2009), la interdependència de gènere, ètnia i altres formes de discriminació es tradueixen en desigualtats en els beneficis per a la salut entre els diferents grups socials i entre homes i dones.

Por tant, hi ha una línia entre gènere, ètnia i salut, donat

**El feminisme dialògic és una eina que cal començar a desenvolupar perquè la lluita i les reivindicacions de les dones en el món siguin globals**

**PAPERS**  
d'Educació de  
Persones Adultes

Número 66  
Octubre  
2011

9

que aquests factors afecten la salut de dones, especialment la salut sexual i reproductiva. Segons ICRW (1997), les desigualtats o iniquitats entre dones i homes s'originen en el punt en què comença la construcció de les relacions de gènere: la construcció de la sexualitat. En el camp sexual s'ha acceptat com natural reduir la sexualitat de la dona als aspectes reproductius, o sigui, quedar embarassada, donar a llum, cuidar dels fills, entre altres, negant a la dona el dret a l'erotisme i al plaer, si no estan vinculats a la reproducció. Això s'expressa en la baixa qualitat dels serveis, que fan de les dones responsables de tot el procés de reproducció sense facilitar el seu empoderament per prendre decisions.

Hi ha altres aspectes de la salut de les dones que són afectats per les desigualtats de gènere: embaràs no desitjat i avortament insegur; morbiditat i mortalitat materna; EST/HIV/SIDA; accés limitat i responsabilització per la anticoncepció, alts índexs de cesàrea, violència contra la dona, disturbis mentals, bioètica i dones, noves tecnologies contraceptives, embaràs en l'adolescència, càncer ginecològic, qualitat de l'atenció en els serveis de salut reproductiva, entre altres, el que demostra la necessitat de la inclusió de la perspectiva de gènere i origen ètnic en les accions de salut (OMS, 2006; Brasil, 2004b, Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2001; Scavone; 2004; Matamala, 1998).

Per trencar amb les desigualtats de gènere en salut i el monòleg dels professionals de salut sustentat per una superioritat acadèmica i social, el feminisme dialògic proposa crear lligams i que es creïn llaços i es tendeixin ponts vers la comprensió, l'escolta activa i interessada i la comunicació. La base d'aquesta unió per poder emprendre una lluita comuna i coherent és el diàleg. El diàleg, segons Gómez et al. (2006), és la clau per a una perspectiva comunicativa crítica, que defensa una epistemologia centrada en la intersubjectivitat. És una proposta que no intenta només estudiar la realitat social, sinó també transformar-la, mitjançant un procés d'enteniment que es regeix per pretensions de validesa i no de poder.

O sigui, una relació d'horitzontalitat i respecte pot ser una eina important per superar la cultura de superioritat de les accions de salut, sustentada per la idea de què només les paraules dels professionals de salut són veritat absoluta, especialment els metges/infermeres que mostren postures autoritàries, com, per exemple, quan es prescriu, s'orienta, o sigui, es fa una llista d'obligacions a complir, o fins i tot pràctiques que sotmeten les dones a riscos, com ara, la indicació de cesàries innecessàries –actituds, moltes vegades, que venen de la pròpia formació.

La qüestió de la medicalització del cos femení segueix essent àmpliament qüestionat, però, per qui? Per les dones i els homes que fan servir les paraules de les dones per a la

seva investigació. Les dones que tenen els seus cossos exposats a aquests professionals són escoltades? Hi ha espais de discussió per compartir temes d'investigació amb dones? Hi ha espai per les qüestions de gènere i el seu impacte en la salut de les dones?

Promoure la salut reproductiva de la dona implica buscar espais dialògics sobre aspectes que són part del cicle de vida de totes les dones: infància, adolescència, embaràs, part, menopausa i, en especial lactància materna –objecte de les nostres investigacions (Fabbro, 2005, 2010). Per tant, el reconeixement del dret d'opció i decisió de la dona sobre el seu cos i sobre la lactància materna, implica rescatar la seva ciutadania. Les accions de promoció, protecció i recolzament a la lactància materna vigents al Brasil i ens atrevim a dir a Espanya (paraules meves), necessiten comprendre

els significats de la lactància materna en el dia a dia de la dona, a fi de superar el model que encara és vigent als nostres dies. Per tant, són les dones que alimenten les que han de decidir quin ús donaran als seus cossos i als seus pits, igual que han de ser respectades como agents de la seva sexualitat i, consegüentment, del seu procés de lactància (Moreira citat per Monteiro, Gomes, Nakano, 2006). Això significa que la dona que

alimenta el seu fill necessita informació –dialogada amb altres dones i professionals de la salut– per identificar els obstacles i aspectes transformadors que ajuden en la presa de decisió d'amamantar o no, fent servir el seu dret d'elecció i d'autonomia sobre el seu cos.

### Consideracions finals

És necessari enriquir el debat sobre les contribucions del feminisme, en especial les concepcions teòriques i metodològiques del feminisme dialògic, en les pràctiques de salut i educació amb dones, garantint relacions més igualitàries. Es fa necessari que es construïxin espais dialògics en què les dones siguin escoltades sobre com cuiden la seva i que les accions de salut siguin discutides i compartides amb altres per a la construcció de coneixements en salut, en comunitat.

**Márcia Regina Cangiani Fabbro. Professora del Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos/São Paulo/Brasil**

### Nota

Aquest article és part del projecte d'investigació postdoctoral de l'autora: "Contribucions del feminisme dialògic per a la promoció de la salut sexual i reproductiva de dones: aportacions teòriques i metodològiques", encara en desenvolupament a CREA/UB (Fabbro, 2011).

**És necessari enriquir el debat sobre les contribucions del feminisme en les pràctiques de salut i educació amb dones**

## Referencias Bibliográficas

- Brasil, Ministério da Saúde. *8ª Conferência Nacional de Saúde*, 1986. Disponível a:  
[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf).
- Brasil, Ministério da Saúde. *12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca*: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em:  
[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_12.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf).
- Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004b. 104 p.
- Carvalho, A.I.; Buss, P.M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: Giovannella, L. et al. (Org.) *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.141-166.
- Camisón, M.G Feminisme dialògic. In: *Recrear*: Revista Internacional de Creativitat Aplicada Total, Ano 2008, Barcelona: Grupo IACAT. [www.iacat.com](http://www.iacat.com)
- Fabbro, M. R. C., Moreira, P. *Utilizando técnicas de ensino participativas como instrumento de aprendizagem e sensibilização do manejo da lactação para profissionais de enfermagem para uma maternidade*. Acta Paulista de Enfermagem, v.18, p.320 - 325, 2005.
- Fabbro, M.R.C. *Mulher e Trabalho: problematizando o trabalho acadêmico e a maternidade*. Tese. Faculdade de Educação. UNICAMP. 2006.
- Fabbro, M. R. C., Heloani, J. R. Mulher, maternidade e trabalho acadêmico. *Investigació i Educació en Enfermeria.*, v.28, p.176 - 186, 2010.
- Fabbro, M. R. C. *Contribuciones del feminisme dialògic para la promoció de la salut sexual i reproductiva de dones: aportes teòrics y metodològics*. Projecte d'investigació per a sol·licitud de beca, sotmès i aprovat per la CAPES/ Fundació Carolina. Practiques postdoctorals. Convocatòria CAPES n. 02/2011. 2011.
- Freire, P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994. 3 ed.
- Freire, P. *Pedagogia do oprimido*. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 43 ed.
- Gómez, J; Flécha, R; Latorre, A; Sánchez, M. *Metodologia Comunicativa Crítica*. El Roure Editorial: Barcelona, 2006.
- International Center For Research On Women (ICRW). Díaz, M; Spicehandler, J. Foro Latinoamericano: *La incorporación del enfoque de género en la capacitación, implementación, investigación y evaluación en los programas de salud sexual e reproductiva*. Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantil (CEMICAMP)/UNICAMP, 1997.
- Matamala, M.I. Derechos sexuales i reproductius, Estado i sociedad. In: *Salud Reprodutiva na América Latina e no Caribe*. Campinas: PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP/São Paulo: Ed 34, 1998.
- Monteiro, Juliana Cristina dos Santos; GOMES, Flávia Azevedo; NAKANO, Ana Márcia Spanó. Amamentação e o seio feminino: uma análise sob a ótica da sexualidade e dos direitos reprodutivos. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 15, n. 1, mar. 2006.
- Disponível a:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000100018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000100018&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 19 fev. 2011. doi: 10.1590/S0104-07072006000100018.
- PERCOVICH, M.; Aguirre, R. *Los desafíos después de Beijing en los países del Mercosur*. Fundación Friedrich Ebert, 1996.
- Puigvert, L. *Las otras dones*. Barcelona: El Roure editorial, 2001.
- OMS. *Resumo do relatório "so what": uma análise sobre integrar um enfoque de gênero aos programas produz diferença nos resultados* Julho de 2006
- OMS. *Temas de salud. ¿En qué consiste el enfoque de salud pública basado en el género?* 2007.
- OMS. *Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS*. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Género, Mujer i Salud. ISBN 978 92 4 359770 6 (Clasificación NLM: QZ 53). Organización Mundial de la Salud, 2009.
- Rede Nacional Feminista De Saúde E Direitos Reprodutivos. *Salud da Mulher e Direitos Reprodutivos: dossiês*. São Paulo. 2001.
- Scavone, L. *Dar a vida e cuidar da vida: feminisme e ciências sociais*. São Paulo: Editora Unesp, 2004.

# Educació de persones adultes, salut i mitjans de comunicació

**Alfons Formariz**

**L'**educació per a la salut, pels drets dels consumidors, per a la comprensió dels paràmetres bàsics econòmics o l'educació per a una ciutadania activa són alguns dels exemples que hauria de contemplar una formació en competències bàsiques de persones adultes, alliberada de la cotilla de la primària i la secundària. Són, a més, exemples curriculars de l'especificitat de l'educació de persones adultes, negada a la pràctica pels programes i l'organització escolar dels ensenyaments instrumentals o del Graduat en Educació Secundària en els centres oficials.

El subjecte adult no viu de la mateixa manera que l'infant o l'adolescent la salut, el consum, l'economia o les responsabilitats ciutadanes. No solament es tracta d'una diferència de grau, sinó d'unes vivències i necessitats específiques de la seva etapa vital, l'etapa adulta, a les que ha de donar resposta. El seu coneixement experiencial -experiència ampliada pels medis i la comunicació humana- són qualitativament diferents, les seves preocupacions personals i la seva responsabilitat sobre les persones properes parteixen de la immersió directa i immediata en les problemàtiques que se'n deriven i de l'obligació de donar-los solució, activa o passiva, amb un coneixement de causa no sempre suficientment contrastat. La informació col·lectivament comparada i raonada seria l'objecte d'aquestes educacions bàsiques.

Si ens centrem en la salut, l'objecte d'aquest article, és cert que hi ha elements de l'educació per a la salut que es contemplen en els programes de ciències naturals del sistema escolar, però, insistim, la responsabilitat de procurar-la per a si mateix o pels altres, obligació de la persona adulta, dota d'un significat diferent la importància i la forma organitzativa del seu aprenentatge.

## La informació sobre la salut

Un cop subratllat el caràcter diferencial de l'educació bàsica per a la salut, ens interessa plantejar-nos qui i com educa per a la salut en l'edat adulta. Ja hem dit que, sumàriament, els centres oficials de persones adultes pel seu

esbiaix cap a la "segona oportunitat" i el currículum escolar. De forma organitzada hi ha tallers o cursos molt diversos, dependents de diferents entitats, amb diferents continguts, diferent solvència. Però hi ha una informació que arriba a la majoria de la població, la servida pels "mèdia socials".

Els diaris, les revistes, la premsa escrita i els llibres de divulgació tenen públics més limitats. La ràdio, la televisió i internet, en canvi, tenen uns receptors/usuaris molt més amplis, gairebé universals. La ràdio i la televisió es dirigeixen encara a un públic més passiu, tot i la seva interactivitat progressiva, mentre que el públic de llibres o d'internet en

l'àmbit de la salut és més actiu, o simplement és un públic actiu sense necessitat d'adverbiar-lo.

Els mass media tenen dos grans formats en el tema de la salut: l'anunci i els programes de divulgació. Donant per fet el caràcter positiu en general dels mass media, constatant que la població avui tenim moltíssima més informació que dècades enrere, que malgrat que hi hagi programes vacus o menyspreables, el conjunt aporta elements d'informació i reflexió que, en el cas de la

salut, permet poder-se fer una idea més ajustada i personal dels aspectes sanitaris, donat per acceptat tot això, ens preguntàvem si la quantitat d'informació esdevé coneixement informat o, en sentit contrari, aporta majoritàriament un cert grau de confusió. Plantejada així la qüestió la resposta evident és "depèn" de persones i circumstàncies. Però, i majoritàriament?

Una aproximació a la temàtica —no pas una investigació rigorosa, que no podia ser l'objecte d'aquest article— requeria contrastar el sentit comú amb l'opinió dels experts, en aquest cas els metges de família. Hem dialogat amb alguns d'ells i aquest seria el resum de les seves percepcions.

Deixant de banda en tot aquest tema, com s'ha dit, les característiques personals dels pacients individuals que poden representar variants disruptives del comportament general, en principi els programes divulgatius aporten informació que el pacient pot contrastar amb el metge, obrint la possibilitat d'un major coneixement del seu estat de salut.

Per la seva banda, entre els anuncis en podríem distingir

**Els programes divulgatius aporten informació que el pacient pot contrastar amb el metge, obrint la possibilitat d'un major coneixement del seu estat de salut**

**PAPERS**  
d'Educació de  
Persones Adultes

Número 66  
Octubre  
2011

12

**TEMES A DEBAT**

tres tipus: els que potenci- en la prevenció amb produc- tes alimentaris enriquits o preparats (Omega 3, baix en sal,...), els que alerten d'una possible anomalia (hipertensió, colesterol, es- trenyiment, obesitat,...) i les propagandes de deter- minats medicaments. Els primers podrien considerar- se més innocus per a la sa- lut, que per a la butxaca, mentre que els segons po- den provocar si no una “alarma” social, al menys estats “d’hipocondrisme social” difuminat, preocupació excessi- va pels aspectes de salut anunciats sense cap necessitat ni individual, ni col·lectiva. Al marge que no sempre la seva eficàcia està demostrada, poden desviar l’atenció de les au- tènriques mesures preventives que requereixen més volun- tat per aplicar-les. Finalment, els anuncis directes de medi- caments se suposa que, pel fet d’existir, causen una major i no sempre necessària medicalització. El fet mateix que es facin anuncis significa una expectativa de venda del pro- ducte.

Les recerques per Internet i les lectures, per la seva banda, podrien tenir un major efecte en la demanda d’es- pecialistes o de proves específiques com el PSA per a la pròstata, anàlisis de sang o proves més complexes. La in- formació no sempre fiable o a vegades poc digerida obliga els metges a unes explicacions més àmplies que es contra- diuen amb el temps ajustat del que disposen. Però, deixant de banda aquestes limitacions o perversitats del sistema sanitari, no hi ha dubte que la informació més extensa del pacient i l’esforç pedagògic dels metges de família o dels especialistes són factors positius per a l’estat de salut de la població.

### **El tractament de “la veïna”**

En tot el procés des que inicias a pensar un article fins que comences a donar-li forma a través de lectures, idees, escrits anteriors o, com en aquest cas, fonamentalment a través de converses, sempre hi ha algun aspecte insospitat

**Més que els mass media, més que les lectures o internet, les persones demanen al metge el mateix tractament que li ha anat tan bé a la veïna o al familiar**

que entra en escena. Sovint no és desconegut, pot ser fins i tot molt plausi- ble, però que no apareixia en el propi esquema men- tal inicial. En el tema de la influència dels “mèdia so- cials” sobre la salut em re- corden la importància que tenen les converses amb les veïnes o amb un famili- ar: “a mi el que m’ha anat molt bé és aquest medica- ment, prendre-me’l i trobar- me bé”, “jo estava igual que tu i el metge em va donar un tractament que oli en un llum”, “quan em va veure em va enviar de seguida al especialista que...”

Més que els mass media, més que les lectures o internet, les persones demanen al metge el mateix tractament que li ha anat tan bé a la veïna o al familiar. Hi ha aquí un element de proximitat i empatia, de confiança amb la persona coneguda que els altres mitjans d’informació no poden aportar. En aquests casos –en la salut, però també en l’educació– un metge distant, possiblement ben informat però asèptic o tecnòcrata, difícilment pot contrarestar la recomanació de la veïna, per més que en el cas del pacient concret no estigui ajustat o no sigui correcte el seu diagnòstic com- paratiu.

Com hauria de ser una educació en competències bàsi- ques o una educació bàsica sobre la salut en l’edat adulta? O sobre els drets del consumidor, l’economia, la democrà- cia,... He parlat de la cotilla organitzativa que la primària i la secundària exerceixen sobre l’educació de persones adul- tes en els centres oficials i per extensió i mimetisme en la majoria d’entitats i institucions del tercer sector. Ara bé, tenint en compte que la informació sobre la salut actualment prové dels mass media, de les possibles lectures, de les recerques per Internet, de les xarxes socials, de l’opinió de veïns i familiars, caldria pensar en una segona cotilla que pot oprimir aquesta formació: el pensament “escolar” que domina tot l’imaginari social sobre l’ensenyament-aprenen- tatge i que continua tenint el predicament social d’ensenyants i aprenents. Alliberar-nos-en no serà una tas- ca fàcil.

**PAPERS**  
d’Educació de  
Persones Adultes

Número 66  
O c t u b r e  
2 0 1 1

**13**



# Projecte EMILIA. L'aprenentatge permanent com a motor de canvi de les persones amb trastorn mental greu

Eduard Palomer, Roser Izquierdo, Eithne Leahy, Carme Masferrer, Paz Flores

**E**MILIA (*Empowerment of Mental Illness Service Users: Lifelong Learning, Integration and Action*) és un projecte multicèntric de recerca que forma part del sisè programa marc de la Unió Europea. EMILIA pretén millorar la inclusió social de les persones afectades de trastorns mentals greus a través de la l'aprenentatge permanent i la legitimació del paper del pacient com a expert. El Parc de Salut Mar de Barcelona ha participat durant 5 anys en aquest projecte com a "demo-site" en la implementació d'una forma de treballar novedosa en el camp de la salut mental.

En una societat i una economia canviant i basada en el coneixement, l'aprenentatge permanent juga un paper bàsic a l'hora de promoure la ciutadania activa i millorar l'ocupació de les persones. Participar i formar part activa de la comunitat significa disposar d'oportunitat de participació en totes les esferes de la vida econòmica i social. De forma similar, tenir feina implica la possibilitat de viure autònomament, mantenir l'autoestima i gaudir de benestar i acceptació social.

Les persones afectades de trastorns mentals greus (esquizofrènia, trastorn bipolar, depressió major, TOC...) han de superar importants obstacles per tal de poder participar activament de la vida social i aconseguir treball. La discriminació associada a l'estigma que les acompanya, el sistema de pensions (que sovint desincentiva el treball) i les altes taxes d'atur en la població general s'alien amb la discapacitat associada al trastorn, augmentant l'exclusió social i dificultant la recuperació. L'edat d'inici de trastorns com l'esquizofrènia sol donar-se entre els 15 i els 25 anys. Aquest fet agreuja la situació dificultant l'accés i la continuïtat dels afectats a programes formatius i capacitadors de qualitat que els permetin ser competitius en el mercat laboral actual.

La majoria d'intervencions professionals que es duen a terme per reintegrar socialment i laboralment les persones afectades de trastorns mentals greus es basen en instruir-les per a dur a terme feines concretes ja sigui en el mercat laboral ordinari o en els centres especials de treball (mercat "protegit"). A diferència d'aquestes, el projecte EMILIA pretén aprofitar aquells coneixements que les persones han adquirit pel fet d'haver viscut un procés de malaltia-recuperació i haver estat en contacte amb els serveis sanitaris durant un llarg període de temps. Viure amb una patologia crònica requereix una gran capacitat d'adaptació: des de l'aprendre a reconèixer els símptomes, maneig de la medicació i contextos hospitalaris fins a la tasca pedagògica cap a

la família, passant per l'afrontar les conseqüències psicològiques que suposa (ajustament d'expectatives, maneig de l'estigma social, pèrdua de rols valuosos...). Aquest tipus de coneixement experiencial, anomenat "expert per l'experiència", implica una nova forma de mirar a les persones amb trastorn mental. I el que és més important, suposa una relació d'igualtat entre un expert que ha adquirit l'expertesa fruit de la seva formació i pràctica professional (el professional de salut), i un altre que l'ha adquirida a través de l'experiència viscuda (expert per l'experiència).

La qüestió fonamental ara és com legitimar i habilitar aquest coneixement del qual els usuaris ja disposen. La resposta és a través d'accions empoderitzadores. En el context de salut mental entenem com a empoderament (de l'anglès empowerment) la capacitat per prendre les pròpies decisions i el grau de control i d'influència sobre un mateix i aquells esdeveniments que tenen lloc en la vida de cadascú. La idea central, doncs, en l'empoderament és donar veu a la persona afectada de problemes de salut mental i permetre i promocionar el desenvolupament de les habilitats per tal d'exercir un bon control i

**Les persones afectades de trastorns mentals greus (esquizofrènia, trastorn bipolar, depressió major, TOC...) han de superar importants obstacles per tal de poder participar activament de la vida social i aconseguir treball**

**PAPERS**  
d'Educació de  
Persones Adultes

Número 66  
Octubre  
2011

**14**

**TEMES A DEBAT**

influència sobre un mateix. Empoderament vol dir també tenir accés als recursos i a la informació i disposar d'un ventall de possibilitats per poder prendre les pròpies decisions, desenvolupar les capacitats necessàries per poder afrontar les dificultats i poder definir els propis objectius i ambicions incloent-hi el treball, l'educació, els rols familiars i les relacions socials. Tota acció que persegueixi aquests objectius tindrà un impacte significatiu en la recuperació de la persona i disminuirà potencialment la seva exclusió social, millorant la seva autoestima i el sentit de pertinença a la comunitat.

És precisament en el marc de l'empoderament i de la consideració del pacient com a expert, on s'emmarquen les accions formatives en el projecte EMILIA. Concretament, s'han desenvolupat una sèrie de mòduls formatius que, a diferència de la formació/intervencions

dutes a terme habitualment en els serveis de salut mental, han estat implementades conjuntament per professionals i usuaris de salut mental. El pas de ser el mer receptor passiu a participar activament en la formació facilita la incorporació de les perspectives dels usuaris i la seva experiència en l'afrontament de la malaltia mental i el context que l'envolta (la relació amb els professionals, les expectatives pròpies, les necessitats no satisfetes...). Els usuaris poden aprendre a través dels iguals, per exemple, el maneig de la malaltia. A diferència de les intervencions dutes a terme per professionals, aquesta tindrà el valor afegit de poder disposar d'un model de rol molt pròxim al qual atorguen una forta credibilitat; percebre el sentiment de pertinença a un col·lectiu o grup; i trencar l'aïllament. Alhora, la participació al mateix nivell que els professionals de salut mental com a formadors, trenca la tradicional estructura de poder entre ambdós. En aquest sentit, la concepció del "pacient" com a "aprenent", el proveeix d'una nova identitat més normalitzada i menys saturada de continguts estigmatitzants.

Els mòduls desenvolupats van aplicar-se per un total de 25 persones afectades d'Esquizofrènia o Trastorn Bipolar, majors d'edat. El seus continguts van ser els següents:

- Mòdul Multifamiliar: treball amb les famílies i els usuaris amb l'objectiu de millorar la comunicació, resoldre els conflictes d'una forma constructiva i donar eines per a l'afrontament de l'estrès.

- Mòdul de Xarxa Social: Definició de la xarxa social pròpia, estratègies per adequar-la i reduir l'estigma i la discriminació.

- Mòdul de recuperació i integració: Basat en el concepte d'"empowerment", ajuda els usuaris a reprendre el control de les seves vides i prendre decisions.

- Mòdul de Fortaleses: reconeixement dels punts forts i dèbils així com també la forma de modificar-los i potenciar-los.

- Pla de desenvolupament personal (PDP): Ajuda els usuaris a clarificar els seus plans de desenvolupament i prioritzar

opcions vitals. Consisteix en la confecció d'un relat de la seva situació passada, actual i futura en cinc àrees: formació, ocupació, xarxes socials i convivència i ingressos.

L'acollida i el seguiment per part dels participants va ser bona. Cap participant va abandonar la formació. Les valoracions postformació van mostrar una alta satisfacció i un

grau d'aprofitament dels mòduls. Destacaven com a fet molt significatiu la participació i el treball col·laboratiu i al mateix nivell, entre usuaris i professionals.

Com hem expressat més amunt, una de les fites del projecte ha estat millorar la inclusió laboral a través de la generació de noves oportunitats laborals per als usuaris de salut mental basades en les seves expertesa per l'experiència. En aquesta línia es va dur a

terme un curs de formació continuada obert a tot el personal del Parc de Salut Mar sobre els beneficis tant per l'organització sanitària com per als propis usuaris de la seva consideració com a experts. La innovació en aquest curs tornava a ser el treball cooperatiu entre professionals i usuaris com a docents. Amb aquest tipus d'intervenció s'aconseguien tres fites importants:

- Trencar la barrera que separa professionals i usuaris, ambdós amb rols molt complementaris i rígids.

- Sensibilitzar i obrir l'organització sanitària a noves formes de treball i relació.

- Proporcionar experiències reals de coparticipació als usuaris a través de la legitimació del seu coneixement com a experts.

Els assistents al curs van rebre amb cert escepticisme la possibilitat d'aplicar les noves idees i formes de treballar. Malgrat això, certs col·lectius més preocupats pel rol passiu i desresponsabilitzador que assumeixen alguns usuaris, van mostrar el seu interès.

Durant els diferents actes de promoció i divulgació del projecte i de la nova forma de relació, els usuaris van seguir tenint un rol actiu. Van estar presents activament com a ponents en actes al Col·legi de Psicòlegs de Catalunya o també en congressos d'abast nacional i internacional.

Aquesta nova modalitat de participació va permetre augmentar satisfactòriament el sentiment de competència dels usuaris implicats, fins al punt de constituir-se com a Associació EMILIA BCN, una organització autogestionada, amb vida més enllà dels límits del projecte.

Gràcies a l'associació EMILIA BCN i a les nombroses accions de divulgació de les idees i filosofia del projecte va haver-hi una ràpida acceptació d'aquestes. Malgrat això, no hi ha forma més contundent de legitimar un coneixement que oficialitzar-lo i transformar-la en quelcom que pot ser útil a la institució sanitària. És per això que els esforços

**La concepció del "pacient" com a "aprenent", el proveeix d'una nova identitat més normalitzada i menys saturada de continguts estigmatitzants**



ràpidament es van dirigir cap a la recerca d'una fórmula que permetés "homologar" els coneixements i destreses que s'havien après. La fórmula trobada va ser a través de l'homologació de cursos de formació per aturats a l'escola de Formació Professional Bonanova (Parc de Salut Mar). El curs està pensat per capacitar els participants per a poder donar suport a altres malalts amb majors dificultats que ells en tot allò que té a veure amb l'atenció rebuda (accés als recursos de salut mental, coneixement i defensa dels seus drets, gestió d'ingressos hospitalaris...). Es tractaria d'una figura anàloga a la dels mentors a les universitats. D'aquesta forma, la titulació obria una porta al mercat laboral d'un dels col·lectius amb major risc d'exclusió.

Trenta-vuit persones afectades de trastorn mental greu i a l'atur van participar en aquests programes formatius, els docents dels quals van tornar a ser experts per l'experiència (usuaris amb major habilitats i que prèviament havien estat capacitats a través dels mòduls inicials) i professionals de salut mental conjuntament. Tot i que s'han dut a terme dues edicions del curs, no ha estat possible integrar laboralment els participants en activitats laborals remunerades dins les institucions sanitàries. Aquesta tasca implica no només persones ben formades sinó també institucions sensibles als beneficis que pot comportar la seva contractació per la institució mateixa i pels usuaris.

Actualment el projecte EMILIA ja ha finalitzat i els resultats a nivell europeu estan essent analitzats. Malgrat això, l'experiència a Barcelona ens ha permès arribar a una sèrie de conclusions:

- Les persones afectades de trastorn mental greu poden superar les barreres que la malaltia comporta si les tasques

plantejades són percebudes com a significatives i si s'ofereixen models de rol pròxims.

- Les activitats formatives dutes a terme cooperativament per usuaris i professionals tenen un valor afegit per als primers en termes d'autoestima i acceptació social.

- Les institucions encara no estan preparades per afrontar el repte de treballar com a iguals amb persones afectades de trastorn mental greu que assumeixen un rol fruit de la seva experiència.

- El canvi en les relacions de poder permet potenciar les habilitats i destreses d'aquells que ocupaven una posició "dèbil" fins aquell moment en la relació.

- Rols com el de "defensor del pacient" (advocacy), presents en els països anglosaxons, no estan encara legitimats al nostre territori dificultant que usuaris de salut mental puguin ser contractats a tals efectes.

**Eduard Palomer (Centro de Rehabilitación Psicosocial del Gironès-Pla de l'Estany, IAS. Girona), Roser Izquierdo (Institut Municipal d'Investigació Mèdica Barcelona), Eithne Leahy (Institut Municipal d'Investigació, Barcelona), Carme Masferrer (Hospital de Día de Salut Mental, Centre Forum-IAPS. Barcelona), Paz Flores (Hospital de Día de Salut Mental, Centre Forum-IAPS. Barcelona).**

**Correspondència:**

**mfloresm@parcdesalutmar.cat i epalomer@gmail.com**

**PAPERS**  
d'Educació de  
Persones Adultes

Número 66  
Octubre  
2011

**16**

### Referències bibliogràfiques

EMILIA. *Empowerment of Mental Illness Service Users: Lifelong Learning, Integration and Action*. [en línia]. Desembre 2011. Disponible al Web: <http://www.emiliaproject.net/>.

Leff, J., & Warner, R. (2006). *Inclusion of people with mental illness*. Cambridge University Press.

Roca Bennasar, M. (2006). *Trastornos Psicóticos*. Ars Medica.

World Health Organization (2010). *User empowerment in mental health -a statement by the WHO Regional Office for Europe*. [en línia]. Desembre 2011. Disponible al Web: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/113834/E93430.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf)

Simpson, E., & House, A. (2003). User and carer involvement in mental health services: from rhetoric to science. *The British Journal of Psychiatry*. 183: 89.91.

Mather, J & Atkinson, S. (2004). *Learning Journeys*. Leicester: NAICE.

**TEMES A DEBAT**

# Presentació del mètode d'alfabetització *Lletres per a Tothom*

**E**l passat dia 8 de setembre, Dia Internacional de l'Alfabetització, va tenir lloc la presentació pública de la “maleta” amb recursos per a l'alfabetització en català per a persones immigrants “Lletres per a Tothom”. L'espai va ser el CaixaForum de Barcelona i van presidir l'acte el Conseller de Benestar Social i Família de la Generalitat de Catalunya, Josep Lluís Cleries, i el Director General de la Fundació La Caixa, Jaume Lanaspá. Tot de persones interessades (professorat de català, voluntariat, representants d'entitats diverses, etc.) hi van ser presents.

L'origen d'aquests materials va ser una iniciativa de l'anterior govern (entre les DG d'Immigració i de Política Lingüística, especialment) per tal de tenir, com s'ha dit, uns materials que servissin per a l'alfabetització en català de persones immigrants.

Fa ja més d'un any es va convidar AEPA i FACEPA a participar en l'elaboració d'aquests materials. El procés ha estat llarg, i ha estat imprescindible per la seva finalització l'impuls constant i el suport de l'Obra Social de La Caixa, però finalment l'esforç i la col·laboració entre els diversos agents ha valgut la pena.

El material final (*la maleta*) comprèn, entre d'altres coses, làmines, fitxes de vocabulari bàsic, lletres i altres recursos visuals i tàctils, per una banda, i el Mètode d'alfabetització i la seva Guia d'ús per l'altra. Tot plegat conforma un conjunt de materials ben dissenyats que ofereix una bona combinació per fer les sessions d'alfabetització actives, atractives i profitoses.

El material està pensat inicialment com a un curs primer d'alfabetització per a persones que volen aprendre català però no saben llegir ni escriure en cap llengua. A partir de

l'aprenentatge de la lectoescriptura aquestes persones podrien passar a d'altres nivells superiors de català. Això no treu que aquests recursos puguin ser útils també com a alfabetització “normal” en centres, aules i entitats de formació de persones adultes. En el ben entès, és clar, que hi ha d'altres mètodes presents i molts recursos a la xarxa i a les classes que són ben profitosos en l'alfabetització en català.

Evidentment, la perspectiva des de la que s'ha treballat en el Mètode d'alfabetització (la part que han treballat especialment l'AEPA i FACEPA) es basa en Paulo Freire, les paraules generadores, la progressivitat, tot tenint en compte que la llengua catalana no serà segurament prou coneguda per part de moltes de les persones que faran servir el mètode, i per tant aquest és un curs que inicia tant l'alfabetització com el coneixement de la nostra llengua.

Les habituals raons econòmiques –i també algunes de pràctiques– han limitat el nombre de “maletes físiques” que s'han distribuït. Ara bé, tot el material és disponible a la xarxa (al web de Benestar Social i Família, per exemple) i així la seva difusió podrà ser molt més general i instantània.

Per part de FACEPA i AEPA hem apostat per la difusió més àmplia possible del mètode (se'n va parlar, per exemple a l'Escola d'Estiu d'enguany) i es faran sessions de formació per a formadors, entitats i d'altres persones interessades.

Un darrer punt per acabar. Aquesta bona iniciativa va sorgir durant el mandat de l'anterior govern i sempre és d'agrair que en alguns temes hi hagi continuïtat malgrat els canvis polítics. El mèrit de la tasca feta haurà estat així compartit.

## L'Alzheimer a casa. *Bicicleta, cullera, poma.* Carles Bosch. 2010

**V**eu el documental de Carles Bosch *Bicicleta, cullera, poma*, a l'entorn de la figura de Pasqual Maragall i els inicis de la malaltia de l'Alzheimer, provoca un cúmul de sensacions i d'emocions impactants, però també és pot considerar una eina de formació per la salut interessant per les persones adultes i en general per a tothom.

El que primer voldria destacar és la valentia familiar. Obrir la casa i la família a tothom, que les càmeres puguin enfocar la teva reacció contradictòria davant els progressos de la malaltia em sembla un acte de valentia difícil. Per molt que el muntatge sigui delicat amb tu i els teus, les teves reaccions queden allà per sempre a l'abast de tothom, en uns moments en què la realitat omnipresent de la malaltia només és un inici, quan encara ell hi és tot o gairebé, quan encara és possible compartir l'humor o els retrets. Però sabent que el temps, curt o llarg, no se sap mai, s'encarregarà de convertir les cares i les persones estimades en un misteri mutu.

Certament hi ha la part documental de la Fundació que mostra el caràcter combatiu del personatge que no es deixa dominar i que pensa més enllà de la situació personal. Potser no és la part que més impacta del documental, però entenc que és també la funció pública del projecte, fer veure que per sobre del que li passa a una persona concreta hi ha possibilitats d'esperança, hi ha esforços internacionals per lluitar contra a malaltia. L'optimisme de Pasqual Maragall, no gens il·lús per altra banda, és en aquest sentit la nota destacada per sobre les declaracions dels experts.

En quin sentit podem dir que aquest documental es una eina educativa? Certament, com quasi tot, dependrà de l'ús que se'n faci, de com es presenti. Però hi ha alguns elements claus a destacar. En primer lloc, presentar un personatge públic en un procés de malaltia li dona normalitat, la fa quotidiana, no diré acceptable però sí compartible. Com la família del film, milers i milers de famílies estan patint processos similars arreu. És com dir-nos a tots: "Això és el que ens passa, és el que us passa, és el que, ai las, us passarà. Fem-hi alguna cosa."

Hi ha un altre aspecte interessant que és la funció de la generació jove, presentar-los el problema del pare o avi en la vida familiar. És una cosa que molts es trobaran, que hauran d'afrontar amb la relativa i impossible normalitat que imposa l'extensió de la malaltia. La transformació de les sensacions que es van experimentant al llarg del temps i que transmeten les reaccions familiars són molt suggeridores. La compassió i l'exigència, el paternalisme (amb els propis pares!) i la incomprensió, l'afecte i la tensió, la dependència de l'altre i com et pot xuclar la teva vida, són tot d'emocions i situacions presents sempre en el desenvolupament familiar de l'Alzheimer.

Hi ha, finalment, un altre aspecte a comentar. En podríem dir la transferència. Aquells que han tingut alguna experiència familiar similar a la que viu la família Maragall veuen reflectides bona part de les experiències personals. En veure aquella família veus la teva, no veus ja els ulls dels personatge públic sinó els d'una altra persona estimada. I també per això val la pena veure *Bicicleta, cullera, poma*.



# PAPERS

Número 66

Octubre 2011

AQUESTA REVISTA ES PUBLICA  
QUADRIMESTRALMENT