Universitat de Lleida

AVALUACIÓ TÈCNICA DELS CLUBS SOCIALS PER A PERSONES AMB TRASTORN MENTAL

famillaresmalaltsmentals

NADA INTERIOR PORTADA

AVALUACIÓ TÈCNICA DELS CLUBS SOCIALS PER A PERSONES AMB TRASTORN MENTAL

Patrocina: Federació Catalana de Familiars de Malalts Mentals (FECAFAMM)

Autors: *Xavier Pelegrí Viaña i Olga Jordana Marquina*
(Dept. de Geografia i Sociologia - Universitat de Lleida)

Amb la col·laboració de: *Marta Poll Borràs (FECAFAMM)*

setembre de 2005

ÍNDEX

1. **INTRODUCCIÓ** 5
2. **METODOLOGIA I TÈCNIQUES** 6
3 **APROXIMACIÓ TEÒRICA A L'ESTUDI** 12
3.1. Model de referència 12
3.1.1. Antecedents 12
3.1.2. Enquadrament teòric 14
3.1.3. Problemes i necessitats 16
3.1.4. Xarxa de recursos específics 17
3.2. Marc legal i planificació 18
3.2.1. La salut mental a Catalunya 19
3.2.2. La població amb malaltia mental 20
3.2.3. La salut mental en la planificació de serveis socials 21
3.2.4. Actuacions i prestacions vigents 24
3.3. Disseny normatiu 26
4 **RESULTATS OBTINGUTS DE LA RECERCA** 28
4.1. Adequació a les necessitats 28
4.1.1. Percepció dels usuaris 35
4.1.2. Percepció dels professionals dels Clubs Socials 39
4.1.3. Percepció dels familiars 39
Recuperació d'habilitats socials comunicatives 39
Recuperació de l'autoestima, autoconfiança, seguretat. 41
Recuperació d'estructures vitals. 41
4.2. Adequació del funcionament 42
4.2.1. Percepció dels usuaris 42
4.2.2. Percepció dels professionals dels Clubs Socials 45
Eixos de la intervenció i concrecions pràctiques 46
Sobre la participació dels usuaris 49
Projecció i immersió comunitària 52
4.2.3. Percepció dels familiars 55
4.3. Percepcions sobre la identitat 58
4.3.1. Percepció dels professionals dels Clubs Socials 66
Funcions dels professionals 60
Funcions dels Clubs Socials 62
Identificació i representació 65
Complementarietat dins la xarxa 67
Reconeixement institucional 69
4.3.2. Percepció dels familiars 72
4.3.3. Percepció dels professionals externs 75
5 **CONCLUSIONS I PROPOSTES** 77
6 **BIBLIOGRAFIA** 80

1

INTRODUCCIÓ

L'estudi que tot seguit presentem s'ha realitzat per encàrrec de la Federació Catalana d'Associacions de Familiars de malalts mentals (FECAFAMM) entre els mesos de maig a setembre de 2005. Els objectius que ens vàrem plantejar en iniciar l'estudi foren els següents:

1. Avaluar si els Clubs Socials per a persones amb malaltia mental existents en aquest moment responen de forma adequada a les necessitats dels seus usuaris actuals.
2. Avaluar la correspondència entre les funcions enunciades a nivell normatiu dels Clubs Socials amb les que realment es desenvolupen i perceben en la pràctica quotidiana.
3. Dilucidar si els Clubs Socials per a persones amb malaltia mental poden ser considerats realment com a serveis susceptibles de constituir una prestació del sistema de serveis socials.

L'objecte d'estudi es circumscriu territorialment a la comunitat autònoma de Catalunya i a l'univers dels Clubs Socials que pertanyen a alguna Associació de familiars federada a la FECAFAMM i que, en el present, són un total de 16, distribuïts així: 11 a la província de Barcelona, 2 a la de Lleida, 2 a la de Tarragona i 1 a la de Girona.

2

METODOLOGIA I TÈCNIQUES

L'avaluació s'ha basat en una recerca prèvia per tal d'obtenir les dades i les opinions que ens permetessin arribar a un coneixement suficient de la realitat dels Clubs Socials. Aquest coneixement és el que ens ha de permetre analitzar i emetre un dictamen documentat i fonamentat, per respondre als objectius que hem reproduït més amunt, és a dir, per constatar fins quin punt s'acompleixen els paràmetres establerts, bé sigui en relació a les funcions declarades, bé a la cobertura de les necessitats dels usuaris, o bé a la pròpia identificació com un servei homologable.

Aquesta recerca s'ha realitzat bàsicament amb metodologia qualitativa, que és la que més s'escau amb els objectius que es perseguien, tot i que també hem emprat mètodes quantitatius en aquells aspectes que podien i tenia sentit treballar-los estadísticament.

L'estudi ha constat de varies parts per donar cabuda a tots els subjectes que, crèiem, podien oferir informació qualificada sobre els Clubs Socials ja que en són, d'una manera o altra, protagonistes i espectadors d'excepció. En cada part s'ha emprat una tècnica específica i, quan ha estat necessari s'ha dissenyat el corresponent instrument de recollida d'informació.

Ressenyem a continuació el procediment metodològic seguit amb especificació de les unitats d'informació a les que es volia accedir, la tècnica escollida per fer-ho i una breu descripció de les variables abordades i que conformen la base per establir el model d'anàlisi emprat.

1. Prèviament al treball de camp, s'ha realitzat una aproximació teòrica a la condició i situació de la malaltia mental, específicament en aquells aspectes que fan referència als Clubs Socials o conceptes afins. La tècnica utilitzada ha estat l'anàlisi documental, tant de materials bibliogràfics com d'informació disponible a la xarxa, concernent a Catalunya així com a d'altres indrets de l'Estat i internacionals. Una síntesi de les dades descobertes es presenta en el proper apartat.

2. Per aquesta recerca ens va semblar important aproximar-nos al sentir de les persones amb malaltia mental. L'objectiu –atès el presumible estat mental d'alguns dels usuaris- no era tant obtenir dades irrefutables com esbrinar la tendència que predomina en el col·lectiu respecte al recurs que utilitzen. Per a tal fi, s'ha fet servir una tècnica que hem anomenat «Relats biogràfics» amb l'objecte de permetre l'expressió dels sentiments dels usuaris dels Clubs.

   Per facilitar una major participació, fins i tot dels usuaris amb menors capacitats expressives, es va elaborar una pauta molt simple (consistent en un qüestionari tancat de 25 preguntes) que els permetés valorar els canvis experimentats quan a sentiments, actituds i comportaments arrel de la seva assistència al Club. El model de pauta es va enviar a tots els Clubs perquè fossin els professionals els que fessin d'intermediaris en administrar-la als usuaris. Com se sol dir, l'èxit sorprengué a la pròpia empresa ja que es van rebre 168 qüestionaris d'usuaris, bastants d'ells amb anotacions personals, corresponents a 15 Clubs Socials[1].

3. També era fonamental per a l'estudi comptar amb els professionals dels Clubs Socials. Les seves informacions i opinions ens serveixen tant per confeccionar una mena de «retrat robot» de com és i funciona aquest tipus de recurs, com per copsar les percepcions que sobre la tasca que realitzen tenen els tècnics i especialistes més propers als usuaris. En aquest cas s'optà per passar una enquesta semiestructurada de 49 ítems, molts d'ells oberts, en els que es demanava una resposta raonada.

   L'enquesta fou enviada a tots els Clubs per ser contestada per tots aquells professionals i col·laboradors que tinguessin la voluntat de fer-ho. La FECAFAMM fou la intermediària per fer arribar amb rapidesa i per motivar a la participació dels Clubs dependents de les Associacions a ella federades. S'han rebut en total 23 enquestes corresponents als 16 Clubs Socials, de les que s'han comptat com a unitats de recerca 18, ja que si bé alguns van complimentar un sol document entre varis professionals,

[1] Quan ja estava molt avançat el present informe, s'han rebut els qüestionaris del Club Social que faltava i que s'havien extraviat en el correu. Atès que no modificarien substancialment els resultats i que no disposem del temps necessari, descartem la possibilitat de tornar a calcular els resultats de la mostra.

altres van preferir enviar varies enquestes amb respostes pràcticament idèntiques. Només en un parell de casos hem comptat amb dos professionals d'un mateix Club.

En el quadre 1 es pot apreciar amb números absoluts el nombre de relats biogràfics i d'enquestes de personal rebuts; aquestes dades es relacionen per Clubs als que s'han afegit les dades que ells mateixos ens han aportat sobre nombre d'usuaris inscrits i els que realment assisteixen assíduament.

Quadre 1: Relació per Clubs d'usuaris i respostes rebudes per a la recerca

Club Social	Població	Usuaris inscrits	Usuaris[2] assistents	Relats biogràfics	Enquestes personal
Badiu	Badalona	18	16	10	1
AREP	Barcelona	96	88	6	1
Suport Castellar	Castellar de V.	32	16	18	1
El Cercle	Girona	34	15	1	1
El Portalet	Granollers	30	12	6	2
El Garabato	L'Hospitalet	48	32	15	1
Aidar	Igualada	65	30	10	2
La Brúixola	Lleida	71	20	20	3
Esquima	El Masnou	25	18	7	1
Punt de Trobada	Martorell	32	?	8	1
Tu Tries	Mataró	30	10	6	1
La Llum	Mollet del V.	37	15	14	3
El Porxo	Reus	44	37	24	1
La Xamba	Sabadell	30	20	20	1
Sol del Solsonès	Solsona	32	20	9	1
El Turó	Vilafranca d P.	35	15	11	2
		659	364	186	23

[2] En aquesta columna, possiblement hi ha dades referides a la mitjana d'usuaris que assisteixen diàriament al Club (però no sempre els mateixos) i també el nombre d'usuaris que hi assisteixen algun cop (actius).

4. Un altre sector que interessava connectar era l'entorn familiar, les persones que conviuen assíduament amb els usuaris dels Clubs Socials. Per arribar a aquest conjunt dispers i heterogeni de persones s'optà per la tècnica de l'entrevista personal focalitzada, molt més útil alhora d'aconseguir l'obertura necessària per al diàleg distés i assegurar un mínim d'opinions significatives per a l'estudi. S'han realitzat cinc entrevistes a partir d'unes característiques de la mostra i d'un procediment preestablerts:

   ☑ Primer, es seleccionaren cinc Clubs en funció de dos criteris: equilibri territorial i antiguitat del recurs; els que es van escollir finalment foren:
   - *El Garabato* de L'Hospitalet (actualment anomenat *El Roure*)
   - *La Xamba* de Sabadell
   - *El Turó* de Vilafranca del Penedès
   - *La Brúixola* de Lleida
   - *El Porxo* de Reus

   ☑ Segon, es va delegà en les respectives Juntes de les Associacions (per intermediació de la FECAFAMM) que escollissin un familiar d'un usuari del Club, bé entre els membres de la Junta o no, però que reunís una capacitat mínima per explicar l'experiència; i

   ☑ Tercer, es va procurar controlar que, entre les propostes, a poder ser, hi hagués certa varietat de la mostra quan a edat, sexe i parentiu dels familiars a entrevistar.

   Les entrevistes han estat realitzades per un membre de l'equip investigador, han tingut lloc en els locals de les associacions respectives, i han estat gravades i transcrites per al seu posterior anàlisi.

5. En darrer terme, s'introduí una dimensió més quan als actors que es veuen implicats pels Clubs Socials: el sector dels professionals externs al recurs però ubicats en els serveis socials i sanitaris d'atenció als malalts mentals. La raó d'incloure'ls és perquè entenem que ens poden aportar informació per avaluar la incidència del recurs en el territori des d'una perspectiva més comunitària, així com l'adequació de la funció dins la xarxa d'atenció en salut mental. La tècnica que vam considerar que millor s'adeia amb aquests informadors fou la del «sondeig telefònic», amb un màxim de tres qüestions (durada no superior a 10 minuts) i que els permetés manifestar breument les seves opinions sense necessitat de tancar les preguntes.

La dificultat de seleccionar una mostra factible entre un univers tant gran la vam abordar amb el següent procediment:

☑ Primer, es sol·licità a tots els Clubs una relació d'uns cinc professionals de l'àmbit i del seu territori de referència, i atenent als següents criteris:

- Professionals de diverses disciplines: psiquiatria, psicologia, treball social, infermeria, etc.
- Ubicats en qualsevol servei de la xarxa de salut mental, els serveis socials especialitzats en salut mental, o els serveis comunitaris;
- Que coneguin o ens consti que tenen una certa idea del que és un Club Social, com correspon a professionals experts i compromesos amb el sector en que treballen.

☑ Segon, amb els 68 professionals proposats pels Clubs es confeccionà una única relació estructurada pels següents set tipus de serveis:

- Àmbit de la sanitat: 1) Centres o unitats de salut mental (CSMA), 2) Unitats d'hospitalització, 3) Hospitals de dia, 4) Centres de dia.
- Àmbit de serveis socials o comunitaris: 5) Atenció social primària, 6) Serveis laborals, 7) Serveis residencials.

☑ Tercer, s'escollí una mostra de cada un dels set tipus de serveis que fos proporcional al nombre total de noms proposats així com als col·lectius professionals representats. També es procurà obtenir la màxima i lògica representació territorial (veure quadre 2).

☑ Tot i la dificultat de parlar amb aquests professionals en hores de feina, es realitzaren 19 contactes dels 21 previstos. Davant la impossibilitat tècnica de gravar la conversa, no quedà més remei que prendre nota el més textual possible de les respostes.

Quadre 2: Dimensions de la mostra dels professionals externs

Tipus de servei	Localitat referència	Professió
Centres de Salut Mental	Badalona Barcelonès Castellar del Vallés Manresa/Solsona Mollet	Treball Social Psiquiatria Infermeria Psiquiatria Psiquiatria
Unitats d'hospitalització	Mataró Reus	Psicologia Psiquiatria
Hospital de dia	Barcelona L'Hospitalet Mataró	Treball Social Treball Social Infermeria
Centre de dia	Igualada Lleida Reus	Educació Social PsicologiaTreball Social
Atenció Social Primària	Castellar del Vallés Martorell	PsicologiaTreball Social
Serveis laborals	Barcelona Vilafranca del Penedès	Psicologia Psicologia
Serveis residencials	Barcelona Lleida	Treball Social Psicologia

Un cop realitzades totes les accions de recollida de dades en els diferents sectors i col·lectius seleccionats, així com realitzats els treballs de transcripció, es procedí al tractament i anàlisi interpretatiu de la informació aconseguida i a l'elaboració del present Informe de la recerca.

El model d'anàlisi utilitzat s'ha basat en examinar les dades obtingudes de les respectives mostres de subjectes i procedir a analitzar les interrelacions que es produïen. Per fer-ho, s'ha partit dels objectius enunciats per estructurar-los en tres dimensions: «adequació a les necessitats», «adequació del funcionament» i «percepció de la identitat». Seguidament, en cadascuna d'elles, s'han abocat les dades dels diferents col·lectius informadors i segons els indicadors emprats en els instruments de recollida de dades utilitzats. Finalment s'ha procedit a mirar de trobar les explicacions més plausibles a fi d'extreure'n conclusions.

3

APROXIMACIÓ TEÒRICA A L'ESTUDI

Prèviament a endinsar-nos en el treball de camp, hem realitzat una aproximació al coneixement dels Clubs Socials en base a la producció documental existent i que es trobava al nostre abast. Hem cercat materials bibliogràfics que, des d'una vessant o altra, ens dotessin de la suficient base conceptual i teòrica per poder comprendre suficientment les circumstàncies i condicions que envolten l'objecte d'estudi.

Els principals descobriments d'aquesta primera fase de la recerca són els presentem en els tres apartats que conformen aquest capítol. Com no es tracta de fer un tractat teòric ja que no és aquesta la finalitat de l'estudi, només fem referència als aspectes, degudament sintetitzats, que creiem més importants en tant que configuren el marc de comprensió imprescindible per introduir la pròpia recerca. Per un major aprofundiment es pot acudir als autors i textos que es citen en la bibliografia.

3.1. Model de referència

Sota el títol de model de referència hem inclòs els aspectes més generals que afecten la malaltia mental i, específicament, el dispositiu del Club Social. A més de fer unes breus pinzellades històriques sobre la creació d'aquest tipus de recurs, ens fem ressò d'algunes aportacions dels principals autors del sector, que han estudiat i escrit tant sobre les circumstàncies dels pacients com de la necessitats d'aquest tipus de serveis. Finalitzem l'apartat amb algunes dades sobre la implantació dels Clubs Socials com a recursos específics.

3.1.1. Antecedents

El primer club social del món apareix als EEUU als anys 40 dins l'emblemàtica «Fountain House» de New York; és l'anomenat «Fountain House Clubhouse» que continua funcionant avui dia amb més força que mai «com a lloc on començar una nova vida» i que servirà de model a la resta de «clubhouses» que apareixeran sense pausa fins avui dia.

Pel que fa a Europa, podem dir que la introducció dels primers «*Social Clubs*» es fa a Anglaterra ja en els primers 70.

Centrats en l'Estat Espanyol, el primer club social va ser fundat a La Corunya per l'actual president de l'Associació Europea de Psiquiatria Social, el reconegut psiquiatra Francisco Alonso Fernández[3], que en aquell moment «ocupava la plaça de cap dels Serveis de Psiquiatria a la província de La Corunya» (sic) i on, a més d'obrir un sanatori privat, i davant la demanda social, va obrir també el primer Club, en aquells moment anomenat de socioteràpia, que s'instal·là a Espanya» (El País digital 03/10/00).

Pel que fa a Catalunya, els primers Clubs Socials dels que tenim notícia són dels primers anys vuitanta. Al 1982 es posa en funcionament el Club Social vinculat a l'Associació per a la Rehabilitació del Malalt Psíquic (AREP), Associació de familiars ubicada a Barcelona. I al 1983 neix el Club Social l'*Oreneta*, vinculat inicialment a l'Hospital de dia del CPB i, posteriorment, també al Centre de Dia «Dreta de l'Eixample», a la Clínica Llúria – Comunitat terapèutica, i l'Hospital de Dia Llúria, gestionats per la mateixa entitat.

A partir de la segona meitat dels anys noranta és quan es comença a estendre més l'experiència, creant-se Clubs Socials a St. Feliu de Llobregat (*Pins d'Or*) vinculat a la Fundació Nou Camí, a Mollet del Vallès (*La Llum*), el Maresme (Tu Tries) , a Vilafranca del Penedès (El Turó) i Barcelona (Club Dau), vinculats a associacions de familiars, i el Club de Les Corts – Sarrià i St. Gervasi vinculat al Centre d'Higiene Mental, etc. Sense voler ser exhaustius, només assenyalar que també les associacions Joia i Tres Turons han estat precursores d'experiències assimilables al model de Club Social.

En l'actualitat, existeixen a Catalunya aproximadament uns vint-i-cinc Clubs Socials, gestionats per diferents associacions i fundacions privades, depenents de centres d'higiene mental o altres establiments de la xarxa de salut mental i varis d'ells també vinculats al Fòrum d'Iniciatives Assistencials i de Gestió en Salut Mental de Catalunya. D'aquest total de Clubs, setze en el moment d'iniciar la present investigació (disset actualment i un més que està ja iniciant-se a Sta. Coloma) pertanyen i estan regentats per associacions federades en la Federació Catalana de Familiars de Malalts Mentals (FECAFAMM).

[3] Catedràtic emèrit de la Universitat Complutense de Madrid, Director de l'Institut de Psiquiatres de Llengua Espanyola, membre de la Real Acadèmia de Medicina i de Belles Arts, Doctor Honoris Causa per onze Universitats i autor de mig miler d'articles publicats en revistes científiques nacionals i estrangeres i de quaranta-tres llibres.

3.1.2. Enquadrament teòric

El Club Social no és un mer espai de lleure sinó un mitjà d'inclusió social, un servei d'inclusió que sense ser, en sentit estricte, terapèutic (per a això ja hi ha clarament definits els serveis sanitaris de tractament de la malaltia), realitza una tasca o funció rehabilitadora. Quan les persones malaltes retornen a la comunitat, suposadament després de passar per un procés de rehabilitació, la realitat és que tota una sèrie de seqüeles de la malaltia dificulten la satisfacció de les necessitats considerades socials, a saber: treball, habitatge, etc. i, entre moltes altres, també l'oci.

Centrant-nos en aquesta darrera aspiració entenem, com diu Csikszentmihalyi, una de les grans autoritats en els estudis de l'oci en un article sobre les conseqüències d'aquest per a la salut mental, que «potencialment, la contribució dels professionals de l'oci al futur de la humanitat és al menys tan important com la dels científics nuclears, els enginyers genètics, els economistes i els polítics» (citat per Gorbeña, 2000: 10).

D'una banda, actualment els investigadors mostren un consens respecte al fet que l'oci és la qualitat relativa de l'experiència, caracteritzada per la llibertat percebuda i la motivació intrínseca (Mannell i Kleiber, citats per Shank, 2000). Aquesta concepció reflexa les idees sociopsicològiques sobre la necessitat de la persona de sentir-se autodeterminada (exercitar la capacitat d'elecció i experimentar una sensació de control), i de tenir experiències que siguin personalment significatives (que augmentin el sentit de la competència personal i de la relació social).

D'altra banda la Salut Mental és un constructe complex que inclou la sensació de vàlua personal, la capacitat, la identitat personal i el significat o sentit. És la capacitat d'experimentar gaudi i plaer, un sentit de pertinença a un grup significatiu i la motivació d'implicar-se en el món (Fine, citat per Shank, 2000). La salut mental va més enllà de la limitada definició de salut (això és, l'absència de malaltia o discapacitat). I és per això que la connexió entre l'oci i la salut mental és òbvia (Shank, 2000).

Segons tota la documentació consultada i tornant al debat entorn la funció de rehabilitació, els Clubs Socials s'emmarquen dins el model de Rehabilitació Psicosocial i Suport Comunitari que sorgeix propiciat pels processos a que dona lloc la reforma psiquiàtrica i la posterior

desinstitucionalització. L'objectiu final de la rehabilitació és la reinserció o inclusió social del malalt, que és, al seu temps, objectiu últim del Club Social.

Tot i les diferències que aquest moviment ha comportat en els diferents països, entre els seus elements bàsics i comuns a tot el que s'ha entès per Reforma Psiquiàtrica, hi hauria els següents (AEN, 2002: 16):

- Un desplaçament de l'eix de l'atenció des de l'hospital psiquiàtric a la comunitat (de la reclusió a la integració).
- Una aposta per habilitar serveis capaços d'atendre els problemes de salut mental en el propi entorn social on viu l'individu (de l'allunyament a la proximitat).
- Un intent d'articular una ampla gamma de serveis i dispositius alternatius que donin resposta a les diferents necessitats bio-psico-socials del malalt, tot i assegurant una atenció integral i coordinada.

La Rehabilitació Psicosocial en un model d'atenció comunitària té per objectiu millorar la qualitat de vida de les persones que pateixen de forma continuada trastorns psiquiàtrics greus, ajudant-les a assumir la responsabilitat de les seves pròpies vides, a actuar en la comunitat tant activament com puguin i a manejar-se amb la major independència possible en el seu entorn social (AEN, 2002: 21). La rehabilitació opera en totes les àrees de la vida i en els diferents escenaris en els que aquesta es desenvolupa: allotjament, xarxa social, treball, relacions familiars, estudis, oci i temps lliure, etc.

La intervenció en rehabilitació psicosocial s'articula a través d'un procés individualitzat que combina, d'una banda, el desenvolupament de les habilitats i competències que cada persona requereix per funcionar efectivament en la comunitat, i per altra banda, les actuacions sobre l'entorn que inclouen des d'educació i assessorament a les famílies fins al desenvolupament de suports socials destinats a oferir els recolzaments necessaris per compensar o enfortir el nivell de funcionament psicosocial del malalt mental crònic (Liberman, 1993)

La importància d'adquirir aficions i interessos que facin possible un oci i temps lliure estimulant i enriquidor per al pacient, es veu augmentada per la manca d'oportunitats laborals. És necessari fer una avaluació exhaustiva d'aquesta àrea. Mentre més empobrit aparegui el pacient més necessari és avaluar les seves aficions pre-mòrbides (Rebolledo, 1997).

La rehabilitació és una intervenció complementària i paral·lela al tractament; és tot un procés que té com a objectiu final la reinserció. I en molts casos, la rehabilitació és l'assistència prestada quan el tractament, pròpiament dit, és ineficaç. El tractament pretén remoure les causes, l'etiologia del problema, en canvi en la rehabilitació psicosocial es pretén minorar les conseqüències de la malaltia crònica, incrementant la participació de l'individu en el seu ambient social, que per definició és canviant, i a més posseeix expectatives respecte del comportament del pacient (Rebolledo, 1997). I sempre amb l'objectiu darrer i principal de la reinserció de la persona malalta mental.

En aquest sentit, la intervenció psicosocial té un paper fonamental en la compensació i manteniment de persones amb TSM i la participació en Clubs socials ha estat identificat en una sèrie d'estudis, com un dels factors capaços de reduir els deterioraments del funcionament social i la freqüència de les recaigudes (Liberman, citat per Rebolledo 1997).

3.1.3. Problemes i necessitats

Les persones que pateixen malalties mentals greus i cròniques presenten problemes molt complexos que no es redueixen sol a la simptomatologia psicopatològica sinó que afecten tanmateix a altres aspectes com el funcionament psicosocial i la integració en la comunitat. Tot i que aquests problemes es concreten d'una forma particular en cada persona en funció de múltiples factors biològics, psicològics, familiars i socials, i evolucionen segons l'atenció i els serveis que es rebin, també es cert que s'aprecien uns elements comuns que afecten a les persones amb TMS, especialment esquizofrènics, i que es podrien resumir en els següents (AEN, 2002: 12):

- Major vulnerabilitat a l'estrès, dificultats per afrontar les demandes de l'ambient.
- Dèficit en llurs habilitats i capacitats per desenvolupar-se autònomament.
- Dificultats per interactuar socialment, pèrdua de xarxes socials de suport que en molts casos es limiten sol a la seva família i situacions d'aïllament social.
- Dependència elevada d'altres persones i serveis sanitaris i socials.
- Dificultats per accedir i mantenir-se en el món laboral, la qual cosa suposa un obstacle per a la seva plena integració social i afavoreix la dependència econòmica, la pobresa i la marginació.

A aquesta situació de les persones amb TMS caldria sumar-hi, per tenir un panorama més complert, la sobrecàrrega d'algunes famílies que es senten desbordades per la supervisió i la convivència amb un familiar amb malaltia mental.

Les famílies són el principal recurs d'atenció i suport que tenen les persones amb TMS. Tanmateix, la convivència amb aquestes persones pot suposar dificultats i conflictes que, sovint, poden portar a les famílies a sentir-se desbordades i sense recursos per fer front a aquesta problemàtica. Fins i tot, en certs casos aquesta situació pot donar lloc a una font de tensió per sobrecàrrega que requereixi atenció mèdica o psiquiàtrica de la o de les persones que en tinguin cura.

3.1.4. Xarxa de recursos específics

L'organització d'un sistema integral d'atenció comunitària a la població amb malaltia mental severa ha de tenir com a columna vertebral els serveis de Salut Mental. Però a més ha de comptar amb una àmplia i variada xarxa de recursos específics d'atenció social i de suport comunitari que cobreixi les necessitats específiques d'aquest grup de població i siguin un complement al treball i seguiment dels serveis de salut. En gairebé tots els documents actuals que descriuen els recursos, s'inclouen dins el grup de recursos socials o comunitaris de suport els Clubs Socials (a vegades també se'ls anomena de forma diferent, com Clubs socioterapèutics, però amb idèntic significat)

Segons l'AEN (2002: 68) els Clubs Socials són recursos de suport social destinats a oferir recolzament a la població amb TMS que presenta dificultats per un funcionament psicosocial adequat en ambients totalment normalitzats. Entre els objectius que ha de perseguir per promocionar una xarxa de suport que permeti trencar l'aïllament destaca:

- Fomentar l'ús dels recursos comunitaris
- Augmentar l'exercici de rols socialment valuosos
- Millorar les relacions interpersonals, d'ús i gaudi del temps lliure, de la independència i de l'autonomia.

És un recurs per persones més grans de 18 anys amb dificultats d'integració a la comunitat. El criteri d'incorporació hauria de ser tan ampli com sigui possible, només limitat, si de cas, als malalts que dificultin la convivència entre els propis usuaris del club. El fet de que hi hagi un lloc de trobada amb

una determinada capacitat és tanmateix, junt amb el personal, els únics factors que poden arribar a condicionar totes les incorporacions que es sol·licitin.

Segons dades de 1999 recollides per l'AEN (2002: 87 i ss.) els Clubs Socials eren una realitat a vàries comunitats autònomes. Concretament, sota la denominació de club psicosocial els trobem al País Basc (35 places a Biscaia), i com a clubs socials a Andalusia (520 places en 16 clubs) i Madrid (7 centres amb un total de 332 places). Actualment, a més d'aquestes comunitats, ens consta que hi ha Clubs Socials per a malalts mentals a Astúries, Illes Canàries, Extremadura, Castella-la Mancha i Aragó.

La comunitat autònoma de Madrid té estructurada una xarxa de serveis i dispositius de salut mental que contempla com a recurs perfectament reglat els Clubs Socials, bé siguin públics o a càrrec de les associacions de familiars. A tall d'exemplificació, reproduïm l'esquema que, amb lleugeres variants, ha estat àmpliament difós (Fernández Liria, 1995; Desviat, 1995) sobre el model d'organització de la xarxa de salut mental a les àrees de Madrid:

DISPOSITIUS SANITARIS	DISPOSITIUS INTERMEDIS	DISPOSITIUS SOCIALS	DISPOSITIUS COMUNITARIS
Centre de Salut Mental	Centre de Dia Rehabilitació	Pisos amb Suport	Club Social
		Residència	Fundació
Hospitalització	Pis de transició		
		Taller Ocupacional	Treball Protegit
Hospital de Dia	Unitat de Rehabilitació	Centre Agrícola	Pisos Normalitzats

3.2. Marc legal i planificació

En aquest punt ens proposem fer un breu repàs pels principals episodis que ha viscut la salut mental a Catalunya. Per tal de situar-se en aquest àmbit o sector cal tenir en compte la seva naturalesa sociosanitària, la qual cosa

contribueix a la seva complexitat per causa de la responsabilitat compartida entre dues àrees de l'administració. Igualment, cal tenir em compte la dispersió institucional que històricament ha afectat als establiments residencials o diürns, que ha afectat sobretot a les diputacions provincials i, recentment a la Generalitat, a més de les diverses institucions privades que regenten institucions emblemàtiques.

3.2.1. La salut mental a Catalunya

La reforma de la salut mental a Catalunya té les primeres fites als inicis dels anys vuitanta però, com a la resta de l'Estat, queda clarament influïda pel document per a la Reforma de l'Assistència Psiquiàtrica de 1985 i la Llei General de Sanitat de 1986, ambdós d'àmbit estatal.

L'article 20 de la Llei General de Sanitat (Llei 14/1986, de 25 d'abril) referint-se a la integració i a l'equiparació del malalt mental als serveis sanitaris i socials, prescriu a les administracions sanitàries competents: «*Es desenvoluparan els serveis de rehabilitació i reinserció social necessaris per una adequada atenció integral als problemes del malalt mental, cercant la necessària coordinació amb els serveis socials*». S'ha de tenir en compte que els problemes que afecten al funcionament psicosocial i a la integració social de les persones amb TMS, sobrepassen la capacitat i possibilitats dels serveis de salut mental i exigeixen la col·laboració decidida dels serveis socials, tant generals com especialitzats, així com amb els altres serveis de la resta de sistemes, especialment els de formació i ocupació.

Una altra fita important fou quan al 1991 el Govern de la Generalitat assumí les competències de salut mental que exercien les diputacions catalanes i elaborà el Pla de Salut mental. El model que instaurà el Pla permeté iniciar la reforma de l'atenció primària, així com ampliar el nombre de centres de dia i hospitals de dia alhora que es continuava amb la reconversió de les antigues places de nouropsiquiatria. La culminació d'aquest procés ha estat el decret 213/1999 de 27 de juliol[4] que defineix la Xarxa de Centres de Salut Mental d'utilització pública; en ell es relacionen els serveis que es comprometen amb la integració en una xarxa única que s'anirà implantant progressivament.

[4] DECRET 213/1999, de 27 de juliol, pel qual es crea la xarxa de centres, serveis i establiments de salut mental d'utilització pública de Catalunya. DOGC 2944 de 3 d'agost.

3.2.2. La població amb malaltia mental

Els serveis socials de Catalunya no han vingut considerant fins ara que les persones amb malaltia mental constitueixin un grup, col·lectiu o sector específic dins la seva estructura d'ordenació i actuació. Des del principi, ja en la Llei 26/1985 de serveis socials o en altres documents de la Generalitat, sempre s'ha inclòs aquest col·lectiu dintre de l'àrea d'actuació vers les persones amb disminució, amb la particularitat que la discapacitat d'aquest és conseqüència d'un trastorn mental en lloc d'una deficiència física, psíquica o sensorial.

Així succeeix també en el Mapa de Serveis Socials com en els Plans d'actuació social quan es tracta de comptabilitzar les magnituds de la població afectada. En el IV Pla d'actuació, actualment en vigor però que es feu amb dades de 2001, dins la distribució de les persones amb disminució, es quantifica el col·lectiu dels malalts mentals com el 14% del conjunt de disminuïts (pàg. 78). Però l'actualització del Mapa de serveis socials amb les dades del 2003 ja reflecteix un 15,73% del conjunt de tots els discapacitats, arribant a les 48.458 persones, que suposen un augment de gairebé un punt percentual respecte als malalts mentals diagnosticats l'any anterior (14,94%). De fet, el col·lectiu dels malalts mentals és el que més augmenta en números relatius d'entre tots els tipus de discapacitats (un 186,19% des de 1996); i en números absoluts, des de l'any 2001 són el segon grup més nombrós, superant als disminuïts psíquics que eren els que fins aleshores ocupaven aquest segon lloc després dels discapacitats físics.

Seguint les dades més recents de l'actualització del Mapa, i si ens fixem en la distribució per sexe, edat i tipologia, trobem que fins als 44 anys hi ha més homes afectats per malaltia mental que no pas dones, mentre que a partir del 45 s'inverteix la tendència. Per etiologia, hi ha un lleuger predomini dels malalts psicòtics (31%) que, curiosament, és l'únic grup on hi ha més homes que dones (un 17,9% i un 13%, respectivament); en els demés grups (no psicòtics, 25%; orgànics, 16,6%; altres trastorns, 27,3%) sempre es dóna una avantatge gens despreciable de les dones sobre els homes.

Si observem el grau de discapacitat ens trobem que predomina el grup que pateix una disminució d'entre el 65% i el 74%, i en aquest, els homes son també lleugerament majoritaris. El segon grup més nombrós és el que va del 33% a 64% de disminució, però contràriament al que passava en el primer, tant en aquest com en el grup de més del 75% de disminució, dominen

clarament les dones, la qual cosa fa que en el total aquestes superin als homes en gairebé 5.000 persones (més d'un 9,7% més). Tanmateix, aquestes tendències ja s'apuntaven en les dades del 2002 i, pel que sembla, es van aguditzant més cada any que passa.

3.2.3. La salut mental en la planificació de serveis socials

També hem fet l'exercici de revisar els tres darrers *Plans d'actuació social* (PAS) que han estat publicats per extreure'n la filosofia i les indicacions que poguessin contenir respecte a les persones amb malaltia mental i mirar si s'hi troben arguments que avalin la conveniència dels Clubs Socials.

En el *II Pla d'actuació social* (1992-1995) ja es contemplava la situació dels malalts mentals amb la inclusió d'un Programa específic entre els Programes Sociosanitaris, dins el Capítol IV de «Programes de serveis socials integrats amb altres sistemes de protecció social pública». D'aquest anomenat *Programa social de salut mental* (es desconeix si va existir com a document formal) se'n fixen els objectius específics des del vessant social, els quals «s'han d'afegir als sanitaris, per tal d'estructurar una xarxa d'atenció sociosanitària per a l'atenció als malalts mentals que doni resposta a la triple dimensió d'atenció psicosocial, teràpia ocupacional/ocupació laboral i allotjament».

De l'objectiu de responsabilitat pública diu que «obliga a la corresponsabilització de totes les administracions competents per aconseguir els objectius del programa». L'objectiu del reconeixement de la iniciativa social es refereix a que «serà promoguda la seva participació per a la complementació de la xarxa de recursos assistencials mitjançant suport tècnic i financer». Finalment de la integració comunitària dels malalts mentals diu que «es tractarà de facilitar-los mitjans d'integració però també d'orientar el treball social per a l'acceptació d'aquestes persones per la comunitat».

Malgrat en aquests objectius específics s'hi pot intuir fàcilment una orientació favorable al que avui representen i realitzen els Clubs Socials, el cert és que no es menciona aquest recurs en els instruments del programa que es descriuen posteriorment. Tanmateix, es podria entendre que els Serveis d'acolliment diürn i el Seguiment en l'entorn comunitari són denominacions genèriques que van en el mateix sentit que els Clubs Socials. D'aquests serveis que anomena se'n diu que l'àrea social del programa sociosanitari cooperarà en la seva dotació.

El *III Pla d'actuació social* (1997-2001) també contempla el «Programa d'atenció social a la salut mental», formant part dels programes sociosanitaris que, en aquest cas, s'ubiquen dins el Capítol VII de Programes de serveis socials amb gestió interdepartamental. La breu exposició d'intencions que s'hi realitza comença amb el següent reconeixement, indicatiu de la transformació que, en aquella època, s'estava generant a Catalunya:

> "En els darrers anys s'han produït una sèrie de canvis en l'atenció als malalts mentals, d'entre els quals cal destacar el desenvolupament progressiu de recursos alternatius a la institucionalització, com ara els centres de dia, els pisos terapèutics i d'altres que permeten una vida socialment més integrada. L'ampliació de la cobertura dels centres d'atenció terciària és un dels elements més destacables de les accions de millora dels recursos de salut mental adreçades a la població amb malalties greus" (1997: 150)

Tot i que aquesta nova edició del programa segueix sense fer menció explícita al recurs que ens ocupa, sí que al·ludeix a una sèrie de preceptes que li són aplicables, com: la necessària coordinació de l'acció terapèutica amb els recursos socials, la importància de garantir la continuïtat assistencial (s'entén que també pel que fa als diferents àmbits de necessitat, inclòs l'oci i la integració en la comunitat) i, finalment, cita explícitament com un criteri estructurador de la xarxa per a l'atenció d'aquest col·lectiu de persones, el de «rendibilitzar socialment els recursos de la iniciativa privada» entre els que sense cap dubte hi cal comptar els Clubs Socials.

El *IV Pla d'actuació social* (2003-2006), vigent en l'actualitat i el darrer que va dissenyar el govern de CiU, canvia la tradicional estructura dels plans però, no obstant, segueix fent referències explícites en diferents apartats a les persones amb malaltia mental. La nova orientació transversal de les polítiques que propugna la Unió Europea dóna també arguments programàtics que permeten demostrar la necessitat d'aquest tipus de serveis així com avalar la idoneïtat dels Clubs Socials per prestar-los. Alguns dels que trobem en el primer capítol del Pla fan referència a:

- La dinamització territorial i comunitària juntament amb l'*empowerment* de les persones per definir els serveis que precisen
- La major exigència de qualitat en els serveis existents així com la plasmació dels beneficis que suposen els serveis de proximitat
- La tendència a l'adequació i l'heterogeneïtat dels serveis per adaptar-se millor a les necessitats

- El reconeixement dels drets amb caràcter universal i l'obligació de les administracions públiques d'impulsar-ne la seva cobertura i garantir-los.

En el capítol on es fa el diagnòstic per col·lectius, gairebé no es parla –com hem dit– de les persones amb malaltia mental disgregades de les persones amb disminució. Així i tot aborda determinats aspectes que comprometen la futura política de la Generalitat, com ara tot el que es refereix al canvi de les estructures familiars i, especialment el reconèixer que tenir cura de persones afectades per una disminució incideix en la vida i la salut dels cuidadors, els quals han de passar a ser també objecte d'atenció. Aquest capítol acaba fent seves les recomanacions del *Llibre de les persones amb discapacitat*, de les que en destaquem dues: «Consolidar la transició des de l'etapa de creació de serveis de caire voluntari cap a la professionalització i la qualitat dels suports» i «Generar un nou marc per al finançament» (pàg. 81).

En el capítol V es diu que «L'atenció social en matèria de salut mental és una de les actuacions prioritàries del Govern de la Generalitat». Aquí mateix és on es relacionen les propostes d'actuació per aquest sector, que s'emmarquen en el *Pla d'atenció i integració social de les persones amb malaltia mental* del Departament de Benestar i Família[5]. També es fa referència a una futura planificació integral del Govern de la Generalitat en matèria de salut mental (pàg. 93).

Entre les actuacions per aquest col·lectiu, que s'estructuren en varis àmbits d'atenció, podem veure que pel que fa al lleure s'assenyala com a actuació a portar a terme «Promoure i estendre els clubs socials» (pàg. 93). Aquestes actuacions són les que posteriorment (capítol VIII) s'operativitzen en mesures generals i específiques per cadascun dels objectius de les línies estratègiques i, a la vegada, segons col·lectius i sectors. En el punt 3.1.48 (que es correspon a l'objectiu de millorar la cobertura dels serveis i prestacions públiques) es marca com a mesura a portar a terme per la Generalitat en el període 2003-2006: «Avaluació de les experiències de clubs socials, lligats a les associacions de familiars, i promoció de l'extensió d'aquest recurs a tot el territori» (pàg. 138).

[5] Malgrat els esforços realitzats per poder consultar aquest Pla, ha estat impossible localitzar-lo i que el propi Departament ens en donés raó, fins i tot, de la seva existència.

3.2.4. Actuacions i prestacions vigents

Hem dit abans que el col·lectiu dels malalts mentals no ha obtingut mai dels òrgans administratius responsables dels serveis socials una atenció específica i en la vessant social que li pertoca. També hem dit que ja en la Llei 26/1985 de serveis socials s'inclogué aquest col·lectiu dintre de l'àrea d'actuació vers les persones amb disminució i el mateix succeí en les posteriors lleis i normatives d'estructuració del sistema.

Malgrat la creació el 1990 del Programa de salut mental conjuntament amb Sanitat[6], cal anar al 1998 per trobar la primera mesura de serveis socials que vagi directament dirigida a les persones afectades de malaltia mental, i és l'establiment d'una línia d'ajuts específica per aquest col·lectiu de persones[7].

Com hem vist, dels tres primers Plans d'Actuació Social (PAS) que s'han elaborat d'ençà la creació de del Departament de Benestar Social, gairebé no se n'ha esdevingut cap actuació efectiva vers aquest col·lectiu de persones. Només el vigent IV PAS (2003-2006) fa referències que indiquen una voluntat d'actuació. És precisament en aquest últim PAS suara comentat on apareix la primera referència concreta als Clubs Socials com establement específic per aquest col·lectiu. Ni tant sols, les residències han tingut, que ens consti, millor reconeixement.

Per això, i potser pel caràcter experimental que se li atribueix, el Club Social no ha estat ni és un servei social contemplat entre els que configuren la Xarxa Bàsica de Responsabilitat Pública segons el Decret Legislatiu 17/1994[8]. Només entre els «altres serveis» que nodreix la tipologia de serveis socials del Sistema i que es descriu en l'annex del Decret 284/1996, de regulació dels Sistema Català de Serveis Socials[9], es citen genèricament els «Casals»

[6] Decret 149/1990, de 28 de maig, de creació del Programa de salut mental (DOGC núm. 1311, de 29 de juny de 1990). Adscrit al Servei Català de la Salut.
[7] Ordre de 20 d'abril de 1998, per la qual s'estableix el Programa d'ajuts per a l'accés als habitatges amb serveis comuns per a persones amb disminució derivada de malaltia mental i s'obre convocatòria pública per establir la relació d'entitats col·laboradores del Programa (DOGC núm. 2631, de 4 de maig de 1998). (correcció d'errada en DOGC de 22 de juliol de 1998).
[8] Decret Legislatiu 17/1994, de 16 de novembre, pel qual s'aprova la refosa de les lleis 12/1983, de 14 de juliol,, 26/1985, de 27 de desembre, i 4/1994, de 20 d'abril, en matèria d'assistència i serveis socials. DOGC 1997 de 13 de gener de 1995.
[9] Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació dels Sistema Català de Serveis Socials. DOGC 2237 de 31 de juliol.

(punt 2.6.1) i els «Serveis per temps lliure per a persones amb disminució» (punt 2.6.3) on, si es vol, s'hi deixen encabir diferents models de serveis, més o menys anàlegs amb el que es considera un club social.

En referència a aquest àmbit, l'Associació Catalana de Professionals en Salut Mental (2000: 12) assenyala que «*l'escassetat de possibilitats de reinserció en la comunitat és una de les debilitats més grans del model i una de les que té més efectes, ja que incideix a tots els nivells*». En aquest mateix document s'identifiquen els recursos existents l'any 2000, i entre els de caire comunitaris hi consten els Clubs socio-terapèutics dels que es diu: «*Amb prou feines n'hi ha, tot i que Benestar social en subvenciona tres com a experiència pilot i en projecta obrir més. Els altres que existeixen pertanyen a les Associacions de familiars o formen part d'alguns dels recursos intermedis*» (2000: 22).

No fou fins l'any 2000, que l'ICASS elaborà el *Pla d'atenció i integració social de les persones amb malaltia mental*, on sembla (veure nota 5) que s'intenta organitzar el desenvolupament dels recursos socials comunitaris pels propers anys: pisos protegits, residències, treball protegit, clubs socio-terapèutics, etc. que han de complementar la xarxa sanitària. L'any 2002, el Departament de Benestar i Família va recolzar el projecte de Clubs Socials iniciant una primera experiència pilot. Es van pactar uns criteris marc de funcionament dels Clubs i una dotació econòmica establerta en dos mòduls de finançament segons els paràmetres d'hores i volum d'activitat (tallers) i nombre d'usuaris actius al Club Social.

L'any 2003 es va signar un conveni per tres anys entre el Departament i els Clubs en funcionament que garantia el finançament d'una forma més estable i regular, no subjecte a la convocatòria de subvencions anuals (tret dels Clubs que es van iniciar l'activitat amb posterioritat a la signatura del conveni que van haver de concórrer igualment a la convocatòria de subvencions). Els criteris dels mòduls es varen mantenir però es van pactar els increments pertinents pels tres anys. El conveni, per tant, finalitza a finals d'aquest any 2005 i s'ha demanat al Departament que finalitzi l'experiència pilot i s'acabi de redissenyar de forma definitiva el servei de Club Social, amb finançament inclòs.

Finalment, cal ressenyar que al Portal Social.net depenent del Departament de Benestar i Família de la Generalitat, existeix una pàgina en l'àmbit professional «Malalts mentals» que fa referència al que denomina «Clubs socioterapèutics» i que defineix com «un servei estructurat d'activitats socials,

amb caràcter experimental, ofert persones amb trastorns mentals». També fixa com l'objectiu principal «la integració social de persones amb mancances com la soledat, l'aïllament i la manca d'habilitats socials» i com la funció més important «facilitar l'accés a les activitats de lleure».

3.3. Disseny normatiu

El disseny normatiu dels Clubs Socials ha estat abastament treballat des de la FECAFAMM, al menys en dos documents:

- Projecte Marc i Criteris Bàsics per a la creació i funcionament dels Clubs Socials per a persones amb malaltia mental (2002)
- Document de conclusions de la Jornada «El Club Social: un recurs d'inclusió social» (2004)

Del primer d'aquest documents resumim alguns trets que defineixen el Club Social i que el document desgrana més extensament seguint aquesta pauta:

- El Club Social es constitueix com un recurs d'integració comunitària, que es proposa fomentar les relacions entre els seus participants i la comunitat.

- El Club Social no és un recurs rehabilitador, però és important tenir present que les accions que desenvolupa tenen un efecte rehabilitador en l'usuari.

- És un recurs professionalitzat, i compta amb el recolzament de voluntariat que esdevé un complement per als professionals.

- És un recurs complementari i integrat a la xarxa, per tant, requereix una coordinació amb la resta de recursos, no és un recurs aïllat.

- Com a recurs d'integració social cal que estigui arrelat i participi activament en el territori, ha d'establir una vinculació estreta amb la comunitat local.

- En tractar-se d'un recurs de lleure, el temps de pertinença serà mentre l'usuari demandi fer-ne ús, ara bé, el Club té l'objectiu de promoure un ús autònom del lleure, per tant, pretén que l'usuari progressivament es desvinculi per gaudir d'un lleure propi sense requeriment d'estructura i suports. Aquest procés variarà d'un participant a un altre i probablement hi haurà usuaris que necessitaran mantenir el recurs de club com un sistema de suport a llarg termini.

Del segon document, fem mención explícita als reptes de futur pels Clubs Socials que allí és dibuixen i que il·lustren les possibles conclusions a les que s'arribi en aquest estudi:

- El Club Social ha de ser considerat com un servei estructurat i delimitar la seva funció en el marc d'atenció a les persones amb trastorn mental.
- Dotació de recursos suficients per complir la seva funció.
- Establir i millorar les línies de coordinació i cooperació amb la xarxa sanitària i social de cada territori.
- Millorar la intervenció i el treball que es fa des dels clubs amb el teixit comunitari per evitar situacions de segregació.
- Establir estratègies metodològiques, criteris comuns i col·laboracions entre tots els clubs existents.
- Incorporar l'avaluació dels processos a fi de fer palesa l'efectivitat del recurs.

Ens remetem a aquests documents i altres elaborats per la FECAFAMM, el Fòrum de Salut Mental o qualsevol altra plataforma, per conèixer quin són els fonaments programàtics en que es basa la creació i, l'encara avui heterodox, funcionament dels Clubs Socials.

4

RESULTATS OBTINGUTS DE LA RECERCA

Passem a la part central de la investigació, és a dir, a exposar les dades que s'han recollit en el treball de camp i que ens han de permetre, mitjançant la interpretació, poder extreure'n conclusions i augmentar els nous coneixement obtinguts relatius als Clubs Socials.

Com s'ha dit a la Metodologia, hem organitzat les dades en tres grans blocs (necessitats, funcionament i identitat) entorn als objectius de la recerca, i són aquests els subtítols en que organitzem aquest capítol. En cada un d'ells s'hi mostra per separat el que han donat de si les aportacions dels subjectes de les unitats d'informació a les que s'ha preguntat sobre algun aspecte del que s'avalua en el respectiu bloc. No a tots els grups subjectes de recerca se'ls ha demanat per les mateixes coses ni amb la mateixa extensió i profunditat.

4.1. Adequació a les necessitats

En aquest primer subtítol exposem la informació produïda entorn dels usuaris dels Clubs Socials, la malaltia mental, les necessitats i problemes que tenen i com la integració a un Club els ha pogut influenciar o no per millorar la qualitat de vida en ells mateixos, en la família, en les relacions socials i en la integració general a la comunitat on viuen.

En els següents apartats analitzem la percepció que tenen els propis usuaris de la seva evolució, la percepció experta dels professionals i, per últim, la perspectiva que d'aquesta possible influència dels Clubs en tenen els familiars més directes que conviuen amb els usuaris.

4.1.1. Percepció dels usuaris

La percepció dels usuaris creiem que es pot induir a partir de tres atributs dels éssers humans: els estats subjectius, les actituds i els comportaments reals. En el qüestionari que es va confeccionar per recollir la visió dels usuaris se'ls anava preguntant sobre una sèrie de sentiments o estats d'ànim, per tal

què discriminessin si es donaven més ara o abans de pertànyer i assistir al Club. En el mateix sentit se'ls preguntava si adoptaven més determinades actituds i si realitzaven més o menys una sèrie de comportaments o activitats que entenem que poden anar relacionades amb les millores d'integració i autonomia que pretenen els Clubs.

Per evitar el mimetisme d'adoptar una pauta fixa de resposta, s'anaren variant les preguntes sobre les característiques que volíem explorar, formulant-ne unes en sentit positiu (com ara: sentir-se animat, útil, etc.) i altres en negatiu (sentir-se neguitós, deprimit, etc.). A més, en totes les preguntes se'ls donava també la possibilitat de contestar «igual» quan no hi trobaven diferència entre les variables «ara» o «abans». Només en tres preguntes (llocs on van, activitats que realitzen i amb quines persones surten) se'ls demanava escriure la resposta i la majoria ho han fet. Les tres últimes qüestions es formularen per constatar si, des del moment en que van entrar al Club fins ara, creien que havia augmentat la seva assistència a les activitats, la seva iniciativa i participació en la dinàmica del Club i, finalment, la utilització autònoma d'alguns recursos comunitaris (cinema, biblioteca, etc.). Aquestes les reservem pel següent bloc sobre el funcionament dels Clubs Socials.

La primera constatació que podem fer és que en totes les preguntes positives la majoria dels usuaris s'han mostrat favorables a que ara se senten millor, i tenen actituds i comportaments més positius que abans d'assistir al Club; i a l'inrevés, en totes les qüestions de signe negatiu, les seves respostes s'inclinen per considerar que era abans quan més presencia tenien en llur vida aquestes característiques.

Quadre 3: Evolució dels estats, actituds i conductes dels usuaris[10]

Preguntes	Ara		Abans		Igual	
Et sents més neguitós	14	8,4%	104	62,7%	48	28,9%
Et sents més animat/da	131	78,0%	9	5,4%	28	16,7%
Tens més concentració	101	60,1%	7	4,2%	60	35,7%
Et «menges més el cap»	16	9,8%	91	55,5%	57	34,8%
Et sents més útil	127	76,0%	5	3,0%	35	21,0%
Estàs més en tensió	21	12,7%	96	58,2%	48	29,1%
Tens més confiança en tu mateix	122	73,1%	5	3,0%	40	24,0%
Et sents més deprimit/da	12	7,3%	114	69,1%	39	23,6%
Surts més de casa	119	71,3%	12	7,2%	36	21,6%
Realitzes més activitats	122	73,9%	9	5,5%	34	20,6%
Et relaciones amb més gent	123	73,7%	11	6,6%	33	19,8%
Et costa més prendre dicisions	30	18,0%	72	43,1%	65	38,9%
Sents més no poder superar les dificultats	18	10,9%	101	61,2%	46	27,9%
Gaudeixes més de les coses del dia a dia	122	73,5%	6	3,6%	38	22,9%
Surts més amb gent a divertir-te	87	53,0%	20	12,2%	57	34,8%
Et sents més sol/a	12	7,3%	121	73,8%	31	18,9%
Et sents més estimat/da	121	73,3%	5	3,0%	39	23,6%
Hi ha més gent que es preocupa	129	77,7%	5	3,0%	32	19,3%
Pots parlar més dels teus problemes	116	69,9%	10	6,0%	40	24,1%

Guiant-nos pel nombre de respostes emeses, les millores que aglutinen més unanimitat són les següents:

- El 78% reconeix sentir-se més animat ara que abans d'anar al Club.
- El 77,7% sent que ara hi ha més persones que es preocupen per ell o ella.
- El 76% manifesta sentir-se més útil ara que abans
- Gairebé el 74% reconeix que ara realitza més activitats que abans
- El 73,7% diu que ara es relaciona amb més gent
- El 73,5% gaudeix més de les coses quotidianes que no pas abans
- Igualment obtenen percentatges superiors al 70% el tenir més confiança en un mateix (73,1%), el sortir més de casa (71,3%), o el sentir-se més estimat (73,3%).

[10] Com no tots han contestat a totes les preguntes, els percentatges estan calculats respecte al nombre de respostes obtingudes en cada pregunta.

Com es pot observar en el quadre 3, les preguntes formulades negativament no concentren percentatges tant elevats, segurament per l'ambigüitat de la pròpia pregunta (a quan temps abans cal referir-se?) o per la mateixa pèrdua de memòria dels estats passats en alguns usuaris. Així i tot, destaquen clarament algunes característiques desfavorables que semblen haver millorat en el present:

- El 73,8% reconeixen que estaven més sols abans que no pas ara
- El 69,1% abans sovint es sentien més deprimits
- El 62,7% diuen que també estaven més neguitosos abans, mentre que el 61,2% abans tenia més la sensació de no poder superar les dificultats.

Tanmateix, es curiós com el comportament on menys incidència del Club Social trobem és en la capacitat de sortir amb gent a divertir-se, on pocs més de la meitat li atribueixen aquest efecte. Quelcom semblant succeeix amb la dificultat de prendre decisions ja que només un 43,1% pensa que li costava més abans, mentre casi un 39% diu que no hi ha hagut variació i un 18% fins i tot reconeix que ha augmentat la dificultat des de que assisteix al Club.

Una altra dada significativa és que més del 50% dels 168 usuaris dels que hem rebuts el qüestionari (tot i que, com hem dit, no tots han contestat a totes les preguntes) responen positivament tres o més de les anteriors preguntes que concentraven més respostes favorables, la qual cosa demostra un al grau de coincidència en l'apreciació de les variables, sobretot si tenim en compte la dispersió que podria suposar-se en aquest grup de població.

Pel que fa a les qüestions on se'ls demanava que escriguessin sobre quins llocs, activitats i persones formen els seus referents més usuals, cal dir que la majoria dels usuaris al·ludeixen, d'una forma o altra, a l'experiència que els representa el Club Social. Així, als que han contestat que ara surten més de casa que abans, se'ls demanava on van predominantment quan surten, i més d'un 85% dels que contesten es refereixen al Club Social entre les respostes citades, bé anomenant-lo directament o bé dient les activitats que hi realitzen, per exemple: tallers (pintura, ceràmica, jocs de taula, etc.) o sortides.

Les altres respostes que s'han obtingut es refereixen a activitats susceptibles de ser realitzades autònomament pels usuaris, i que es poden classificar així:

- *Assistència a establiments comunitaris*, com ara cinema, biblioteca, cafès i bars, gimnàs, orfeó, discoteca, museu, conferències, exposicions, etc.; o als centres de la xarxa de salut mental: al centre de dia, al psicoterapeuta.

- *Activitats a l'aire lliure* com: fer esport, passejar, fer excursions, a l'hortet o, ara que és estiu, a la platja.
- *Activitats de caire més familiar o relacional*: visitar un amic/a, ajudar a casa, fer les compres, amb el novio, acompanyar a la mare,
- Finalment, els més minoritaris, expressen situacions de la seva quotidianitat com: treballar, a la fàbrica, cuidar nebot, buscar treball, al centre obert

L'altra qüestió en que s'invitava als usuaris a expressar-se lliurement escrivint del seu puny i lletra el que creguessin més oportú, era sobre les activitats que ara realitzen més que no pas abans. També aquí s'ha pogut confirmar la gran importància que té el Club Social en la vida quotidiana de les persones amb malaltia mental, ja que pràcticament la totalitat del que han optat per contestar, es refereixen a activitats manifestament impulsades per la dinàmica dels Clubs.

Dels 110 usuaris que han contestat en resposta múltiple es poden extreure la següent catalogació d'activitats que, en part, complementa l'anterior:

- *Tallers col·lectius*: català, fotografia, cuina, relaxació, pintura, manualitats, teatre, musicoteràpia, anglès, risoteràpia, nutrició, jardineria, coral, cultura general, ceràmica, informàtica, bricolage, guitarra, taller cognitiu, dinàmica de grups, taller de contes, tabaquisme, fang.
- *Sortides programades*: sortides dels dissabtes, excursions a la platja, de cap de setmana.
- *Activitats culturals*: llegir, escriure, estudi, escoltar música, conferències, revista, dictats, fer fitxes, veure art.
- *Activitats de lleure*; cinema, jocs de taula, veure TV, dibuixar, billar.
- *Activitats físiques*: passejar, esport (gimnàstica, futbol, bàsquet, motocros, tenis, natació), ball, cuidar l'hortet, platja, treballar.
- *Relacionals*: conversar, ajudar a casa, comprar, netejar, vida social, ajudar a discapacitats, reunions.
- *Altres*; missa, metge, decorar pis, anar al poble.

La tercer pregunta que se'ls feia, on se'ls demanava que escriguessin amb quines persones es relacionaven ara més que abans, evidencia que els companys i companyes del Club Social formen la principal font de relacions per a la majoria d'usuaris, tot i que molts també hi afegeixen altres nuclis que eixamplen el cercle relacional. La majoria utilitzen una expressió com «gent del club» o semblant per referir-se als companys que hi acudeixen així com als monitors i voluntaris que els acompanyen.

També es refereixen a les persones que es troben en altres recursos socials o de salut mental com: el taller prelaboral, el centre de dia, la residència, etc. Aquest grup vincula el gruix de les seves relacions a la patologia, evidenciant la dificultat en que es troben per conservar les anteriors relacions o fer-ne de noves. Dues respostes exemplifiquen això; un, que a la pregunta *amb qui et relaciones?* diu «Normalment amb qui té problemes de salut mental», o un altre: «Amb malalts mentals greus com jo».

Altres, en canvi, utilitzen conceptes més genèrics que no deixen tant clar a qui es refereixen: joves, amics, companys, o com diu un informador: «persones que s'assemblen a mi en la forma de ser». Amb aquesta ambigüitat potser es vol donar una imatge de normalitat sense faltar a la veritat ni entrar en més detalls. Entre les respostes que ens han semblat més normalitzades hem trobat casos com: els del Centre excursionista, de la feina, amics de sempre, fins i tot qui dona a entendre una vessant altruista: «gent que necessita ajuda». No falten els que citen a la família, la mare, el company, la germana, els veïns del barri o del poble. I finalment hi ha qui ho ha resumit amb un «tothom» perquè no quedi dubte de que no fa cap discriminació a l'hora de relacionar-se. Hi ha, però, qui té tant interès en deixar clar que el seu cercle de relació és «normal» que ha manifestat sense embuts que surt amb «gent no esquizofrènica».

Pels objectius d'aquest estudi no hi ha necessitat d'una major explotació de les dades, a més que, el creuament de les variables, tampoc aporta aspectes significatius que siguin dignes de remarcar. Així i tot, seguidament exposem algunes dades biogràfiques i generals obtingudes de la identificació de la pauta que sí creiem rellevants perquè amb elles es pot construir una idea més exacta de la composició actual del col·lectiu d'usuaris dels Clubs Socials. Cal advertir, però, que, al no treballar amb dades del total d'usuaris sinó dels que han volgut o pogut contestar, es poden produir distorsions en algunes variables.

Quadre 4: grups d'edat segons sexe

Edat	25 o menys		De 26 a 35		De 36 a 45		De 46 a 55		Mes de 55		N/S N/C	TOTAL
Homes	8	7,0%	36	31,3%	37	32,2%	27	23,5%	6	6	1	115
Dones	2	3,8%	17	32,1%	22	41,5%	7	13,2%	4	4	1	53
TOTAL	10	6,0%	53	31,5%	59	35,1%	34	20,2%	10	10	2	168

Dos de cada tres usuaris són homes; aquesta preponderància es dóna en tots els intervals d'edat. Predominen els usuaris de 36 a 45 anys, seguits pels que tenen entre 26 i 35; entre ambdós intervals suposen també dos de cada tres usuaris.

Quadre 5: règim de convivència segons sexe

Convivència	Viu sol		Familia		Parella		Residència		Altres		TOTAL
Homes	16	13,9%	93	80,9%	2	1,7%	1	0,9%	3	2,6%	115
Dones	6	11,3%	40	75,5%	2	3,8%	3	5,7%	2	3,8%	53
TOTAL	22	13,1%	133	79,2%	4	2,4%	4	2,4%	5	3,0%	168

Gairebé quatre de cada cinc usuaris declara viure amb la seva família. En les dones aquesta proporció és lleugerament menor perquè tenen més tendència a viure en altres règims de convivencials (en parella o en residència).

Quadre 6: nivell d'estudis (declarat) i treball segons sexe

Estudis i Treball	Primaris		Secundaris		Superiors		N/S N/C	TOTAL	Treballen	
Homes	56	48,7%	47	40,9%	12	10,4%	0	115	17	68%
Dones	23	43,4%	25	47,2%	2	3,8%	3	53	8	32%
TOTAL	79	47,0%	72	42,9%	14	8,3%	3	168	25	100%

Si ens fiem del que declaren els usuaris podem observar com, tant en homes com en dones, hi ha un lleuger predomini dels que tenen estudis secundaris i superiors front als que s'han quedat en els primaris. Del total d'usuaris tot just treballa el 15%, però, proporcionalment ho fan més les dones que els homes.

Quadre 7: Antiguitat segons sexe

Antiguitat	Fins 6m.		De 6m a 1a		D'1 a 2a		De 2 a 4a.		Més de 4a		N/S N/C	TOTALS
Homes	27	23,5%	22	19,1%	27	23,5%	20	17,4%	10	8,7%	9	115
Dones	17	32,1%	6	11,3%	7	13,2%	15	28,3%	3	5,7%	5	53
TOTAL	44	26,2%	28	16,7%	34	20,2%	35	20,8%	13	7,7%	14	168

L'antiguitat dels malalts mentals com usuaris dels Clubs Socials presenta una progressió, com és lògic, a favor de les incorporacions més recents però manté una bona proporció d'usuaris, gairebé un de cada cinc, amb més de dos anys de fidelitat al Club. En els darrers sis mesos, sembla que són les dones qui, proporcionalment, s'incorporen al Club a un ritme major que els homes.

Quadre 8: Freqüència segons sexe

Freqüència	Una o dues		Tres o quatre		Cinc o sis		N/S N/C	TOTAL
Homes	19	16,5%	19	16,5%	33	28,7%	44	115
Dones	9	17,0%	7	13,2%	13	24,5%	24	53
TOTAL	28	16,7%	26	15,5%	46	27,4%	68	168

Tot i que 4 de cada 10 usuaris no responen a la pregunta, entre els que sí que ho fan es pot dir que l'assistència al Club és bastant alta: quasi la meitat hi van entre cinc i sis dies a la setmana. Bastants d'aquest 40% que s'ha comptat com «no sap / no contesta» és perquè acudeixen al Club de forma intermitent, sense una pauta estable. Aquests faciliten la rotació que permet les diferències que vèiem en el quadre 1 entre inscrits i assistents i que comentàvem en la nota 2.

4.1.2. Percepció dels professionals dels Clubs Socials

El tema de l'adequació del Club Social per a donar resposta a algunes de les necessitats dels usuaris, s'ha plantejat també als professionals responsables d'aquest recurs. En l'enquesta que se'ls va trametre hi havia algunes preguntes que tenien la intenció d'esbrinar el tipus de malalts que hi assisteixen segons etiologia i quina evolució experimenten. Seria absurd voler atribuir qualsevol millora en l'estat de salut dels usuaris a una causa única ja què els recursos es reforcen mútuament, però sí es pot considerar que qualsevol recurs contribueix, en una proporció o altra, a la millora de l'estat i evolució dels usuaris.

Els trastorns mentals que predominen en els Clubs Socials són majoritàriament els relacionats amb l'esquizofrènia i les seves variants. En les respostes dels professionals sobre el seu propi Club, les etiologies que més s'anomenen són per aquest ordre:

1r. L'esquizofrènia
2n. El trastorn bipolar
3r. El trastorn de personalitat

En menor grau també apareixen en alguns Clubs: el trastorn esquizoafectiu, el trastorn límit de la personalitat (TLP), el trastorn obsessiu compulsiu (TOC), la psicosi i la depressió major.

Els professionals han pogut constatar que, en general, els assistents als Clubs milloren significativament (entre lleument i molt) de les seves patologies, tot i que es precisa que «La millora va en funció del grau de deteriorament, de les característiques de cada subjecte, del seu entorn més proper, de l'adherència al tractament i de les seves capacitats» (E3). Especialment es pot afirmar que milloren, a parer de la majoria de professionals, els que pateixen esquizofrènia o les seves variants (neurosis) i, amb menys contundència, els que pateixen depressions majors i psicosis. Algú diu que la

millora no depèn tant del tipus de trastorn com de «la vinculació que faci el soci, de la intervenció professional i de la història personal de cadascú» (E14).

Preguntats els professionals pels aspectes que experimenten una evolució més positiva en els malalts que assisteixen als Clubs Socials, les respostes que s'han obtingut es poden classificar de la següent forma:

Tipologia dels aspectes que milloren els usuaris

Aspectes generals	Característiques
Autoestima Motivació	Equilibri cognitiu, funcional. Consciència de la malaltia. Compromís. Constància en l'assistència i petites mostres d'iniciativa. Participació en activitats.
Autonomia Responsabilitat	Millora de la socialització i comunicació. Interiorització del rol de ciutadà. Capacitat d'expressar satisfacció i fer crítica. Accés a recursos formatius.
Interrelació Vida social	Habilitats socials i comunicatives. Facilitat per la creació de xarxa social. Integració. Establiment de vincles afectius amb companys i professionals. Sentiment de pertinença al grup.

Una forma alternativa d'expressar les millores que es produeixen en els usuaris dels Clubs és enunciant els aspectes i característiques de la malaltia que són superats o apareixen menys freqüentment: «Disminueixen els símptomes negatius: apatia, aïllament, fòbies» (E14).

Els motius de l'assistència dels usuaris al Club Social poden variar bastant d'una persona a una altra o, fins i tot, poden evolucionar en una mateixa persona: «Molts d'ells assisteixen animats per la família, el metge de capçalera o el psiquiatra, d'altres ho fan per trencar la monotonia i estar amb gent» (E18); «Al principi, per imposició dels terapeutes, després, amb l'adaptació al recurs, pels seus propis interessos» (E3).

Les respostes més usuals que donen els professionals sobre els motius que tenen els usuaris per assistir al Club coincideixen bàsicament amb els aspectes que veiem més amunt quan ens referíem als que millor evolucionen. Però si fem una classificació més específica, descobrim tres criteris que pràcticament ens permeten agrupar la totalitat de les respostes:

Tipologia dels criteris pels quals els usuaris assisteixen als Clubs

Classificadors	Mostra d'opinions recollides
Motius poc exigents	Per ocupar el temps lliure i realitzar activitats d'oci; fer activitats variades. Es senten còmodes en aquest espai, és un espai propi fora del familiar.
Motius de relació social	Per trencar l'aïllament social, conèixer gent. Poder-se relacionar, refer la seva vida social. Se senten implicats amb un grup.
Motius de manca d'alternatives	Per omplir el buit ocupacional en que es troben. En espais normalitzats acaben fracassant per dificultats de relació i manca d'iniciativa.
Motius amb fins terapèutics	És un lloc on són compresos, poden parlar dels seus problemes. Pel suport social del seu dia a dia que poden rebre.

Considerem important subratllar que vàries respostes han coincidit en els motius terapèutics, amb l'avantatge que «el tipus de recurs és més informal i que es treballen aspectes personals d'una forma més distesa» (E9). També hi ha qui considera que, en el Club Social, els malalts «tenen un servei diari per ells sense llistes de espera on són escoltats, respectats i troben suport. El Club pot esdevenir una il·lusió que pot millorar o influir en tots els aspectes de la persona malalta (E14). I això darrer connecta amb el que també se'ns ha exposat, que «tenir un lloc de referència és significatiu perquè es troben amb gent amb dificultats semblants i poden compartir entre iguals (a la llarga, doncs al principi no s'identifiquen)» (E6).

Aquesta noció de si el Club Social és un referent més o menys important en la vida dels usuaris en comparació amb els altres serveis de la xarxa o de serveis socials que puguin utilitzar, és una qüestió que també es va abordar en l'enquesta als professionals. L'opinió experta d'aquests és que, el Club

Social juntament amb el Centre de Salut Mental, són els referents principals per un major nombre d'usuaris. Cal tenir en compte, però, el que amb bon criteri manifestà un coordinador: «El principal referent d'una persona amb TMS ha de ser sempre el CSMA. És imprescindible per assistir al Club» (E1). Per tant, si obviem aquest recurs que és ineludible, el Club dobla el nombre d'usuaris pels que és el principal referent respecte al següent recurs que és el Centre de Dia.

Un darrer aspecte que podem extreure de les opinions dels professionals i que, d'alguna manera, té a veure amb les necessitats dels usuaris és referent als beneficis que l'assistència al Club pot suposar per la vida familiar d'aquests malalts. Sembla evident que hi ha d'haver una correlació entre l'atenció que rep l'usuari pel que fa a les seves necessitats i aspiracions, i el que aquesta atenció comporta per a la millora de les relacions en el si del nucli familiar, però ens calia constatar quins beneficis concrets hi aprecien els professionals.

Hi ha un primer conjunt d'elements que suposen beneficis pels membres de la família en general: «Respir, millor relació en el nucli familiar» (E1), «augment de la qualitat de vida» (E17), «temps lliure, augmenta la consciència de la malaltia» (E13), «descongestió, alleugeriment de les relacions de convivència, menys tensió, més temes dels que parlar» (E6) (E7). D'altres afecten més directament al malalt: «major estabilitat de l'afectat» (E1), «rehabilitació del malalt» (E12), «més habilitats socials que potencien la relació amb els familiars» (E4), «millora de l'estat psicològic» (E15), «augment nivells d'autonomia» (E16).

També es fa esment que, malgrat les famílies «en ocasions ho viuen com un pàrking [el Club], creiem que el benefici principal és el reconeixement de l'estabilització dels seus fills i sobretot en quan a la conservació de les seves capacitats: cognitives, funcionals, de relació, de participació social» (E3). Així mateix, veiem com hi ha una confluència dels beneficis del malalt amb els dels seus familiars directes: «La vida familiar es fa menys complicada perquè la persona usuària del club es troba molt millor amb ell mateix i amb el seu entorn i, per tant, també viu la convivència familiar amb menys estrès emocional. L'usuari es fa més independent de la seva família. La convivència es fa més fàcil i també els familiars estan més contents amb l'evolució de la persona millorant la imatge del seu malalt» (E14). Cal també advertir que aquesta autonomia que adquireix l'usuari «per alguns, els significa una descàrrega familiar i per altres un buit que fins ara no tenien i ara han d'omplir» (E9).

4.1.3. Percepció dels familiars

Sobre aquest aspecte de la millora de les necessitats dels usuaris d'ençà de la seva assistència al Clubs Socials, el consens és absolut en el resultat de les entrevistes realitzades als familiars. El canvi dels usuaris, que tots diuen que ha estat lent però progressiu, és evident i tots el valoren un fet important i molt positiu.

Són conscients, també, que cal considerar que la millora s'ha donat arrel d'una doble intervenció: a nivell psiquiàtric, amb la medicació, i a nivell comunitari, amb el Club Social. Però, fins i tot en un cas, es posa de manifest com des de que el seu familiar va al Club, la medicació li ha estat disminuïda ja que els símptomes de la malaltia també han disminuït: «Mucho, ha mejorado bastante. Porque está bastante... es que bajaba a bajo y decía: <es que oigo voces y no veo a nadie> y esto también le ha pasado, lo tiene como más arrinconado (…) El especialista ha dicho que bien, en principio la medicación la ha ido reduciendo» (E/S).

Les necessitats que s'han vist cobertes i que coincideixen en el discurs dels diferents entrevistats, poden enquadrar-se en tres àmbits:

Recuperació d'habilitats socials comunicatives

Això suposa que la persona malalta surt del seu aïllament i comença de nou a relacionar-se amb gent amb la que se sent identificada, perquè encara que molts d'aquests malalts no es reconeguin com a tal (és un símptoma molt característic de l'esquizofrènia, el no acceptar la malaltia) si interactuen amb altres malalts s'hi veuen reflectits i baixen els nivells d'angoixa perquè veuen i intercanvien situacions que els hi són familiars. Com ens explica una de les entrevistades: «Està molt diferent, ha trobat companys que pateixen més o menys lo seu i llavors es comuniquen, parlen entre ells. (...) Està més actiu, està diferent, està molt diferent. Arriba a casa amb un altre aire, de... uf, com dient: <he buidat lo que porto a dintre>. Se li nota que s'ha comunicat amb els companys i amb les nenes, que dic jo, que són les professionals» (E/L).

Tenim multitud d'exemples on els familiars posen de manifest la satisfacció per aquesta recuperació de la capacitat comunicativa: «… porque claro, según qué cosas no se pueden hablar delante de él porque ahora lo *xerra* todo. Antes no, antes se lo callaba todo para él… desde que se abrió el club....

Ahora es que te lo dice todo, y te deja en ridículo por menos de nada. (...) Sí, sí, sí. Comunica más y todo, esto es la mejoría que yo he notado en mi hijo y hay familias que también lo han notado, que desde que está el club sus hijos se comunican más con ellos, con la familia» (E/H).

També es de ressaltar l'experiència d'un pare que ens explicava la seva visió del Club i que veu, sense cap mena de dubte, un gran canvi en el seu fill a nivell comunicatiu, a nivell receptiu, i ens ho diu així: «Yo lo veo que está mucho mejor (...) sí, sí. Aquí, en estos dos años le he visto yo un cambio muy grande, un cambio positivo, por descontado. Y no falla nunca (...)». Ell mateix posa un exemple que li era impensable abans: «Ahora hemos estado unos días fuera, ayer fue su santo y llegó allí uno (un amic del pare). Y almorzamos allí en casa, y estuvo a gusto, cosa que en otro momento no lo hubiera hecho con nadie. Yo solamente por el hecho de que estábamos almorzando todos pues ya fui feliz» (E/R).

En el Club Social hi ha persones que presenten limitacions importants en el seu funcionament psicosocial, fet que els ocasiona dificultats per relacionar-se, per establir una xarxa social; la qual cosa deriva en un aïllament i una solitud que agreugen encara més la ja de per sí minvada estabilitat emocional. El Club Social els ofereix un espai d'encontre amb persones amb dificultats similars, amb qui relacionar-se d'una manera còmoda i relaxada, amb qui compartir sense pors a expectatives massa elevades, amb qui per fi poden tenir una relació d'amics.

Un familiar ens explicava: «Perquè ell, rares vegades exterioritza els sentiments però, a vegades, si ha tingut una mica de daltabaix i en aquell moment ell no s'ha trobat massa bé i no ha pogut venir al club, ell s'ha posat a plorar i a dir <ara que tinc amics, ara que estic amb les nenes> (les professionals). Com que es troba en aquell moment amb *baixón*, perquè tothom en tenim, però ell més acusat, es posa a plorar, perquè té por de no poder tornar al Club. Imagina't si són important per ell els companys i el club, més inclús que les activitats que està fent, que són molt importants» (E/L). Creiem que és un cas prou significatiu que il·lustra el que suposa per a una persona el recuperar l'habilitat de la comunicació, el suport social, establir vincles, etc.

I això reverteix en positiu en altres vessants ja que, a partir d'aquí, van recuperant l'habilitat comunicativa amb la família, l'habilitat d'obrir-se als altres i de relacionar-se, la capacitat receptiva i relacional, a més a més amb tot el que això implica de descàrrega emotiva dins el nucli familiar.

Recuperació de l'autoestima, autoconfiança, seguretat.

En les entrevistes amb els familiars dels usuaris la majoria d'ells també han ressaltat com a molt important l'aspecte de la recuperació de l'autoestima, de la recuperació de la seguretat en ells mateixos gràcies a la seva assistència al Club Social. No parlen en termes absoluts sinó de petites parcel·les. Aquesta recuperació progressiva ve donada per diversos elements i hi ha coincidència en parlar de dos aspectes bàsics com a motors d'aquest fet:

- ☑ D'una banda les activitats que els malalts realitzen i són valorades tant en el propi Club pels professionals com, posteriorment, pels familiars a casa seva, i que fan que la seva autoconfiança es reforci i la seva seguretat s'enforteixi; en definitiva es recupera autoestima i competència personal: «Doncs a casa arriba i explica lo que fan al Club, les activitats que fan, amb qui ha parlat més o menys... Arriba amb l'autoestima més pujada, no està tan xafat, tan a casa sense parlar... (...) Que ell nota que està fent un treball molt important, molt important. Perquè per a ell té molt valor lo que està fent al Club, val? I té molt valor i a més a més, quan arriba a casa li valorem: <Doncs que guapo que t'ha quedat això, que bonic>» (E/L). Un altre familiar ho reafirma: «Se ha superado, porque digamos que con la edad se va bajando la autoestima, y ella el venir aquí, y hacer cositas y las excursiones que hace los fines de semana se ha superado» (E/S)

- ☑ D'altra banda, el mateix relacionar-se amb els altres «…doncs li dona com a més seguretat a ella, de que no es un *bitxo raro*» (E/V). A més cal tenir en compte que això és com un peix que es mossega la cua perquè a més seguretat i autoestima més motivació en l'usuari i viceversa.

Recuperació d'estructures vitals.

I en un tercer àmbit, es torna a estructurar una vida fins ara buida de qualsevol organització, es tornen a adquirir responsabilitats vers un mateix i vers els altres, una disciplina amb horaris, ritmes, hàbits de comportament (dins uns marges), tot sempre embolcallat en el concepte de lleure i oci terapèutic com a element inseridor.

Una de les entrevistades ho explica molt clarament quan parla del seu familiar i del canvi significatiu que ha experimentat, no sols al veure una necessitat

coberta com pot ser omplir unes hores mortes i sortir de casa (i aquí parlaríem d'afavorir un bon ús del temps de lleure), sinó la creació de tota una estructura en la vida quotidiana que abans no existia i que inclou horaris, responsabilitats, costums i tots aquells ítems similars el més normalitzats possibles:

«A veure, des de que ve al club té una cosa a fer, ella sola, i ha de donar responsabilitat si no hi va. A vegades no pot venir perquè no es troba be, però l'endemà ha de trucar, ha d'avisar. I després el fet de venir al club, que el fet de tenir una cosa per fer, uns horaris que complir, unes obligacions. (...) Doncs mira, es lleva cada dia a una hora molt decent. Surt gairebé cada dia al carrer, té una cosa a fer, que si veu que un dia pel que sigui no es troba bé, ha de donar comptes. Per tant a vegades ella mateixa, si és una cosa molt passatgera ve i la passa aquí amb tots i si es posa més malament se'n va a casa. Si no, doncs l'endemà truca, té l'obligació, la responsabilitat» (E/V)

Un altre entrevistat ho corrobora ficant un exemple de la vida quotidiana pel que fa al menjar, fins ara cavall de batalla: «Indiscutiblemente. Esto que le estoy diciendo jamás, antes, ¡bueno! Iba a su aire, llegaba pum, pum, pum a la nevera, ahora no. Ahora <mama hace esto, yo hago lo otro y tu haces lo otro>, porque además yo le mando a él cosas y él siempre me responde y si no siempre, casi siempre, responde positivamente» (E/R).

Veiem, doncs, com, a partir de les dades obtingudes tant dels usuaris com dels professionals dels Clubs Socials com finalment dels familiars, es manifesta una clara consonància en l'adequació a les necessitats dels usuaris, en els canvis i millores que aquests experimenten des de la seva entrada al club i al llarg de la seva evolució com a membres.

4.2. Adequació del funcionament

La segona gran variable que presentem aglutina totes les opinions d'usuaris i familiars, així com les dades més concretes que aporten els professionals, i que permeten avaluar si el funcionament dels Clubs Socials, en general, respon a allò establert a nivell teòric o programàtic, i si la seva pràctica es prou idònia per respondre a les necessitats que té previstes en els usuaris.

4.2.1. Percepció dels usuaris

Tot i que per avaluar la validesa del funcionament dels Clubs Socials ens serà més apropiada la percepció dels professionals i dels familiars, considerem que,

en part, també es pot deduir l'adequació d'aquest funcionament a partir de la visió que en tenen els propis usuaris. Com s'ha anunciat en l'apartat anterior, les tres darreres preguntes volen apreciar si hi ha hagut una evolució positiva des del moment en que cada usuari va entrar al Club fins al moment present, la qual cosa podrà atribuir-se en bona part a la influència infringida pel propi Club.

Quadre 9: Reconeixement d'aspectes de millora

Evolució			Iniciativa		Autonomia		TOTAL	
Assistència	137	81,5%	106	63,1%	104	61,9%		53,0%
Iniciativa	122	72,6%			97	57,7%		
Autonomia	117	69,6%					89	

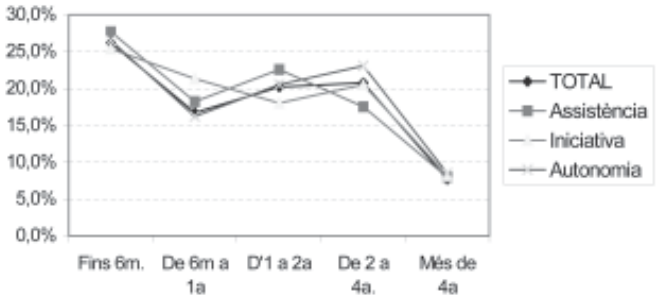
Si ens guiem per les respostes rebudes (no tots han contestat les 3 preguntes), veiem que 137 usuaris reconeixen que el que més han augmentat en el temps que porten al Club és l'*assistència* a les activitats, significant que ara tenen més estímuls per sortir de casa i relacionar-se. En segon lloc, un altre bon nombre (122) creuen que tenen cada vegada més iniciativa i fan més propostes sobre la dinàmica del Club Social. I, finalment, 117 afirmen que, en el temps que porten al Club, han anat millorant la utilització autònoma dels recursos comunitaris tal com biblioteques, cinema etc. Malgrat quan es creuen dues o més respostes afirmatives entre aquestes tres preguntes s'obtenen menors proporcions, en qualsevol cas sempre es situen per sobre del 50%, fins arribar als 89 usuaris que han contestat positivament les tres preguntes relatives a la millora de la seva evolució d'ençà de l'assistència al Club.

En aquest cas semblaria pertinent comparar si els que més reconeixen aquesta millora en cadascun dels aspectes són els usuaris més antics o els més recents en inscriure's al Club. Del quadre següent, però, no sembla que es pugui deduir que hi hagi una correlació molt clara entre l'antiguitat al Club i les tres variables que s'estudien. Prenent els totals dels cinc intervals que ja s'han vist en el quadre 7, i comparant els percentatges dels tres aspectes de millora, apreciem que es donen resultats molt similars, sense que a major antiguitat també es corresponguin majors valors de les varibles.

Quadre 10: Evolució d'aspectes de millora segons antiguitat

Antiguitat	Fins 6m.		De 6m a 1a		D'1 a 2a		De 2 a 4a		Més de 4a		n/s n/c	TOTALS
TOTAL	44	26,2%	28	16,7%	34	20,2%	35	20,8%	13	7,7%	14	168
Assistència	38	27,7%	25	18,2%	31	22,6%	24	17,5%	11	8,0%	8	137
Iniciativa	31	25,4%	26	21,3%	22	18,0%	25	20,5%	10	8,2%	8	122
Autonomia	31	26,5%	19	16,2%	24	20,5%	27	23,1%	10	8,5%	6	117

Pel que fa a l'augment de l'assistència, es reflecteix pràcticament la mateixa proporció que les diferents cohorts d'antiguitat, lleugerament per sobre en totes menys en els que porten entre dos i quatre anys que està 3 punts persota (de 17,5 a 20,8). Quan a la iniciativa per fer propostes, passa un xic a la inversa: els percentatges estan molt poc per sota en tots els casos, tret de l'interval de sis mesos a un any en que ho afirmen un percentatge manifestament major (de 21,3 a 16,7) als que correspondria. Finalment, l'autonomia en la utilització dels recursos només presenta una lleu variació de poc més de 2 punts a favor de la variable en els que porten entre dos i quatre anys (23,1 per 20,8).



Per tant, es podria aventurar que després dels primers mesos, allò que més bons resultats presenta és la iniciativa, però després del primer any sembla patir un cansament que la fa decaure. L'assistència obté els millors resultants dels que porten entre un i dos anys, ja que posteriorment també sembla entrar en crisi. L'autonomia és l'aspecte de creixement més lent però és constant des d'un principi i assoleix la primacia passats els dos anys.

Pel que fa a la relació d'aquests aspectes amb la freqüència d'assistència al Club sembla que s'aprecien més diferències, tot i que, com hem vist, és una pregunta que molts usuaris han deixat sense contestar, la qual cosa li resta validesa. La tendència apunta a que quantes més vegades assisteix l'usuari al Club per setmana, més sensació té de millorar l'assistència (la qual cosa és normal), però també de millorar la iniciativa i sobretot l'autonomia.

Quadre 11: Evolució d'aspectes de millora segons freqüència

Freqüència	Una o dues		Tres o quatre		Cinc o sis		N/S N/C	TOTAL
TOTAL	28	16,7%	26	15,5%	46	27,4%	68	168
Assistència	20	14,6%	21	15,3%	41	29,9%	55	137
Inciativa	16	13,1%	18	14,8%	34	27,9%	54	122
Autonomia	16	13,7%	17	14,5%	35	29,9%	49	117

Per tant, si acceptem com a indicador de millora la percepció que en tenen els propis usuaris, això permetria apuntar una hipòtesi a verificar en el futur, en el sentit que els canvis són directament proporcionals a l'explotació que es faci del recurs.

4.2.2. Percepció dels professionals dels Clubs Socials

Els Clubs Socials són un tipus de recurs relativament recent. Els més antics de la mostra que hem analitzat porten funcionant uns sis anys; la majoria declaren una vida entre un i tres anys (9) però gairebé la meitat (7) superen els tres anys d'activitat. Es van crear sobretot gràcies a l'impuls de les associacions de familiars i amics dels malalts mentals de cada contrada, amb el recolzament en alguns casos de les administracions locals, i davant l'escassetat o l'absència total d'altres recursos per atendre aquest tipus de malalts: «L'associació el crea com a conseqüència de la manca de recursos» (E10). Els motius bàsicament foren: «Per tenir un espai on es poguessin relacionar, fer activitats, sortir de casa» (E5); «Per la demanda dels familiars, com a eina de suport social» (E12); o per la «Integració social a través del lleure» (E15).

Com es pot apreciar en el quadre 1, la suma dels usuaris inscrits declarats entre els 16 Clubs s'eleva a 659 (més de 41 de mitjana), dels quals més de la meitat (364) diuen que hi assisteixen regularment (el 55,23%) i al quadre 8 arriben al 59,52%, la qual cosa es pot considerar com una notable assiduïtat tenint en compte les característiques d'inestabilitat d'aquest tipus d'usuaris.

Els Clubs acostumen a funcionar més de 5 dies a la setmana, concretament deu Clubs ho fan 6 dies i dos ho fan 7 dies. Només tres Clubs diuen funcionar 5 dies i un que ho fa 4 dies. El Club que menys hores està obert els dies entre setmana ho fa durant 2 hores al dia i el que més té obert funciona 5 hores diàries. Tret d'aquests casos extrems que semblen ser opcions estratègiques (el que obre 2 hores cada dia funciona 6 dies, mentre que qui obre 5 hores només funciona 4 dies entre setmana), el més normal és obrir entre 3 i 4 hores al dia: sis Clubs tenen obert 3 hores i els vuit restants, 4 hores de dilluns a divendres.

Els caps de setmana és on més es veuen les diferents possibilitats dels Clubs. Tots els Clubs excepte un declaren que fan activitats tots els dissabtes, mentre l'excepció assenyala la casella de «més d'un dissabte al mes». En canvi, només un Club treballa tots els diumenges, un altre «més d'un al mes», mentre

que la resta o no els treballa o ho fa de mitjana un al mes. Segons manifesten els professionals, els caps de setmana s'acostumen a fer més hores que no pas un dia entre setmana; atenent a la durada i les possibilitats de les activitats que es programen es pot treballar de 5 a 8 hores si només es funciona el dissabte, fins a les 12 hores que declara un dels Club que fa activitats dissabte i diumenge.

L'organització interna dels Clubs Socials mostra força varietat: set diuen que s'organitzen «en grups segons l'activitat», quatre que fan les activitats «tots junts» i dos més treballen amb «grups fixes» d'usuaris. Els altres tres Clubs han optat per escriure altres formes que expliquen així: «Es fan entrevistes clíniques amb els usuaris però, després, ells escullen l'activitat que volen fer o els hi proposem activitats» (E4); «Els usuaris s'inscriuen al Club i a partir d'aquí trien les activitats que els interessen. Les activitats són decidides per ells» (E9, E10); «Cadascú tria, segons els seus interessos, les activitats a les que vol assistir» (E17). Cal suposar que tots els Centres permeten aquesta tria. Però el que volíem esbrinar amb la pregunta, i potser no s'ha sabut fer entendre, era la capacitat del Club per organitzar i portar alhora grups diferents d'usuaris fent simultàniament diferents activitats.

Eixos de la intervenció i concrecions pràctiques

Respecte al contingut que configura l'objecte de treball dels professionals vers els usuaris, es formulava també una pregunta oberta on es demanava els tres aspectes més importants que es treballen en el Club Social. Les respostes aporten, com era d'esperar, multitud de matisos, tot i fer referència a uns quants aspectes que es poden sintetitzar en la següent relació ordenada per prelació (entre parèntesi el nombre de vegades que s'al·ludeix la idea o concepte encara que sigui amb altres paraules):

- *Millora de les habilitats socials* (comunicació, presa de decisions) (12)
- *Millorar aspectes personals* (l'autoestima, l'autonomia o la motivació) (11)
- *Ampliar les relacions socials i compartir experiències* (trencar l'aïllament, pertinença a un grup) (11)
- *Aprendre a fer us del temps* (Ocupació significativa) (8)
- *Desenvolupament personal i reforç de la confiança en un mateix* (elaborar el propi pensament) (3)
- *Integració a la comunitat* (2)
- *La malaltia i adherència al tractament* (1)

Aquí es veu clarament una consonància amb els aspectes que ens sortien en l'apartat anterior sobre l'adequació a les necessitats dels usuaris; si allí vèiem els aspectes que milloraven més significativament amb l'assistència al Club, ara constatem una coincidència d'aquells amb els aspectes que es treballen en el centre, la qual cosa ens permet inferir que deu haver-hi una relació estreta de causa-efecte. Així mateix, també coincideixen força amb els motius que previsiblement porten als usuaris a l'assistència als Clubs, que vol dir que se'ls ofereix precisament allò que més necessiten. De l'encreuament de les tres variables ja se'n pot extreure una conclusió (de moment provisional) sobre l'eficàcia del recurs.

Passant a aprofundir un xic més sobre aspectes concrets del funcionament dels Clubs Socials podem afirmar, a partir de les dades obtingudes, que es dóna un alt grau de planificació de les activitats, ja que catorze Clubs declaren que les planifiquen sistemàticament totes i dos que ho fan en la majoria d'ocasions. A més, aquest mateix resultat torna a donar-se en quan a la participació dels usuaris, és a dir, catorze centres diuen que els usuaris participen en la selecció d'activitats a fer i dos centres afirmen que «a vegades». No creiem que la minsa disparitat en ambdues qüestions respongui a diferències substancials de funcionament entre els Clubs, més aviat deu ser el lògic exponent del primfilat que cada professional hagi volgut ser en la resposta.

Les activitats que s'aprecien com a més importants entre les realitzades en el present any (o curs 2004-05) presenten un ventall prou variat com correspon a l'autonomia dels Clubs per adequar-se als seus usuaris i al context territorial i social on s'ubiquen. Les exposem tot seguit sense precisar d'on provenen però agrupades per la seva naturalesa a fi de facilitar la comprensió i l'anàlisi:

- *Tallers*: de coneixença, de cuina, de premsa/radio, de pintura, de ceràmica, d'esmalt, de teatre, d'informàtica, de bricolatge, de guitarra, de tècniques corporals, d'expressió artística i d'oci
- *Cursos i xerrades*: angles, tabaquisme, introducció a internet
- *Sortides i esports*: futbol, sortides de 2 dies, de cap de setmana i vacances, sortides culturals
- *Actes comunitaris externs*: exposició de fotografies, venda de llibres per St. Jordi, cavalcada de Reis
- *Treballs comunitaris*: vigilar exposicions
- *Projectes*: Revista del club, Grup de Paraula voluntari
- *Terapèutiques*: Musicoteràpia
- *Informals*: converses espontànies, jocs de taula

No falta qui eludeix seleccionar cap activitat com més important que les altres: «Totes les activitats que portem a terme tenen un sentit i persegueixen un objectiu» (E3), «L'activitat és l'excusa per treballar professionalment, l'activitat no és la finalitat última, per aquesta raó, totes són molt importants des de la més simple a la més complicada» (E14). Curiosament també s'apunta en varies respostes que una de les activitats més importants són les «assemblees del club social» que es realitzen periòdicament i que ens tornarem a trobar citades al parlar de la participació.

És lògic suposar que aquestes activitats es van proposar i realitzar perquè responien a les finalitats que volia aconseguir el Club. Tanmateix, però, calia veure com ho argumentaven els professionals, quins motius eren més tinguts en compte alhora de valorar aquestes activitats com més adequades per un Club Social. Per això se'ls hi va formular una pregunta oberta on poguessin expressar-se amb total llibertat. Aquí hem volgut transcriure-les totes perquè es pugui veure com es complementen sense perdre les particularitat que aporten cadascuna d'elles, amb l'única llicència de la revisió lingüística. La pregunta era *Perquè et semblen que són activitats adequades per realitzar en un Club Social?* i les respostes obtingudes diuen:

- «Són activitats que permeten treballar els aspectes abans descrits» (E1)
- «Els motiven més, es troben útils i trenquen l'aïllament. Aprenen a raonar i valorar altres coses que els passaven desapercebudes» (E2)
- «La carència de motivació i iniciativa que caracteritza a aquest col·lectiu fa que sols, no portin a terme cap activitat, a part de fumar, menjar i dormir compulsivament» (E3)
- «Permet un desenvolupament social de la persona a més de potenciar diverses habilitats com les motores, la memòria, la creativitat, etc.» (E4)
- «Són entretingudes, permeten desconnectar dels problemes, ser autònoms, relacionar-se i tenir una millor qualitat de vida» (E5)
- «Perquè es treballen les capacitats i limitacions en expressió que incideix en la comunicació assertiva» (E6)
- «Perquè tot i ser activitats de lleure on venen a passar-ho bé, tenen efectes terapèutics ja que treballem les seves dificultats d'expressió» (E7)
- «Reforcen les habilitats socials i l'autonomia personal» (E8)
- «Perquè són activitats de lleure que permeten treballar molts aspectes de la vida diària: autoestima, assertivitat, constància, paciència, etc. i algunes impliquen comunicació i presa de decisions grupals» (E9)
- «Perquè en molts casos ajuden a augmentar les competències a nivell funcional, donant-los-hi major autonomia» (E10)

- «Per aconseguir els objectius a partir de la convivència» (E11)
- «Perquè amb elles poden gaudir de més autonomia» (E12)
- «Promouen la participació activa en la gestió i funcionament del club» (E13)
- «Perquè, donen molt de joc per conèixer als socis i perquè a la pràctica són activitats que tenen una gran acceptació» (E14)
- «Fomenten la socialització i integració social, aprenentatge i coneixement del propi cos i millora de l'autoestima» (E15)
- «Perquè ajuden a cobrir les necessitats i mancances que presenten les persones amb TMS» (E16)
- «Perquè ells han manifestat interès en elles, proporcionen eines útils de cara a la relació amb els altres i resulten interessants i divertides» (E17)
- «Perquè el club ha de ser un espai dinàmic que doni atenció a les diferències individuals» (E18)

Com s'ha pogut comprovar de primera mà, aquest conjunt d'arguments –tots ells lícits i adients- ofereix un ventall de justificacions força variades, tot i que la majoria tenen molt present l'usuari i les seves característiques conseqüència de la malaltia. Hom pot fer l'exercici de comparar aquestes respostes amb les que sortien quan analitzàvem en el punt anterior les necessitats dels usuaris i, concretament, el que es reflectia en el quadre 3. Sembla clar que hi ha una vinculació força estreta entre els elements que s'han posat a prova en aquest estudi, és a dir, les activitats que es realitzen, amb determinats aspectes que cal treballar i amb el què requereixen els usuaris per les seves peculiaritats.

Sobre la participació dels usuaris

Un element capdal i idiosincràtic dels Clubs Socials és la participació dels usuaris en el funcionament del centre i, específicament en la realització de les activitats. Tot i que així consta en els documents programàtics s'ha volgut, en la mesura possible, constatar si aquest principi teòric era portat a la pràctica, de quina forma i amb quin grau. Per això s'introduïren algunes preguntes que abordaven aquest aspecte i que tot seguit passem a exposar.

Ja hem vist més amunt que, dels divuit centres, catorze afirmen que els usuaris participen en la selecció de les activitats que es fan, i dos centres més afirmen que hi participen «a vegades». Ara podem afegir que, segons els professionals, en tots els Clubs els usuaris participen fent propostes i escollint l'alternativa que més els agrada. Alguns professionals han afegit més informació a la resposta i indiquen que, «aporten idees sobre l'organització de l'activitat» (E1), altres diuen que a més fan «organització de sortides,

decoració del club» (E6) (E7), i altres apunten que a més del disseny també fan «l'avaluació» (E11).

La majoria de Clubs afirmen tenir mecanismes estables de participació. L'espai que es presenta com el més important per formalitzar aquesta participació dels usuaris és l'Assemblea, que apareix en alguns documents com un component bàsic i original del model organitzatiu dels Clubs Socials[11]. Constatem però que la periodicitat de realització pot variar d'un centre a un altres, doncs hi ha qui les realitza «al final del trimestre» (E2) i altre les qualifica de mensuals. Algunes respostes es refereixen a altres mecanismes de participació com: «preparació de caps de setmana, *tarda gaudeix del moment*, plàning de neteja» (E6) (E7), o «comissions» (E12); i altres inclouen «discussió dels diversos punt de vista i interessos» (E17) o «distribució de tasques» (E18), sense que quedi massa clar si són elements de la mateixa assemblea o mecanismes clarament diferenciats.

Encara hi ha qui ha interpretat la pregunta en un sentit més instrumental, i diu que utilitza per la participació «economia de fitxes i el reforç positiu» (E5), o altre «la motivació» (E8), que és el major repte a superar atès que «la participació mai és estable amb aquest col·lectiu, però es construeix» (E3). No es pot oblidar que la malaltia dels usuaris és un element condicionant, en el sentit que diu un informador: «el més important és l'escolta activa i l'observació, i a partir d'aquestes premisses, la intervenció per garantir una participació activa i permanent varia segons el cas» (E14). D'aquí la importància de la proximitat a les circumstàncies particulars: «la nostra eina és la implicació personal dels usuaris i quan no assisteixen reben trucades de seguiment» (E9), així com els vincles grupals «s'han de comprometre a participar en l'activitat fins al final, han de comprendre que és un compromís a establir amb els seus companys» (E4).

Els aspectes de la vida i funcionament dels Clubs en que la participació sembla ser-hi més present o que són presentats –en les respostes dels professionals- com més susceptibles de ser sotmesos a la participació dels usuaris són de tres tipus:

- *Elecció i organització de les activitats* (Tallers, sortides, jocs de taula, festes, concursos, etc.) És el tipus de participació més general i gairebé tots la citen d'una manera o altra.

[11] Veure Projecte Marc i Criteris Bàsics per a la creació i funcionament dels Clubs Socials per a persones amb malaltia mental. Document poligrafiat.

- *Tasques de manteniment del Club com espai* (Neteja del local, cura de les plantes, bar autogestionat, reciclatge, etc.) Es restringeix a certs Clubs amb millors possibilitats o predisposició.
- *Aspectes d'identitat i organització del Club* (denominació del club, fer les actes de les assemblees, normativa, resolució de problemes, etc.) Són una petita minoria els que en fan alguna referència.

Quan a les respostes singulars que afegeixen matisos remarcables, cal citar als varis informadors que van en la mateixa línia d'amplitud participativa: «Tant les activitats com el funcionament del dia a dia té l'objectiu principal de participació i dinamització dels usuaris. Que no es sentin purs espectadors, sinó que participin activament» (E9) (E10). Però hi ha qui sí que hi posa cert límit: «Tots menys la gestió» (E11). Altre, en canvi, s'aventura amb novetats participatives: «Hem començat a impulsar l'autogestió de la quota de soci» (E18). En fi, que basen la participació en «El fet de donar importància a l'opinió personal de cadascú i que això pugui influir en la dinàmica i organització del Club. L'ambient de respecte en front de les limitacions personals. L'ambient de cooperació i solidaritat entre companys» (E14), o en «El fet que ajudi a la integració social de l'usuari i li permeti adquirir unes habilitats socials, així com un augment de la motivació» (E4).

La participació dels usuaris, al mateix temps que aporta evidents avantatges com: «identificació del Club com a propi, implicació en el servei, potencia el seu rol com a ciutadans, augment de la responsabilitat i compromís, etc.» també presenta alguns inconvenients o desavantatges que són expressats així pels professionals:

- Porta molta més feina (E1)
- Costa mobilitzar, requereix més esforç de planificació dels professionals i invertir més temps en resolució de conflictes (E6) (E7)
- Menys eficàcia (E12). A vegades no es posen d'acord (E15)
- A vegades la inadequació de les propostes realitzades (E16)
- Molta dificultat en aconseguir la motivació necessària (E18)

També hi ha qui només hi veu avantatges: «No hi ha cap desavantatge» (E4); però el cert és que «l'usuari se sent important i viu el Club com quelcom seu i això millora la vinculació. L'usuari no viu una jerarquia tan marcada com en els altres serveis i això influeix positivament en la seva autoestima» (E14). De igual manera «alguns desavantatges venen relacionats amb la pròpia percepció que tinguin ells de les seves possibilitats, relacionades amb la seva

malaltia» (E10), la qual cosa «fa molt necessària la figura d'un professional que els guiï, ja que sinó acabaríem fent sempre les mateixes activitats i moltes vegades activitats no realistes a les possibilitats del grup» (E9); o com explica algú altre: «S'han de mantenir unes directriu bàsiques i senzilles, que mai s'han de perdre de vista, això és tasca del professional» (E14).

La conclusió a la que arribem amb aquest seguit d'indagacions és que la participació dels usuaris en el funcionament del Club Social deu realitzar-se amb intensitat i dedicació variable en els diferents centres, no perquè en algun d'ells es posi en dubte el benefici en l'estabilitat i millora que pot significar per l'usuari, sinó per causa de la dificultat de portar-la a terme en les condicions adequades.

Projecció i immersió comunitària

Sense necessitat d'incidir de nou en els beneficis de la integració comunitària dels malalts mentals que ja s'ha posat de manifest anteriorment, el que és evident és que, perquè aquesta es doni, cal implementar estratègies que la facin possible i assajar activitats on es puguin desenvolupar passos vers unes majors cotes d'integració. Per constatar aquests extrems, en l'enquesta es van incloure unes preguntes que permetessin, si més no, iniciar una certa avaluació de la validesa dels Clubs per assolir aquesta missió d'integració comunitària.

La primera cosa que es pot afirmar és que dels setze Clubs, sol un confessa que només «esporàdicament» fa activitats fora del centre; tots els altres diuen fer-ne una o més d'una cada setmana. Alguns, especifiquen que aquestes són sense comptar les sortides que realitzen regularment els caps de setmana. Així i tot, cinc Clubs no es mostren satisfets i afirmen que la freqüència amb que fan activitats fora del centre no és suficient i que caldria incrementar-la.

Els problemes i dificultats que aquest cincs Clubs i els altres addueixen per no poder augmentar la freqüència d'activitats externes al centre es poden resumir amb «manca de recursos econòmics» ja que és la causa de les altres carències, tal com «manca de personal per poder dividir el grup», «horari massa reduït», «manca de pressupost per obrir més dies» i, en últim terme, hi ha qui atribueix tot plegat a la «poca col·laboració de l'administració» (E17). En algun cas, també es reconeix una causa interna però radicada en els mateixos usuaris: «les dificultats en motivar i moure tot el grup a fer la mateixa activitat» (E18), que, com sortia anteriorment, tendeixen a adherir-se a determinades rutines.

Només en dos respostes s'ha al·ludit a impediments del medi o de la societat; d'una banda, es diu que «cal anar amb compte en els llocs petits per no estigmatitzar als usuaris i famílies» (E6) amb la qual cosa es fa referència a un inconvenient que pot comportar la visualització del fenomen per a la integració comunitària en determinats indrets. I d'altra banda s'apunten «les dificultats en la disponibilitat per utilitzar espais externs al Club» (E18). Seria interessant aprofundir en quines són aquestes dificultats, de qui provenen i si s'afronten adequadament per part del Club.

Però no sembla que, en general, l'acollida i el tracte als usuaris dels clubs en les seves activitats comunitàries per part del conjunt de la societat sigui gaire negativa. Si ens atenem a les respostes de l'enquesta, la major part dels professionals qualifiquen d' «acceptació» la resposta que han obtingut, i només en un cas es titlla d' «indiferència» i en un altre s'indica que depèn dels casos. La següent cita podria ben bé representar el sentir que intuïm majoritari pel que fa a aquest aspecte: «la població amb la qual hem fet les sortides han acceptat i ajudat a la desestigmatització del col·lectiu» (E9). El dilema de si l'obertura al context estigmatitza més o no, intuïm que té molt a veure amb el propi procés de normalització que s'hagi adoptat. En aquest cas, per exemple, s'afegeix que ha ajudat el fet que «el club està ubicat en un Casal Cívic i això fa que hi hagi més contacte diari amb la gent» (E9).

Les activitats externes al centre que seleccionen els professionals com les que consideren més reeixides d'aquest any, es poden agrupar en quatre apartats:

Tipologia d'activitats externes al centre

Tallers externs	Pintura, informàtica, cuina, teatre, etc.
Sortides i visites	Port Aventura, biblioteca, polisportiu, Centre cultural, Omnia, Colònies d'estiu i d'hivern, platja, etc.
Actes cívics	Celebració de St. Jordi (parada roses i llibres), festivitats de la ciutat, Jornada Esportiva, etc.
Col·laboracions	Vigilància d'exposicions d'entitats, protectora d'animals, etc.

Ens sembla important destacar ara un fet que no sembla esporàdic ja que s'ha pogut apreciar també en anteriors respostes. Es tracta de l'esforç per trobar i organitzar activitats que no sols responguin a interessos particulars dels Clubs i dels seus usuaris, sinó que s'obrin buscant el servei que es pot

oferir a la societat o, si més no, la presència participativa en esdeveniments que ajuden a crear consciència de comunitat, de poble o de ciutat. En definitiva, la integració entesa com ocupar l'espai que per dret propi té adjudicat tot ciutadà en l'escena comunitària, aportant-hi naturalment allò que hom pot brindar com a contribució pròpia a la resta de conciutadans.

Pel que fa als malalts, allò que els suposen les activitats externes (sobretot) i que encara s'incrementaria més si fossin més nombroses i/o sovintejades, són beneficis del tipus «més seguretat en si mateixos», «més motivació», «es redueix l'estigma», «tenen més autonomia en els desplaçaments», «surten de l'entorn habitual», «amplien els seus recursos i les opcions de lleure (també es diu que això, per alguns, pot representar una dificultat)», «perdre la por a les relacions externes», «en alguns casos, augment de l'angoixa», etc. En resum, malgrat els advertiments de certs riscs, es pot dir que, en general, s'espera que amb les activitats externes s'obtinguin millors resultats, els quals es resumeixen en dues paraules que molts han utilitzat: *normalització* i *integració* en la societat.

La mateixa qüestió sobre què aporten les activitats externes, però respecte als familiars, aporta aspectes que també cal interpretar com saludables pel que fa a la relació que mantenen amb la persona malalta: «saber que no està sol/a pel carrer o al bar», «millora de les relacions», «més implicació, no només per resoldre'ls la papereta, ni parking pels seus fills», «augment de la confiança en el familiar (cedir responsabilitats)», «disminució de la sobrecàrrega (respir familiar)», «millora de la qualitat de vida». Notis que molts d'ells són aspectes que alhora que beneficien l'usuari també suposen una millora en la funció de cura que tenen els familiars i, per tant, són preventius respecte a la salut física i mental d'aquests.

Mentre els efectes que produiria un augment d'activitats externes als malalts i familiars tendeixen a ser positius, en canvi, als professionals, sembla que els comportaria sobretot més feina i dificultats: «necessitar més recursos humans i econòmics», «més responsabilitat, més hores», «més dificultat organitzativa», «més coordinació, conèixer millor el territori», etc. Tot i que també s'apunten altres aspectes on se subratlla el benefici que suposaria per l'usuari: «un altre tipus de teràpia», «oferir una programació més rica d'activitats normalitzadores», «més atenció individual».

Per finalitzar. Se'ns diu que, als beneficis que ja s'han desgranat més amunt, caldria sumar-hi que obtindrien major coneixement de la comunitat, que el

seu estat d'ànim milloraria i que se sentirien més actius i implicats en el municipi i trencarien l'aïllament personal: «d'aquesta manera poden participar en activitats que els agrada, però per les limitacions personals i fòbies no tenen suficients recursos personals per a posar-les en pràctica. El tenir un referent, els hi dóna seguretat i el suport necessari» (E14).

Però, malgrat se'ns diu que «Si es té en compte l'estat de l'usuari en funció de l'activitat, sempre és positiu» (E16), també s'adverteix d'unes precaucions que s'han de contemplar, com que «beneficia si estan motivats i amb ganes de fer l'activitat, però perjudica si els hi obliguem a anar a la força» (E4). «Depèn del moment en que es trobin, si estan o no compensats» (E17): «Els pot perjudicar si no es treballa prèviament situacions estresants» (E13). «Si l'usuari no està preparat per afrontar la situació pot ser negatiu per ell es pot sentir malament i pot fer sentir incòmode a algú, per això és necessària l'estabilització de la persona. Però per norma general, tot i el nerviosisme, s'acaben familiaritzant amb l'entorn exterior al club» (E9) (E10).

4.2.3. Percepció dels familiars

Partim de la base que els familiars estan encantats amb el Club Social. Per a ells és com un far, «com una llum després d'anys de foscor» tal i com deia un d'ells (E/R). L'únic «però» que apareix com a denominador comú és la manca de recursos econòmics de que disposen els Clubs i que reverteix directament en la manca de personal i, per tant, en un horari restringit.

Pel que fa a l'horari, el comentari general dels familiars és que l'horari és suficient[12], ja que en algun cas, l'usuari va durant el matí al centre ocupacional i en altres, la família té el matí perfectament estructurat amb tasques establertes. Però, tot i tenir més o menys resolta la seva situació, no deixen de comentar que pel que fa a altres casos caldria que el Club estès obert al matí: «Otros necesitarían un poco más de horario indiscutiblemente» (E/R). «Hombre, para los que no hacen nada, encuentro que tendría que estar abierto por la mañana, porque hay chicos que están todo el día en casa. Y en casa pues están en la cama, salen y entran, van al bar, se toman algo y otra vez a la cama, y esto si que…» (E/H).

[12] Majoritàriament de dilluns a divendres de 16.00h ó 17.00h a 20.00h; en algun cas el Club obre en igual horari però només de dimarts a divendres. En tots els casos al matí resta tancat.

Respecte a les activitats, la gran majoria de familiars entrevistats creuen que si hi hagués més personal es podrien fer més activitats. Fins i tot, en un dels casos han hagut de deixar-se de fer activitats el cap de setmana per manca de personal; això és el que preocupa més als familiars. Pel que fa al tipus i a la naturalesa de les activitats que s'hi realitzen, els informadors confien plenament en els professionals; així i tot, tots estan bastant al corrent del que es fa i poden enumerar-ne i donar-ne explicacions d'unes quantes. Per exemple, una de les persones entrevistades diu que les activitats canvien cada tres mesos, més o menys, perquè no siguin una cosa monòtona, per tenir al·licients i que per això fan les assemblees, per preguntar-los a ells quines propostes tenen.

En tots els casos es valoren les activitats bàsicament com una estona d'oci, però també hi veuen la part d'autoestima que suposen pel seu familiar. Un dels entrevistats incideix en donar més valor a l'hàbit i a la responsabilitat que adquireix qui realitza l'activitat que en la pròpia activitat en sí.

Quan al personal, tots els familiars coincideixen, sense cap mena de dubte, en la mancança de recursos humans dels seus respectius Clubs Socials. Alguns d'ells adjudiquen aquesta mala situació a la falta de diners i a la poca implicació de l'administració pública que cal que es preocupi més d'aquest tipus de recurs.

Hi ha Clubs amb una assistència mitjana de 35 a 40 usuaris per només un professional; en un sol cas, el familiar entrevistat ens ha dit que el seu Club disposa de dos professionals però, així i tot, és un dels que més demana que augmentin els recursos públics per poder fer front i donar suport a la tasca dels professionals que, sovint, es veuen superats. Els familiars ho tenen molt clar: «Ahora es que están mal de personal, (…) bueno, porque no lo pueden pagar (…) porque claro, las pobres tienen que hacer fiesta, no? Y claro, lo que no pueden es trabajar gratis. Entonces, a lo mejor no va, o hacen excursiones más cortas. Ahora por el momento eso, que dice que lo van a arreglar, no se» (E/S).

Els altres familiars van en la mateixa línia tot i que cadascú aporta matisos propis al debat: «Penso que no [són suficients], que n'haurien d'haver més. Com a mínim, haurien de ser dos cada vegada que surten» (E/V). «Pero encuentro que son pocos, porque ya hay muchos chicos que vienen al club. Son cuarenta y pico, ¡eh! Profesionales hay dos, no más. Está el coordinador, que es el S. y la psicóloga que es la E., o sea que la E. va «pa arriba, pa abajo, pa arriba, pa abajo», claro. Y el S. el pobre llega al club y… va muy… encuentro que si, que son pocos. (...) Dinero, es lo que hace falta, dinero, que

las administraciones se mojaran un poquito mas, sobretodo de cara a ésta gente» (E/H).

«Yo creo que allí como mínimo tendría que haber, con arreglo al personal que allí hay, la chica que hay fija y alguna otra para sustituir o dos. Porque las personas que vienen aquí, hay unos treinta asociados más o menos, yo veo aquí chicos, yo creo que ella es poca cosa porque puede ocurrir cualquier cosa. En primer lugar no se puede atender a las personas como creo que se merecen ser atendidos. Claro, para mi esta chica es competente y es muy amable y me parece que se empeña en cumplir su trabajo, pero, claro, no puede dar más de si. Esa es mi opinión» (E/R)

« Crec que aquest club hauria d'estar subvencionat, o com sigui. Jo, és que en el cas administratiu no sé, m'explico malament. Però que hi ha poques ajudes, que no sé fins a quin punt tenen en compte la malaltia aquesta, que jo crec que és molt seriosa i la gent de l'administració passa bastant. Llavors crec que necessitaríem més ajudes perquè, vulguent o no vulguent, hi ha un tant per cent de la població molt alt que pateix aquesta enfermetat. I hi ha un gran tant per cent que no està diagnosticada» (E/L)

No hi ha cap entrevistat que es queixi del funcionament del seu Club Social de referència, al contrari, tot són elogis i sentiments de satisfacció en unes persones que han vist com el Club també a ells els ha comportat una millora en les pautes de convivència, una reducció en el nivell d'estrès i de càrrega familiar i un augment en la qualitat de vida dels seus nuclis familiars: «Yo creo que, como ella ha mejorado por estar en el Club, tiene una disciplina, una cosa que hacer y como ella esta mejor así nosotros la encontramos ya casi una persona que no tiene problemas, ¿no? Entonces el verla a ella mejor, que tiene una actividad, nosotros estamos mejor» (E/S). «Bien, estando él bien, estamos todos bien» (E/H)

«Ha mejorado, ha mejorado. Indiscutiblemente ha mejorado. (...) Pues en el sentido que él se relaciona mejor con nosotros. Él se relaciona mejor aquí [en el club] y se relaciona mejor con nosotros. (...) porque claro, todo lo que le afecta a él también nos afecta a nosotros. (...) porque él se desarrolla de una manera diferente, vive con otra ilusión. Aunque él no lo demuestra pero yo veo unos resultados positivos» (E/R)

« ...però a la família també perquè és un goig saber que el teu familiar torna a casa content i... a tots, a tots, en general a tots. I tant, la família llavors viu

d'una altra manera l'enfermetat, perquè veu que el malalt també assumeix més la seva malaltia i nosaltres intentem també entendre-la i compartir. Per a tot, el club es favorable» (E/L)

Per als familiars la persona malalta es converteix en l'eix vertebrador de la seva existència: si ell o ella està bé, el nucli familiar està bé; si ell o ella està malament, el nucli familiar està malament. Tal és la importància i la valoració que dels Clubs Socials i del seu funcionament fan els entrevistats. I tal la seva preocupació per la que consideren poca atenció per part de les administracions públiques.

4.3. Percepcions sobre la identitat

En aquest tercer i últim apartat busquem d'establir quina és la representació que tenen dels Clubs Socials els diferents grups que hem vingut explorant. En aquest cas, als usuaris no se'ls ha plantejat cap pregunta directa sobre aquest extrem però, així i tot, el global de les seves expressions coincideix altament amb el que han fet explícit els altres grups informadors: els professionals dels Clubs i els familiars. L'opinió dels professionals externs, que no ha estat encara exposada, es concentra en aquest bloc en tant que, creiem, aporten una visió més objectiva del que són i haurien d'esdevenir els Clubs.

4.3.1. Percepció dels professionals dels Clubs Socials

Comencem per incloure unes dades, concises i concretes, que ha produït la recerca, sobre el conjunt de professionals que presten els seus serveis en els setze Clubs Socials que s'han estudiat.

Per les dades facilitades (sempre anteriors a 31 de juliol de 2005), hi ha 34 professionals treballant entre els 16 Clubs. D'aquests, però, només 9 treballen a temps complert repartits en 7 Clubs, per tant, hi ha 9 Clubs que no tenen cap professional a temps complert. Els altres 25 tècnics que treballen a temps parcial ho fan en 12 Clubs, quedant només 4 Clubs on tots els professionals hi són a temps complert. Pel que fa al tipus de contracte, els classifiquem en fixes o temporals sense entrar en més concrecions. Així trobem que 15 d'aquests professionals tenen un contracte fix i 19 el tenen temporal. Mentre que 6 Clubs no tenen cap tècnic amb contracte temporal, altres 6 Clubs no tenen cap professional amb un contracte fix. (Veure quadre 12)

Quadre 12: Professionals per Clubs segons dedicació i contracte. Ràtios per usuari

Club Social	Profes-sionals	Temps Compl	Temps Parcial	Contra Fix	Contra Tempo	Usuaris inscrits		Usuaris assistents	
AFEMBN	1		1	1		18	0,056	16	0,063
AREP	3	3		3		96	0,031	88	0,034
Suport Castellar	2		2	1	1	32	0,063	16	0,125
El Cercle	2		2	2		34	0,059	15	0,133
El Portalet	2		2		2	30	0,067	12	0,167
Garabato	2		2		2	48	0,042	32	0,063
Aidar	2		2		2	65	0,031	30	0,067
La Brúixola	3	1	2	1	2	71	0,042	20	0,150
Esquima	2		2	2		25	0,08	18	0,111
Punt de Trobada	3		3	2	1	32	0,094	?	
Tu Tries	1	1			1	30	0,033	10	0,100
La Llum	3		3		3	37	0,081	15	0,200
El Porxo	1	1		1		44	0,023	37	0,027
La Xamba	2	1	1	1	1	30	0,067	20	0,100
Sol del Solsonès	1	1		1		32	0,031	20	0,050
El Turó	4	1	3		4	35	0,114	15	0,267
	34	9	25	15	19	659	0,052	364	0,093

De les 18 enquestes de professionals, en només 5 es contesta afirmativament la pregunta de si es creu suficient la dotació de personal, les altres 13 creuen que, en el seu cas, és una plantilla insuficient per les següents raons, entre d'altres: «el nombre d'usuaris no permet atendre'ls com caldria» (E13), «perquè per les característiques del col·lectiu requereix una atenció molt personalitzada i cal dos professionals per activitat. A part, la gestió es duplica amb les coordinacions, planificacions, programacions, seguiment i valoració» (E9).

Les ràtios que s'obtenen al dividir el nombre de professionals pels usuaris, varia (en algun cas considerablement) segons adoptem els usuaris inscrits o els que realment assisteixen[13]. En qualsevol cas són sempre ràtios molt baixes en comparació amb altres serveis de semblant naturalesa. Només si es prenen els usuaris assistents es podrien considerar relativament dintre dels estàndards els Clubs que obtenen ràtios superiors a 0,150. Així i tot, caldria considerar altres dades que no s'han perseguit en aquest estudi com el nombre d'hores

de treball de tots els professionals, tant els de temps complert com els de temps parcial, volum de voluntaris i/o talleristes que col·laborin esporàdicament, etc.

Per tant, s'afirma d'una banda que cal més personal i, d'altra banda, que les hores contractades son insuficients. Això deu ser així si, com hem vist, hi ha un constant creixement de la població amb malaltia mental, tal com ens confirma un informador: «El públic potencial és molt alt i les llistes d'accés estant tancades» (E1). L'altra raó la trobem avalada per la següent argumentació que reproduïm textualment per evidenciar l'estat d'ànim que transmet: «Són massa responsabilitats i funcions per una persona sola, perquè és inviable tenir espais de reflexions dins del Club, amb l'equip; perquè no pot dependre d'una persona sola el funcionament d'un servei com el Club, o, un fet tan quotidià com obrir el centre... Jo personalment estic desbordada de treball, acabes fent més hores, i tens frustracions professional per no fer coses que haurien de fer-se» (E14).

Funcions dels professionals

Com indicava la informant, la varietat de funcions que realitza l'escàs personal dels Clubs Socials abasta una amplíssima gamma que mirem de sistematitzar en la següent relació; aquestes funcions es poden generalitzar gairebé per a tots els Clubs ja que són les que comunment comporta el seu funcionament, amb l'única diferència que, alguns poden distribuir dites funcions entre més empleats (coordinador/a, monitors/es, talleristes, etc.), mentre que en els més petits recauen en una o unes poques persones.

Tipologia de funcions dels professionals

Vers els usuaris i famílies
- Entrevistes d'acollida i seguiment d'usuaris i família.
- Acompanyament i suport, atenció individualitzada.
- Establir relació terapèutica, realització del pla de tractament.
- Contacte amb cuidadors principals i CSM i CD de referència.
- Dinamització de grups amb tècniques de motivació.
- Potenciació de la participació activa dels usuaris en la programació.

Vers l'organització de l'activitat del Club
- Planificació, programació i avaluació de les activitats.
- Organització d'activitats, elaboració de projectes, etc.
- Docent de tallers, realització de les activitats.
- Documentació interna (elaboracions dels escrits relacionats amb l'organització i funcionament del club: memòries, programes, etc.).
- Administració, dotar al club dels subministraments necessaris.

Vers la direcció, gestió i projecció del Club
- Recerca i tramitació de subvencions de l'administració i altres fons de finançament, justificació econòmica i tècnica de les ajudes.
- Coordinació amb la xarxa de salut mental i recursos comunitaris.
- Suport al personal (monitors/es de tallers i sortides).
- Captació i coordinació del voluntariat.
- Difusió i promoció social del club.
- Avaluació continua del funcionament del servei de club.

Dintre d'aquest apartat s'ha volgut parar especial atenció a si es realitza alguna intervenció individual amb els usuaris. Incloem els resultats obtinguts en aquest punt de l'informe perquè, més que al funcionament, ho considerem vinculat a la pròpia identitat dels Clubs i, a més, això ens permetrà analitzar-ho en relació amb altres variables de la percepció sobre la identitat.

Val a dir d'entrada que tots els Clubs Socials sense excepció afirmen que dediquen algun moment a formalitzar aquesta atenció individual, el que varia és com es realitza. El més usual, segons sostenen, és que es faci «quan es veu necessari», «quan ho demana l'usuari» o una combinació d'ambdues causes. Només dos Clubs diuen que a un usuari se li fa aquesta atenció individual setmanalment (cosa que es veu difícil a partir d'un cert nombre d'assistents).

La persona que presta aquesta atenció directa i individual també divergeix d'un centre a un altre. Hi ha els Clubs en que ho fa l'únic professional existent (E2) o «les dues professionals» (E9) (E10) (E17) o «els dos monitors» (E15). En altres s'afirma que ho fa «el qui rep la demanda» (E1) (E5), «qui té més vinculació amb l'usuari» (E11) o bé «el professional de referència de l'usuari» (E13). I, un últim grup de centres ho té adjudicat, en principi, a un professional: «Es una tasca de la coordinadora, però si la tallerista està sola ha de fer-ho en funció de la necessitat» (E3). Quan se'n fa càrrec algú en concret entre varis professionals, se li adjudica bé pel càrrec: «la coordinadora del Club» (E12) (E18), o bé per la professió: «la treballadora social responsable» (E6) (E7) o «l'educador» (E16).

La finalitat que els professionals veuen en la pràctica de l'atenció individual són, evidentment, concordants amb tot el que portem dit sobre l'atenció a aquest tipus de persones, bé sigui expressant-ho de forma més genèrica –»vetllar pel benestar de l'usuari» (E8)- o bé més concreta: «La contenció i estabilització de l'usuari» (E3), «seguiment i suport psicològic» (E5), «clarificar situacions, normes i comportaments» (E17), «resolució de problemes i conflictes» (E1) (E4) o també «Reforç de la persona dins del grup i avaluació d'objectius del pla de treball i les necessitats que presenti» (E6) (E7) (E13). Destaquem per la sintonia amb la integració comunitària que vèiem en l'apartat anterior, l'objectiu «d'inclusió en altres recursos comunitaris» (E2).

Funcions dels Clubs Socials

Quan hem demanat als professionals que tipifiquessin el que fa el Club Social entre una sèrie d'opcions, onze dels 18 professionals posen en primer terme la funció «inserció social». Altres tres, consideren que el que fa un Club Social es pot tipificar principalment com «assistència», tres més com «rehabilitació» i un professional ho considera «animació». Com la resposta podia ser múltiple (només en un cas s'ha assenyalat «inserció social» en solitari), la primera opció es complementa amb altres funcions, entre les quals sobresurt la «rehabilitació» per la que opten com a segona funció nou professionals; quatre més col·loquen en segon lloc la inserció social, i tant la «animació» com la «sensibilització» compten amb dos respostes de segona opció.

Quadre 13: Prioritització de les funcions dels Clubs Socials

	1ª op.	2ª op	3ª op.	Total
Inserció social	11	4	3	18
Rehabilitació	3	9	1	13
Animació	1	2	3	6
Sensibilització		2	3	5
Assistència	3		2	5
Prevenció			2	2

La possibilitat d'afegir altres funcions dels Clubs a més de les que es donaven, només ha estat aprofitada per dues persones; una afegeix com a darrera opció «Acompanyament emocional» (E6) mentre que l'altra aporta «Habilitats socials» (E9) sense donar-li un ordre de preferència.

El resum de les tres opcions ens dona alguna llum sobre la finalitat principal que els professionals atribueixen als Clubs Socials. L'única funció que ha estat seleccionada bé sigui en primera, en segona o en tercera instància per tots els professionals és la «inserció social». Les magnituds de l'ordre que se li atorga també demostren un àmplia majoria que no és qüestionada per cap altra opció. La «rehabilitació», que també reuneix un alt nombre de preferències (més del doble que la tercera), les concentra sobretot en la segona opció, la qual cosa reforça el seu caràcter subsidiari a la inserció. Sorprèn la poca capacitat que s'adjudica als Clubs en la prevenció (lògicament secundària o terciària) que pot tenir sobre les circumstàncies que acompanyen la malaltia mental.

Conseqüentment al que es suposa que han de fer els Clubs, hi ha d'haver una certa avaluació de si es disposen dels recursos necessaris per fer-ho. Abans ja s'han analitzat els professionals com els principals recursos (humans), ara es mira d'abordar la suficiència o no dels recursos materials i quines mancances hi ha. Preguntats els professionals, més de la meitat (10 sobre 18) afirmen que el seu centre disposa dels recursos materials necessaris per funcionar; els altres 8, en canvi opinen el contrari.

Quan a les raons que expliquen aquesta resposta positiva sobre la disposició de recursos se'ns diu que «Sí, tenim les sales equipades per les funcions que es desenvolupen, tot i que en alguns casos manquen recursos materials per activitats (E13) o «en general sí, però si es tinguessin més recursos econòmics es podrien fer més activitats i planificar-les millor» (E4) o bé «es podrien

realitzar algunes activitats que per la seva despesa no ens les podem permetre» (E9). Una de les respostes confirma la ineludible necessitat de rebre suport oficial i la millora que va suposar rebre-la justifica continuar-la: «disposem dels recursos econòmics necessaris per funcionar a partir de la implicació de l'administració, que va reconèixer el Club Social com a recurs d'oci dins la xarxa de salut mental» (E3).

Entre les respostes que opinen que no es tenen recursos materials suficients, a part de les que utilitzen els mateixos arguments que els que opinaven que sí (per exemple, poder fer més i millors activitats) n'hi ha d'altres que addueixen motius més concrets: «Tenim un local de lloguer però no hi ha calefacció» (E2), o bé s'explica com ho solucionen: «No tenim ni el que es pot considerar lo mínim imprescindible per funcionar, però si una gran imaginació, ganes i una correcta optimització de recursos» (E14). Les raons d'aquestes mancances cal buscar-les en l'encara insuficient suport institucional: «Els costos fixes de material, transport, manteniment del servei no entren en la part subvencionable des de Benestar i Família» (E6) o «Les inversions en material e infrastructura no es poden justificar en les subvencions» (E1).

Front aquesta situació, els recursos materials que els professionals consideren de més prioritat pels seus respectius centres abasten un amplíssim ventall de propostes començant pels propis recursos financers, perquè «amb recursos econòmics ja vindrien derivats altres recursos com un espai més gran, activitats organitzades amb millors materials, etc.» (E4). Reproduïm seguidament algunes de les demandes com a representació de les que més es repeteixen però on també s'entreveu la diferència d'expectatives entre els propis Clubs:

- «El principal: els recursos humans. Després local de propietat, calefacció, ordinadors més potents per connectar amb internet» (E2)
- «Un espai més gran, econòmics per fer millor tallers i materials, per ajudar en les sortides» (E5)
- «Aire condicionat (hi fa molta calor i els usuaris a l'estiu falten més)» (E8)
- «Espai propi, ubicació adequada i materials (TV, DVD, radiocassette)» (E17)
- «Renovació d'ordenadors connectats a internet. Material per tallers» (E6)
- «Transport per a les sortides. Ordinador per a practicar el dia a dia» (E9)
- «Més professionals i més dedicació horària» (E11)

En resum, tot i que segueix havent-hi importants mancances, sembla que els aspectes materials estan relativament coberts per les associacions i no és el que més preocupa als professionals dels Clubs Socials.

Identificació i representació

Ara analitzem els resultats d'un altre parell de preguntes que ens permetran complementar la percepció que tenen els professionals del què és el Club Social. Se'ls donava a escollir quatre possibles formes de tipificar els Clubs (com serveis sanitaris, socials, de lleure, comunitaris) i una opció oberta perquè ells mateixos oferissin la denominació de la classe de serveis on els inclourien. En principi no se'ls indicava que la resposta pogués ser múltiple doncs el que es pretenia era veure si hi havia consens en situar clarament els Clubs en els dominis d'un sistema en funcionament o d'un àmbit institucional. Després se'ls demanava que raonessin el que havien escollit.

La primera cosa que cal constatar és que només vuit professionals assenyalen una única resposta, mentre els altres deu n'indiquen més d'una sense que en la major part dels casos hi afegeixin cap prelació de preferència. Així, alhora que això complica la possibilitat de treure una conclusió irrefutable també permet aventurar que hi ha una gran inseguretat, un desconeixement o una alta dosi de contradicció entre les percepcions dels professionals. Passem a donar les dades concretes.

Els que han optat per una de les alternatives que se'ls donaven ho han fet, bé per tipificar els Clubs com a «serveis socials» (en 5 casos), o bé com «serveis de lleure» (2 casos); un altre cas ha obviat les respostes que proposàvem i ha anotat «complement de la xarxa de salut mental», la qual cosa podria donar-se per inclosa en la opció «servei sanitari». Hem comptabilitzat cinc professionals que escullen dues opcions de resposta; d'aquests, 2 indiquen «servei de lleure» i «servei comunitari», altres 2 canvien cadascú d'ells un dels anteriors termes pel de «servei social», mentre que el cinquè professional escull també «servei social» però i afegeix «servei assistencial», la qual cosa no ens permet veure on rau la diferència que pretén incloure a les respostes donades.

Els cinc professionals restants puntegen cadascú al menys tres de les variables i, com hem dit, no sempre ordenades. En totes elles hi apareixen marcades les opcions «servei social» i «servei de lleure» mentre que la tercera opció és, en un cas «servei sanitari» i en els altres tres «servei comunitari». Dos professionals sí que ordenen les tres opcions que escullen, i mentre un situa en primer lloc «servei social», l'altre hi situa «servei de lleure».

En resum. Si no podem tenir en compte l'ordre, i només atenent a la nominació que es fa, hem de concloure que els Clubs Socials són considerats un «servei

social» per 13 professionals, un «servei de lleure» per 10 professionals, un «servei comunitari» per 7 professionals i un «servei sanitari» per 2 professionals. Com es pot observar la dispersió es molt gran i no permet afirmar que es tingui una idea clara, unívoca i homogènia d'on es radiquen els Clubs Socials en l'actual ordenament jurídic-administratiu.

Si acudim a les raons que haurien d'explicar aquesta disparitat, ens trobem que la majoria d'expressions són redundàncies respecte al que s'ha escollit més amunt, del tipus «es fa una labor social, en un espai de lleure, amb activitats d'oci, fet a la comunitat» (E5). Només unes poques ens aporten raons de més pes per justificar llur elecció.

Per exemple, entre els que han qualificat els Clubs com serveis socials ho han escollit perquè «treballa amb persones que, a més de la patologia, es troben en situació d'exclusió» (E1), o perquè «és un servei d'integració social» (E4) o de «orientació socioeducativa» (E11), o també, per exclusió «perquè es treballa aspectes socials importants per la rehabilitació integral dels usuaris de la xarxa de salut mental però la intervenció no es fa des de una vessant sanitària; tampoc és simplement un centre on es facin activitats com podria ser un centre cívic» (E14). Aquesta darrera té la virtut de situar força bé el paper dels serveis socials en el context dels serveis a les persones, al distanciar-se tant de la finalitat de tractament de la malaltia que té el sistema de salut com dels serveis que ofereixen solament un espai de convivència.

Els que han triat altres opcions (serveis de lleure o comunitaris) ho raonen en base a la pròpia activitat, sense prendre en consideració els objectius de fons que orienten les activitats. Això fa que, per exemple, es donin contradiccions amb els objectius del Club que s'havien proclamat abans: «El principal objectiu és el servei comunitari que s'aconsegueix mitjançant el lleure. El fet d'observar l'evolució del malalt permet fer un suport als serveis sanitaris i socials» (E2), o bé «és un recurs d'oci pròpiament i està dins la xarxa de serveis comunitaris, el seu objectiu es gaudir del lleure d'una forma normalitzada» (E17). En canvi ho tracta més encertadament qui diu: «en primer lloc és un recurs social ja que incideix directament a aspectes socials; alhora també és de lleure tot i que seria fals adjudicar-li només el lleure perquè per mi, el lleure només és l'excusa per aconseguir els objectius; i també és un servei comunitari ja que, per una banda, augmenta la xarxa de relacions comunitaries de l'usuari, però també, a la comunitat li permet conèixer de prop al col·lectiu, evitant-ne falses creences» (E9).

Al nostre entendre, l'error potser està en, d'una part, considerar que els serveis dits comunitaris representen un sistema homogeni i, de l'altra, que són serveis on es treballa per la inserció. Però difícilment es així en la pràctica. El que es considera serveis de la comunitat poden ser una bona eina per a la integració, però no són serveis especialitzats en insertar persones amb problemes; mentre que els serveis socials sí que tenen una clara orientació a la integració tot i fer-ho amb el recursos de la pròpia comunitat. Això és el que sembla deduir-se d'un informador que ha marcat els tres tipus de serveis (social, de lleure i comunitaris) quan diu: «Sota el nostre punt de vista és un recurs que a la vegada que treballa amb l'equilibri de les capacitats, també potencia la inserció social a la comunitat, en moltes ocasions a través de les activitats d'oci o del lleure» (E3). En aquest cas, l'explicació és del tot correcta però, per enquadrar tot això en un tipus de servei, només hauria calgut assenyalar el «servei social».

Complementarietat dins la xarxa

Des d'una perspectiva semblant es pot argumentar que els Clubs Socials han d'estar coordinats i col·laborar amb els altres serveis que tenen al seu entorn, siguin sanitaris, socials o comunitaris. També aquest extrem ha estat estudiat per tal de veure quin grau de cooperació existeix entre els diferents serveis que tracten els mateixos usuaris. Els resultats resumits els presentem en el següent quadre (un informador no valorà els serveis socials):

Quadre 14: Valoració de la coordinació amb altres serveis

Tipus de serveis	Insuficient	Bastant	Estretament
Sanitaris	6	7	5
Socials	6	10	1
Comunitaris	5	11	2

Com es pot observar, a nivell global, els professionals tenen la percepció de que hi ha bastant coordinació i col·laboració entre els Clubs i la resta de serveis però amb força marge per millorar. De fet són més els que la creuen insuficient que els que valoren com molt intensa aquesta coordinació. Per tipus de servei, en els sanitaris és on es dóna més dispersió entre les tres variables de qualificació; en canvi, en els altres serveis, l'opinió no es tant favorable ni tant desfavorable com en els sanitaris, perquè predominen les respostes en un nivell mitjà.

Als professionals que valoraven com insuficient la coordinació amb algun dels serveis exposats se'ls demanava que assenyalessin quines dificultats hi

troben. Tret d'alguna consideració de caràcter general que es pot aplicar a tots els tipus de serveis, com «manca de pautes de coordinació» (E10), la major part es refereixen als problemes tinguts amb els serveis sanitaris, segurament perquè són els dispositius on més necessària es fa una col·laboració intensa. Per exemple, es critica la «poca col·laboració per part dels professionals del CSM» (E5) o es donen arguments de més pes, com: «els recursos sanitaris tenen poc en compte el treball realitzat des d'un recurs social; es creu que el treball que fem no té importància i que la nostra validesa no és constatada, malgrat tot en alguns casos han de reconèixer al club» (E2).

Per proporcionar una atenció integral a les persones amb malaltia mental cal també la concurrència de la família del malalt per assolir una complementació total entre els àmbits formal i informal. Els professionals en general consideren que la implicació dels familiars en la vida i funcionament del Club és «escassa» o «inexistent». Això anterior ho sostenen 12 persones front les 4 que valoren dita implicació de «suficient» i «positiva»; dos més no es defineixen per cap alternativa: una diu que depèn de cada família i l'altra qualifica la implicació de les famílies alhora d' «escassa» i «positiva».

Independentment com qualifiqui cada professional el paper de la família, 14 dels 18 creuen que seria necessària una major implicació d'aquesta i ho raonen dient que: «És el futur dels seus fills i sense aquesta implicació se'ns dificulta la nostra tasca, hem d'anar tots treballant amb el mateix objectiu comú» (E3); «per seguir la mateixa línia educativa i mateixos objectius a casa que al CS» (E13); «en alguns casos ajudaria bastant la implicació de la família sobretot alhora d'assistir al Club Social de forma continuada i conèixer millor les seves necessitats» (E9). Al menys sembla que una major relació ajudaria a construir una identitat més adequada del Clubs «els familiars pensen que el CS és un lloc on venen a divertir-se als seus fills, però han de comprendre que això té més objectius com la integració social» (E4).

Altres no ho veuen tant necessari «perquè el Club és un espai pels usuaris no pels familiars» (E5). Altres, tot i veure-ho important, esmenten els problemes que s'hi donen: «Sí, per poder trametre la importància d'un recurs com el Club, però no en el funcionament intern que és un espai propi de l'usuari» (E6) (E7); «la família significaria un recurs més per treballar la vinculació de la persona al Club i, moltes vegades, passa al contrari, que la família esdevé una dificultat més a treballar» (E14); «seria molt interessant poder comptar-hi, però entenem que ja tenen que suportar, en molts casos, una gran càrrega» (E18). Amb això sembla que es justifica una certa divisió de dominis que si

no va acompanyada de molta comunicació pot desdibuixar, com vèiem, la identitat del recurs.

Reconeixement institucional

Un darrer aspecte que s'ha abordat amb els professionals, i que va directament relacionat amb la identitat, fa referència al reconeixement que creuen que dóna l'Administració publica (sense especificar nivell) als Clubs Socials. Totes les respostes sense excepció consideren «insuficient» la consideració que reben els seus serveis. Tanmateix, hi ha qui matisa, amb encert, que en el seu cas no totes les administracions es comporten igual: «Depèn de l'Administració. Si és la local, no sols és suficient sinó fins i tot molt positiu. En canvi, la de la Generalitat, és insuficient, no valoren el treball ni ajuden en res perquè els Clubs Socials no acabin desapareixent per manca de recursos» (E2).

En el mateix sentit, altres, tot i la qualificació d'insuficiència, reconeixen certes millores: «tot i que el reconeixement que s'ha realitzat ha anat millorant crec que avui no és suficient, ni a nivell econòmic, ja que el col·lectiu té unes necessitats, ni a nivell professional, ja que en molts casos ens ha sigut molt difícil la coordinació» (E9). El que passem a analitzar seguidament són els arguments amb els que es basen els professionals per sostenir aquesta opinió tant desfavorable de l'administració.

La major part de les justificacions, al·ludeixen d'una manera o altra que és en el tema del finançament on veuen sobretot la poca importància que se'ls dóna: «només cal veure les dotacions econòmiques» (E1), o bé «no faciliten la seva subsistència» (E17). S'afegeix que aquesta insuficiència econòmica repercuteix en el serveis que es dóna: «no aporten els recursos financers per donar qualitat al servei» (E14), i també s'aventuren raons que poden explicar aquest abandó del finançament: «poca dotació econòmica perquè no s'entén la tasca que es fa i s'infravalora els professionals» (E6).

Aprofundint en aquesta línia més relacionada amb la tasca i la funció dels Clubs, trobem bastants arguments dignes de ressaltar:

- «No coneixen o valoren els Clubs Socials» (E16)
- «Servei nou, per consolidar, entès com servei de lleure, menor» (E11)
- «No es considera un recurs rehabilitador, només de lleure» (E8)
- «Falta consciència que l'oci pot ser un servei que faci millorar el malalt (E13)

- «Encara no està considerat un servei social, no es valora la funció i feina que es fa al Club» (E5); «ni reconeguda la funció/utilitat pels usuaris» (E7)
- «Hi ha hagut molt poca disposició per a integrar els clubs dintre la xarxa de salut mental» (E10) «No té una rellevància social com un recurs intern de la xarxa de salut mental» (E15)
- «No ens donen la importància que tenim quan estem fent un servei tant important com el que fa un centre de dia» (E4) «moltes vegades substitutòria de l'atenció que es pot fer des d'altres serveis sociosanitaris» (E18).

En una perspectiva més positiva, en lloc de carregar les tintes i de fer retrets sobre la poca consideració, uns professionals s'inclinen per valorar els avenços i plantejar les fites que resten per aconseguir: «Tot i que cada cop els Clubs Socials estan més reconeguts per l'administració com a recurs de l'oci (sobretot en el tema econòmic mitjançant les subvencions), creiem necessària una implicació més efectiva en la resolució de conflictes que es presenten dia a dia i que són els que realment dificulten més la nostra tasca. Sobretot, creiem que encara queda molt per fer en temes com l'elaboració de protocols d'actuació en les urgències, en situacions de crisis, i que es presenten en el centre de dia, en el club social, en els tallers pre-laborals i en molts altres recursos» (E3).

La reflexió anterior ens situa en la darrera qüestió que fou plantejada en als professionals i que preguntava *què s'hauria de produir per obtenir el reconeixement que es mereix* aquest tipus de recurs, és a dir, que voldríem que passes pel que fa al servei per tal de donar-nos per satisfets. Val a dir que la riquesa de les idees i propostes suggerides és de molt valor. Així, malgrat el risc de que sembli que estem confeccionant una «carta als reis», el que farem és ordenar i classificar en blocs més o menys homogenis les aportacions per tal de facilitar-ne la comprensió i anàlisi posterior.

Tipologia de propostes de millora dels Clubs Socials

Conscienciació i projecció
- Més difusió. Més informació. Fer més públic el servei
- Escoltar les necessitats reals del col·lectiu que cada vegada són més presents en la societat i que pel que es veu anirà en augment
- Augmentar la consciència del que significa la malaltia mental, i la necessitat d'invertir en recursos i investigació
- Més sensibilització amb els problemes de salut mental

Legislació i normativa
- Que sigui un recurs regularitzat per llei
- Integració a la xarxa de Serveis Socials
- Valoració per part de l'administració del recurs com a servei oficial
- Reconeixement dintre de la xarxa de salut mental. Per que no es vegi tant com una cosa aïllada, hauria de formar part de sanitat
- Reconeixement en diferents esferes, sanitàries, socials, polítiques

Finançament i recursos
- Més recursos econòmics per augmentar professionals i serveis
- Pacte que asseguri continuïtat§ Més personal fix i més retribució proporcional a l'especialització i col·lectiu amb que treballen
- Dotació econòmica per a costos fixes
- Dotar-los de més infrastructures

Millora de l'eficàcia interna i externa
- Donar l'atenció personalitzada que molts dels usuaris requereixen
- Aconseguint la integració del col·lectiu a la comunitat
- Observar la importància i resultats que obtenim dels nostres usuaris
- Coordinació real entre tots els recursos que treballen en salut mental i l'administració
- Formació específica als professionals

A les respostes donades en aquesta pregunta caldria sumar-hi moltes de les idees que els informadors han anat proposant i que hem recollit amb anterioritat en el present informe. Totes elles aporten suggeriments molt encertats per fer més complerta aquesta relació de fites que caldria aconseguir per millorar el reconeixement dels Clubs Socials. Fites que, com s'observa, no abasten sol l'actuació de l'administració sinó que, al menys

en part, també comprometen els aspectes com la millora de l'eficàcia o la formació dels professionals que, en bona part, entren dins les possibilitats dels Clubs.

Així i tot, la majoria de reivindicacions i també les més importants i bàsiques es dirigeixen vers l'administració, especialment l'autonòmica que és la que deté les competències d'aquest àmbit. Algunes demandes són més difícils d'assolir o a llarg termini, mentre que d'altres es podrien implementar relativament aviat, permeten veure a curt termini evidents signes de millora. Com se'ns ha dit, en últim terme la qüestió és tant senzilla com "Que l'administració reconegui la necessitat de que dins de la xarxa de salut mental és necessari un servei de la tipologia i filosofia del Club Social, que s'adapta perfectament a les necessitats del col·lectiu de malalts mentals per complementar la seva rehabilitació integral" (E14). Aquest, sens dubte, seria un bon corol·lari per resumir els trets principals que els professionals tenen del què són i què representen (quina és la identitat) els Clubs en el complex panorama de la salut mental a Catalunya.

4.3.2. Percepció dels familiars

Els familiars, saben definir el que és un Club Social? Saben si el seu Club s'adequa o no a la identitat que realment representa un Club Social? Potser no ens han dit que els Clubs, com a recurs, potencien la renovació de la xarxa relacional, o que fomenten l'aprenentatge de capacitats i habilitats de socialització. Però sens dubte, encara que amb unes altres paraules, tots saben el que és un Club Social i tots coincideixen en la seva adequació a la identitat en principi definida.

Hi ha coincidència en la necessitat d'un lloc on els seus familiars puguin passar les hores de lleure i més tenint en compte que, en general, és un col·lectiu caracteritzat per l'alt índex de desocupació laboral, com la majoria d'ells ens recorda en les entrevistes: "Es una cosa necesaria para este tipo de gente que no trabajan y que necesitan distraerse porque, yo que se, su mente pues es diferente. (…) Necesitan una ocupación, para ella sí, le ha salvado la vida. Porque ya te digo, de estarse aquí haciendo cosillas o cosas, que a mi también me gustaría. Tienen un monitor que les enseña a dibujar y a pintar, y a mi también me gustaría. Y de esto a no tener nada, de estarse en las maquinas en el bar pues es muy diferente. La tuvimos que regular el dinero y todas esas cosas. Yo contentísima, en mi casa estamos muy contentos con este club" (E/S).

Per tant, és clar que l'ús adient del temps de lleure com a espai de distracció per se, queda cobert segons les paraules dels entrevistats.

Un altre punt en el que coincideixen és en el fet que l'usuari/a, assistint al seu respectiu Club, "es pugui trobar amb gent que és com ella, que pateix el mateix que ella, d'una manera o d'una altra (…), gent com la meva germana que no poden treballar perquè tenen la malaltia que tenen i l'únic que tenen és el club social. Es troben amb la gent (…) poder parlar de les seves coses, compartir les coses amb la gent, que és molt difícil que ho pugui compartir amb gent de l'escala , per exemple" (E/V)

Uns altres familiars ens diuen: "Ha trobat el seu lloc, on es pot expressar lliurement i on veu que l'escolten. Se sent molt acollit i això que és un dels més grans. Però ell igual es comunica amb persones de quaranta com de trenta, com de vint-i-pico… vull dir, no té…és tot el grup, per a ells és tot el grup" (E/L).
"Desde que se inauguró el Club que él sale y tiene la confianza de este chico o del otro… que tiene estos amigos, que se había quedado sin ellos. Su círculo de amistades de antes, nada; y entonces ahora el círculo suyo es el club social" (E/H)

Veiem aquí exemples clars de com el Club Social permet als usuaris mitjançant l'evolució adequada, una progressiva sortida de l'aïllament, una renovació de la xarxa relacional, posant de manifest la importància de "sentir-se part de", i com això reforça el sentiment de seguretat i l'autoestima.

La majoria dels familiars també ens parlen de conceptes com "adquisició de comprimís", "adquisició de responsabilitat" envers ells mateixos i els seus companys, conformant-se així una nova estructura quotidiana en la vida dels usuaris, tant interna com externa: "El club social, els hi marca una mica unes pautes, és, com si anessis a treballar, no?" (E/V).

També parlen d'implicació molt alta en tots els casos: "Sí, viene cada día, no pierde ni uno, sale antes de casa, antes de la hora. Para venir a las cinco, sale de casa a las cuatro" (E/S) "No es cap obligació. No es sent obligat a venir, perquè si ho fes obligat no podria venir, no estaria tan content. Ell el dia que diu, que crec que encara ha de ser el primer que digui: <avui no hi vull anar>. No, no, es que això amb ell no hi cap ja, perquè ell té molt clar que ell aquí pot dir <això no puc fer, o avui no en tinc ganes, o avui sí que en tinc ganes> o el que sigui, no? Expressar els seus sentiments tal qual se sent

aquí. Ell té aquesta llibertat, aquest espai per poder dir <puc fer fins aquí>. Ara, una vegada es aquí ell s'esforça, ha fet moltes manualitats... tots els tallers que han fet ell ha participat a tots els tallers" (E/L).

I de la "participació" ("todos participan en todo" E/R) o de "presa de decisions" (assemblea), processos aquests de per sí actius i que comporten per tant autonomia, els familiars dels usuaris se'n mostren satisfets. En tot cas, estem parlant de fomentar l'aprenentatge o re-aprenentatge de capacitats i habilitats de socialització dels usuaris dels Clubs Socials i d'oferir-los-hi un suport social. Però cal no oblidar dos aspectes que també han sortit al llarg de les hores d'entrevista amb els familiars, i són la des-estigmatització i la conscienciació comunitària a que poden ajudar els Clubs d'una banda i el "respir" que suposa per a la família les hores en que els seus pares, mares, germans, germanes, fills, filles estan al Club.

Pel que fa al primer punt, una de les familiars ho argumentava amb una llarga però encertada explicació que no ens resistim a transcriure; ens deia "Pel que sigui, perquè a vegades també els mitjans de comunicació no estan donant les notícies correctament com s'haurien de donar, crec que molts periodistes haurien de tenir una mica més d'ètica o vigilar el que diuen. Perquè els estan acusant de maltractadors o de crims, o del que sigui i haurien de mirar, una mica, com està aquesta persona, aquesta família, l'assistència que té, tant mèdica, com de l'administració, com de qui sigui... haurien de valorar una mica, abans de divulgar aquestes notícies. Que, per desgràcia, només és notícia quan hi ha barbaritats d'aquestes. I llavors al nostre sector ens fa molt mal. (...) Perquè ells tenen molt bons sentiments, ells no són ni assassins ni són tot això que a vegades diuen. <Com que patia malaltia mental, com que patia una depressió, s'estava medicant> Si de cas passa algo amb tot això es perquè la persona està descompensada de medicació, d'atenció dels professionals o per part de la família. Perquè pot passar tot a la vida, jo em puc posar malalta i el meu home, evidentment, perdria una referència, i llavors no sabem el que podem fer. Però no perquè estigui malalt, això ens passa a tots. El que passa és que en ells és més acusat". (...) I en aquest sentit el Club Social crec que és molt més que una tasca d'oci, jo crec que és molt més, envers tot el que acabo de dir ara de la societat" (E/L)

I pel que fa al tema del "respir familiar" tots reconeixen que el Club és un gran ajut en aquest sentit quan el seu familiar està en l'espai, però valoren molt més la tasca a llarg termini, és a dir els canvis aconseguits i la millora en la qualitat de vida en el nucli familiar.

4.3.3. Percepció dels professionals externs

La visió dels professionals externs en quant a la validesa o no de la identitat del Club Social, és molt útil pel que té de global, objectiva, reconeguda, pràctica, funcional i directa. Sobretot tenint en compte que, immergits com estan dins la xarxa comunitària, poden ser informadors qualificats de com és vist el Club Social per un entorn no directament implicat.

Com ja hem explicat en la Metodologia, mitjançant un petit "sondeig telefònic" basat en tres preguntes, alguns professionals dels serveis sanitaris, socials o altres, van poder expressar la seva opinió sobre els Clubs Socials, la seva funció, la conveniència de ser considerats o no com un Servei de ple dret o amb un major reconeixement oficial. Les respostes, un cop sistematitzades, les podem presentar com segueix:

- Podem afirmar que el nucli identitari del Club Social, això és, "ser element inseridor - evitar l'aïllament - element socialitzador - potenciar relacions socials/vincles socials" – és el tret definidor que apareix més cops en els professionals externs alhora de parlar, de definir el Club Social.
- En segon lloc trobem l'element de l'oci i temps lliure, per se, aprendre o afavorir un ús adequat del temps de lleure; i al mateix nivell ens parlen de la família, de la possibilitat de "respir" que el club li suposa, de descàrrega.
- Trobem a continuació el que suposa de "normalització" en contraposició a estigmatització, al estar en un àmbit comunitari, fora de l'hospital, fent visible el col·lectiu i fent que la població s'acostumi a veure'l participar.
- També parlen els professionals d'autonomia com a element important per als usuaris, la capacitat de participació i implicació.
- En alguns casos veuen el Club com a "pont" a altres recursos normalitzats.
- I finalment també es parla de l'oci terapèutic com a element d'inserció i del Club Social com a element terapèutic en sí mateix.

Com a dada significativa cal apuntar que dotze dels 19 professionals externs consultats (entre psiquiatres, psicòlegs, treballadors socials, educadors socials, infermers, etc.) treballen directament, col·laboren estretament i deriven pacients seus als Clubs Socials de referència segons el seu àmbit local, tot i no ser aquests serveis reconeguts oficialment dins de la Xarxa Pública.

En sis casos més, encara que es coneix perfectament el recurs, el professional no ha especificat si treballen junts i existeix col·laboració amb el Club, per tant no pot interpretar-se una resposta positiva però tampoc negativa. I en un

darrer cas, el professional ha posat de manifest no treballar directament amb cap Club Social, però estar al capdavant d'un projecte per crear-ne un en el termini breu.

On la unanimitat és gairebé absoluta, quasi un 90%, és en la creença que el Club Social ha de ser reconegut com a Servei, tant per reforçar la seva efectivitat, com per evitar la seva provisionalitat i inestabilitat, com pel propi reconeixement de la tasca que desenvolupa, etc. No tots, però, veuen massa diàfanament d'on hauria de venir aquest reconeixement. La major part no sap a qui (administració, departament, etc.) hauria de correspondre, els més avesats en el camp social els ubiquen entre els Serveis Socials i, els més pragmàtics venen a dir «on hi hagi més pressupost». Cal afirmar, doncs, que la percepció d'identitat dels Clubs Socials per part de la majoria de professionals externs passa perquè se'ls doti de major reconeixement en base a la funció social totalment vàlida que realitzen.

5

CONCLUSIONS I PROPOSTES

Per cloure el present informe d'avaluació, creiem convenient sintetitzar les conclusions i propostes a les que hem arribat mitjançant l'estudi realitzat. En el transcurs de la monografia ja s'han anat apuntant els principals descobriments als que arribàvem a partir de l'anàlisi de les dades i opinions dels informadors. Ara només tractarem de presentar-les ordenades, concretes i agrupades per visualitzar-les millor i, així, refermar la seva importància alhora que se'n facilita les actuacions a les que puguin donar lloc en el futur.

Relatives al Marc Legal i Planificació

Es pot dir que els Clubs Socials disposen d'un mínim reconeixement en estar contemplats dins l'actual planificació de la Generalitat, la qual s'imposa un termini concret per, d'una banda, avaluar les experiències que existeixen i, de l'altra, incloure aquest tipus de recurs en l'agenda pública d'implantació en tot el país. Mentre, la col·laboració entre el Departament de Benestar i Família i els Clubs Socials és un fet que ha permès que aquell hi aportés finançament.

Entenem que el reconeixement definitiu del recurs del Club Social ha d'anar vinculat a l'elaboració i aprovació d'una nova llei de serveis socials de la qual només en coneixem de moment les Bases. En bona lògica, hauria de ser en el nou marc legal on aquest tipus de servei, i altres, per les persones amb malaltia mental adquirís el grau d'oficialitat que li correspon dins la cartera de serveis del Sistema, atorgant-los una tipificació pública i oficial, de la mateixa forma que es faci amb els serveis d'altres sectors.

El reconeixement i tipificació han de comportar una avaluació de les riques experiències que s'han desenvolupat fins ara i la fixació d'unes mínimes pautes de funcionament homogeni. Una de les primeres coses que caldrà unificar és la denominació, com element d'identitat i per una major divulgació entre el sector. En aquest sentit caldria esmenar quan abans millor la web del Portal Social, on s'anomena "Clubs socioterapèutics" als serveis que, per la descripció que en fa, coincideixen en gran part amb les característiques dels Clubs Socials.

Relatives als usuaris i als Clubs Socials

A partir de les dades obtingudes tant dels usuaris, com dels professionals dels Clubs Socials com, finalment, dels familiars, es posa de manifest una clara consonància entre les necessitats que tenen els usuaris i els canvis i millores que aquests experimenten des de la seva entrada al club i al llarg de la seva permanència com a membres.

La fidelitat en l'assistència al Club Social, així com l'alt nombre d'usuaris que el tenen com a principal servei de referència, incideixen en demostrar el benefici que els representa, tant pel que fa als aspectes de desenvolupament personal (autoestima, autonomia, etc.) com als relacionals (socialització, inserció social, etc.), siguin a nivell familiar com comunitaris.

Fins i tot es pot afirmar que el Club Social, tot i no tenir una finalitat terapèutica ja que no fa tractament directe de la malaltia, sí que realitza amb els usuaris una funció rehabilitadora que no deixa de tenir efectes terapèutics, ja que en abordar algunes de les necessitats socials que ells tenen, també incideix en l'estabilització de la seva malaltia.

El que busquen els usuaris en els Clubs Socials coincideix amb el que el Club ofereix i amb el que millor sap fer. Això significa que les necessitats de les persones malaltes troben resposta adient en allò que es treballa en aquest tipus de centre i, per tant, que les prestacions que dóna són pertinents per la finalitat que pretén que, de forma general no és altra que contribuir a la millora de l'estat de salut i l'augment de la qualitat de vida dels usuaris.

Tot sembla confirmar que a major freqüència d'assistència al Club Social, és major el grau de millora que s'aprecia en els usuaris. D'aquí que les principals queixes dels familiars és dirigeixin als recursos econòmics que impedeixen, tant augmentar la capacitat, les activitats i els horaris, com dotar als Clubs de més personal perquè puguin donar una millor atenció, més integral i coordinada i, en una paraula, de més qualitat.

La participació dels usuaris en la presa de decisions, el disseny i la organització de les activitats, així com l'important pes que tenen les activitats realitzades en l'entorn comunitari, són dos dels més importants mecanismes en que es basen els Clubs Socials. Si no es disposa de personal suficient i preparat en relació al previsible augment d'usuaris amb diferents quadres de malaltia, es sacrificaran els avantatges actuals i es veurà amenaçat l'actual model de servei.

Els Clubs Socials es comporten com veritables dispositius d'intervenció social, coherentment organitzats segons els objectius, professionalitzats en la mesura de llurs possibilitats i amb un alt nivell de planificació, coordinació i eficàcia de gestió en el conjunt de les diferents activitats que realitzen, tant dins del propi establiment o centre com en l'entorn natural i comunitari. També hi ha certs aspectes millorables però entenem que van íntimament relacionats a la joventut del servei, la manca de normativa, d'inspecció i avaluació oficials que, junt amb el suport i la formació necessaris, podrien fàcilment superar-se.

Malgrat el que acabem de dir, l'estudi realitzat posa en evidència la necessitat d'aprofundir més en la funció del Club Social per tal de situar-lo en el lloc que el correspon dins de la xarxa de serveis d'atenció a les persones amb malaltia mental. La diversitat de definicions i les contradiccions que d'elles sorgeixen, demostren la urgència d'homogeneïtzar criteris, programes i metodologies d'intervenció dins la lògica heterogeneïtat dels serveis i les entitats que els sostenen.

La imatge que predomina dels Clubs Socials, és la d'un tipus de recurs auxiliar respecte als serveis sanitaris de la xarxa de salut mental, però que hauria de tenir un paper més important perquè cobreixen un buit assistencial pel que fa a la inserció social i la rehabilitació integral del malalt mental. Alhora, són també altament valorats pels professionals externs i els propis familiars, tot i el feble reconeixement que tenen per part de l'administració.

No hi ha, però, en cap dels col·lectius implicats una idea prou clara del sector de serveis a la persona en el que s'hauria d'incloure el servei dels Clubs Socials. Conseqüentment, tampoc hi ha la consciència de qui se'n hauria de fer responsable dins l'entramat dels poders públics, tot i que moltes al·lusions es dirigeixen vers el Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya.

Per finalitzar, dir també que, deixant de banda els problemes de reconeixement administratiu i les dificultats per definir la pròpia funció, assumptes que ja s'han citat abastament, els Clubs Socials encara estan lluny d'haver «normalitzat» el seu paper i la seva presència en el món de la salut mental. En aquest sentit, és necessari tot un seguit d'estratègies que vagin des de l'extensió i ampliació d'aquest tipus de serveis com a font de legitimació, fins plantejar-se emprendre actuacions d'informació, de promoció, de coordinació, etc., amb el sector de la salut mental.

6

BIBLIOGRAFIA

• A.E.N. Asociacion Española de Neuropsiquiatría (2002) *Cuadernos Técnicos*, 6

• Associació Catalana de Professionals en Salut Mental-AEN (2000) *La reforma en Salut Mental a Catalunya: el model català*. (autoedició).

• DESVIAT, M. «La rehabilitación psiquiátrica después del manicomio» a *La rehabilitació psicosocial integral a la comunitat i amb la comunitat*, volum 1, núm. 0.

• FERNANDEZ LIRIA, A. (1995) «Los programas deseguimiento y cuidados de pacientes graves y crónicos: un modelo de case management para la reforma psiquiátrica en Madrid» a *La rehabilitació psicosocial integral a la comunitat i amb la comunitat*, volum 1, núm. 0.

• Generalitat de Catalunya (1992) *II Pla d'Actuació Social 1992-1995*. Departament de Benestar Social.

• Generalitat de Catalunya (1997) *III Pla d'Actuació Social 1997-2001*. Departament de Benestar Social.

• Generalitat de Catalunya (2003) *IV Pla d'Actuació Social 2003-2006*. Departament de Benestar i Família.

• Generalitat de Catalunya (2005) *Mapa de Serveis Socials. Actualització de dades bàsiques del 2003*. Departament de Benestar i Família.

• GORBEÑA, S. (ed.) (2000) *Ocio y salud mental*. Bilbao, Universidad de Deusto. Documentos de Estudios de Ocio, núm. 14.

• LIBERMAN, R.P. (1993) “Adiestramiento en habilidades sociales” a R. P. Liberman (ed.) *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona. Ediciones Martínez Roca.

• LIBERMAN, R. P. (1993) «Afrontar los trastornos mentales crónicos: Un marco para la esperanza» a R. P. Liberman, *Rehabilitación Integral del enfermo mental crónico*. Barcelona, Martínez Roca.

• REBOLLEDO, S. (1997) “Concepto, objetivos y fases de la rehabilitación psiquiátrica” a Rebolledo (ed) *Rehabilitación Psiquiátrica*. Edita Universidade de Santiago de Compostela.

• SHANK,J.W. (2000) “Ocio y salud mental: el papel de la recreación en la rehabilitación psiquiátrica” a Gorbeña (ed.) *Ocio y salud mental*. Bilbao, Edita Universidad de Deusto. Documentos de Estudios de Ocio, núm. 14.

• Servei Català de la Salut (1999) *Rehabilitació comunitària en salut mental.* Barcelona (document policopiat)

• VV.AA. (1995) *La rehabilitació psicosocial integral a la comunitat i amb la comunitat*, volum 1, núm. 0

NADA INTERIOR CONTRAPORTADA

Amb el suport:

Generalitat de Catalunya
Departament de Benestar i Família

Col·laboració

COCARMI
COMITÈ CATALÀ DE REPRESENTANTS DE MINUSVÀLIDS