activa't
X LA SALUT MENTAL

Informe previ per l'elaboració d'un manual de recuperació

Projecte d'implementació del nou

"Manual per a la recuperació i autogestió del benestar en salut mental"

Un projecte de:

SMC salutmental Catalunya Federació

Generalitat de Catalunya

VEUS Federació Catalana d'Entitats de Salut Mental en 1a Persona

Aquest **Informe previ per l'elaboració d'un manual de recuperació** és un material elaborat dins les accions del projecte "**Activa't per la salut mental**", un projecte conjunt de la Federació Salut Mental Catalunya, la Generalitat de Catalunya i la Federació Veus, implementat en el marc del Pla Integral de Salut Mental i Addiccions.

www.activatperlasalutmental.org

Coordinació del projecte:

- Ma Jesús San Pío, *Federació Salut Mental Catalunya*
- Bàrbara Mitats, *Federació Salut Mental Catalunya*
- Raúl Velasco Sánchez, *Federació VEUS*
- Edgar Vinyals, *Federació VEUS*
- Emilio Rojo Rodes, *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya*

Estudi realitzat per:

Equip de Recerca:

- Carla Gavaldà Castet
- Hernán María Sampietro
- Laura Sicilia Matas
- Francisco Javier Eiroa-Orosa

Coordinació de l'equip: Hernán María Sampietro, *ActivaMent Catalunya Associació*

Amb la col·laboració de:

Contingut

1. Pròleg 4
2. Introducció 7
3. Descripció de la situació actual 9
3.1. El model actual de salut mental i les seves crítiques 9
3.2. La Psicoeducació 12
3.2.1. Contextualització històrica de la Psicoeducació 12
3.2.2. Eficàcia de la Psicoeducació 13
3.2.3. Limitacions de la Psicoeducació 14
3.2.4. (Re)pensant la Psicoeducació 17
4. El Model de Recuperació 18
4.1. Definicions i principis del Model de Recuperació 18
4.2. L'inici de la *recuperació* 20
4.3. Aportacions del Model de Recuperació 20
4.4. Les crítiques al Paradigma de Recuperació: *Recovery in the bin* 22
4.5. El Model de Recuperació com a precursor de l'autogestió i la participació 23
5. Models d'autogestió del benestar 24
5.1. Pla per a la Recuperació del Benestar (WRAP) 25
5.2. Assistència Personal per la Vida en Comunitat: Guia per a recobrar la vida 27
5.3. Programa escocès per l'autocontrol amb persones amb trastorn bipolar 29
5.4. *Mapping our Madness* 29
5.5. Resultats del diagnòstic de les necessitats d'informació a Catalunya 30
6. Materials per autogestionar el benestar a l'àmbit local 32
6.1. Reflexions i interrogants per a la implementació de futurs materials. 33
7. Referències bibliogràfiques 34

1. Pròleg

Els últims anys s'estan produint canvis importants en l'àmbit de la salut i particularment de la salut mental. Cada cop s'evidencia més que l'atenció ha de ser comunitària, que la inclusió social millora l'evolució dels problemes de salut mental i que la participació i l'apoderament són unes eines imprescindibles per la millora continuada de la salut de les persones i del sistemes sanitaris. Així ho recullen els últims documents de la Comissió Europea, l'OMS i la Generalitat de Catalunya com el Pla Integral i el Pla Director de Salut Mental i addiccions.

El Manual per a la recuperació i l'autogestió del benestar és una publicació del projecte Activa't per la Salut Mental, de la Generalitat de Catalunya, la Federació Salut Mental Catalunya i la Federació Veus, implementat en el marc del Pla Integral de Salut Mental i Addiccions.

El nou manual és una eina de suport basada en el model de recuperació que parteix de significats personals per afavorir l'autoconeixement i el benestar i que inclou recursos més enllà de l'àmbit assistencial. És un manual dirigit a persones usuàries de serveis de salut mental, amb una clara voluntat inclusiva, també pretén ser útil per a qualsevol persona en situació de patiment psicològic.

L'objectiu del projecte d'elaboració del manual ha estat disposar d'una nova eina en el marc del model de recuperació per ajudar en la construcció d'un pla personalitzat per a la recuperació, l'autogestió del benestar i el desenvolupament d'una vida plena. S'ha apostat per la utilització del concepte de satisfacció amb la vida o vida plena, en comptes de qualitat de vida, per fugir d'estandarditzacions i emfatitzar la idea d'autodeterminació que implica: jo sóc, jo prenc consciència, jo em governo i jo em posiciono en relació als altres.

Si bé és cert que en el nostre context social i sanitari s'ha treballat molt per oferir una atenció i una assistència de qualitat i humanes, s'ha volgut fer un pas endavant per obrir noves perspectives de futur, més enllà del treball sobre els símptomes, episodis i trastorns. En el marc del model de rehabilitació psicosocial, amb el qual s'ha treballat durant molt de temps, s'han aconseguit grans fites per avançar en la millora de la salut i el benestar de les persones amb problemes de salut mental i per la seva incorporació plena a la comunitat. No obstant això, actualment, volem contribuir a oferir noves oportunitats i avançar en el procés de

transformació del model. Es tracta doncs, de dotar-nos de nous recursos per progressar en el camí de l'acompanyament a la recuperació i l'assoliment d'una vida plena, posant el focus en la persona, en el seu projecte vital i en l'àmbit comunitari.

El nou manual, de la mateixa manera que el projecte Activa't per la salut mental en què s'emmarca, posa molt èmfasi en l'autonomia personal i la participació i ofereix a les persones amb experiència pròpia una eina d'autogestió i apoderament que inclou recursos per promoure la pròpia capacitat de decisió i personalitzar al màxim l'atenció que es pot oferir, des d'un abordatge holístic i amb la mirada posada en l'àmbit comunitari. El manual és també un exemple de cooperació entre tots els implicats, persones amb experiència pròpia, familiars i professionals, en la recerca de solucions.

El present document, Informe previ per l'elaboració d'un manual de recuperació, és el resultat de la primera fase del projecte d'elaboració del nou manual. Aquest, pretén oferir una anàlisi d'on venim i on ens trobem actualment, per dibuixar noves directrius. Si bé és cert que la revisió es centra especialment en el paper dels psicoeducatius i no s'han analitzat altres programes, creiem que permet obtenir una perspectiva prou àmplia del que s'ha treballat fins ara i del que pretenem aconseguir amb la creació del nou manual. Així doncs, s'obre la possibilitat d'abordar en futures revisions el paper d'altres programes.

El nou manual es sotmetrà a un procés d'avaluació a diferents territoris de Catalunya per valorar la seva utilitat, eficàcia, pertinença, idoneïtat... mitjançant un programa pilot i amb la col·laboració dels serveis de salut mental. La voluntat és que, un cop validada, la versió definitiva del manual pugui ser utilitzada amb l'ajuda de professionals, familiars i agents de suport amb experiència pròpia a diferents serveis i recursos, integrant-lo en les pràctiques professionals, a més a més de la possibilitat de treballar-lo com a eina d'autogestió en l'àmbit privat.

Volem agrair la imprescindible i rigorosa tasca del comitè de redacció constituït per dotze professionals d'atenció directa i coordinació de serveis de l'àmbit de treball social, medicina general, psiquiatria, infermeria i psicologia. Amb les seves inestimables aportacions han ajudat a donar forma i millorar els materials amb una dedicació que mereix tot el nostre reconeixement.

També volem donar les gràcies a l'associació Activament per l'esforç, el treball i la valuosa aportació en la realització d' aquest projecte.

Per acabar, volem manifestar la nostra més sentida gratitud cap a les centenars de persones que han col·laborat en les diferents fases del projecte, compartint les seves creences, visions i experiències. Les seves aportacions donen vida al nou manual, els informes que el precedeixen i els materials que l'acompanyen.

Gràcies a totes i cada una d'elles per estar activades i compromeses per a la millora de la salut mental a Catalunya!

Equip de coordinació del projecte

2. Introducció

El present document, *"Informe previ per l'elaboració d'un Manual de Recuperació",* és el resultat de la primera fase del projecte d'elaboració del nou *"Manual per a la Recuperació i Autogestió del Benestar*", una eina de suport per a l'autoconeixement i la recuperació en salut mental. El manual forma part del projecte *Activa't per la Salut Mental*, que té com a objectiu treballar per aconseguir que persones amb problemes de salut mental i els seus familiars puguin ser agents actius en el seu propi procés de recuperació. Com a punt de partida, s'ha realitzat una revisió bibliogràfica de les experiències, formacions participatives i espais d'autogestió i autoconeixement per a la comprensió i la recuperació en salut mental que inclouen el bagatge de coneixement de les pròpies persones afectades.

Per a la localització dels documents bibliogràfics es van utilitzar diverses fonts documentals. Entre elles, algunes bases documentals que s'agrupen en el portal de *Trobador+*. Vàrem utilitzar els següents descriptors en llengua anglosaxona: *Psichoeducation, Efficacy, Recovery, Mental Health, Education i WRAP*. També es va realitzar una cerca mitjançant Internet tant en el cercador Google Acadèmic com en la xarxa convencional (amb els mateixos descriptors) per conèixer altres experiències d'organitzacions que treballaven des de la participació en el model de recuperació.

La realització d'aquesta revisió ha permès analitzar l'actual eina de comprensió del patiment psicològic: la *Psicoeducació*. Per elaborar el nou material és necessari considerar des de quin posicionament i de quina manera es treballa, majoritàriament, a dia d'avui el malestar psicològic al nostre territori, i quin és el paper atorgat a les persones amb experiències de trastorn mental en aquest escenari. L'estructura d'aquesta revisió parteix de la consideració de les crítiques al model actual que sorgeixen des dels nous *Paradigmes de Recuperació*. Al nostre país s'ha intentat generalitzar l'ús de la psicoeducació com a eina utilitzada pels professionals per donar informació sobre els trastorns mentals i els tractaments a les persones usuàries de serveis i a les seves famílies, intentant millorar així la seva col·laboració en la implementació d'aquests tractaments. Això ha suposat grans esforços a les institucions i serveis.

La Psicoeducació com eina s'ha evidenciat eficaç per assolir els seus principals objectius: l'adherència al tractament, la reducció de símptomes i recaigudes i l'aprenentatge d'hàbits saludables. No obstant, també té les seves limitacions que responen al seu model.

A diferents llocs del món han començat a desenvolupar-se models i eines alternatives[1] per ajudar a la comprensió del patiment psicològic i a l'autogestió del benestar. Els nous recursos per acompanyar els processos de recuperació centren el treball en promoure els espais de participació, on les pròpies persones que viuen un problema de salut mental tenen el protagonisme, esdevenint corresponsables del seu propi procés.

En el present estudi es resumeixen les aportacions clau dels Models de Recuperació i s'analitzen les experiències participatives internacionals, identificant un buit d'aquestes propostes a nivell nacional. L'elaboració del Manual de Recuperació és una eina pionera per contribuir a la gestió del canvi. Aquestes experiències participatives internacionals situen a la persona afectada com a protagonista de la intervenció per a la comprensió i la recuperació del seu propi malestar. La majoria d'aquestes propostes provenen dels *moviments associatius en primera persona*. Aquests materials permeten un acompanyament personal dirigit per agents de suport mutu (persones que també han passat per l'experiència del trastorn mental), de manera horitzontal, i emfatitzen la necessitat d'acompanyament i suports adaptats a cada individu.

A l'àmbit local, tot i la manca de propostes participatives, sistematitzades i documentades, relacionades directament amb la recuperació, trobem l'*Informe diagnòstic de necessitats d'informació en Salut Mental* (Cooperativa ETCS, 2016). Aquest informe recull, de manera participativa, quin és el contingut considerat rellevant per les pròpies persones afectades a Catalunya.

Per últim, es plantegen certes qüestions que esdevenen de l'anàlisi dels plans existents per tal de produir espais i materials col·lectius, crítics i útils per a l'autogestió del patiment psicològic. Per exemple, es considera si volem parlar d'*autogestió del benestar* o d'*autogestió del patiment psicològic*; quina és el rol del professional dins d'aquests espais participatius; o com evitar l'ús de conceptes estigmatizants, com pot ser la dicotomia *recuperat – no recuperat*.

[1] Aquestes eines es presentaran en l'apartat *4.Models d'autogestió del Benestar.*

3. Descripció de la situació actual

3.1. El model actual de salut mental i les seves crítiques

"La salut mental abans de res, és una qüestió de subjecte, on la paraula no pot ni ha de ser eliminada" (Castro, 2013).

Actualment, coneixem que els problemes de salut mental, segons la Organització Mundial de la Salut (OMS), tenen una prevalença en la població del 25%. És a dir, una de cada quatre persones es veuran afectades al llarg de la seva vida per una problemàtica de salut mental. La Unió Europea ha declarat la salut mental una prioritat en termes de polítiques públiques, promovent un plantejament basat en la recuperació. Actualment, la salut mental es defineix com un estat complert de benestar tan físic, mental, com social, i no només com una absència de afectacions i simptomatologia (OMS, 2013).

Al nostre país, seguint l'evolució de la tendència internacional en l'atenció a la salut mental, es va passar d'un model d'intervenció purament biomèdic a un altre model de rehabilitació psicosocial. Actualment, ens trobem en un context d'evolució cap a un model de recuperació; canvi sustentat pels nous Pla Integral d'Atenció a les persones amb Trastorn Mental i Addiccions 2017 – 2019 (Generalitat de Catalunya, 2017) i Pla Director de Salut Mental i Addiccions 2017 – 2020 (Departament de Salut, 2017)

En les últimes dècades han sorgit nous models d'intervenció que es basen, generalment, en els paradigmes de recuperació. Aquests paradigmes adopten una posició crítica sobre l'actual rol atorgat a les persones afectades i les pràctiques que segueixen subjacents als circuits assistencials de salut mental, tant els convencionals, com els de *rehabilitació psicosocial* (Rosillo, Hernández, & Smith, 2013).

En molts dels centres de Salut Mental, el model biofarmacològic, o el de rehabilitació psicosocial, formen part de l'eix central que caracteritza la praxi dels professionals. Al llarg de la literatura analitzada veurem que es plantegen diverses crítiques que justifiquen un canvi de paradigma i que sustenten les bases per a un abordatge més complert de la salut mental.

En primer lloc, hi ha estudis que discuteixen les concepcions merament biologistes del comportament humà i la mirada basada exclusivament en els

símptomes i el dèficit de les persones amb experiències de trastorn mental. Aquests models, basats en la discapacitat i que tracten de corregir un dèficit a causa de l'*origen orgànic* de la malaltia (Builes & Bedoya, 2006), generen intervencions que resulten incompletes i desnivellades (Vázquez, Hervás, & Ho, 2006), i poden portar a desatendre altres paradigmes d'intervenció que remarquen el desenvolupament de les capacitats, les competències i el benestar de les persones afectades. Per exemple, en relació a la Psicoeducació, la majoria de la literatura es basa en el model de Diàtesis–Estrès, conegut com Model de Vulnerabilitat–Estrès–Afrontament (Zubin & Spring, 1977). Aquest model es sosté en una suposada etiologia de l'esquizofrènia, entenent que els trastorns mentals són el resultat de la interacció de l'ambient amb una vulnerabilitat genètica (Eiroa-Orosa, Fernández, & Nieto, 2016). Ara bé, aquesta mirada genetista pot tenir l'efecte paradoxal d'incrementar l'estigmatització de les persones amb un diagnòstic de trastorn mental, generant i/o remarcant els prejudicis, estigmes i mites de *diferència* (les persones amb trastorn mental són essers qualitativament diferents), *persistència* (les persones amb trastorn mental no es poden recuperar), *gravetat* (les persones amb trastorn mental estan sempre molt malament) i *transmissibilitat* (les persones amb trastorn mental traspassen a la descendència els seus problemes). Aquestes teories poden incrementar el desig de distància social i la restricció reproductiva (Phelan, 2005). A més a més, els discursos genetistes aplicats a l'àmbit de la salut mental han servit per legitimar pràctiques de control de la diversitat i la divergència (Beresford & Wilson, 2002). També pot resultar nociva aquesta concepció biogenètica de cara a les pròpies persones diagnosticades. D'acord a alguns estudis, els models mèdics poden tenir un efecte de pessimisme en les persones afectades, sota la creença que la malaltia mental és una condició permanent al llarg de la vida (Andersen, Oades & Caputi, 2003), que mai els permetrà recobrar el control del propi projecte vital.

Així doncs, en l'atenció sanitària també trobem intervencions perjudicials, les quals poden produir-se durant tota l'estància, des de la prevenció fins al tractament, passant pel procés de diagnòstic. Poden generar-se efectes iatrogènics amb el diagnòstic, el tractament -ja sigui per excés de tractament o per ser inadequat-, la relació terapèutica, etc. Fins i tot, s'evidencia que "*l'atenció primària no és innòcua. Amb les etiquetes diagnòstiques hi ha el perill de allunyar-se del pacient i cosificar-lo.*" (Ortiz, A. & Ibañez, V., 2011)

Així, un interrogant que sorgeix reiteradament de la literatura és la qüestió d'on queda la dimensió subjectiva de la persona afectada en aquests escenaris clínics i assistencials. Fins i tot, alguns autors (Rosillo Herrero et al., 2013) consideren que:

> "La psiquiatria actual, i amb ella bona part de la psicologia clínica i altres professions implicades en el camp de l'atenció a la salut mental com '*tecnologies de lo psico*' s'ofereixen des d'un fort professionalisme, que deixa poc espai a la dimensió 'personal' de l'afectat. Tot i les declaracions i propòsits participatius fundacionals de la salut mental comunitària, en la pràctica la tasca del professional amb funcions de detectar (objectivar) i tractar freqüentment prescriptiva–psicoeducativa, amb el risc d'assumir que la tasca principal del pacient sigui '*adherir-se al tractament*'".

Aquest biaix es caracteritza per les exigències de gestió, estandardització, avaluació i mesura que exclouen la dimensió subjectiva de la persona (Castro, 2013). Aquests plantejaments posen en debat qui intervé sobre la salut mental i quines implicacions té aquesta intervenció. Abordar el patiment psicològic definit com a malaltia mental reprodueix el model biomèdic-genetista. No obstant, a causa de la (re)conceptualització de la *patologia*, s'han anant afegint altres perspectives que fixen la seva mirada en diferents aspectes de la salut mental. Tot i això, una poca comunicació interdisciplinària contribueix a mantenir el reduccionisme subjectivista que fragmenta la persona en parts, cada una de les quals és atesa d'es d'un saber específic, i no des d'una visió holística de la persona en la seva globalitat, excloent-la del propi procés de recuperació (Builes Correa i Bedoya Hernández, 2006).

Els mateixos autors (Builes i Bedoya, 2006) plantegen un altre debat entorn al lloc del terapeuta. Diferenciant la intervenció amb una acció estratègica i comunicativa. Parafrasejant a Habermas (1990), algunes intervencions parteixen d'una acció estratègica on es busca la confiança i obediència de les persones afectades, per a la seva curació com a finalitat, deixant-lo fora de la presa de decisions. Aquesta intervenció es fonamenta en el control i la dominació (Anderson, 1999).També hi ha un altre tipus d'acció basada en la comunicació, on la persona afectada és considerada com a subjecte i interlocutor vàlid (Builes i Bedoya, 2006). Aquesta última aportació és reforçada i matisada per altres autors (Serrano Miguel, 2014), que posen de manifest que una relació jerarquitzada pot dificultar, i fins i

tot anul·lar, la comunicació, limitant o fixant al subjecte afectat en la seva posició malalta.

Les crítiques anteriors presenten una breu recopilació dels dilemes que es plantegen des dels *models de recuperació*. Aquests qüestionen els programes que treballen amb el patiment psicològic, que a vegades intenten fer funcionar "*una intervenció per a tots*", desatenent la paraula de la persona afectada. Tot i que les últimes tendències del model de salut mental públic es plantegin des de declaracions i propòsits participatius, encara ens trobem en la praxi que hi ha funcionaments que es basen en diagnosticar patiments i tractar-los exclusiva, o majoritàriament, mitjançant la prescripció de psicofàrmacs i tècniques unidireccionals, com poden ser els plantejaments psicoeducatius (el saber el té i el transmet el professional i el rep la persona afectada). Aquestes bases poden generar l'efecte pervers de limitar les decisions i el paper del pacient a adherir-se, o no, al tractament (Bentall, 2011).

3.2. La Psicoeducació

La Psicoeducació es defineix com una intervenció educativa que s'imparteix amb l'objectiu d'informar a les persones afectades i als seus familiars sobre el trastorn psiquiàtric, promovent la capacitat de fer-li front (Bonsack, Rexhaj, & Rôme Favrod, 2015). En altres paraules, es tracta d'oferir informació sobre el tipus de malestar psicològic que s'està experimentant (Eiroa-Orosa et al., 2016). Aquesta tècnica ha pres diferents formes, que poden ser impartides per professionals, o per les mateixes persones diagnosticades d'un Trastorn Mental.

Encara que la Psicoeducació prengués diferents línies, aquestes han presentat i segueixen presentant alguns punts en comú (Bertrando & Toffanetti, 2004). Per exemple, la funció d'explicitar, estandarditzar i donar linealitat a la metodologia d'intervenció, ensenyant com resoldre problemes associats a la patologia d'un dels membres de la família.

3.2.1. Contextualització històrica de la Psicoeducació

El terme de Psicoeducació sorgeix en la dècada dels 80 per descriure la transmissió de coneixements sobre els trastorns psiquiàtrics amb finalitats terapèutiques (Bonsack, Rexhaj, & Rôme Favrod, 2015), donant-se un ús

psicològic en primera instància, i psiquiàtric en segona (Bertrando & Toffanetti, 2004). La Psicoeducació es va utilitzar en els seus inicis com una nova forma de treball amb les famílies de persones amb un diagnòstic d'esquizofrènia (Anderson, Hogarty, & Reiss, 1980). No obstant, des de finals dels 90 la Psicoeducació es va estendre com a tècnica per abordar altres diagnòstics, com el trastorn d'alimentació, el trastorn bipolar (Mirabel-Sarron, Siobud-Dorocant, Cheour-Ellouz, Kadri, & Guelfi, 2006), els atacs de pànic i l'agorafòbia o l'estrès post-traumàtic (Bonsack, Rexhaj, & Rôme Favrod, 2015).

És a finals de la dècada dels 90 quan els moviments associatius, especialment de familiars de persones afectades, incorporen la Psicoeducació com a eina de treball per millorar la seva capacitat de prevenció de recaigudes del familiar amb problemes de salut mental. A l'any 2000, els programes psicoeducatius comencen a rebre la influència del concepte de *recuperació* (Mueser et al., 2006). Aquests nous programes reflecteixen millor l'experiència de les persones recuperades, considerant la curació com un procés i no com un resultat –una cura–, prenent com a objectiu aconseguir una vida plena, enlloc de centrar-se en la desaparició dels símptomes (Andresen, Oades, & Caputi, 2003).

Seguint aquesta línia, alguns autors (Bonsack, Rexhaj, & Rôme Favrod, 2015) consideren que el Model de Recuperació (re)orienta la Psicoeducació, aportant-li conceptes com l'esperança i ajudant a integrar la identitat de la persona afectada, interrompuda pel procés de la malaltia, produint així un canvi d'actituds, promovent l'empoderament de la persona i de la família, enfortint els llaços socials.

3.2.2. Eficàcia de la Psicoeducació

Des de la dècada dels 90 la Psicoeducació és objecte d'avaluació sota criteris de recerca empírica. És una eina que s'ha mostrat molt eficaç per l'assoliment dels objectius per al qual s'implementa:

a. Ofereix informació psiquiàtrica sobre el malestar que la persona està experimentant (Bertrando & Toffanetti, 2004).
b. Afavoreix una reducció d'hospitalitzacions (Bonsack, Rexhaj, & Rôme Favrod, 2015).

c. Demostra eficàcia terapèutica entorn a diversos paràmetres de recaigudes (Bertrando & Toffanetti, 2004).
d. Resulta eficaç com coadjuvant del tractament farmacològic del trastorn mental (Mcfarlane, Dixon, Lukens, & Lucksted, 2003).
e. Si bé neix per a l'esquizofrènia, i la major part dels meta–anàlisis giren entorn d'aquest diagnòstic (Murray-Swank et al., 2004; Rummel-Kluge & Kissling, 2008), també es pot implementar per altres diagnòstics, com els atacs de pànic i l'agorafòbia o l'estrès post-traumàtic (Bonsack, Rexhaj, & Rôme Favrod, 2015), la depressió major (Tursi, M. et al., 2013), el trastorn d'alimentació, i el trastorn bipolar (Mirabel-Sarron, Siobud-Dorocant, Cheour-Ellouz, Kadri, & Guelfi, 2006). En tots aquests casos, demostra eficàcia per assolir els seus objectius.
f. Incrementa l'adherència al tractament farmacològic (Crowe, M. et al., 2012).
g. Evidència una millora de l'acompliment social (Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy, & Limb, 1999).
h. Serveix tant a les persones afectades com als seus familiars (Sin, J. et al., 2016).

Totes aquestes són les variables d'eficàcia que determinen actualment els continguts i la implementació dels programes de Psicoeducació.

3.2.3. Limitacions de la Psicoeducació

Alguns dels punts forts de la psicoeducació són, al mateix temps, els seus punts febles. Les crítiques que rep deriven sovint dels models al que respon i no tant de l'eficàcia de l'eina. La psicoeducació és una eina molt eficaç per assolir els objectius d'intervenció dels models biomèdic i biopsiocosocial. Arrossega, per tant, les seves limitacions. Allò que es critica és que les variables d'eficàcia considerades estan centrades en la reducció de les recaigudes i el control de la simptomatologia, i no pas en la qualitat de vida de les persones (Pitschel-Walz et al., 2006).

A més a més, aquesta mirada pressuposa de forma implícita la necessitat d'un expert que en sàpiga més que la pròpia persona i la família com gestionar el seu patiment (Anderson & Colapinto, 2000). La Psicoeducació es critica per la unidireccionalitat de les sessions, essent el professional el subjecte de saber/poder i els usuaris els receptors de la informació (Bonsack, Rexhaj, & Rôme Favrod, 2015).

> "Malament entesa o compresa, la psicoeducació pot conduir a la reducció del subjecte a un objecte malalt" (Bonsack, Rexhaj, & Rôme Favrod, 2015)

Aquesta observació forma part de les lectures postmodernes de la Psicoeducació, on s'aboleix la idea d'una veritat absoluta, impossibilitant l'existència d'una història llisa, comuna per a tots/es (Foucault, 1998). La malaltia deixa de presentar-se com a veritat ontològica, més enllà de l'experiència que la persona, la família i la societat té d'ella (Builes & Bedoya, 2006). Des d'aquesta concepció, allò que es necessita és oferir recursos per a què la història d'alienació es transformi en la història d'integració subjectiva, familiar i social.

També hi ha evidències de que els models psicoeducatius dirigits per les pròpies persones diagnosticades (com a agents de suport mutu) i que inclouen altres variables relacionades amb factors culturals, experiències subjectives, de qualitat de vida i aspectes sobre la sexualitat, augmenten l'eficàcia d'aquestes metodologies d'intervenció. Hi ha autors (Bonsack, Rexhaj, & Favrod, 2015) que remarquen certes variables que intervenen en l'eficàcia d'aquesta intervenció, i que normalment no són citades, com la construcció de grup, la normalització del trastorn mental, el suport mutu, el recolzament social, la (re)construcció de la identitat i l'empoderament. Totes aquestes variables tendeixen a originar-se en les dinàmiques relacionals i interactives entre els participants, i no tant pels propis continguts psicoeducatius (Bonsack, Rexhaj, & Favrod, 2015).

Aquestes variables també són remarcades per les pròpies persones amb l'experiència de trastorn mental al nostre territori. Així, a *l'Informe dels resultats del diagnòstic de necessitats d'informació en Salut Mental* (Cooperativa ETCS, 2016), les persones participants posen de manifest que hi ha mancances d'informació relacionades amb la normalització del diagnòstic, els efectes de la medicació a llarg termini o la inclusió, en els materials formatius, de continguts que promoguin una visió àmplia de la recuperació i que impliquin el desenvolupament d'eines personals, com tècniques d'autocura, entre d'altres.

En aquest sentit, des dels models de recuperació es critica com s'avalua la Psicoeducació per centrar-se exclusivament en valorar l'adhesió al tractament, el nombre de recaigudes i l'adquisició d'hàbits saludables. Deixant de banda altres qüestions relacionades amb la percepció de control de la persona, l'esperança de

futur, l'accés a oportunitats fora dels servei de salut mental, etc. (Shepherd, Boardman, & Burns, 2009).

Un altre aspecte en controvèrsia en relació a la Psicoeducació és el risc de negar la dimensió personal i subjectiva de la persona afectada. Aquesta perspectiva pot reforçar la idea del subjecte malalt i la família sana però ignorant, corrent el risc de generar estigmatització i culpabilitat als agents que hi participen (Builes & Bedoya, 2006).

> "El Model psicoeducatiu presenta aspectes en controvèrsia. Les famílies es consideren sanes, però se'ls hi atribueix el no saber de la malaltia. Llavors es requereix algú que en sàpiga, l'expert, la qual cosa genera la sensació d'estigmatització i culpabilitat per a la família. Els pacients, al ser vistos com a subjectes diferents de les seves famílies sanes, es resisteixen amb freqüència als tractaments." (Builes & Bedoya, 2006)

Per a fer un abordatge crític i complet del procés salut-malaltia, una de les principals necessitats és la d'incloure el món de significats i creences construïts per la pròpia persona afectada, la seva família i el seu equip de salut.

Com hem vist, els objectius i els resultats de la Psicoeducació s'han anat transformant amb el temps, modelant els continguts d'alguns programes. Encara es troben intervencions que parteixen de la concepció de la malaltia com un dèficit crònic en l'àmbit social, que comporta la idea de medicalització per a tota la vida (Bonsack, Rexhaj, & Favrod, 2015), quan aquells programes haurien d'integrar les necessitats reals i subjectives dels pacients. Alguns autors (Eiroa-Orosa et al., 2016) proposen un abordatge conjunt entre l'equip de professionals i les persones afectades. Això permetria accedir al coneixement que aquestes persones porten de la seva experiència per treballar de manera conjunta la informació, la respectiva anàlisi del procés i la presa de decisions.

Finalment, trobem una crítica derivada d'una preocupació actual que, tot i que no depèn directament de les concepcions de Salut Mental, està íntimament relacionada. Així, algunes fonts (Bonsack, Rexhaj & Rôme Favrod, 2015) plantegen que aquests programes de Psicoeducació no sempre estan disponibles per a les persones afectades i els seus familiars. A més a més, està la qüestió de la (no) inclusió en el continguts dels programes de la informació relativa al consentiment informat i les decisions compartides entre les persones amb

l'experiència del trastorn mental i els professionals. Actualment s'observen algunes mancances en l'intercanvi d'informació per a la presa de decisions d'una manera clara i transparent (Bonsack, Rexhaj, & Rôme Favrod, 2015).

3.2.4. (Re)pensant la Psicoeducació

Considerant l'eficàcia i les limitacions dels programes psicoeducatius, la Psicoeducació hauria de ser (re)pensada (Builes & Bedoya , 2006). Entre les propostes es planteja repensar-la com un espai narratiu mitjançant el qual es promoguin noves converses i significats entorn de les experiències de trastorn mental, entenent que un procés de (re)narració pot ajudar a la comprensió del que està passant i a la millora de la qualitat de vida. A més, això potenciaria el sentiment d'acompanyament i comprensió per part dels altres.

També es proposa (re)pensar la Psicoeducació com a espai de diàleg –partint de la crítica foucaultiana de la superació de la història llisa (Foucault, 1998)– permetent a través del diàleg teixir una història pròpia al voltant del patiment, la trama de la qual li permeti a la persona explicar-se i narrar el què li succeeix, incloent la seva subjectivitat.

A més a més, cal replantejar els programes per tal d'incloure altres variables de caire més subjectiu, mitjançant espais de participació on les persones puguin estar al centre de les seves intervencions. Les metodologies dominants que guien la Psicoeducació tendeixen a homogeneïtzar un "per a tots", promovent una resolució de conflictes associats a la patologia estandarditzada i impersonal. Això, implícitament, comporta desatendre i/o no atorgar prou valor als espais participatius i a l'evolució de les eines d'autogestió per a la comprensió del patiment psicològic i l'autogestió del benestar.

Si es vol incorporar una perspectiva de recuperació en l'atenció a la salut mental, és recomanable comptar amb eines alternatives a la psicoeducació, construïdes específicament des de models de recuperació. En cas contrari, les bones intencions poden implementar-se arrosegant les limitacions del model biomèdic.

4. El Model de Recuperació

En els últims anys, l'atenció comunitària s'ha vist altament influenciada pel Model de Recuperació. Això fa que les persones amb experiències de trastorn mental prenguin una posició de protagonistes en primera persona, tant del seu procés terapèutic com del propi creixement personal (Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social, 2016). Aquest model està basat en les idees d'autodeterminació i autocontrol, (re)situant el dret de les persones a construir per sí mateixes una vida plena, amb sentit, considerant o no la contínua presència de símptomes del trastorn mental (Shepherd et al., 2009).

4.1. Definicions i principis del Model de Recuperació

El terme *recuperació* ha estat bastant discutit en les últimes dècades, trobant així diferents definicions. No obstant, una de les més esteses i acceptades prové d'un dels fundadors intel·lectuals del *moviment de la recuperació*, William Anthony (1993). Aquest autor defineix la recuperació com:

> "*Un procés únic, profundament personal, de canvi d'actituds, valors, sentiments, metes, habilitats i rols d'una persona. És una manera de viure una vida satisfactòria, amb esperança i aportacions, fins i tot amb les limitacions causades per la malaltia. La recuperació implica desenvolupar un nou sentit i propòsit en la vida, alhora que la persona creix més enllà dels efectes catastròfics de la malaltia mental.*" (Anthony, 1993).

Aquest paradigma entén la *recuperació* com un procés mitjançant el qual es pot potenciar el desenvolupament d'un rol valuós per a la persona, aprenent a tenir control dels símptomes i del propi malestar, juntament amb un treball per la seva remissió. És un procés que permet augmentar el sentiment d'autoeficàcia, autonomia i autogovern de la pròpia vida, construint i/o mantenint unes relacions socials significatives (Rosillo et al., 2013). Tots els elements han de ser treballats des d'una praxi personificada i que doni cabuda a la subjectivitat de les persones amb experiències de trastorn mental.

Shepherd et al. (2009) fan una recopilació dels Principis de la Recuperació. D'una banda, exposen que la recuperació consisteix en construir un projecte de vida amb sentit i satisfacció que sigui definit per la pròpia persona,

independentment de l'evolució dels seus símptomes o problemes, allunyant-se de la patologia i la malaltia. També mencionen que la relació d'ajuda entre els professionals i les persones afectades ha de ser una relació d'acompanyament en el procés de (re)descobriment del sentit d'identitat personal, separat de la malaltia o discapacitat, afegint que el/la professional ha de cultivar habilitats per a l'esperança, la creativitat, l'empatia, el realisme i la resiliència. A més, el procés de recuperació ha de tenir en compte altres agents significatius, com la família, sense oblidar que per a moltes persones l'ajuda mútua és fonamental en aquest procés.

Aquestes mateixes fonts (Shepherd et al., 2009) remarquen que per a què les intervencions basades en el model de recuperació tinguin l'impacte desitjat, els professionals han de conèixer les significacions del paradigma i han de recolzar de forma activa la seva implementació en els serveis de salut mental.

Alguns estudis (Andresen et al., 2003) descriuen la recuperació com un procés de diverses fases. Aquests autors descriuen 5 fases:

- **Moratòria**: És el temps de retraïment, caracteritzat per la sensació de pèrdua i falta d'esperança.
- **Reconeixement**: És el moment d'adonar-se que no està tot perdut.
- **Preparació**: És l'etapa per fer un inventari de fortaleses i febleses i començar a treballar el desenvolupament d'habilitats de recuperació.
- **Reconstrucció**: Fase per treballar activament per aconseguir una identitat positiva.
- **Creixement**: Etapa per viure una vida amb sentit, caracteritzada per l'autogestió del patiment, la força moral i un sentit positiu d'un mateix. Entenent la recuperació com un procés en el qual hi ha avenços i reculades, un procés continu, evolutiu, personal i no lineal, en el qual viure creixent.

Ara bé, tot i que aquestes fases són personals, per a que els processos de recuperació siguin viables, els canvis positius no solament han de donar-se per part de les persones afectades, sinó que tant les institucions i serveis com els professionals han de compartir les idees i valors del model.

4.2. L'inici de la *recuperació*

El concepte de *recuperació* no és nou dins de la psiquiatria, però la manera com s'entén actualment és una (re)definició del concepte que resulta innovadora, tant en termes conceptuals com pragmàtics, enfront de les pràctiques rutinàries dels circuits assistencials (Shepherd et al., 2009).

Les idees del moviment de la recuperació estan arrelades dins del conjunt de moviments socials dels anys 60 i 70 sobre els drets civils als Estats Units, i es desenvolupen en paral·lel a l'aparició dels grups d'ajuda mútua, com ara Alcohòlics Anònims (Shepherd et al., 2009). És als anys 80 i 90 quan aquestes idees obtenen un impuls més gran gràcies als moviments socials liderats per les pròpies persones amb experiències de trastorn mental. Aquests moviments reivindiquen un conjunt de valors compartits –implicació personal, autodeterminació, esperança, etc.– alternatius al model dominant. A poc a poc, els models assistencials i terapèutics es veuen amb la necessitat d'assumir aquests valors, degut al conjunt d'evidència científica que mostra que els tractaments que treballen incorporant-los com elements per la recuperació resulten ser més eficaços (Slade, 2014).

En pocs anys, la *recuperació* ha passat a ser el centre de les polítiques de planificació de l'atenció en salut mental d'alguns països, com Austràlia, Nova Zelanda, Estats Units, Anglaterra, Irlanda i Escòcia, formant part de les bases dels nous serveis i xarxes d'atenció, en especial d'aquelles creades pel propi col·lectiu de persones amb experiències de trastorn mental (Rosillo et al., 2013).

Els moviments activistes i les seves idees també han influït en el procés de canvi del Paradigma de Rehabilitació, el qual ha incorporat idees del Model de Recuperació. El nou paradigma incorpora i emfatitza els conceptes d'ajuda mútua i treballa des d'un prisma centrat en allò que les persones poden fer, i no pas tant en allò que no poden fer (Shepherd et al., 2009).

4.3. Aportacions del Model de Recuperació

En el present apartat s'analitza quin és l'impacte del Model de Recuperació en la comprensió del malestar psicològic per a les pròpies persones afectades. Per fer aquesta anàlisi, s'ha separat la literatura segons consideren l'*impacte pràctic* o l'impacte en termes de *resultats de recerca*.

En referència a l'*impacte pràctic*, es posa de manifest que el Model de Recuperació ha influenciat en diferents contextos, tant en el desenvolupament de moviments de suport mutu com en la transformació d'organitzacions, com per exemple META[2]; o en la implementació d'eines d'autoajuda i autogestió, com el WRAP[3] (Carvalho, 2014). També ha estat un referent per a la implementació de Clubs Socials i pel desplegament del moviment associatiu de salut mental en primera persona. Finalment, un dels impactes més rellevants en els últims anys ha estat la influència del model en la Convenció sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat de l'Organització de Nacions Unides (Naciones Unidas, 2006).

En termes de *resultats de recerca*, hi ha autors (Rosillo Herrero et al., 2013) que resumeixen aquesta evidència classificant-la en dues categories. D'una banda, els estudis longitudinals que avaluen el pronòstic real de les persones diagnosticades amb un trastorn mental crònic. Aquests estudis conclouen que almenys un 40% de les persones mostren períodes de recuperació i que les probabilitats de recuperació s'incrementen amb el temps (Harrow, Grossman, Jobe, & Herbener, 2005). D'altra banda, trobem els estudis subjectius, que es pregunten què significa la recuperació per a la pròpia persona. Aquests estudis remarquen que es parla d'un increment de la percepció i sentiment de control sobre la pròpia vida i del desig de normalitzar o de portar una vida plena.

Concloent, el model de recuperació està produint canvis a diferents nivells: en les actituds de les persones afectades, en l'organització d'alguns serveis –que impliquen ara als seus usuaris–, en les actituds dels professionals i, fins i tot, en les nocions de la psicopatologia (Rosillo Herrero et al., 2013).

> "*La recuperació té múltiples resultats, tant objectius com subjectius, més enllà de la reducció de símptomes: potencia la persona com agent sanador. I com a professionals, es pot potenciar mitjançant coneixements, valors i destreses interpersonals.*" (Rosillo Herrero et al., 2013).

[2] Organització Nord-americana sense ànim de lucre, creada al 1999, situada a Phoenix (Arizona), la qual va integrar en les seves polítiques de treball un enfocament radical de la recuperació (Ashcraft & Anthony, 2005).
[3] *Wellness Recovery Action Plan (WRAP)* és un Pla d'Acció per a la Recuperació del Benestar, aquest pla es comentarà en el següent punt.

4.4. Les crítiques al Paradigma de Recuperació: *Recovery in the bin*

Cal destacar que el Model de Recuperació també ha estat focus de crítica per part d'algunes corrents i moviments associatius. Existeix a Gran Bretanya un moviment autogestionat de supervivents de la psiquiatria i simpatitzants, anomenat *Recovery in the bin*[4], que denuncia la colonització de la *recuperació* per part dels serveis de salut mental, els polítics i els legisladors. Aquest moviment considera el creixement i desenvolupament del model de recuperació com un símptoma del neoliberalisme, que ha redefinit i sotmès el concepte a les forces de mercat. Fan una crítica a l'estructura social, exposant que el motiu pel qual no pot avançar la recuperació és per les intolerables condicions socials i econòmiques que provoquen falta d'habitatge digne, expectatives d'ocupació inassolibles, pobresa, estigma, racisme, sexisme, etc.

Més concretament, estan en contra de l'ús d'instruments com els *indicadors de recuperació*, entesos com una manera de mesurar el *progrés*, ja que pot resultar una visió limitant i moralitzadora del benestar i de l'autoconcepte. També denuncien:

> *"Creiem que els serveis de salut mental utilitzen la ideologia de la recuperació per a emmascarar una major coerció. Per exemple, l'afirmació de que les Ordres de Tractament Comunitari[5] s'imposen com un 'pas cap a la recuperació'"*[6].

És a dir, hi ha pràctiques antigues i tractament forçosos que es presenten com avanços en utilitzar la terminologia dels models de recuperació, sense tenir en compte a la pròpia persona i el respecte als seus drets com a centre de l'atenció.

Finalment, des de RIB denuncien el paper que ha tingut aquest model en els Agents de Suport Mutu, persones que han experimentat i superat un problema de Salut Mental i per aquesta experiència treballen donant suport a altres persones que intenten superar situacions semblants. Observen que actualment se sol·licita a aquests agents que tinguin "*històries de recuperació acceptables*"; és a dir, versions d'una recuperació exitosa que compleixi certes expectatives. Tot això implica sentir-se obligat a passar un control, on cal explicar la pròpia història de

[4] La recuperació a la brossa https://recoveryinthebin.org
[5] Tractament involuntari ambulatori.
[6] "RITB – 20 Key Principles". https://recoveryinthebin.org/recovery-in-the-bin-19-principless/

vida per ser validat i contractat, requeriments que no es contemplen en altres professionals de la salut mental.

Tot i les crítiques, el moviment considera que hi ha principis nuclears del Model de Recuperació que cal salvar, com els d'autonomia i autodeterminació, sense donar-los un ús generalitzador "per a tots", i apostant per la lluita col·lectiva per aconseguir aquests valors.

Altres fonts (Carvalho, 2014) també expliciten que, tot i que aquestes crítiques siguin comprensibles, no s'ha d'obstaculitzar el valor de les idees del Model de Recuperació i el seu potencial per produir transformacions que millorin els serveis de salut mental.

4.5. El Model de Recuperació com a precursor de l'autogestió i la participació

Integrar el Model de Recuperació significa que els seus valors clau es trobin a tots els nivells dels serveis de salut mental. Aquest procés de canvi ha d'alinear-se amb el projecte vital a llarg termini de les persones afectades, habilitant espais per a la participació significativa de cada persona en el desenvolupament dels serveis. Els canvis positius no s'han d'esperar només en les persones afectades sinó que s'han de desenvolupar en les mateixes institucions i amb els professionals que han de treballar per instal·lar una pràctica basada en els valors positius de la recuperació (Rosillo Herrero et al., 2013).

A Espanya, a diferència dels països anglosaxons abans esmentats, no s'han inclòs aquestes pràctiques de forma sistematitzada als serveis de salut mental. Trobar al nostre país espais participatius institucionals per a la comprensió i recuperació del malestar psicològic resulta complicat. Tots els programes que ajuden a comprendre el malestar estan enfocats des de models educatius basats en eines com la Psicoeducació, amb les seves respectives limitacions. No obstant, aquesta participació en primera persona és molt significativa als moviments associatius, especialment a comunitats com l'andalusa i la catalana.

El Model de Recuperació ens pot ajudar al nostre àmbit local a repensar i/o a crear espais col·lectius d'autogestió del patiment, on la veu de la persona sigui la principal eina de gestió.

5. Models d'autogestió del benestar

Fins a aquest punt hem fet un recorregut per les crítiques a la Psicoeducació i les aportacions del Model de Recuperació, per tal de pensar com pot ser autogestionat el patiment psicològic i el benestar. També hem vist nous paradigmes que possibiliten espais de participació per a la comprensió i la recuperació d'aquest malestar.

A Espanya no es troben models protocol·laris d'autogestió del benestar, ni models participatius dins dels serveis públics per a la seva comprensió i recuperació. Al nostre context, encara no hi ha programes on les persones amb experiència en Trastorn Mental es trobin al centre de la gestió i el desenvolupament.

No obstant, sí que podem trobar algunes aproximacions i traduccions de models teòrics internacionals, treballats des d'algunes organitzacions. Per exemple, des del programa Andalús '*1 de cada 4. Estrategia Andaluza contra el Estigma en Salud Mental*', s'han fet traduccions de la versió original en anglès: *Making recovery a reality* (Shepherd, Boardman, & Slade, 2008), al castellà: '*Hacer de la recuperación una realidad*'. Igualment, algunes organitzacions llatines han traduït la '*Guia per recobrar la vida definitivament*' (Ahern & Fisher, 2001), entre altres.

En aquest apartat realitzarem un itinerari descriptiu dels models d'altres països que han treballat l'autogestió del benestar. Cal destacar que la major part d'aquests models provenen del moviment associatiu en primera persona. Aquests plans són:

- El '*Pla per a la recuperació del benestar*'.
- La '*Guia per recobrar la vida plenament, des del model d'assistència personal per a la vida en comunitat*'.
- El '*Programa escocès per a l'autocontrol amb persones amb trastorn bipolar*'.
- '*Mapejant la nostra bogeria*', de l'organització *Icarus Project.*

Finalment, també s'inclourà l'informe de resultats realitzat per la Cooperativa ETCS (2016) del '*Diagnòstic de les necessitats d'informació en salut mental de les persones amb experiències de trastorn mental*', del nostre territori, que s'ha dut a terme sota el mateix projecte *Activa't per la Salut Mental*. Aquest

informe ens permet conèixer les necessitats actuals del nostre propi context. Això ens ofereix una primera aproximació a la informació rellevant que s'ha d'incloure al manual d'autogestió del benestar i el patiment psicològic.

5.1. Pla per a la Recuperació del Benestar (WRAP)

El Pla d'Acció per a la Recuperació del Benestar (Wellness Recovery Action Plan, WRAP) és un programa d'autogestió del benestar dissenyat per persones amb experiències de trastorn mental. El WRAP és utilitzat per identificar els factors que contribueixen o perllonguen el malestar, per poder així fer servir altres eines del programa que permeten crear un pla propi i individualitzat per a una vida satisfactòria (Copeland, 2011).

Aquest instrument va ser desenvolupat l'any 1997 per persones que van experimentar problemes de salut mental, amb l'objectiu de construir un sistema d'autocontrol per aconseguir el benestar (Wilson, Hutson, & Holston, 2013), prevenir certs sentiments recurrents i/o comportaments preocupants i treballar cap a la recuperació, possibilitant també tenir una millor cura davant dels moments més complicats (Carvalho, 2014).

El WRAP té les seves bases conceptuals en (a) els marcs teòrics sobre el benestar i (b) els moviments d'autodeterminació:

(a) Els **marcs teòrics sobre el benestar** es van desenvolupar als anys 60, promovent una mirada integradora que combina la prevenció, l'educació i la promoció de la salut. Per això, els materials s'elaboren amb un doble objectiu: primer, per adoptar una vida saludable; i segon, per ajudar a crear les condicions personals, emocionals, socials, espirituals i ambientals positives per recolzar el Benestar (Sterling, Von Esenwein, Tucker, Fricks, & Druss, 2010).

(b) La **teoria psicològica de l'autodeterminació** assenyala la importància de la motivació personal. Alguns estudis demostren que quan les persones estan internament motivades pel canvi tenen més probabilitats de tenir nous comportaments de salut (Williams, Grow, Freedman, Ryan, & Deci, 1996).

El WRAP és un pla holístic, que es construeix entorn de 5 conceptes: esperança, responsabilitat, educació, autocontrol i suport (Wilson et al., 2013). Una característica distintiva és que, més enllà d'hàbits saludables, es treballen els conceptes de *recuperació, drets personals i suport mutu*. El pla agrupa estratègies que les persones poden utilitzar per mantenir el benestar i/o per recolzar el seu propi procés de recuperació (Carvalho, 2014).

El WRAP es treballa en 8–12 sessions, durant les quals els participants creen els seus plans personalitzats. Les parts que es desenvolupen en un pla WRAP són: (a) Caixa d'eines per al benestar, (b) Pla de manteniment diari, (c) Factors desencadenants, (d) Primeres senyals d'alerta, (e) Inici de pèrdua de control, (f) Pla de crisi i (g) Pla post-crisi. A continuació s'exposen algunes idees principals d'aquestes parts (Carvalho, 2014):

(a) **Caixa d'eines per al benestar**: El WRAP s'inicia amb la construcció d'un llistat d'estratègies i eines necessàries per donar suport al benestar personal. Els recursos identificats s'utilitzen per a desenvolupar les següents fases. Aquesta caixa d'eines inclou tant les experiències, activitats i recordatoris que contribueixen al propi benestar com allò que cal evitar per mantenir-lo.

(b) **Pla de manteniment diari**: Aquesta secció inclou 3 parts: (b1) *Allò que sóc quan estic bé,* que es representa mitjançant una llista, paràgraf o imatge; (b2) *Allò que haig de fer cada dia per estar tan bé com sigui possible;* (b3) *Allò que necessitaria fer un dia particular per estar bé*. Fent una selecció de les eines de benestar que poden ser utilitzades regularment, però no necessàriament cada dia.

(c) **Factors desencadenants**: Cadascú ha d'identificar quins són els seus factors desencadenants personals, els quals són individuals i idiosincràtics. Després de considerar els desencadenants, s'utilitzen les estratègies de la caixa d'eines de benestar per desenvolupar un pla d'acció.

(d) **Primeres senyals d'alerta**: Les persones han d'aprendre a reconèixer quins són els seus indicadors de pèrdua de control de la pròpia estabilitat, les alertes d'un possible inici de recaiguda. Cal partir del missatge de que encara hi ha temps per prendre mesures immediates per recuperar l'equilibri emocional, en contraposició al missatge de que els seus símptomes són un signe de crisi real i estan incapacitats per fer-los front.

(e) **Inici de la pèrdua de control**: Es tracta d'aprendre a identificar i reconèixer els moments en el que un mateix és incapaç d'autoadministrar la seva salut emocional i el seu benestar d'una manera eficient.

(f) **Pla de crisi**: Sota els plantejaments de WRAP, les crisis són definides com a estats d'incapacitat per ser responsable d'un mateix o de prendre decisions apropiades, segures i saludables. El *Pla de crisi* conté elements específics per elaborar una llista completa i descriptiva de les senyals que indicarien que, en el moment en que succeeixen, la persona necessita que algú altre assumeixi la responsabilitat de la seva cura i presa de decisions. Cal enumerar, específicament, qui es vol que assumeixi la responsabilitat i la presa de decisions, incloent-hi els seus noms i informacions de contacte.

(g) **Pla post-crisi:** Aquesta part del pla s'elabora de manera prèvia i posterior als moments de crisi. Una vegada completat el pla, o fins i tot quan se segueix treballant en aquest, es recomana revisar-lo periòdicament, anotant com un es sent i què es necessita fer per estar bé i millorar.

5.2. Assistència Personal per la Vida en Comunitat: Guia per a recobrar la vida

L'Assistència Personal per a la Vida en Comunitat (PACE[7]), està basada en el principi de que és possible recobrar plenament la pròpia vida després d'una crisi de salut mental, a través de formes voluntàries d'assistència dirigides per les mateixes persones afectades (Ahern & Fisher, 2001). És un programa que parteix del valor de l'autodeterminació, l'absència de coerció i la convicció que l'angoixa emocional severa és una interrupció temporal en la vida d'una persona, després de la qual es pot recobrar la vida plenament.

El *National Empowerment Center* (Ahern & Fisher, 2001), porta una línia de recerca especialitzada en com recobrar la vida després d'una crisi de salut mental. Aquests estudis descriuen unes fites bàsiques per les que cal treballar després d'una crisi. Les intervencions tindrien per objectiu: (a) Connectar emocionalment amb altres persones, aprenent a expressar coratge, tristesa, alegria, etc.; (b) Tenir cura d'un mateix, aprenent tècniques de cura autogestionada, posant l'accent en un conjunt de destreses que permeten a una persona manegar els seus

[7] Personal Assistence in Community Existence, PACE

estats emocionals severs sense recórrer a la medicació(entenent la medicació com a eina voluntària i informada); (c) Assumir la responsabilitat d'un mateix; (d) Aprendre a perdonar-se; (e) Saber posar-se metes personals assolibles i acomplir-les; (f) Saber expressar sentiments incòmodes.

Amb aquests objectius i àrees que cal treballar, s'estableix el pla de PACE per recobrar la vida. Aquest inclou 4 passos clau (Laurie Ahern i Daniel Fisher, 2001):

(a) **Del meu cap a mi mateix**: Això significa recobrar la vida plenament, al propi ritme de cadascú. Aquesta primera fase, implica que la persona aconsegueixi creure que té la capacitat de recobrar la seva pròpia vida. Es fa ús de manuals d'autoajuda i material audiovisual realitzat per persones que ho han aconseguit. Es treballa per desenvolupar un pla propi d'exercici, dieta, meditació i cura d'un mateix.

(b) **Del meu cap als meus assistents**: Aquesta segona fase es refereix a la necessitat de conèixer els serveis, tenir un consentiment informat sobre els medicaments i les seves alternatives, la participació en la planificació i registre del tractament, etc. L'assistència personal ha de ser per part de persones que creuen en la recuperació plena de la vida.

(c) **Del meu cap als meus "iguals"**: En aquesta fase es treballa per recuperar la vida plenament a través de la participació en grups petits, com poden ser els Grups d'Ajuda Mútua, els clubs socials, etc.

(d) **Del meu cap a l'amplitud del món**: Per últim, també es treballa per recuperar la vida plenament a través de la participació a la comunitat. Això es refereix a participar en grups i activitats comunitàries no relacionades amb el sistema de salut mental.

5.3. Programa escocès per l'autocontrol amb persones amb trastorn bipolar

A Escòcia l'organització *Bipolar Fellowship Scotland* va desenvolupar a l'any 2005 un programa per promoure l'autocontrol, dirigit a persones amb un diagnòstic de trastorn bipolar (Moodie & Mccollam, 2008). El programa té l'objectiu d'ensenyar a persones amb experiències al voltant de la bipolaritat a reconèixer: (a) els desencadenants d'una recaiguda; (b) les senyals d'alarma d'un episodi imminent; (c) prendre mesures per prevenir-los; (d) com reduir la gravetat d'un episodi.

Del programa participen entre 8 i 14 participants i dos facilitadors, i s'estructura en 3 blocs:

(1) **Reconeixement** dels desencadenants d'una crisi i les anteriors senyals d'alerta.

(2) **Acció** per a la construcció d'un pla d'acció i d'identificació d'estratègies de superació, automedicació i suport.

(3) **Manteniment** amb la preparació per acordar determinats estils de vida.

Avaluacions posteriors del programa van suggerir realitzar-lo en una major durada i disminuir la seva intensitat, ja que els participants van considerar el curs com esgotador i dens (Moodie & Mccollam, 2008).

5.4. *Mapping our Madness*

Finalment, trobem el Model Mapea-T o '*Mapejant la nostra bogeria*'. Aquesta és una proposta desenvolupada per *The Icarus Project* (Icarius Project, 2016), un altre moviment en primera persona[8]. Es tracta d'un llibre de treball que inclou recursos, suggeriments i algunes pàgines d'exercicis per navegar per les crisis, els estats d'ànims extrems o el mal humor. L'autor explicita que el llibre ha de ser pres com a proposta, que l'estructura del pla pot ser canviada per la persona que fa la seva planificació, incloent a l'índex un espai per poder introduir noves categories.

[8] Aquí es pot trobar el material: https://freakoutcrazy.files.wordpress.com/2012/02/mappingmadness.pdf

Entre les categories determinades pel manual, trobem: (a) llista de coses quotidianes que ajuden a l'auto–cura; (b) senyals d'alerta primerenca; (c) factors desencadenants; (d) necessitats urgents en les situacions de crisi; (e) allò que poden fer els amics en cas de crisi; (f) llista de persones amb les quals parlar o estar; (g) llocs segurs; (h) coses que fan riure i activitats que fan sentir-se millor; (i) àpats fàcils i saludables que es podrien fer; (j) coses que caldria evitar; (k) notes pròpies que podem ser de profit en un altre moment.

5.5. Resultats del diagnòstic de les necessitats d'informació a Catalunya

El document '*Informe de resultats del diagnòstic de les necessitats d'informació en Salut Mental*' (Cooperativa ETCS, 2016) és un document que recull diferents eines que han ajudat o que ajudarien a les persones enquestades a entendre la seva experiència de trastorn mental. Això inclou els canals d'accés a la informació, una sèrie de consells per a la recuperació i altres aspectes importants que haurien de ser considerats a l'hora d'elaborar el contingut dels materials locals per a la comprensió i gestió del malestar psicològic.

De les necessites que recull el document, es fa palès que es requereix incloure als materials eines per a: (a) desenvolupar l'autocura personal; (b) aprendre a escoltar-se un mateix i saber expressar el que està passant; (c) enriquir la capacitat d'empatia i la pròpia educació emocional; (d) conèixer altres eines i recursos per la recuperació, per exemple, activitats creatives i d'expressió, com el teatre; etc.

Altres continguts necessaris, que remarquen tant les persones diagnosticades com els professionals i les famílies, es refereixen a la informació relacionada amb la medicació i els tractaments. Es demana informació que mostri els fàrmacs com un element més de possible ajuda, donant cabuda a les experiències on els medicaments no funcionen. També es reclama una visió més àmplia que l'actual de les teràpies psicològiques existents, no reduint el món terapèutic a una sola teràpia, majoritàriament d'orientació cognitiva–conductual.

Per acabar, s'exposa que el contingut més sol·licitat per les persones enquestades és aquell que promogui una visió de recuperació. Es remarca que un dels canals d'informació més útil són les experiències en primera persona, on qui

han travessat un problema de salut mental ofereixen la seva història com a referència, font d'esperança i suport. Caldria, per tant, desenvolupar activitats i projectes que promoguin compartir les experiències entres les persones afectades des de la horitzontalitat i la reciprocitat, per tal de tenir referències que ajudin al propi procés de recuperació.

6. Materials per autogestionar el benestar a l'àmbit local

Al nostre territori s'ha realitzat un informe de necessitats d'informació (Cooperativa ETCS, 2016), on s'esmenta la necessitat d'incloure una visió de recuperació, així com una mirada més amplia en temes de tractaments i medicació, també posant l'accent en la importància del suport mutu en primera persona.

Igualment, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya ha publicat una *Guia Informativa per Elaborar un Document de Voluntats Anticipades* (Llei de sanitat catalana 21/2000), per garantir el respecte a les preferències de les persones usuàries dels serveis de salut mental en cas de crisi o recaiguda. Un recurs bàsic per orientar l'atenció professional des del Model de Recuperació. (Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, s.f.)

Ara bé, a Espanya no es troben estudis d'experiències i espais participatius per promoure l'autogestió del malestar psicològic. Per això s'ha treballat amb materials internacionals de països anglosaxons que inclouen el Model de Recuperació en les seves pràctiques de treball entorn de la salut mental, com per exemple els Estats Units, Escòcia i Anglaterra. Tot i les diferències culturals, els materials exposats poden servir com a models de treball i com a referències per desenvolupar un material autòcton d'autogestió del malestar i el benestar. El seu valor de referència rau en el caire participatiu que els caracteritza.

Els materials d'autogestió presentats aborden la intervenció educativa des d'un paradigma participatiu, essent les mateixes persones amb l'experiència del trastorn mental les protagonistes del seu propi pla de treball. Tots aquests materials presenten algunes coincidències o característiques distintives, com ara, tots remarquen la necessitat de fer un treball amb el propi patiment psicològic, per conèixer-ho millor i així fer-li front. Treball que suposa fer una anàlisi dels desencadenants i de les eines personals que té cadascú. Aquests materials també remarquen la necessitat de la presència d'un facilitador o agent de suport mutu en el procés de desenvolupament del pla, qui també té l'experiència del trastorn mental. I tots posen de manifest la importància de la inclusió, tant dins dels moviments associatius com en activitats externes als moviments associatius de salut mental.

A més a més, el WRAP planteja aquests programes des d'un *model d'autogestió del benestar* enlloc de repetir la proposta habitual d'*autogestió del patiment*. Aquest tomb dóna cabuda a pensar altres variables de recuperació i prevenció de recaigudes –més enllà d'adoptar una vida saludable–, com la necessitat de treballar per a crear condicions emocionals, socials i ambientals positives que ajudin a recolzar aquest procés.

6.1. Reflexions i interrogants per a la implementació de futurs materials.

També és important preguntar-nos quin paper tenen les persones professionals en aquest nou model d'autogestió, ja que aquests també poden ser agents actius per a la inclusió dels paradigmes de recuperació als serveis. La seva tasca és fonamental per introduir un canvi de model i per ajudar a les persones a adquirir les eines necessàries per comprendre el seu patiment i autogestionar el propi benestar. Treballar des de la recuperació pressuposa, alhora que contribueix, a una (re)situació de les persones professionals. Ara bé, possibilitar espais participatius i col·laborar en el seu desenvolupament exigeix que els professionals coneguin i comparteixin els valors del nou paradigma.

Prenent en compte les observacions anteriors, si es vol elaborar un manual d'autogestió del benestar i el patiment d'aplicació al nostre context local, primer cal fer algunes reflexions:

a. Es treballarà des del patiment psicològic o des del benestar?
b. Quin és el rol que hauran de prendre les persones professionals en aquest model?
c. Com es construiran espais de reflexió col·lectius i crítics que incloguin la subjectivitat de les persones amb experiències de trastorn mental?
d. Quin vocabulari i conceptes es faran servir per evitar reproduir aquells que culpabilitzen a les persones diagnosticades? Com per exemple, la dicotomia recuperat – no recuperat?

7. Referències bibliogràfiques

Ahern, L., & Fisher, D. (2001). Recovery at your own pace. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *39*(4), 22–32.

Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, *6*(3), 490–505. doi:10.1093/schbul/6.3.490

Anderson, H. (1999). *Conversaciones, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia*. *Biblioteca de psicología y psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.

Andresen, R., Oades, L., & Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *37*(5), 586–594. doi:10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x

Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Reprinted from Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*(4), 11–23.

Ashcraft, L., & Anthony, W. A. (2005). A story of transformation: an agency fully embraces recovery. *Behavioral Healthcare Tomorrow*, *14*(2), 12–3, 15–21.

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

Beresford, P., & Wilson, A. (2002). Genes Spell Danger: Mental health service users/survivors, bioethics and control. *Disability & Society*, *17*(5), 541–553. doi:10.1080/09687590220148513

Bertrando, P., & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar : los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.

Bonsack, C., Rexhaj, S., & Favrod, J. (2015). Psychoéducation: définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, *173*(1), 79–84. doi:10.1016/j.amp.2014.12.001

Bonsack, C., Rexhaj, S., & Rôme Favrod, J. (2015). Psychoé ducation : dé finition, historique, inté rêt et limites. *Annales Medico-Psychologiques*, *173*, 79–84. doi:10.1016/j.amp.2014.12.001

Builes Correa, M. V., & Bedoya Hernández, M. H. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *35*(4), 463–475.

Carvalho, F. (2014). Wellness Recovery Action Planning. In *Wellness Recovery Action Planning* (Vol. 6, pp. 45–66). doi:10.1093/acprof

Castro, X. (2013). Salud mental sin sujeto. Sobre la expulsión de la subjetividad de las prácticas actuales en salud mental. *Revista CS*, *11*, 73–114.

Cooperativa ETCS. (2016). *Informe de resultats del diagnòstic de necessitats d'informació en salut mental*. Barcelona.

Copeland, M. E. (2011). *Wellness recovery action plan (WRAP) : a system for monitoring, reducing and eliminating uncomfortable or dangerous physical and emotional difficulties*. West Dummerston: Peach Press.

Crowe, M., Porter, R., Inder, M. L., Wilson, L. (2012). Effectiveness of interventions to

improve medication adherence bipolar disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 46*(4), 317-326. doi: 10.1177/0004867411428101

Eiroa-Orosa, F. J., Fernández, M. J., & Nieto, R. (2016). *Formulación y tratamiento psicológico en el siglo XXI*. Barcelona: Editorial UOC.

Foucault, M. (1998). *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. México: Siglo XXI.

Generalitat de Catalunya (2017). *Pla Integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Estratègia 2017-2019. Retrieved from http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2017/03/13/13/08/e161671e-f399-4710-9d5f-785fa04192be.pdf*

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (s.f) Guia informativa per elaborar un document de voluntats anticipades. Recuperat de: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciutadania/la_salut_de_la_a_a_la_z/v/voluntats_anticipades/documents/arxius/guiainfvant.pdf.

Habermas, J. (1990). *Pensamiento Postmetafisico*. Madrid: Taurus.

Harrow, M., Grossman, L. S., Jobe, T. H., & Herbener, E. S. (2005). Do patients with schizophrenia ever show periods of recovery? A 15-year multi-follow-up study. *Schizophrenia Bulletin*, *31*(3), 723–734. doi:10.1093/schbul/sbi026

Icarius Project. (2016). Mapping our madness. Retrieved November 1, 2016, from www.theicariusproject.net

Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social. (2016). La recuperación.

Llei 21/2000 (de 29 de desembre), sobre els drets d'informació concernent a la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, pàg. 464.

Mcfarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, *29*(2), 223–245. doi:10.1111/j.1752-0606.2003.tb01202.x

Mirabel-Sarron, C., Siobud-Dorocant, E., Cheour-Ellouz, M., Kadri, N., & Guelfi, J.-D. (2006). Apport des thérapies comportementales et cognitives dans les troubles bipolaires The contribution of behaviourist and cognitive theories in bipolar troubles. *Annales Médico Psychologiques*, *164*, 341–348. doi:10.1016/j.amp.2006.03.008

Moodie, K., & Mccollam, A. (2008). *Taking back control. An evaluation of self-management training for people with bipolar disorder*. Edinburgh: Scottish Development Centre for Mental Health.

Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery Program: Rationale, Development, and Preliminary Findings. *Schizophrenia Bulletin*, *32*, 32–43. doi:10.1093/schbul/sbl022

Murray-Swank, A. B., & Dixon, L. (2004). Family Psychoeducation as an Evidence-Based Practice. *CNS Spectrums*, *9*(12), 905–912. doi:10.1017/S109285290000972X

Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Retrieved from http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf\nhttp://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/6401

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salut mental 2013- 2020.* Retrieved from:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf

Ortiz, A. & Ibañez, V. (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Revista Española Salud Pública,* 85 (6), 513-523.

Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, *318*(7177), 149–153. doi:10.1136/bmj.318.7177.149

Phelan, J. C. (2005). Geneticization of deviant behavior and consequences for stigma: the case of mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, *46*(4), 307–322. doi:10.1177/002214650504600401

Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Bender, W., Engel, R., Wagner, M., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *67*(3), 443–52.

Rosillo Herrero, M., Hernández Monsalve, M., & Smith, S. (2013). La recuperación: servicios que ponen a las personas en primer lugar. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *33*(118), 257–271. doi:10.4321/S0211-57352013000200003

Rummel-Kluge, C., & Kissling, W. (2008). Psychoeducation in schizophrenia: new developments and approaches in the field. *Current Opinion in Psychiatry*, *21*(2), 168–172. doi:10.1097/YCO.0b013e3282f4e574

Serrano Miguel, M. (2014). "Grup de pensadors": Narrativas y subjetividades en torno a la salud mental. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *34*(123), 507–519. doi:10.4321/S0211-57352014000300005

Shepherd, G., Boardman, J., & Burns, M. (2009). *Implementing Recovery: A methodology for organisational change*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.

Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Hacer de la recuperación una realidad*. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud.

Sin, J., Gillard, S., Spain, D., Cornelius, V., Chen, T., Henderson, C. (2016). Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis. *PROSPERO International prospective register of systematic reviews.* Retrieved from: http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.asp?ID=CRD42016033176

Slade, M. (2014). *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sterling, E. W., Von Esenwein, S. A., Tucker, S., Fricks, L., & Druss, B. G. (2010). Integrating wellness, recovery, and self-management for mental health consumers. *Community Mental Health Journal*, *46*(2), 130–138. doi:10.1007/s10597-009-9276-6.

Tursi, M. F.,Baes, C.V., Camacho, F.R&Juruena, M. F. (2013). Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 46*(11), 1019-1031. doi: 10.1177/0004867413491154.

Vázquez, C., Hervás, G., & Ho, S. M. Y. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, *14*(3), 401–432.

Williams, G. C., Grow, V. M., Freedman, Z. R., Ryan, R. M., & Deci, E. L. (1996). Motivational Predictors of Weight Loss and Weight-Loss Maintenance. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*(1), 115–126.

Wilson, J. M., Hutson, S. P., & Holston, E. C. (2013). Participant satisfaction with Wellness Recovery Action Plan (WRAP). *Issues in Mental Health Nursing*, *34*(12), 846–54. doi:10.3109/01612840.2013.831505

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *86*(2), 103–126. doi:10.1037/0021-843X.86.2.103

www.activatperlasalutmental.org

info@activatperlasalutmental.org

Estudi realitzat per: ActivaMent Catalunya Associació

SMC salutmental Catalunya Federació

Generalitat de Catalunya

VEUS Federació Catalana d'Entitats de Salut Mental en 1a Persona