

Cicle 'La igualtat efectiva de dones i homes, un repte de país'

Sessió 'Dona i salut mental: impacte de les desigualtats socials'

Palau del Parlament, 10 d'octubre de 2016

La presidenta

Conseller, diputades i diputats, senyora Usall, Sara, senyores i senyors, amics i amigues, és un plaer donar-vos la benvinguda en una altra sessió d'aquest cicle 'La igualtat efectiva de dones i homes, un repte de país'.

Aquesta cinquena sessió del cicle és dedicada a la salut mental. El títol és 'Dona i salut mental: impacte de les desigualtats socials'.

Com ja sabeu, sempre busquem que coincideixi amb algun dia, amb algun motiu, que s'adigui amb el tema de què tractem, i en aquest cas la coincidència és plena, perquè avui, precisament, és el dia mundial de la salut mental. La idea de fer coincidir aquests actes amb dies mundials busca que tinguin un impacte en l'opinió pública, que els mitjans de comunicació se'n facin ressò. I crec que de la salut mental és molt i molt important que se'n parli, perquè en la nostra societat hi ha molts tabús, molts prejudicis, sobre el tema. Moltíssimes vegades, els problemes de la salut mental es queden en l'àmbit privat, en l'àmbit familiar, i és per temes de pudor, de vergonya, de pressions socials, que moltes persones que pateixen una malaltia mental o que tenen familiars que en pateixen no ho gosen dir. I, per tant, hem de trencar tots aquests prejudicis, hem de trencar tots aquests tabús. Aquest silenci és una anomalia que cal corregir, i crec que la millor manera de corregir-lo és parlant d'aquestes malalties com de qualsevol altra. I això requereix sobretot informació, que la gent conegui el tema, que sàpiga el que implica i el que no implica tenir una malaltia mental, perquè quan no es parla obertament, quan les coses no es coneixen, és quan apareixen els malentesos i quan hi ha creences que donen lloc a equivocacions i idees errònies, que és, moltes vegades, el que passa. Per tant, crec que avui és una bona oportunitat per aprofitar aquest dia de la salut mental, i esperem que nosaltres puguem contribuir amb aquest granet

de sorra a conèixer més i a normalitzar la salut mental. Crec que aquest és un dels objectius principals que avui també ens porten a fer aquest acte.

Una pregunta que ens fem és si cal un diferenciació de gènere entorn de la salut mental. Sense cap mena de dubte, hem de dir que sí. Després en parlaran més a bastament la conferenciant i el conseller, però és evident que en cal un tracte diferent si volem aconseguir aquesta igualtat efectiva entre dones i homes. D'una banda, perquè, evidentment, les diferències biològiques ja es tradueixen també en moltes diferències de salut, en general i també amb relació a la salut mental, tant pel que fa als símptomes com al pronòstic, a la medicació, a tot. D'una banda, això, però és que, de l'altra banda, també, la nostra societat és una societat desigual en perjudici de les dones, i els rols socials, familiars i laborals de la dona i l'home són diferents en la nostra societat. Les dones segueixen assumint la majoria de vegades la cura de les persones amb qualsevol malaltia, i també quan és el cas d'una malaltia mental. Les dones són les que tenen cura d'aquests familiars o de les persones que tenen una malaltia mental. I és una tasca molt dura, realment és un tasca molt exigent, i és una tasca que també és esgotadora, i s'ha de tenir cura també d'aquestes persones que exerceixen de cuidadores. Crec que això s'ha de tenir en compte a l'hora també de fer les polítiques socials pel que fa a la salut mental.

Des del punt de vista legislatiu, des del punt de vista de les lleis, l'eina més important que tenim és la llei 17/2015, del 21 de juliol, sobre la igualtat efectiva entre homes i dones. Tot aquest cicle que fem, de què avui, com hem dit, ja és la cinquena sessió, precisament el que pretén és desplegar aquesta llei, és a dir que s'arribi a complir totalment tot el reglament i es pugui desplegar tota aquesta llei, que de fet té com a termini màxim per a aquest desplegament el juliol del 2017. Per tant, aquesta llei és l'eina que tenim més efectiva. És una llei, evidentment –els que la coneixeu ja ho sabeu–, complexa, i és ambiciosa i transversal, com no podria ser d'una altra manera.

És veritat que no fa cap referència a temes de salut. Concretament, no fa cap referència específica a temes de salut mental. Però sí que fa una referència general a temes de dona i salut. Concretament, a l'article 48, que parla sobre polítiques de salut i serveis, i diu que s'han de prendre les mesures necessàries per prevenir i tractar les malalties que afecten especialment les dones i les que tenen un impacte diferencial en les dones. I també a l'article 49, sobre la recerca en ciències de la salut, un punt fonamental, ja que hi ha molt pocs coneixements sobre les malalties mentals, que potser són de les més desconegudes. I un buit encara més gran és a l'hora de detectar els efectes diferencials d'aquestes malalties entre homes i dones.

D'altra banda, també cal destacar que, com saben, la setmana passada vam tenir el debat de política general, i en aquest debat de política general es va aprovar una resolució per una majoria molt àmplia, exactament amb 83 vots a favor, que feia referència a mesures i actuacions en matèria de salut mental i addiccions.

És evident que no n'hi ha prou legislant, sinó que cal desplegar aquesta legislació i després concretar-ne l'aplicació efectivament. És veritat que no tot és legislar, però també ho és que si no tenim legislació tampoc podem actuar. Per tant, el que els vull dir és que al Parlament hem legislat i que el govern porta a terme polítiques que ajuden en aquest sentit.

El que volem avui, senzillament, és contribuir a posar fi als prejudicis sobre aquestes malalties, que siguin una mica més conegudes i que siguin considerades com el que són: malalties exactament igual que qualsevol altra.

I ara ja passaré la paraula a la senyora Sara González, que exercirà de moderadora de l'acte d'avui.

La moderadora (Sara González, periodista)

Gràcies, presidenta. Prendre consciència. Força sovint oblidem com n'és, d'important, situar en primera línia problemàtiques que durant segles han estat condemnades a la subalternitat.

L'origen de les malalties mentals ha estat atribuït des de temps remots a esperits demoníacs, a elements de caràcter màgic o religiós, i principalment s'han associat sempre a la figura de la dona. Per sort, la concepció de la salut ha evolucionat, i ara, més enllà de la dimensió física, també es tenen en compte les dimensions psíquica i social. L'assistència ha millorat, això és cert, però cal seguir fent-ne pedagogia i, sobretot, buscar vies per posar fi a l'estigma i la discriminació que sovint s'associen als trastorns mentals.

Conferència: 'Dona i salut mental: impacte de les desigualtats socials'

Per fer una radiografia de la situació tenim amb nosaltres Judith Usall, doctora en psiquiatria i màster en estudis de dones. Treballa al Parc Sanitari Sant Joan de Déu i coordina el Grup de Treball i Recerca en Dona i Salut Mental. Les seves principals àrees d'investigació són l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics, tant en els aspectes crònics i de funcionament social com de tractament farmacològic. També la influència del gènere en els diversos trastorns mentals, especialment l'esquizofrènia, però també els trastorns afectius i la psicofarmacologia. I també és coordinadora de la secció de recerca de l'International Association for Women's Mental Health.

Durant el discurs de la doctora els repartiran unes targetes perquè puguin formular preguntes per després fer el debat.

I sense més dilacions té la paraula la doctora Usall.

Judith Usall (psiquiatra del Parc Sanitari Sant Joan de Déu i coordinadora del Grup de Treball i Recerca en Dona i Salut Mental)

Gràcies, Sara. Bona tarda. Estic molt contenta de ser aquí al Parlament de Catalunya per parlar d'un tema, el de dona i salut mental, que penso que és extremadament rellevant i que fa molts anys que m'hi dedico, tant pel que fa a la pràctica clínica com a la recerca.

Haig de dir que estic doblement contenta. D'una banda, pel fet que la molt honorable senyora Carme Forcadell hagi endegat aquest cicle sobre la igualtat efectiva de dones i d'homes, i, d'altra banda, pel fet que l'honorable senyor Antoni Comín pensi que el tema de la salut mental és prou rellevant per a aquest cicle..., i a més fent-ho coincidir amb el dia de la salut mental. I, és clar, agraeixo que s'hagi pensat en mi per fer aquesta conferència, i especialment el meu agraïment és per a la senyora Cristina Molina. A l'últim, us agraeixo a tota la gent del públic que hàgiu vingut a escoltar la conferència.

La meua xerrada tractarà de l'impacte de les desigualtats socials entre dones i homes en la salut mental de la dona. He estructurat la presentació de manera que en primer lloc faré un breu repàs de la història dels estudis de dona i salut, i després ja em centraré en la salut mental, posant un especial èmfasi en la influència dels aspectes socials de desigualtats entre dones i homes en la salut mental de la dona. I acabaré amb unes recomanacions.

Els estudis de dona i salut han passat per diverses etapes. Simplificant una mica, es podria dir que fins fa poc tant la investigació mèdica com la docència i l'assistència sanitària han mirat les dones com si fossin homes, i això ha fet que no veiessin les malalties específiques que podem presentar, cosa que ha impedit una atenció de qualitat. La salut de les dones s'havia estudiat sols com a salut reproductiva, centrada, per tant, a estudiar trastorns relacionats amb l'embaràs, el part, el cicle menstrual i la menopausa, i moltes vegades també de forma parcial. Al llarg de la història, el cos de l'home es considerava com la norma o referent del cos humà. En canvi, el cos de la dona n'era una variant, i al llarg dels segles XIX i XX, a més, gradualment es veia com un cos patològic, el qual les seves funcions reproductives feien procliu a les malalties corporals i mentals, com per exemple la histèria, i per tant cada vegada més susceptible d'una intervenció mèdica i científica esbiaixada.

No va ser fins a la dècada dels noranta que això va començar a canviar. De fet, sempre se cita un estudi concret que va fer que aquest tema es plantegés seriosament i comencessin a haver-hi canvis rellevants. Va ser un article publicat el 1991 per John Ayanian i Arnold Epstein, que a Massachusetts i Maryland van analitzar les històries de vuitanta mil pacients que havien acudit a l'hospital per dolor toràcic i van mostrar que hi havia diferències entre com es tractava la malaltia cardiovascular en dones i en homes, de manera que a les dones

se'ls feien menys proves diagnòstiques i de tractament. En aquest sentit, la cardiòloga Bernardine Healy va nomenar 'síndrome de Yentl' el fet que les dones han de presentar els mateixos símptomes que els homes per poder ser ben diagnosticades d'un infart i, per tant, rebre una atenció adequada, quan en realitat sovint les dones tenen símptomes més atípics.

Va ser a partir d'aquesta dècada, també, que es va començar a plantejar que la infrarepresentació de les dones en els assajos clínics provocava que els resultats sobre eficàcia i efectes de medicaments no estiguessin ben estudiats en les dones. Els arguments que s'havien utilitzat fins llavors per no incloure-hi dones eren molt diversos i poc rigorosos, des de la prevenció del risc potencial fetal fins que el cicle menstrual de les dones podia afectar-ne els resultats, però també raons més presumptament socials, com que les dones tenien més dificultats per acudir a les visites de l'estudi per qüestions d'organització familiar. Aquest aspecte, el de la inclusió de dones als assajos clínics, es va regular, i actualment la major part d'assajos clínics ja inclouen dones i homes amb un percentatge similar.

Així es va entrar en una segona etapa, o realment en la primera etapa d'estudis de dona i salut. Els estudis de dona es van centrar a estudiar els trastorns més freqüents en dones, el que Carme Valls, que és una metgessa experta en temes de dona i salut, va anomenar 'morbidity femenina diferencial', que crec que és una bona manera de referir-se al conjunt de malalties, motius de consulta o factors de risc que mereixen una atenció específica cap a les dones, bé perquè sols els presenten elles, bé perquè hi són més freqüents.

Molts dels factors de risc diferencials tenen molt a veure amb aspectes relacionats amb les desigualtats entre dones i homes. Tot i que aquest ja va ser un avenç, darrerament s'ha vist la necessitat d'estudiar no sols de forma específica els trastorns més freqüents en dones, sinó d'estudiar tots els trastorns amb una visió de gènere i avaluar, per tant, la influència del sexe i el gènere en l'etiologia, la presentació, el curs i el tractament de les malalties.

O sigui que, encara que estudis de gènere i estudis de la dona no són sinònims, sí que moltes vegades es confonen. Perquè és veritat que quan es diu que es fa una medicina neutra, en realitat es fa una medicina adreçada a la salut de l'home.

L'enfocament de salut pública basat en el gènere parteix del reconeixement de les diferències entre dones i homes, i serveix per determinar com el fet de ser dona o home fa que hi hagi diferències en els resultats, les experiències i els riscos sanitaris per actuar en conseqüència.

Però a què ens referim quan parlem de 'gènere'? El gènere és un sistema de relacions socials, és la forma amb què totes les societats del món determinen les funcions, les actituds, els valors i les relacions que concerneixen l'home i la dona. No és sinònim de 'sexe', tot i que moltes vegades s'utilitza com si ho fos, perquè, mentre que el sexe fa referència

als aspectes biològics que es deriven de les diferències sexuals, el gènere és una definició de les dones i dels homes construïda socialment i amb clares repercussions polítiques. El gènere, per tant, no és una variable més, sinó que és una categoria analítica que permet estudiar i interpretar les diferències i desigualtats entre dones i homes dins dels seus contextos socials, econòmics, culturals i històrics específics. S'expressa a les relacions socials, als rols, a les expectatives i a les atribucions, i és un aspecte lligat a un temps i a una cultura. Com a eina d'anàlisi, també permet visualitzar les concepcions diferents que dones i homes tenen d'elles i ells mateixos i de les seves activitats. El sistema sexe-gènere articula les diferències entre homes i dones, que en un sistema patriarcal es transformen en desigualtats estructurals. I, tot i que puguem referir-nos a cultures diferents, fins al moment actual, en totes, en més o menys mesura, hi regeix un sistema patriarcal de predomini masculí.

A més de patriarcal, la nostra i totes les societats actuals són androcèntriques. 'Androcentrisme' és l'adopció generalitzada d'un punt de vista masculí com a punt de vista neutre i universal. Es pot dir que el sistema patriarcal porta les desigualtats de gènere, que desfavoreixen la dona. En la majoria de les societats, la dona té un menor estatus social que no l'home, i això es tradueix en relacions de poder desiguals. La dona es troba en condicions d'inferioritat en la família, la comunitat i la societat en general, té un menor grau d'accés als recursos i de control sobre aquests recursos i menys pes en la presa de decisions. La societat patriarcal ha posat límits al desenvolupament de les dones, ja que les considera inferiors, amb més malestars o més debilitats que no els homes, i això fa que l'abordatge de la salut de les dones estigui esbiaixat. L'androcentrisme el que fa és la invisibilització de les dones, en genèric i en particular. Perquè allò que no es mira no es veu, i allò que no es busca no es troba.

El fet que la societat sigui patriarcal i androcèntrica ha provocat, i provoca, que sovint a la salut de les dones no s'hi hagi donat la importància i l'atenció que necessita i mereix. La incorporació d'una perspectiva de gènere en la salut pública implica abordar la influència dels factors socials, culturals i biològics en els resultats sanitaris per millorar d'aquesta manera l'eficiència, la cobertura i l'equitat dels programes.

Resumint, podem dir que investigar i abordar la salut des d'una perspectiva de gènere implica reconèixer les diferències i similituds en l'estat de salut de dones i homes, partint de la base que tan erroni és buscar la igualtat en salut, on hi ha diferències, com assumir diferències que no existeixen. Cal tenir en compte factors biològics, però també les desigualtats en salut que són construïdes socialment i culturalment, i que per tant són qüestionables i sobretot modificables.

Després d'aquesta introducció, em centraré ja en el tema de salut mental. El tema de gènere, que és important en tots els àmbits de la salut, en el de la salut mental és especialment rellevant, ja que en els trastorns mentals els aspectes socials són encara més importants que en altres àrees de la medicina. A més, en molts dels trastorns que són més freqüents en dones que no en homes, com la depressió, els trastorns d'ansietat, els trastorns de la conducta alimentària i el trastorn límit de la personalitat, els factors ambientals, molts relacionats amb la discriminació de la dona, tenen una influència més gran.

El primer estudi que va estimar la prevalença de malaltia mental en població general, en aquest cas als Estats Units, va ser l'estudi epidemiològic ECA, en què ja es va demostrar que la probabilitat de patir un trastorn mental qualsevol, excepte el de consum de substàncies i el d'esquizofrènia, era més elevat en dones que no en homes.

Pel que fa a la depressió, un recent estudi de l'OMS apunta que l'any 2020 serà probablement la segona causa de discapacitat als països industrialitzats. A Europa, aquesta malaltia ja apareix en diversos estudis com a primera causa, per davant de malalties com la cardiopatia isquèmica, l'artrosi, l'asma o la diabetis. Tots els estudis epidemiològics que es fan en població general, des del pioner de l'ECA com també els clínics, que estudien les persones que consulten a medicina general o als serveis psiquiàtrics han trobat invariablement que la depressió és més freqüent en dones que no en homes en totes les cultures.

Pel que fa a Catalunya, tenim les dades d'un estudi europeu que es va fer el 2001-2002, anomenat ESEMeD. Aquest projecte va estudiar la prevalença dels trastorns mentals i factors associats a diversos països europeus, entre els quals Catalunya. Va ser coordinat per Josep Maria Haro des del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, i jo hi vaig participar. Les dades, pel que fa a depressió, van ser que a Catalunya la probabilitat de patir un trastorn de l'estat d'ànim al llarg de la vida era en les dones del 20,39 per cent, i en els homes, de l'11,31 per cent. En resum, doncs, podem dir que la depressió és dues vegades més freqüent en les dones que no en els homes. Aquesta diferència es dona especialment a partir dels quinze anys. En la infantesa, les nenes i els nens tenen una probabilitat més semblant de patir depressió. Una de les etapes de la vida en què les dones tenen més risc de patir depressió és el postpart, el 15 o el 20 per cent de les parteres. Hi ha estudis que troben que el risc de patir depressió per a les dones en aquest període és el doble que en qualsevol altre. A més, haver patit una depressió postpart predisponeix a patir-ne en parts posteriors.

Pel que fa als trastorns d'ansietat, les dones també tenen més del doble de risc de patir-ne. Els resultats de l'ESEMeD a Catalunya mostren que la probabilitat de patir al llarg de la vida un trastorn d'ansietat és en dones del 14,85 per cent, i en homes, del 7,6 per cent.

L'ESEMeD també va estudiar la prevalença d'un trastorn d'ansietat específic, com és el trastorn per estrès posttraumàtic, i va trobar que la probabilitat de patir-lo al llarg de la vida era en dones del 2,2 per cent, i en homes, la meitat, l'1,2.

Pel que fa als trastorns de la conducta alimentària, com l'anorèxia i la bulímia, la prevalença en població general és del 5 per cent, però el 90-95 per cent de les persones que el pateixen són dones.

I el trastorn límit de la personalitat, que és el trastorn de personalitat més freqüent en mostres clíniques, en població general la probabilitat de patir-lo és del 2 al 3 per cent, però, també, el 70 per cent són dones.

Una de les complicacions més greus de la depressió i el trastorn límit de la personalitat són els intents de suïcidi i les morts per suïcidi. Es calcula que el risc de suïcidi en persones amb depressió és d'entre el 10 i el 15 per cent. Encara que el suïcidi consumat és més freqüent en homes, en dones són molt més freqüents els intents. I en el trastorn límit de personalitat el risc de mort per suïcidi és del 5 al 10 per cent.

Un altre fet conegut és que les dones consulten més que no els homes tant per problemes físics com mentals. Però aquest fet no pot explicar del tot que hi hagi més prevalença, ja que en població general, independentment que les dones consultin més, també tenen més morbiditat psiquiàtrica.

Aquestes diferències que he comentat en el risc de patir un trastorn mental tenen tant una possible etiopatogènia biològica com psicològica, com, evidentment, un origen social. I jo ara parlaré de com aquests factors de risc social tenen sovint un caràcter de discriminació i desigualtat.

I el primer factor de què parlaré, per la seva gravetat i les repercussions en la vida de moltes dones, és el de la violència. Les dones poden patir diferents tipus de violència, tant a la infantesa com a l'edat adulta.

A la infantesa, el tipus de violència més greu i més específic de gènere és el de l'abús sexual. La prevalença de l'abús sexual infantil és difícil d'estudiar, ja que en molts casos les agressions no es denuncien en el moment que es pateixen i sovint no s'expliquen tampoc més endavant. Tot i així, els resultats de la majoria d'estudis oscil·len entre el 20 i el 25 per cent en nenes i el 10 i el 15 per cent en nens. Un factor de més gravetat és quan l'abús sexual es pateix per part d'un familiar. A part de la gravetat de la violència en el moment que es pateix, les dones que han patit abús sexual tenen un risc alt de presentar patologia mental a la vida adulta, i un trastorn que sembla clarament relacionat amb l'abús sexual és el trastorn límit de la personalitat. Aquest és un trastorn que, com ja he comentat, és molt més

freqüent en dones, i es caracteritza per una gran inestabilitat emocional, amb canvis acusats i bruscos de l'estat d'ànim, inestabilitat en les relacions interpersonals, sentiments d'abandonament i incomprensió. Té una important gravetat, perquè les dones que el pateixen ingressen molt sovint a hospitals psiquiàtrics, tenen un alt risc d'autolesions i suïcidi, amb freqüència pateixen també altres trastorns psiquiàtrics, com consum de substàncies, i tenen molt mal pronòstic.

Un altre tipus de violència específica de la dona, i greu, és l'agressió sexual. Es calcula que el 10 per cent de les dones europees han patit violència sexual. A Catalunya, el 2015 hi va haver 679 denúncies per agressions sexuals i 766 per abusos sexuals. Tant pel que fa a l'abús sexual com a les violacions, sovint un factor d'estrès afegit a la violència soferta per la dona és el causat pel fet que quan es denuncia l'agressió encara de vegades són les dones les que han de demostrar que no són elles les responsables de la violació, i encara hi ha, també, molts agressors que no són castigats.

Per acabar aquest apartat, em referiré a la violència masclista. Investigacions recents han trobat que entre el 20 i el 40 per cent de les dones pateixen violència física o sexual per part de la seva parella. A Catalunya les dades són que el 26 per cent de dones pateixen violència al llarg de la seva vida. Al servei de seguretat i atenció de les víctimes de Barcelona van atendre l'any 2015 tretze mil víctimes, i el 2015 n'hi va haver sis de mortals a Catalunya.

Les dones que pateixen violència masclista tenen més risc de patir un o més trastorns mentals. El trastorn mental més freqüent que presenten les dones que han patit aquest tipus de violència és el trastorn per estrès posttraumàtic, que apareix després d'un estrès greu en què la persona ha estat en risc vital i provoca símptomes d'ansietat, insomni, afebliment emocional, records recurrents de la situació estressant i respostes emocionals i físiques exagerades en situacions que evoquen la situació traumàtica. Més del 50 per cent de les dones que han patit violència pateixen un trastorn per estrès posttraumàtic greu. Molt sovint, a més, aquest trastorn es presenta de forma comòrbida amb altres trastorns depressius i fòbics i l'abús de substàncies. A més, quasi el 50 per cent des les dones que es refugien en centres d'acollida pateixen aquest trastorn de forma crònica.

Les dones que han patit violència masclista també presenten un alt risc de depressió, que segons els estudis oscil·la entre el 35 i el 70 per cent.

L'embaràs comporta un risc vital augmentat a l'hora de patir violència masclista, i s'ha estudiat que el 90 per cent de les dones agredides durant l'embaràs són agredides també durant els primers mesos del postpart.

Un interessant estudi fet a Boston conclou que les dones que han patit violència masclista i presenten trastorn per estrès posttraumàtic i depressió han patit en la infantesa més abusos

sexuals que no les dones que sols pateixen trastorn per estrès posttraumàtic. Amb això podem veure que haver patit diversos abusos afegeix gravetat.

Per fer un bon abordatge de les necessitats de les dones que han patit violència masclista i que en presenten símptomes psiquiàtrics cal un model d'atenció integral i situat en els centres d'atenció primària i/o en els centres de salut mental.

Entre els centres de Catalunya que tenen programes específics de tractament em referiré a dos. En primer lloc, al Centre de Salut Mental de Cornellà, que és on jo treballo i que porta la psicòloga Anna Rodríguez. Quan s'han estudiat característiques d'aquestes dones s'ha vist, entre altres dades interessants, que el 45 per cent de les dones ateses havien patit o havien estat testimonis de violència en la seva família d'origen. I també una altra dada molt rellevant és que les filles i els fills de les dones que han patit violència pateixen més trastorns mentals que no els fills i les filles de dones que no n'han patit, encara que tinguin antecedents familiars psiquiàtrics.

I un altre model d'actuació integral davant el maltractament i la violència masclista és el que es porta a terme als centres d'atenció primària de salut i al Centre de Salut Mental de Sant Cugat del Vallès, que la psicòloga que el coordina és Roser Cirici, que és avui aquí. I us donaré algunes dades d'onze anys de la seva experiència en l'atenció de dones víctimes de violència masclista. Del total de les dones ateses, una de cada tres víctimes és estrangera, la majoria de l'Amèrica del Sud. El 53 per cent conviu amb la parella agressora, i amb els fills i les filles, un 66 per cent. Entenent que el maltractament psicològic es dóna en tots els casos, el maltractament físic està present en el 67 per cent dels casos, i d'aquests, el 6,3 és sexual. També és important saber que el principal punt de detecció es dóna als serveis d'urgències i en atenció primària.

Una dada interessant i preocupant és que el 51 per cent de dones exposa no tenir intenció de presentar denúncia. Diversos estudis indiquen que solen passar de cinc a deu anys entre el primer episodi de violència i el moment que es denuncien.

També trobem que, a més d'un augment significatiu de la prevalença de les malalties mentals amb més risc d'intent de suïcidi, hi ha un risc augmentat de diverses patologies somàtiques, com malalties musculoesquelètiques i genitourinàries.

En resum, el tema de la violència ha de ser un tema prioritari en l'abordatge de la salut mental de les dones, atesa la important repercussió que hi té. Al final de la presentació em referiré a unes recomanacions encaminades a aquest abordatge.

Un altre aspecte relacionat amb la discriminació contra les dones que té implicacions en la seva salut mental té a veure amb els estereotips de gènere. Els estereotips són el conjunt

d'idees simples, però molt arrelades en la consciència col·lectiva, que s'escapen del control de la raó. Determinen quins han de ser els comportaments i les actituds correctes i incorrectes de dones i homes, i en construeixen la personalitat de forma unidireccional. Alguns d'aquests estereotips són que les dones som més intuïtives, més passives, més submises i més dèbils que no els homes, però també més inestables psicològicament. Aquests estereotips no marquen sols una diferència, sinó que en general tenen una connotació més negativa que no els seus contraris, com raó, activitat, poder, força, estabilitat. Podem dir que són estereotips sexistes que es reproduïxen com si fossin una característica sexual que formés part de la natura i no una construcció social, que és el que són. En general, uns estereotips de gènere estrictes són perjudicials tant per a dones com per a homes, perquè quan una persona no s'ajusta als estereotips de gènere és valorada negativament.

I, referint-me als estereotips de gènere, de vegades s'han utilitzat resultats sobre possibles diferències cerebrals o neuropsicològiques per donar categoria científica als estereotips de sempre. La neurocientífica britànica Gina Rippon és una de les que més ha lluitat contra aquests estereotips. Ni els homes vénen de Mart ni les dones de Venus, escriu ella, i també dic jo. El llibre de John Gray es presenta com un llibre d'autoajuda per millorar les relacions de parella entre dones i homes, però ho fa argumentant que els homes i les dones tenen capacitats diferents perquè els seus cervells són diferents. Altres tòpics sexistes que es basen en resultats d'estudis científics són el que cal separar nenes i nens a l'escola perquè els seus cervells són diferents o el de justificar que hi hagi poques enginyeres, matemàtiques i músiques, perquè les seves capacitats cognitives són d'un altre tipus.

Gina Rippon explica que moltes de les diferències cerebrals que es poden trobar en alguns estudis de neuroimatge no són les que expliquen que nenes i nens tinguin interessos diferents, sinó que, al contrari, són els estímuls diferenciats que reben nenes i nens el que fa canviar el desenvolupament del cervell, que és un òrgan plàstic i canvia en funció dels estímuls que rep. I en això defensa, per exemple, que no s'han de regalar joguines diferenciades. Pel que fa a aquest tema, va dur a terme un experiment el 2006 en el qual va plantejar un test de matemàtiques a dos grups d'escolars. Abans de la prova, al primer grup se li va dir que les dones acostumaven a fer-la pitjor que no els homes, cosa que Rippon anomena una 'amença d'estereotip', i al segon no se'ls va dir res d'això. Aquest fet no només va afectar els resultats de la prova –les noies del primer ho van fer més malament que les del segon–, sinó que fins i tot les imatges d'escàners cerebrals obtingudes durant el test van revelar diferents patrons d'activació en funció d'aquesta amenaça d'estereotip.

El tema de les diferències cerebrals pel sexe és evidentment molt controvertit i no l'acabarem aquí, però sí que queda clar que amb els estudis actuals no es pot concloure de cap manera

que hi hagi un cervell masculí i un de femení, ni tampoc unes clares diferències en capacitats cognitives entre dones i homes.

A més dels estereotips, els rols socials també estan assignats en funció del gènere. Els rols socials de dones i homes no sols són diferenciats, sinó que també porten a desigualtats i discriminació. La primera separació de rols està entre allò públic, propi del rol masculí, i allò privat, propi del femení. I aquesta separació comporta que les tasques relacionades amb la llar, com són les domèstiques i les de tenir cura de les persones dependents, es considerin femenines en totes les cultures. Aquestes tasques, tant si són remunerades com no, tenen poc reconeixement social. Quan es recullen les dades sobre situació laboral, la feina de mestressa de casa, un terme poc adequat i que ja marca un estereotip, es considera com un no-treball, i quan el treball domèstic és remunerat sempre són treballs molt mal pagats i amb unes condicions laborals molt precàries. Per tant, moltes dones tenen més dificultats per tenir independència econòmica i aconseguir reconeixement professional.

A més, a la nostra societat, i tal com ja ha comentat la presidenta, les persones dependents, les persones grans, les persones amb malalties que provoquen discapacitats tant físiques com mentals, encara depenen molt de la família per a la seva cura. Però parlar de la família en realitat és un eufemisme, perquè en general sempre són les dones –mares, esposes o filles– les que tenen un pes més important en aquesta cura i, per tant, pateixen una càrrega que no sol és física, sinó sovint mental.

En el treball remunerat també els rols socials hi influeixen. Per exemple, tot i que es considera que les dones han de fer-se càrrec de les criatures i s'insisteix que totes les dones tenen dret a la maternitat, sovint, en reincorporar-se a la feina després d'una baixa maternal, pateixen assetjament laboral o directament un acomiadament. En el tema de la maternitat els rols estan encara clarament designats, i se segueix considerant que és la mare la que s'ha de fer responsable de la cura de les criatures. Aquest fet, evidentment, obliga les dones quan són mares a fer una doble jornada. El tema de la maternitat té també un altre aspecte, que és que socialment es considera que totes les dones desitgen ser mares. Es podria parlar de la maternitat obligatòria. Perquè sempre es planteja que les dones es poden penedir de no haver estat mares, però mai d'haver tingut canalla. En aquests casos, també, la pressió social es converteix en quelcom biològic, quan es parla del rellotge biològic.

Un altre aspecte relacionat amb el rol social és el de la consideració de la dona com un objecte que ella ha de cuidar per ser sexualment atractiva per als homes o amagar per no ser una temptació. En tot cas, el cos de la dona no li pertany del tot. En la nostra cultura es valora la joventut i estar prima, i una de les greus conseqüències pel que fa a la salut mental és l'alta prevalença de trastorns de la conducta alimentària en les dones. Com ja he

comentat prèviament, aquests trastorns es presenten en el 90 per cent en dones, i aquests trastorns estan clarament relacionats amb l'autoimatge corporal, la qual té uns condicionaments bàsicament socials.

Tot i que és molt difícil tenir dades objectives sobre quins d'aquests aspectes que he citat són més rellevants i en quin grau augmenten el risc d'un trastorn psiquiàtric concret, atesa la dificultat de dissenyar un estudi per treure'n dades concloents, sí que puc concloure que tant el manteniment dels estereotips sexistes com els rols que les dones tenim assignats a la societat actual ens situen en desavantatges que empitjoren l'estat de salut, perquè comporten una sèrie de requeriments, sovint contradictoris, que poden augmentar l'estrès, i perquè, a més, les limitacions de rol de gènere, que s'associen a menor capacitat d'elecció, i la sobrecàrrega derivada de la dificultat de conciliar rols augmenten el risc de patir depressió i ansietat.

Evidentment, quan fem una aproximació social als problemes de salut de dones i homes, a més de la discriminació de gènere cal incloure-hi la influència d'altres factors socials que incideixen en la salut de les persones, com la pobresa, la classe social, el mercat laboral, la immigració. Perquè tots aquests, en més o menys grau, tenen especificitat de gènere.

Les dones no accedeixen als mateixos llocs de treball que els homes i en general cobren menys. La bretxa salarial a Catalunya és de quasi el 25 per cent. A més, la renda mitjana anual dels homes també és superior a la de les dones.

La immigració també té especificitats de gènere pel que fa a qui es desplaça, moltes vegades les dones soles, que mantenen amb el seu treball la família, que s'ha quedat al país d'origen, i moltes vegades treballant en tasques domèstiques i sovint sense un contracte laboral.

Pel que fa a la pobresa, em referiré a l'últim informe d'indicadors socials de Catalunya, 'Gent gran: pobresa i vulnerabilitat'. I una dada d'interès, pel que fa a la desigualtat entre dones i homes, és que les dones grans són més pobres que no els homes grans. Entre altres raons, perquè cobren pensions més baixes o no en tenen, fet clarament relacionat amb el rol que han tingut com a cuidadores i de dedicades al treball domèstic no remunerat.

A més, hi ha més dones que viuen soles, perquè l'esperança de vida de les dones és més gran que no la dels homes. Aquí es podria parlar també d'un altre aspecte, com que les dones viuen més però tenen més problemes de salut crònics, que també són un factor de risc per a les malalties mentals.

La classe social a què es pertany i la pobresa s'han trobat en tots els estudis epidemiològics clarament associades al risc de patir un trastorn mental, especialment depressió. Pel que fa

a la immigració, tot i que les dades són més controvertides, sí que sembla que les persones immigrants, que sovint són també més pobres, tenen més risc de presentar símptomes depressius i ansiosos.

Acabaré amb algunes recomanacions destinades a millorar l'abordatge de la salut mental de les dones. Aquestes recomanacions es basen en la declaració internacional sobre dona i salut mental, que va ser aprovada ja fa uns anys pel World Psychiatric Association, en col·laboració amb la International Association for Women's Mental Health. Aquesta és una associació creada el 2001 amb l'objectiu de millorar la salut mental de les dones a tot el món. Jo en formo part des de fa anys i he participat en diversos dels seus congressos.

A Catalunya també vam crear el 2004 el Grup de Treball i Recerca de Dona i Salut Mental, que és un grup de treball de la Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental que estic molt contenta de representar en aquest acte. Agrupa persones que treballem en el camp de la salut mental i que tenim l'interès d'afavorir un millor coneixement en el camp d'estudi de dona i salut mental.

Les recomanacions, com he comentat, es basaran sobretot en la declaració internacional, però també inclouré altres aspectes que són fruit de reflexions personals i col·lectives.

Primer, faré una recomanació molt general, i potser òbvia, però molt important: no hi pot haver una bona promoció de la salut sense una millor organització de la societat, ni una bona promoció de la salut de la dona sense posar fi a les discriminacions que encara patim.

La primera recomanació específica pel que fa a salut mental és la necessitat que tant els i les professionals com les organitzacions proveïdores integrin la salut mental de la dona com una prioritat.

La segona es refereix al fet que cal donar suport o crear programes de promoció de la salut que tinguin en compte el context vital de les nenes i les dones perquè totes tinguin un accés igualitari a l'educació i el treball, s'eliminin la violència i la discriminació i es redueixi la pobresa.

Una altra recomanació parla de donar suport perquè les dones puguin triar en llibertat tot allò relatiu a la sexualitat, relacions de parella i maternitat. A més, també parla del fet que cal donar suport perquè la informació que es doni a les joves i les dones sobre la seva salut sigui clara i entenedora i perquè es respectin les eleccions en la presa de decisions sobre el tractament, sempre que sigui possible. Aquesta recomanació posa l'èmfasi en la necessitat d'apoderar les pacients, que crec que és molt rellevant en el nostre camp.

Pel que fa al tractament de la violència masclista, que és una de les xacres socials més greus que patim, algunes recomanacions per millorar-ne l'abordatge són:

Reconèixer que la violència contra les dones és un important factor de risc de patologia mental en dones i condemnar-la.

Crear programes que millorin l'educació de les i els psiquiatres i altres professionals de la salut mental a l'hora de reconèixer i tractar les víctimes de violència masclista. Aquesta formació ha d'incloure l'exploració de rutina sobre la violència en totes les històries clíniques i el reconeixement del paper de la violència masclista i les violacions en l'origen i el pronòstic dels trastorns.

Promoure programes de tractament que siguin segurs i respectuosos i no culpabilitzadors, tant ambulatoris com d'ingrés.

Fer recerca sobre quins són els millors tractaments per a les dones que han patit violència masclista, i per als fills i les filles, i també com abordar els maltractadors.

Afavorir el treball en xarxa interprofessional –legal, social i mèdic– per millorar i prevenir aquesta xacra.

I fer intervencions més àmplies, tant psicoeducacionals com socioculturals, per aconseguir un canvi en la visió social que converteix la dona en objecte, que és un determinant molt important en la violència que patim. Cal fer educació per reduir estereotips i, en resum, afavorir una cultura de la igualtat. També cal evitar, i censurar i castigar, jo diria, les intervencions que normalitzen la violència contra les dones com a acceptable o lligada a una cultura.

I, després, ja seguint amb les recomanacions generals pel que fa a la salut mental, la declaració parla del fet que cal donar suport a campanyes que augmentin el reconeixement i la reducció de l'estigma de la salut mental en dones. Crec que a Catalunya es fa un treball molt important de reducció de l'estigma, però no sé si es posa prou èmfasi en els temes més específics de dona.

La declaració es refereix també al fet que cal donar suport al desenvolupament i l'ús de sistemes de diagnòstic culturalment apropiats, que tinguin en compte el context sociocultural de la vida de les dones i les diferències biològiques quan n'hi ha.

Un altre aspecte que trobo molt interessant de la declaració és que diu que cal fer estudis sobre la resiliència, tant els factors que la milloren com els que la disminueixen. I ho trobo molt pertinent, perquè això amplia l'abordatge de la salut mental en tenir en compte no sols els aspectes de risc, sinó els protectors. El terme 'resiliència' s'utilitza per caracteritzar les persones que, malgrat haver nascut i/o viscut en condicions d'alt risc, per exemple perquè han patit violència, es desenvolupen psicològicament sanes i socialment recuperades. Es fan estudis que indiquen que per afavorir-la és important, entre d'altres, fomentar

l'autonomia individual, l'empatia, la motivació per l'èxit autogestionat, i també treballar l'autoestima de les dones afectades.

Una de les recomanacions generals també és assegurar que les dones tinguin accés a uns serveis de salut mental que tinguin en compte el gènere. I per aconseguir-ho, totes i tots els professionals que atenen persones amb patologia mental haurien de tenir una formació en tots els temes que tenen rellevància en salut mental i dona, alguns dels quals ja he comentat. Crec que per aconseguir aquesta formació caldria que ja en els programes universitaris hi estigués inclosa com a matèria obligatòria, i que també es tractés en la formació especialitzada i els cursos de formació continuada. Segons la meva opinió, tot i que és important que hi hagi persones especialitzades en salut mental i gènere, cal que totes les persones que atenen dones tinguin una formació bàsica. I per obtenir més coneixements sobre aspectes relacionats amb les diferents patologies mentals cal també fer una recerca adequada.

Permeteu-me que em detingui també un moment en aquest aspecte, que és un dels que jo he treballat més. Per fer una bona recerca en salut mental, no sols en salut mental de la dona, sinó en salut mental en general, cal que sempre s'incloguin homes i dones en la recerca, llevat que hi hagi una clara raó relacionada amb l'estudi concret per no fer-ho, i que es donin els resultats de dones i homes per separat. I també cal estudiar les diferències entre grups de dones i homes. A més, és important publicar els resultats negatius si no es troben diferències que es buscaven, per evitar així que sols es publiquin les dades que troben diferències i sobredimensionar-les, com he explicat que passa en estudis de diferències en cognició, per exemple. I, sobretot, cal evitar els apriorismes, com que les dones i els homes són diferents en algun aspecte en concret, o que quan es troben diferències no es tinguin en compte tant els aspectes biològics com els psicològics o els socials. I sempre s'han d'estudiar també les possibles diferències culturals.

També cal considerar que per millorar la recerca no hi ha d'haver un biaix en el nombre de dones i homes que la fan, perquè la perspectiva de les dones no és més objectiva que la dels homes, però sí que contribueix perquè hi hagi una més gran objectivitat en incorporar totes dues mirades.

I per incorporar totes dues mirades i evitar la invisibilització de les dones és molt important la utilització d'un llenguatge inclusiu i no androcèntric. Hi ha moltes solucions per parlar i escriure de manera que les dones no desapareguem del discurs i fer a la vegada un text entenedor i correcte. En aquest sentit, vull reivindicar la utilització del terme 'metgessa' per referir-se a les dones que exercim la medicina i deixar el de 'metge' per als homes.

I ja per acabar, la declaració també es referia a la necessitat que als serveis de salut mental hi hagi igualtat de gènere en la pràctica i promoció de les professionals, incloent-hi la igualtat d'oportunitats per a una promoció professional que sabem que encara pateix el sostre de vidre.

Acabo ja aquesta conferència, i ho vull fer insistint en el tema de la invisibilització/visibilització de les dones. I un personatge literari a qui en considero un paradigma és la dona de Lot. Aquesta dona, que apareix en unes poques línies de la Bíblia, representa el grau més alt d'invisibilització, ja que no té ni nom. Aquesta dona, que va decidir no seguir el seu home després que aquest oferís les seves filles perquè fossin violades i va preferir ser convertida en estàtua de sal, ha fascinat moltes poetesses, que li han dedicat poemes esplèndids, com Anna Akhmatova, Wislawa Szymborska i Maria Mercè Marçal, amb uns versos de la qual voldria acabar aquesta conferència: "Quin era el nom de la dona de Lot, / la qui donà la vida només per un esguard?"

Moltes gràcies per la vostra atenció.

La moderadora

Veig que ja els reparteixen les targetes amb les preguntes. I mentre decideixen si volen fer les seves preguntes, donem la paraula al conseller de salut, el senyor Antoni Comín.

El conseller de salut (Antoni Comín Oliveres)

Gràcies. Judith, Sara..., escolteu, gràcies a la Judith per haver acceptat ser ella qui representés el departament de salut, d'alguna manera, avui en aquesta conferència. Gràcies a la Sara també per haver acceptat la invitació. Però jo volia donar especialment les gràcies a la presidenta del Parlament per haver fet aquesta aposta de visibilitzar les dones en les parets d'aquesta institució, que ja és de per si molt femenina, però que en la seva representació pública a vegades no ho sembla prou. Em sembla que ha estat molt valenta, la presidenta, muntant aquest cicle. Ens va venir a buscar, als consellers i les conselleres – "consellers i conselleres", com "metges i metgesses".

I jo us volia explicar molt breument –mentre prepareu, no m'allargo, les preguntes– per què vam pensar que el tema que convenia... La presidenta em va dir: "Conseller, hem de fer un cicle sobre dona, i tu has de pensar la sessió sobre dona salut." I quan vam valorar-ho en el marc de l'equip del departament vam dir: "Doncs hauria de ser una conferència sobre dona i salut mental, i a més ens anirà perfecte per la data, perquè així la podem fer l'octubre."

I per què? Perquè quan un arriba a un departament com el de salut, amb què es troba? Ara no m'allargaré, eh? Però es troba que tenim un molt bon sistema de salut, a Catalunya, que es concreta en un model de provisió molt específic del que seria el nostre estat del benestar.

El nostre model sanitari és molt específic pel que fa al model de provisió. Després tenim un model assistencial molt reconegut, molt valorat, amb uns professionals i unes professionals de molt nivell. I tot això fa que nosaltres tinguem uns resultats en salut molt bons. Com a societat, històricament, som un dels països del món amb millors resultats en salut. Jo últimament dic que potser convindria que convencéssim l'OCDE perquè s'inventés l'informe PISA de salut, perquè en un informe PISA de salut, Catalunya, déu n'hi do, si se'n sortiria, de bé. N'estic bastant convençut. No entro ara en consideracions, però, a més, fixeu-vos que així com en el camp de l'educació la cultura escandinava calvinista els juga a favor, i sempre estaran una mica per sobre per bé que ho fem, perquè el factor cultural sempre jugarà a favor d'ells –cultura molt orientada a la biblioteca, diguem-ho així, a la biblioteca del barri o a la biblioteca de casa, eh?–, en l'àmbit de la salut juga a favor ser mediterrani, tant des del punt de vista de la dieta com des del punt de vista cultural i dels vincles socials. Per tant, això ens permetria, realment, estar a la part alta del rànquing.

Però aquest punt de partida ha estat afectat, i no hi entro, per un infrafinançament crònic del nostre sistema de salut des de l'inici de la Generalitat i ha estat afectat duríssimament per la crisi. I fixeu-vos que el més greu de la crisi no són només les retallades pressupostàries, que també. Ara vaig a salut mental i dona, eh?, ara hi arribo. El més greu de la crisi –que també és important, l'impacte sobre el pressupost– és l'impacte de la desigualtat sobre els indicadors de salut. Sabem, ho ha explicat perfectament la doctora Usall, que la nostra salut està fortament correlacionada amb la situació social en què vivim, que hi ha uns condicionants socials de la salut, uns determinants socials de la salut, uns factors socials que expliquen l'estat de salut de la gent. I quan augmenten les desigualtats econòmiques i socials, augmenten les desigualtats en salut, perquè la salut està fortament condicionada pels factors socials. Molt fortament. I Catalunya –jo ho repeteixo també aquests dies, ja m'ho heu sentit, alguns de vosaltres– és, amb Espanya, la societat occidental en què les desigualtats han augmentat més a conseqüència de la crisi. Vam començar la crisi estant a la franja mitjana de desigualtat dintre del món occidental, més aviat mitjana-alta, i n'hem sortit sent el país més desigual de la Unió Europea. Això és conseqüència de la crisi i ha afectat directament la situació de la salut. Aquest increment de les desigualtats en salut, però, no ha fet que els nostres resultats en salut hagin empitjorat. Han augmentat les desigualtats en salut entre col·lectius socials, però els resultats en salut, globalment considerats, han aguantat, han resistit. En alguns àmbits han millorat. Excepte –excepte–, això també m'ho heu sentit els últims dies molts de vosaltres, en l'àmbit de la salut mental, en el qual el pes del factor social, el pes dels determinants socials, és tan fort que si mirem la societat catalana globalment considerada els resultats han empitjorat. Les desigualtats han augmentat en molts àmbits de la salut dels catalans i les catalanes, però els resultats

agregats només han empitjorat en un àmbit, que és el de la salut mental, la qual cosa vol dir que els determinants socials, on tenen un pes més fort, on tenen un impacte més alt, és en l'àmbit de la salut mental. Això ho hem dit molts cops aquests dies i no passa res perquè avui ho tornem a repetir.

Molt bé; si la crisi ha afectat més durament l'àmbit de la salut mental, també ha afectat més durament les dones que no els homes. Això també ho sabem els qui venim del món de les ciències socials. I quan diem que les desigualtats han augmentat més a Catalunya i a Espanya que no a la resta de països d'Europa i que és el país avui més desigual de la Unió Europea, hem de dir que això ha augmentat molt més a les famílies sense estudis que no a les famílies amb estudis, ha augmentat molt més a les famílies immigrants que no a les famílies no immigrants –podem fer grans blocs socials–, ha augmentat més entre les dones que no entre els homes.

Si la prevalença de les patologies de tipus mental, dels trastorns mentals, de les malalties mentals, ja de natural és més alta entre dones que no entre homes, ja és el punt de partida, i a més a més la crisi ha afectat més les dones des del punt de vista socioeconòmic i ha afectat més l'àmbit de la salut mental, tenim la tempesta perfecta, que és que un dels espais en què la crisi econòmica –causada, recordeu-ho, per la falta de regulació dels mercats financers a escala internacional– ha impactat més dramàticament, més cruelment, és en el cap i l'ànima de les dones de casa nostra. Fixem-nos en la força de les estructures socials a l'hora de condicionar la felicitat, el dolor, el patiment, l'alegria i la desgràcia de la vida quotidiana de les persones. Una crisi causada per motius, bàsicament, de regulació econòmica acaba impactant en el cap, i en els sentiments, i en les angoixes, i en les ansietats, i en les depressions, de les dones d'un racó d'Euràsia anomenat Catalunya, on viuen set milions de persones, la meitat de les quals són dones. I per això ens semblava que era imprescindible, quasi una obligació, dedicar la nostra conferència sobre salut i dona a salut mental i dona.

Molt breument, el compromís del govern amb aquesta qüestió és màxim. Com que avui celebrem el dia mundial de la salut mental, però divendres també el vam celebrar una mica, o precelebrar, amb la gent de Fòrum Salut Mental, a la plaça Universitat, i abans-d'ahir vam ser a Lleida amb les famílies també fent una celebració, hem tingut ocasió d'explicar que el compromís del govern de la Generalitat avui amb el tema de la salut mental, i per tant particularment amb les dones, que en són especialment afectades, és màxim.

I, simplement, recordar els compromisos que hem manifestat els últims dies. Jo crec que són tres grans compromisos. El primer gran compromís és acompanyar la societat en un canvi cultural –que l'hem de fer junts, tots, però l'hem de fer cadascun de nosaltres, des de

la nostra responsabilitat individual—, que és la lluita contra l'estigma. Perquè insisteixo en això que he repetit també els últims dies: la lluita contra l'estigma vol dir estar disposats a conviure tots, sempre i a tot arreu, amb les persones amb malalties mentals. Perquè els trastorns mentals formaran part, han format part i seguiran formant part de la nostra societat, perquè la prevalença d'aquestes malalties és alta i creixent, i sempre hi haurà algun trastorn mental, més enllà que uns trastorns siguin més crònics i d'altres no ho siguin tant. Ni que aprenguéssim a curar-les totes, el segle XXI... Em diuen els meus amics experts en recerca que com que les grans batalles de la recerca del segle XX són a punt de guanyar-se en quinze, deu, anys, com per exemple el càncer, hi haurà una bossa de diners, diguem-ne, que al segle XX se l'ha menjat la recerca contra el càncer que la podrem dedicar a les neurociències, i, per tant, segurament, seran la prioritat de la recerca i descobrirem moltes coses del cervell que avui encara no entenem bé. Fantàstic. No sé què curarem i què no curarem, no sé què veurem, però segur que les malalties mentals seguiran formant part de la nostra societat, cròniques o no tan cròniques. I, per tant, allà seran, i, ho explicava molt bé la Sara, haurem de decidir si les amaguem o no les amaguem, si hi convivim o no hi convivim. I, per tant, hem de decidir si volem trobar-nos els malalts mentals a la cua del súper, a la cua del cine, i si volem compartir el nostre temps de vida normal i corrent amb aquesta part de la població. Aquesta és la primera cosa que hem de fer, i això és una reprogramació cultural, mental i emocional nostra. I aquest compromís és del govern, perquè nosaltres hem de ser capaços de convidar la societat a fer aquesta modificació, que l'hem de fer, però, tots.

El segon compromís és el compromís pels recursos. I aquí, simplement, ja ho heu sentit: el pressupost de l'any 17 serà el que farà el salt més alt de tota la història, des que tenim departament de salut en democràcia, en l'àmbit de la salut mental. Farem un salt més gran que mai. Perquè toca, perquè venim d'on us he explicat: venim del fet que la crisi ens ha portat a una situació crítica en matèria de salut mental. Per tant, hem de prioritzar en el pressupost aquells àmbits en què estem pitjor o en què hem empitjorat més. I, per això, en termes absoluts i en termes relatius, fem el salt més gran que s'hagi fet mai en salut mental, tot i que la recuperació pressupostària és lenta, molt lenta. Però el compromís és tan gran que podem, fent un esforç molt important, fent un esforç molt —molt— important, fer el salt més gran que s'hagi fet mai en salut mental.

I el tercer compromís és desenvolupar aquest nou model d'atenció als malalts mentals que en diem el 'model comunitari', que és aquest model més orientat a la prevenció, que és aquest model més orientat a la inserció social, laboral, habitacional, de les persones, de desinstitucionalitzar, deshospitalitzar, desmedicalitzar, en la mesura del possible. És tot això. I, per tant, pensar que estem amb persones amb drets, amb persones amb malalties

mentals. Ens hem d'aclarir si quan diem "persones amb malalties mentals" la nostra mirada se'n va cap a la segona part del sintagma –eh?, presidenta, la presidenta és filòloga– o cap a la primera. "Persones amb malalties mentals". Al capdavant, el més rellevant, que és? "Amb malalties mentals" o "persones"? "Persones". I aquest, per tant, és el tercer dels compromisos que intentem tirar endavant des del govern.

I per això agraïm molt que una institució, la principal institució del nostre país, que és el Parlament de Catalunya –que és on rau la sobirania, i és on aboquem els somnis i les esperances d'aquest poble, malgrat les amenaces, però aquí tenim la fermesa de qui ens representa no deixant-se intimidar per les amenaces–, ens faciliti també fer d'altaveu d'aquests compromisos i que ens hi acompanyi, perquè ens sembla que són els compromisos que justifiquen el canvi social d'un país com el nostre, i al cap i a la fi tot el procés polític que fem el fem per tenir un país més humà, i un país més humà vol dir un país que sigui capaç d'acompanyar les persones, les dones, amb malaltia mental millor que no ho fa ara.

Moltes gràcies.

La moderadora

Tenim moltes, moltíssimes, preguntes. No sé si prefereixen que els les vagi formulant i anem per blocs, perquè intentaré agrupar-ne algunes que plantegen temes similars, o...? Sí? Els va millor així? Doncs comencin a prendre notes, perquè n'hi ha unes quantes.

D'entrada, un dels temes que plantegen els oients és: per què no es té cura també dels missatges i els anuncis de televisió que transmeten els mitjans de comunicació, que plantegen una educació que no està en la igualtat?

També si es podria afegir a les seves recomanacions, de la doctora Usall, més sensibilitat i atenció a la salut mental de les dones durant l'embaràs i en la fase del postpart.

Plantegen també des del públic que sempre es presta atenció a la llista d'espera per a les intervencions, però també hi ha llista d'espera en psiquiatria. Plantegen per què no hi ha un psicòleg als CAP, o psiquiatres.

Demanen també per què ha desaparegut la figura del mediador intercultural.

També demanen si hi ha dades sobre la prevalença de la depressió en dones de quaranta anys en amunt a Catalunya, i si se sap si és diferent segons si viuen en ciutat o bé en municipis més petits, de l'àmbit rural, i si és més freqüent patir depressió o patir ansietat.

També plantegen si abans d'aplicar polítiques específiques es podrien aplicar recomanacions a la indústria alimentària, la publicitat, els mitjans de comunicació, en la línia del que plantejàvem en la primera pregunta, per evitar que hi hagi tants trastorns.

Els suïcidis són la causa primera de mort entre els joves després dels accidents de trànsit. Quines iniciatives es podrien dur a terme amb vista a la prevenció als serveis d'atenció primària, si hi ha algun tipus de protocol.

Pel que fa als TDH, plantegen que es necessiten més ajuts, i també plantegen la complicació de diagnosticar, per exemple, un nen d'onze anys; com es pot saber si el test que respon aquest nen el contesta bé o no.

Plantegen un cas específic d'un nen que està diagnosticat de TEA, i plantegen que no hi ha llocs específics per a aquest trastorn, tots són o privats o força deficitaris, i a l'hora d'accedir a feines, a la universitat, no hi ha un suport. I com a pares és un rosari patir tota aquesta situació d'anar de metge en metge, de centre en centre.

També plantegen si a la societat ja li va bé que la dona sigui l'esposa, la mare, la cuidadora, la treballadora.

Pregunten també què opina la doctora Usall de l'excés de medicaments prescrits a persones que ja pateixen algun tipus de trastorn mental.

I també una constatació: que resulta intrigant que aquesta relació entre home i dona gairebé es pugui extrapolar a totes les cultures, no només a la nostra. Aquí plantegen també si no s'hauria d'abordar directament a l'educació, a les escoles, per reduir les desigualtats que plantejava la doctora.

I també com es pot abordar la salut mental de les dones que cuiden malalts mentals.

Judith Usall

Contestaré jo. Jo crec que ja queda clar quines són més per a vosaltres i quines més per a mi, no?

El tema general sobre si s'ha de canviar la cultura, si els mitjans influeixen, per exemple, a l'hora d'objectivar la dona. Jo crec que sí. Ja ho he dit, i crec que, evidentment, això és molt rellevant i s'hauria de canviar, i forma part, una mica, de la manera de prevenir aquestes malalties. Com ja he dit, per exemple, els trastorns de l'alimentació clarament estan molt relacionats amb els anuncis, perquè les dones han d'estar més primes, i tot aquest tema. Jo crec que això pot donar per molt, eh? Però, evidentment, és el que comentàvem: el rol social, la diferenciació entre un rol social de la dona i un de l'home, la discriminació de la dona,

comporta que la dona estigui més malament pel que fa a trastorns mentals, i la manera de canviar-ho és canviant la societat i fer-la més igualitària. Jo crec que sí, això és clar.

Llavors hi havia una pregunta concreta: per què a la declaració i les recomanacions no es parlava més d'embaràs i postpart. Jo crec que sí que es diu, però potser sí que s'hi podria insistir més. Evidentment, ja ho he dit, el moment del postpart és un moment d'alt risc de depressió, i se n'ha de fer un abordatge curós. I també jo crec que, una mica, com he dit..., el tema del gènere. O sigui, crec que totes les persones que tractem, pacients, dones..., hem de saber tractar dones embarassades i en postpart, tot i que també és important que hi hagi programes més específics. No sé si seria això el que..., però sí que és una mica la meva recomanació.

Després preguntaven també per la prevalença de la depressió passats els quaranta anys. Aquest és un tema que es discuteix bastant, perquè si relacionem els quaranta anys amb la perimenopausa, sí que hi ha estudis que diuen que en la perimenopausa, per qüestions que poden ser també socials, pels canvis de rols i també per qüestions hormonals, de què no hem parlat en aquest... És clar, jo no he parlat de temes hormonals, de temes biològics, perquè el tema era més social, però evidentment també hi ha influències hormonals en la depressió, no?, i sí que sembla que les dones poden tenir més risc de depressió en la perimenopausa i no tant ja en la postmenopausa.

No sabia dir si hi ha diferències entre ciutats i pobles pel que fa a prevalença de la depressió.

Preguntaven també si són més freqüents els trastorns depressius o els d'ansietat. En general són més freqüents els depressius, com us he dit també, pel que fa a percentatge, però tampoc hi ha tanta diferència.

També em preguntaven directament pel tema de la medicalització; bé, el tema de si es tracta massa... Jo crec que, de fet, en alguns casos es tracta massa, i en altres, poc. O sigui, se sap que hi ha molta depressió no tractada, o infratractada, i crec que, gairebé, el risc més gran és la depressió no tractada, perquè això fa que es compliqui, que es cronifiqui i que hi pugui haver intents de suïcidi.

Un altre tema molt interessant és el de les dones que tenen cura de pacients amb patologia mental. És el que he dit. O sigui, es parla molt del fet que els i les pacients amb patologia mental, especialment amb patologia mental greu, com per exemple la psicosi, l'esquizofrènia, necessiten tenir cura. Normalment, encara, la cura la fa la família. I és el que he explicat: 'família' és un eufemisme, perquè quan es veu qui té cura normalment d'aquestes persones és la mare, l'esposa, la filla. I llavors als centres de salut mental, en el que jo treballo, i jo crec que en tots, es fa sempre una atenció també a les famílies. Jo crec

que s'ha de fer, aquesta atenció, que pot ser psicològica i en alguns casos, si es diagnostiquen uns símptomes ansiosos o depressius, també farmacològica.

Jo crec que les altres preguntes potser són més perquè les contesteu vosaltres.

El conseller de salut

I tant que sí. Hi ha hagut dues o tres preguntes, fins i tot una que ha quedat per acabar de llegir, que feien referència al paper dels mitjans de comunicació. I aquí topem amb un debat etern i molt complex, perquè en molts altres àmbits ens trobaríem també amb aquest conflicte entre els valors que volem promoure com a societat i els valors que s'acaben promovent des dels mitjans de comunicació, perquè no deixen de ser una indústria que segueix unes regles, en part, també. D'una banda, de mercat, per tant d'oferta i demanda al món audiovisual..., i després el valor de la llibertat d'expressió en societats democràtiques, i fins a quin punt això, per tant, també genera un cert conflicte d'interessos entre aquest principi sagrat, que és la llibertat d'expressió, i el tipus de models socials que voldríem potenciar, si es vol dir així, i els que voldríem no fomentar, no?

En tot cas, això es treballa. Nosaltres tenim institucions importants, en aquest sentit. Una, la més rellevant, és el Consell de l'Audiovisual de Catalunya. Jo d'aquí a poques setmanes tindrè l'ocasió de presentar amb el president del Consell de l'Audiovisual de Catalunya un informe sobre el tractament de les qüestions relatives a la salut mental en els mitjans de comunicació. Farem aquesta presentació i explicarem una mica quina és la situació avui. És un informe que ja està fet, i el que busquem amb el senyor Loppacher és data, que ens quadrin totes dues agendes per fer aquest acte. És imminent, per tant, i és, una mica, una certa casualitat. I en aquest informe també es pensa quin tipus de recomanacions, quin tipus de polítiques, es poden fer en aquest sentit, per no fomentar les pràctiques socials que sabem que són a l'origen de molta patologia mental. Però és una qüestió molt complexa.

Llista d'espera a psiquiatria. Quan parlem de posar més recursos i fer aquest salt important en el pressupost, justament també parlem d'això. Parlem de dotar la primària d'unes capacitats per abordar la malaltia mental que avui no té. Ja hi ha psicòlegs i psiquiatres, a molts centres de primària, al nostre país, però no prou i no a tots, podríem dir resumidament. I sobretot parlem d'enfortir els dispositius comunitaris, els centres de salut mental d'adults, els centres de salut mental infantjuvenils. Tots aquests recursos estan insuficientment dotats, avui, i del que parlem, precisament, és de dotar millor aquests recursos, entre altres coses perquè hi hagi capacitat d'accedir-hi, i a més en una fase incipient dels problemes, que és del que es tracta; posar-los prop de les famílies i les persones perquè els metges, els psicòlegs, els psiquiatres –les psicòlogues, les psiquiatres–, puguin actuar ràpidament, perquè el ciutadà els ha de trobar a prop, aquests professionals i aquests experts. No pot

ser que els professionals el ciutadà pensi que són als hospitals psiquiàtrics. Llavors hi ha un forat així d'immens entre el problema quan comença i l'atenció que el ciutadà o la ciutadana pensa que pot demanar. En canvi, si el ciutadà és conscient que el CAP i el centre de salut mental són oberts a la que ell tingui els primers símptomes... Hem de fer aquest canvi, també, de visualització del ciutadà amb relació a quins serveis té a disposició perquè sigui més proactiu a l'hora d'autoprotegir-se anant a buscar un suport, que és molt important.

Després, moltes de les preguntes ja les ha contestat la doctora Usall. Pel que fa al suïcidi, que efectivament és avui la segona causa de mort en població menor de vint-i-cinc anys a Catalunya, el que sí que podem dir és que el codi risc suïcidi dóna molt bons resultats. Comencem a tenir ja dades comparables, del 14 amb relació als anys anteriors, del 15, i veiem que és una manera d'abordar aquest drama des de la xarxa assistencial que fa que les dades siguin millors des del moment que hem començat a implementar el codi risc suïcidi que no abans. Per tant, en aquest sentit estem esperançats.

TDH. Efectivament, aquí tenim també camp per recórrer i s'hi treballa, amb diàleg amb les organitzacions, amb les famílies. I tenim un debat per acabar de resoldre, fins i tot. Seria l'àmbit del món de la salut mental en què encara hi ha un cert debat sobre quin ha de ser el model assistencial. L'únic, eh?, perquè a la resta ja el tenim molt ben definit. I, per tant, l'hem de poder fer. El paper de l'escola és molt important, evidentment.

El masclisme, el patriarcalisme... Algú preguntava si ja va bé, algú més preguntava si és a totes les cultures. Doncs, efectivament, la sociologia ens diu que a la majoria. No a totes absolutament, però a la majoria de cultures que han existit al llarg de la història aquesta xacra, aquesta malaltia cultural –que això també és una malaltia, no?– anomenada 'patriarcalisme', n'ha format part. Per tant, com a humanitat, com a espècie humana, hem de fer aquest trànsit d'una espècie menys sana a una de més sana, diguem-ne, des del punt de vista moral. Conquerir la salut moral de la humanitat no és fàcil. Fa uns quants milers d'anys que ho fem, i avancem, i les institucions són cada vegada millors, i els valors hegemònics jo vull pensar que també. I en aquest sentit hi ha societats que ens van per davant, però també són les que ens donen esperança que la resta també podem avançar. Perquè les societats que avui estan més lluny del patriarcalisme no sempre n'han estat tan lluny, també han hagut de fer aquest canvi.

I acabo amb el paper de les famílies i els cuidadors, perquè és un paper molt important – molt important –, ja que quan diem que el model comunitari ens ha d'ajudar a tractar els malalts com a persones i no com a malalts, també aquí hi hem d'afegir que el model comunitari, o la manera com volem que la nostra societat abordi les qüestions de salut mental, ho ha de fer des de l'acompanyament a les famílies. Perquè, sempre, les famílies,

en la majoria de casos, voldran tenir un paper central en l'acompanyament dels malalts mentals. Perquè hi ha uns vincles afectius, i per tant la família aquest paper l'acabarà demanant moltes vegades. Les mares voldran ser-hi, les germanes voldran ser-hi, les filles voldran ser-hi i els germans voldran ser-hi. La qüestió és si les famílies les acompanyem, quan fan això, o no les acompanyem, i quin és el tipus d'acompanyament que els donem, reconeixent que han de tenir un paper. Efectivament, els diem, a les famílies, com a sistema, com a sistema de salut, com a societat, que no estan soles, que no estan soles en aquest rol d'acompanyament. I en aquest sentit és imprescindible el suport emocional, psicològic, als cuidadors. Absolutament imprescindible. Hi ha un programa, "Respir", per exemple, a Catalunya, més aviat per als casos de pacients crònics complexos amb demència. Hi ha la possibilitat que vagin quinze dies a un sociosanitari i que la filla que l'ha cuidat, o la dona que l'ha cuidat, tingui quinze dies per recuperar les energies per tornar-s'hi a posar després. Bé, una mica, bastant, aquestes propostes vingudes dels països escandinaus. Hem d'inventar-nos moltes més coses –moltes més coses– perquè les famílies sàpiguen que tot aquest acte d'acompanyament i d'amor que volen fer amb els seu familiars amb malaltia mental el fan acompanyades i que no estan soles. I aquest missatge a les famílies, "no esteu soles", encara, de moment, és massa amb paraules i intencions, i encara massa poc amb fets i dispositius, i per tant el compromís de l'administració és que cada vegada sigui de menys paraules i més dispositius concrets, i en això treballem.

I abans de donar pas a la presidenta perquè faci la cloenda, responc l'altra pregunta. Jo agraeixo moltíssim que tinguin l'ànim de compartir els seus casos particulars amb tots nosaltres, que entenc que no és fàcil. Ja ho he dit una mica, però potser no hi he aprofundit. Del TDH, i en general dels trastorns de l'espectre autista, tenim molt per aprendre, i a més tenim molt per millorar des del punt de vista assistencial. Són dos problemes en part interrelacionats, però que hem de pensar separatament. Jo crec que hi ha molt per aprendre des del punt de vista de la recerca i el coneixement científic. Serà la neurociència la nova frontera de la recerca mèdica el segle XXI? I, per tant, els debats que avui encara, dissortadament, no estan plenament resolts es resoldran amb més contundència, probablement.

I des del punt de vista de l'assistència vostès posen un exemple que en part convalida el que jo intentava explicar abans: que hem de transitar cap a un model assistencial més comunitari, que entre altres coses vol dir ser capaços de garantir la inserció laboral de les persones que tenen problemes de malaltia mental, ser capaços de garantir-los l'autonomia, i per tant que puguin tenir una casa, i quan hagi d'haver-hi dispositius habitacionals assistits, o algun tipus d'acompanyament en l'àmbit de l'habitatge, que aquestes persones puguin anar construint la seva autonomia al llarg de la vida. I tot això ho hem pensat, ho tenim molt

clar i ho hem d'anar fent. I hem de fer un aprenentatge col·lectiu entre tots, les institucions les primeres i la societat juntament amb les institucions, per fer això, per fer exactament això: que a una persona amb moltes capacitats, més enllà de la seva malaltia mental, la societat sàpiga reconèixer-li aquestes capacitats i que li pugui ser garantit que viu amb tots els seus drets plenament reconeguts, més enllà dels seus problemes mentals, la seva especificitat i la seva diferència. És el que dèiem: són persones amb problemes, amb malalties mentals, però bàsicament són persones, i per tant tots els seus drets els hem de protegir, com fem amb tothom. I si en aquest cas hem d'inventar dispositius d'inserció, dispositius de suport social, cívic, etcètera... Tot això és exactament el que volem dir quan parlem de desplegar un model d'atenció comunitari, que avui encara no tenim, ni molt menys, amb tota la seva plenitud.

I pel que fa a la senyora Rosa Lumas, en la lògica del que acabo de dir, el govern ja fa un temps que té clar que els problemes de salut mental s'han d'abordar interdepartamentalment. I per això hi ha un pla integral de salut mental, i per això aquest pla integral inclou tots els departaments, molt particularment el de treball, el de justícia, el d'habitatge..., etcètera. I jo insisteixo molt que no resoldríem bé la qüestió si des de salut es fes aquesta aposta gran i després no es fes des del conjunt del govern i amb totes les polítiques que s'han de pensar de manera articulada. Per tant, si entenc bé la pregunta, jo crec que l'enfocament que té avui el govern des del pla integral de salut mental i addicions és correcte. El que ara l'hem de dur a la pràctica. Primera responsabilitat, salut, que és qui té la competència sobre els recursos més necessaris per fer aquest canvi de model. Hi insisteixo: els recursos més necessaris per fer aquest canvi de model, o les competències més necessàries per fer aquest canvi de model, corresponen a salut, però no ho podem fer des de salut tots sols. Per tant, és important que ho puguem fer col·legiadament, des del conjunt del govern, perquè al cap i a la fi parlem de la garantia dels drets de les persones. I, per tant, són drets que concerneixen també molts altres departaments del govern de la Generalitat.

La primera decisió, però, és fer un salt més gran que mai en el pressupost de salut mental per començar a construir tots aquests recursos que permetin donar suport a les famílies. Sense diners tampoc ho podem fer. Només amb diners no ens en sortirem, hem de tenir un model, que ja el tenim pensat, però també necessitem els recursos.

La moderadora

Moltes gràcies a tothom per la seva aportació al debat. Cedeixo ara la paraula a la presidenta, Carme Forcadell, perquè clogui l'acte.

La presidenta

Jo vull agrair al conseller, a la senyora Judith Usall, a la Sara i a tots vosaltres la vostra presència. Crec que avui ha estat el dia que hi ha hagut més preguntes, el dia que hi ha hagut més interès. I això a mi em colpeix, perquè vol dir que hi ha un problema real. És a dir que hi ha molts ciutadans i ciutadanes que estan afectats per això, que els passa a la seva família o a ells mateixos. I ho hem de solucionar, conseller. Crec que s'han plantejat qüestions molt interessants, que espero que el conseller i les institucions hi puguem donar resposta.

Voldria dir que el primer que hem de fer és encoratjar perquè es parli de les malalties mentals, per treure aquest estigma que deia el conseller, aquests prejudicis, aquests tabús. Que se'n parli, perquè els malalts mentals són malalts com qualsevol altre, però encara no se'n parla amb prou normalitat.

Tu has parlat de la dona del Lot, que senzillament es va convertir en una estàtua de sal i no sabem qui és. Només sabem que com que va desobeir es va convertir en una estàtua de sal. Nosaltres aquí hem de treballar perquè totes les dones tinguin nom. És a dir, perquè cap sigui la dona d'algú, sinó que sigui ella.

El conseller deia que nosaltres, com a ciutadans, hem de decidir si volem que les persones amb una malaltia mental formin part del nostre dia a dia, si ens les volem trobar a la cua del pa. És clar que sí! És a dir, jo crec que com a país això ni ens ho hem de plantejar. Perquè si ens ho plantejem, plantejem que hi ha malalties de primera i malalties de segona, i persones de primera i persones de segona.

Evidentment, si lluitem per normalitzar les malalties mentals, el que senzillament hem de fer és posar-hi més recursos, que fins ara no ha pogut ser. És igual per què; no ho analitzem, mirem el futur.

Jo el que veig és que aquí hi ha un gran problema, més preguntes que cap altre dia, hi ha molta sensibilitat, hi ha dolor, hi ha patiment. Solucionem-ho, posem-nos-hi. És a dir, ara que és veritat que tenim malalties com la sida o el càncer molt encaminades, mirem, com a societat, com a govern, com a institucions, de posar els recursos on veiem que és necessari i on els ciutadans demanen.

Res més. Crec que ha estat una jornada molt profitosa. Els vull donar les gràcies a totes i tots.