



**L'estigma
i la discriminació
a la parella**

**L'ESTIGMA I LA
DISCRIMINACIÓ
EN SALUT MENTAL**

a Catalunya 2016



L'estigma i la discriminació a la parella

**L'ESTIGMA I LA
DISCRIMINACIÓ
EN SALUT MENTAL**

a Catalunya 2016

ÍNDEX

PRÒLEG | 4
INTRODUCCIÓ | 6

1. RELACIONS DE PARELLA QUAN
EL TM ÉS SOBREVINGUT O EXISTEIX
PRÈVIAMENT | 8

2. LA GESTIÓ DE L'ESTIGMA: REVELACIÓ I
OCULTACIÓ | 12

- 2.1 Ocultament del TM a la parella
| 14
- 2.2 Revelació del TM a la parella | 15
- El moment de la revelació | 16
- Parlar sobre el TM | 17
- 2.3 Quan no és possible ocultar-ho
| 18



3. EL TRACTE DISCRIMINATORI | 20

- 3.1 Discriminació prèvia a la relació | **21**
 - Rebuïg | **22**
 - Autoestigma i estigma anticipat | **25**
- 3.1 Discriminació durant la relació | **27**
 - Maltractament | **30**
 - Sobreprotecció i condescendència | **32**
 - Intromissió | **35**
 - Dependència | **37**
 - Negació | **39**

4. PARELLES ENTRE PERSONES AMB TM | 40

- 4.1 Comprensió mútua | **41**
- 4.2 Espais compartits | **42**
- 4.3 Retroalimentació | **43**

5. MATERNITAT I PATERNITAT | 44

- 5.1 Els arguments en contra de la maternitat | **46**
 - Adaptació del tractament farmacològic | **46**
 - Agreujament del TM | **48**
 - Manca de capacitats individuals | **50**
 - Predisposició genètica | **52**
- 5.2 La intromissió en la maternitat | **53**
 - La família | **55**
 - Les persones professionals de la salut mental | **57**

6. CONCLUSIONS | 60

- Relacions de parella quan el TM és sobrevingut o existeix prèviament | **61**
- La gestió de l'estigma | **62**
- El tracte discriminatori | **63**
- Parelles entre persones amb TM | **65**
- Maternitat i paternitat | **66**

CRÈDITS | 67

PRÒLEG

La recerca *L'estigma i la discriminació en salut mental a Catalunya* té com objectiu analitzar l'estigma i la discriminació en salut mental que pateixen les persones amb un TM a Catalunya, analitzant les diferents formes en què opera.

Aquesta recerca s'ha dut a terme mitjançant la combinació de metodologies quantitatives i qualitatives. Durant la fase qualitativa, s'han realitzat 14 grups focals a: persones amb un trastorn mental (5 grups), familiars (2 grups), professionals de la salut mental (2 grups), professionals de la salut (1 grup), personal de recursos humans i contractació (1 grup), professionals de l'educació (1 grup) i joves (2 grups). En total s'han entrevistat 112 persones.

Per implementar la metodologia quantitativa, s'ha elaborat un qüestionari a partir de l'anàlisi dels resultats obtinguts en els grups focals i a partir de fonts secundàries. En total, s'han rebut un total de 967 qüestionaris vàlids administrats a persones que viuen o han viscut un TM al llarg de la seva vida. Les dades obtingudes aporten uns resultats amb un nivell de confiança del 95,5 % (2 sigma) i un error màxim admissible de 3,44 % sota el supòsit de màxima variància ($p=q=0,5$).

Les persones amb TM han rebut històricament un tracte deshumanitzador i discriminatori, per la qual cosa la societat té un deute amb elles. En l'actualitat, encara romanen pràctiques que les estigmatitzen i discriminen que cal revertir. En aquest context, aquesta recerca s'orienta a conèixer i identificar aquells aspectes negatius que minven la qualitat de vida i les oportunitats socioeconòmiques a les persones amb un trastorn mental.

És molt important remarcar que l'objectiu d'aquest document, així com el de tots els documents de la recerca *L'estigma i la discriminació en salut mental a Catalunya*, és:

Explorar i identificar els aspectes que estan relacionats amb l'estigma i la discriminació que pateixen les persones amb un trastorn mental.

Per tant, encara que a continuació s'exposaran un conjunt de pràctiques i formes de fer que redunden en l'estigmatització i la discriminació d'aquest col·lectiu, val la pena fer palès que aquestes pràctiques estigmatitzadores no són les úniques que es donen en les relacions entre les persones amb un TM i la societat.

Aquesta recerca no té per objectiu culpabilitzar cap col·lectiu, sinó posar en relleu un conjunt d'elements clau sobre els quals cal incidir. La lluita contra l'estigma necessita, obligatòriament, el treball i l'actuació conjunta i coordinada dels diferents agents socials. Per aquest motiu, la recerca present ha de servir per traslladar a l'agenda política i social la necessitat de transformar certes pràctiques socials i concepcions socialment hegemòniques en relació amb la salut mental.

Finalment, la recerca *L'estigma i la discriminació en salut mental a Catalunya* està constituïda per un document marc de la percepció de la salut mental i sis documents específics referents als àmbits següents: àmbit educatiu, àmbit laboral, àmbit familiar, àmbit de parella, àmbit de la salut i àmbit de les relacions socials.

INTRODUCCIÓ



En aquest apartat s'analitzarà com l'estigma i la discriminació en salut mental incideixen en el marc de les relacions de parella.

Concretament, s'explorarà com afecten l'estigma i la discriminació a l'hora d'iniciar una relació de parella, així com durant el temps en què es manté i consolida. En segon lloc, s'exposarà com les persones amb TM gestionen l'estigma en el si de la parella, és a dir, es resseguiran quines estratègies posen en pràctica per poder evitar l'estigma. Seguidament, s'exposarà quin tracte discriminatori es dona per part de la parella. A continuació, s'indagarà en els casos en què es dona una relació entre persones afectades per un TM. Finalment, s'exposarà quina relació es pot establir entre la discriminació i la maternitat o paternitat.

1.

RELACIONS DE PARELLA

QUAN EL TM ÉS SOBREVINGUT

O EXISTEIX PRÈVIAMENT

«**P9:** Sí, perquè quan tu vas amb una parella que lo normal és pues que t'entenguis, t'estimis, t'enamoris i tot això, pues bueno, només li veus gràcies, no? Val? Però clar, si tu comences amb una parella i li veus algo raro i que de tant en fa algunes coses rares, pues bueno, difícilment acabis bé amb aquella parella perquè veuràs que tu amb aquesta parella no acabareu de lligar, val? En canvi, en el cas d'elles dos que ja ho han explicat ben clar, elles, pues es van enamorar d'un xicot, van tirar endavant i tal. I la malaltia mental, el que té és precisament això, que algun dia es desperta però no sabem quan, val? En el nostre cas, se va despertar molt aviat, adolescència: patapam. Ja la tens aquí. Però hi ha gent que als 40, 50, més anys, no? Llavors, clar, quan tu has començat a conviure amb una persona amb la qual ja tens molta estimació, val? Llavors, se te destapa una cosa d'aquestes. Aleshores és quan tu, hi ha gent que trenca ràpid i adéu, que n'hi ha, eh? N'hi ha.

P5: N'hi ha i jo ho respecto molt, eh?

P9: I hi ha persones que diuen no, no, jo a aquesta persona me l'he estimat com era i ara té una malaltia i jo el vull ajudar.» (5.b)

Un dels elements que determina les relacions de parella és el moment en què emergeix el TM. Les persones amb un TM i les seves parelles s'enfronten a problemàtiques diferents en funció de si el TM és previ a la relació de parella o si emergeix en una relació ja consolidada. Així, en el transcurs dels grups de discussió s'enumeren les diferències entre una situació i una altra, com s'explica a continuació.

Quan el TM està diagnosticat prèviament a l'inici de la relació, la persona que el té, anticipant i preveient que pot ser discriminada, pot optar per no voler tenir relacions afectives, no buscar parella, per tal d'eludir el malestar i desencant que li produiria sentir-se rebutjada pel fet de tenir un TM. Quan es pregunta a persones no afectades si es relacionarien amb algú amb TM, apareixen respostes basades en el desconeixement i la por: en l'atribució de certes característiques com l'agressivitat, la inestabilitat o la manca d'habilitats socials i sentimentals, així com en la preocupació per les tasques de cura que requeriria ser la parella d'una persona amb TM.

Com veiem, és comú que quan la presència del TM és prèvia a la relació, apareguin en la persona afectada l'anticipació de la discriminació i en les persones no afectades, comportaments i actituds que dificulten la relació.

«[...] Crec que molta gent, bueno fins i tot jo, tot seria trobar-m'hi, dius, bueno és que puc escollir, i potser no m'agrada aquesta vida, de tenir-la això, doncs cada dia, cuidar-la [...]» (5.c)

En canvi, quan sobrevé un TM a un dels membres de la parella, aquesta irrupció fa que emergeixi un conjunt d'aspectes nous com la necessitat de cura i acompanyament, així com l'aparició dels símptomes propis del trastorn que —com passa quan sobrevé qualsevol altra malaltia important— impliquen haver de reestructurar el funcionament de la parella i adaptar-se a la nova situació. Apareixen, doncs, canvis que han d'assumir tots dos membres de la parella. Tot i que, en alguns casos, l'aparició del TM pot desencadenar la ruptura de la relació, les persones entrevistades coincideixen a assenyalar que, quan es produeix en el marc d'una relació ja consolidada, la voluntat d'ajuda i suport solen prevaler i se sobreposen.

En síntesi, la informació obtinguda sembla indicar que, si el TM apareix en el si d'una relació de parella ja consolidada, és força probable que se superin les dificultats que pot comportar. En canvi, iniciar una relació després d'haver tingut un TM és força més difícil, atès el paper que juguen l'estigma i la discriminació.

2.

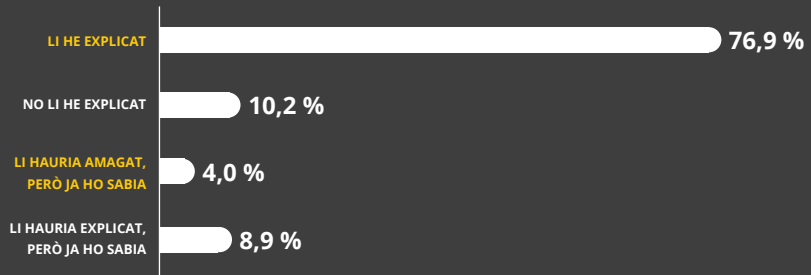
LA GESTIÓ DE L'ESTIGMA: REVELACIÓ I OCULTACIÓ

Com ja s'ha exposat en el document marc i altres documents específics, les persones amb TM busquen estratègies per gestionar l'estigma i evitar la discriminació. Una de les estratègies emprades és decidir a qui revelen i a qui oculten que tenen un TM.

L'anàlisi de la informació qualitativa posa de manifest que en l'àmbit de les relacions sexoafectives aquesta decisió està fortament vinculada al grau, profunditat i durada de la relació. En els propers apartats es revisarà, en primer lloc, la gestió de l'estigma en aquells casos en què la persona ha estat diagnosticada abans d'iniciar la relació. En segon lloc, es discutiran quines diferències emergeixen quan el TM apareix o es diagnostica durant la relació.

GRÀFIC 3.5.

Has explicat a la teva parella que tens o has tingut un TM?



El gràfic 5.1 mostra quin és el comportament de les persones enquestades envers la revelació del TM a la parella actual o, en el seu defecte, l'última parella que han tingut. Cal puntualitzar que el 19,2 % no han tingut parella des que van estar diagnosticades amb un TM.

De les persones amb TM que han tingut parella, l'àmplia majoria es troba dins l'opció de la revelació voluntària. Sumades les categories *Li he explicat* i *Li hauria explicat, però ja ho sabia*, s'obté que el 85,8 % ha explicat (o hauria explicat) la seva experiència amb el TM. Únicament el 10,2 % ha tingut una relació en què ha ocultat a l'altra persona que tenia un TM.

Pel que fa a l'edat, són més les persones joves que oculten el TM a les seves parelles (17,4 %), que no pas les més grans de 44 anys (6,6 %).

2.1 OCULTAMENT DEL TM A LA PARELLA

« He tingut alguna parella, però de temps una mica curt, no? De 4 mesos, 5 mesos, una cosa així. Parelles a qui no he explicat lo que jo tenia perquè pensava que no em comprendrien, que em rebutjarien i que no sabrien tractar-me.» (5.a)

En el 10,2 %, les persones amb TM decideixen ocultar-ho a la seva parella per tal d'evitar patir l'estigma. La decisió d'ocultar-ho ve determinada per la por al rebuig o a la incomprensió per part de l'altra persona. Així, la preocupació per les conseqüències de revelar que es té un TM esdevenen centrals al llarg de la relació. De fet, aquesta preocupació emergeix, fins i tot, abans d'iniciar una relació i condiona la decisió sobre si es desitja buscar o tenir relacions de parella.

Un cop s'inicia una relació, la decisió d'ocultar o revelar el TM depèn del tipus de relació i de la seva durada. A les fases inicials de la relació sexoafectiva és habitual no revelar que es té un TM. Malgrat que es doni molta importància a mantenir una relació de confiança i comprensió mútua, és molt probable que s'oculti. Aquesta decisió, però, no està exempta de dubtes. Al contrari, les persones entrevistades mostren com la decisió d'ocultar-ho o revelar-ho esdevé una preocupació important.

A mesura que la relació es consolida, s'incrementa la probabilitat que es reveli el TM. És en aquest moment quan sorgeix la pregunta sobre quan i com revelar-ho.

2.2 REVELACIÓ DEL TM A LA PARELLA

«*Has de tenir molta sort de trobar la persona adequada. Jo ja fa dos anys que estic amb la meva parella i, abans inclús de començar com a parella, li vaig dir en plan amiga, doncs mira, tinc això, ha passat tal, vaig tenir una crisi fa un any, doncs em passa tal. I ell en tot moment ho va acceptar i, de fet, em va donar encara més recolzament i més ajut. O sigui, abans potser sí que érem amics, però quan li vaig explicar, encara érem més amics, i després ja va haver-hi el pas de ser parella i ja. Però jo no he tingut cap problema, de fet quan ho he explicat, les meves anteriors parelles també els hi havia explicat i ho van entendre i ho van acceptar.» (5.a)*

A mesura que la relació es consolida, s'estabilitza, i es comparteixen més espais amb l'altra persona, apareix la idea que és important poder-li explicar que es té un TM. Es considera que, quan la relació afectiva és profunda, convé que l'altra persona conegui el TM, i les implicacions i rutines que el caracteritzen. Alhora, s'explica que aquesta comunicació s'ha de donar en un marc de confiança mútua i ha de permetre rebre la comprensió i l'acompanyament de l'altre membre de la parella.

Quan es dóna aquest escenari pot aparèixer el dubte de si la parella reaccionarà amb incomprensió i rebuig i, fins i tot, de si pot suposar la ruptura de la relació. Per això, a l'hora de prendre la decisió de revelar el TM es tenen en compte aspectes múltiples, que s'exposen a continuació.

EL MOMENT DE LA REVELACIÓ

« Si fa dos mesos només, malament, perquè tu quan coneixes una persona no li vas explicant la teva vida, això és normal. A mida que vas agafant confiança potser vas explicant la teva vida i els teus sentiments, els teus secrets i les teves coses. Perquè dius: jolín, si li explico el primer i després jo què sé...» (5.a)

Les persones participants dels grups de discussió exposen que és important calibrar quan pot ser un bon moment per revelar que tenen un TM, és a dir, en quin estadi de la relació convé revelar-ho. Per les raons que s'han explicat anteriorment, existeix una forta tensió entre la decisió d'ocultar i revelar el TM, la qual cosa fa que apareguin dubtes sobre si és o no un bon moment. D'una banda, no es vol ocultar gaire temps perquè es considera que, per assolir i consolidar una relació afectiva adequada, cal basar-se en la comunicació i la sinceritat. De l'altra, no es vol revelar en un estadi massa inicial de la relació, quan encara no hi ha perspectives d'estabilitat amb aquella parella o encara no hi ha prou confiança o espais d'intimitat.

« T'ho diu perquè ja esteu en un punt que dius: mira, vaig a explicar-te una cosa que és important a la meva vida. Per això.» (5.c)

Malgrat la dificultat d'escollir el moment idoni per explicar-ho, es considera que la revelació és una estratègia desitjable per a totes dues parts, ja que reforça la confiança i genera dinàmiques positives dins de la parella.

PARLAR SOBRE EL TM

Un dels elements recurrents relacionat amb la revelació és el valor que s'atorga a poder explicar el TM a la parella. Explicar-lo implica, també, poder compartir rutines i preocupacions que s'hi relacionen, tals com el tractament o les visites mèdiques. Compartir aquests aspectes significa assolir un major grau de complicitat en la relació que és clau per poder establir lligams de confiança i comprensió mútues.

P4: *Les tres parelles que he tingut, cap de les tres ha entès l'enfermetat. O sigui, no és que l'hagi rebutjat, sinó que han fet com si no... com si no en tingués.*

E1: *Com si no existís.*

P4: *Sí. I bueno, això no m'ha ajudat a ser... a entendre-ho jo també, potser també jo he tingut part de culpa a l'hora d'explicar-ho, però mai m'han acompanyat per si mai he fet reunions o...» (5.a)*

El valor de compartir el TM amb la parella rau en el fet que és un element rellevant per a la persona i, per tant, una part del seu dia a dia. Des d'aquest punt de vista, el fet de comptar amb la comprensió de la parella és un element que els afectats valoren positivament i que té un impacte positiu en la parella.

Quan no és possible establir aquest grau de comunicació perquè la parella de la persona afectada no desitja aprofundir, parlar i comunicar-se en relació amb aspectes relacionats amb el TM, la relació queda seriosament deteriorada. Tal com s'ha vist en altres documents d'aquest estudi, la revelació del TM ha d'anar acompanyada d'una actitud empàtica i d'escolta activa per part de l'altra persona. Quan no es produeix aquest reconeixement explícit del TM i s'omet en les converses, se sol produir una ruptura o deteriorament de la qualitat de la relació.

2.3 QUAN NO ÉS POSSIBLE OCULTAR-HO

La gestió de l'estigma no sempre està a les mans de la persona amb un TM. En el 4,6 % de les ocasions, per diferents motius, el TM es revela independentment de la voluntat de la persona.

«*Quan tu descobreixes o quan tu te n'adones i ell ho nega, l'altra persona ho nega. Llavors aquí és quan realment ve el conflicte» (5.c).*

En alguns casos, encara que la persona hagi decidit no revelar que té un TM, el marc de la relació de parella fa molt complicat mantenir-lo ocult, ja que es comparteixen espais d'intimitat on es pot descobrir el TM fàcilment. Així, ja sigui per elements com la simptomatologia, l'administració de la medicació, els efectes secundaris del tractament o la relació amb els serveis de salut mental, és possible que la parella s'assabenti que la persona té un TM.

En altres casos, tot i la decisió d'ocultar-lo per part de la persona afectada, és la seva mateixa família qui ho revela a la parella. Aquesta revelació a despit de la seva voluntat sol ser conseqüència de la sobreprotecció familiar.

Quan, pel motiu que sigui, s'oculta el TM però la parella el descobreix per altres vies, es poden donar situacions conflictives i de rebuig.

3.

EL TRACTE DISCRIMINATORI

En aquest apartat s'exploren algunes pràctiques discriminatòries que poden aparèixer en el transcurs de les relacions de parella. Les persones entrevistades exposen que, de fet, les relacions sexoafectives presenten dificultats tant si hi ha un TM present, com si no. No obstant això, la irrupció del TM, segons expliquen, constitueix un element que pot dificultar la relació, que ja és complexa per si sola.

«*La vida en parella, sin tener ningún trastorno mental ya es difícil. O sea, que teniéndolo debe ser todavía más difícil.*»
(5.d)

En aquest cas, sovint s'utilitza el TM per justificar les dificultats o el fracàs d'una relació, és a dir, s'atribueixen les dificultats pròpies de la parella al TM i no a les dinàmiques i dificultats pròpies de les relacions de parella; es tracta, de nou, d'un exemple de la *fal·làcia de la causa única*. Com ja s'ha explicat en altres capítols, aquesta es produeix quan una conducta o característica és explicada com a conseqüència del trastorn i es descarta qualsevol altra causa possible.

Els tipus de tracte discriminatori són diferents en funció del moment de la relació: els que afecten la possibilitat d'iniciar una relació, i aquells que afecten el dia a dia de la parella i la seva continuïtat. En els apartats següents, es presenten les peculiaritats de cada fase.

3.1 DISCRIMINACIÓ PRÈVIA A LA RELACIÓ



Per a les persones amb TM, el fet d'iniciar una relació sexoafectiva pot estar condicionat per l'estigma. L'estigma dificulta que estableixin una relació de parella, principalment per dues vies. D'una banda, s'explica que es poden donar reticències a iniciar una relació amb algú que té un TM. D'altra, les mateixes persones afectades poden tendir a evitar aventurar-se en una relació per por a patir discriminació, o bé per la creença que les característiques derivades del TM els impedirà tenir una relació de parella estable.

REBUIG

«*Però vull dir, que quan trobes una parella, vull dir, les relacions de parella diguéssim són més de normal. De normal de com és l'altra persona. Llavors en aquest cas, potser diries aquesta persona em pot portar una mena de canvis a la meva vida o algo així, i com que ho pots escollir, entre cometes, com que ho pots escollir, dius potser m'interessa més com amic o algo així, que no viure el dia a dia amb ella i tal.» (5.c)*

Quan es decideix si començar una relació, saber que la persona té un TM no tan sols condiciona el tipus de relació, sinó que pot portar al rebuig. Així, tenir un TM esdevé un factor determinant a l'hora de començar una relació sexoafectiva.

Al llarg de les entrevistes es fa referència a la inestabilitat, la imprevisibilitat o l'agressivitat de la persona amb TM. Tota una sèrie de característiques que impedirien, s'argumenta, poder gaudir d'una relació afectiva igual a la que es podria tenir amb qualsevol altra persona. La relació amb una persona amb TM s'imagina com un continu d'alts i baixos; un seguit de situacions inesperades i imprevisibles que farien que difícilment es pugui assolir l'estabilitat. S'explica que ha de ser esgotador haver d'estar afrontant canvis constantment i que, en conseqüència, una relació amb una persona amb TM és pràcticament impossible.

«Clar, si el trastorn mental, segons el que tingui, és el que he dit abans, que no estàs equilibrat, que ets insegur, que canvies de de... caràcter... Clar, tot això fa que en una parella, que has d'estar més o menys equilibrat i tindre unes pautes de convivència, les coses més o menys clares, si l'altra persona va en muntanya russa, clar, suposo que ha de ser molt més difícil. Si té canvis d'humor, té agressivitat..., clar, estem dient d'algo sever, clar, igual un dia t'aixeques empenyat i comences a cridar. L'altra persona, si està igual que tu, doncs poder..., si està bé, un dia ho aguanta un altre tal, però clar, és difícil conviure.» (5.c)

Totes aquestes característiques atribuïdes a les persones amb TM poden conduir, en última instància, a tenir por de la persona. Es desconeix com pot actuar una persona amb TM i, per això, es prefereix evitar qualsevol tipus d'ensurt. «A veure què em farà», es diu, apel·lant al fet que aquesta persona pot cometre qualsevol acte inesperat, estrambòtic i, fins i tot, perillós.

A més de les característiques d'aquestes persones, un altre motiu que s'esgrimeix és el sobre esforç que requiriria tenir com a parella una persona amb TM. Aquesta pot tenir unes necessitats especials que requereixen de suport, cura i atenció. S'explica que s'ha d'estar disposat a oferir-li aquest ajut, amb l'esforç permanent que

suposa. Aquesta cura no tan sols fa referència al temps, esforç, paciència i dedicació, sinó a un grau de càrrega emocional que algunes persones no es veuen capaces d'assumir. Així, s'explica que tenir a prop una persona amb TM implicaria haver de suportar un alt grau d'angoixa. D'alguna manera, es percep a la persona amb TM com algú dèbil, fràgil i inestable que necessita tenir el suport incondicional de qui l'envolta. Per això, davant d'aquesta possibilitat, s'opta per preferir evitar comprometre-s'hi.

En resum, sigui per por a com serà i actuarà la persona amb TM, o bé per haver d'afrontar una elevada càrrega de cura, en moltes ocasions es prefereix no iniciar-hi una relació.

AUTOESTIGMA I ESTIGMA ANTICIPAT

« **P13:** No, no, no m'ha passat. però bueno. Lo que sí que m'ha passat és que... que veig que... això, hi ha moments que penses que estàs a punt de començar una relació i penses això. Potser penses: si fos normal, hi hauria més possibilitats de que anés bé. Però com que no... entre cometes, normal.

E1: Però vols dir de part teva o de part de l'altre?

P13: No, de part meva.

E1: O sigui, tu ho frenes.

P13: Sí, una mica perquè ja veus com... d'aquí a uns quants passos ja veus com anirà la cosa.

E1: I no anirà bé, tu creus?

P13: Clar, no anirà bé perquè penses tal persona és d'una manera i una altra i dius... és com una partida d'escacs, no? 5 jugades, jaque mate.» (5.a)

L'inici d'una relació sexoafectiva també depèn de les decisions que prengui la persona amb TM. Les dificultats per iniciar-ne una, doncs, no tan sols es deriven del rebuig, sinó que també topen amb les reticències de les mateixes persones afectades.

Aquestes reticències són conseqüència de la por de ser rebutjades, que fa que algunes persones se sentin insegures, evitin les relacions i, en alguns casos, s'aïllin. Malgrat que aquest refús a iniciar una relació és fruit del que es coneix com estigma anticipat, és narrat com un comportament derivat de les característiques del TM. Per exemple, es fa referència a la manca d'habilitats socials, a la tendència a recloure's en un mateix o a l'associabilitat que les caracteritza.

« I em donava molta impulsivitat amb aquest tema i era incapaç de tenir una relació estable. I a part jo no em trobava bé, em trobava fatal, cada dia tenia ganes de morir-me i jo no em veia capaç de tenir, de tenir una relació estable, ser-li fidel a aquella persona, de fer vida normal, no?» (5.a)

A part de l'estigma anticipat, un altre factor que incideix en la dificultat per tenir relacions sexoafectives és l'autoestigma. Així, algunes persones s'autoatribueixen característiques que les impossibilitarien mantenir una relació de parella. Es fa referència a comportaments com la impulsivitat i la inestabilitat, que es veuen com a incapacitadors per mantenir una relació estable. També al sentiment d'inferioritat i a la baixa autoestima, els quals van acompanyats de la creença que ningú voldrà estar amb elles i que seran incapaces d'estar a l'altura de la parella. Així doncs, als trets que les altres persones els assignen se sumen aquells que s'autoatribueixen, contribuint a la idea que no serien capaces de mantenir una relació de parella.

Tots aquests elements generen desconfiança vers la capacitat pròpia de mantenir una relació, i provoquen expectatives descoratjadores basades, la majoria de vegades, en l'estigma.

Tant l'autoestigma, com l'estigma anticipat s'entrellacen i es retroalimenten, de tal manera que poden acabar generant un efecte de profecia autocomplerta. Així, el fet de no iniciar una relació per evitar ser rebutjades o no poder complir amb el que s'esperaria d'una parella esdevé la falsa demostració que una persona amb TM no pot tenir una relació. Es reforcen, així, els estereotips associats als trastorns mentals entorn de la seva capacitat de mantenir una relació sexoafectiva.

3.2 DISCRIMINACIÓ DURANT LA RELACIÓ

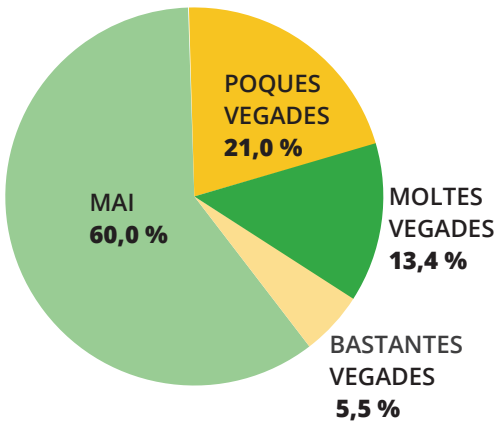


La discriminació pel fet de tenir un TM dificulta, com ja s'ha vist, que una persona amb TM pugui iniciar una relació sexoafectiva. Ara es veurà, però, que la discriminació pot seguir present en el si d'una relació estable. Pot prendre múltiples formes que tot seguit enumerarem. A vegades, l'estigma agreuja problemàtiques que són habituals en relacions entre persones sense TM; en d'altres, emergeixen problemàtiques afegides pel simple fet de tenir-ne un.

El gràfic 5.2 recull la freqüència amb què s'ha donat un tracte injust o negatiu en les relacions de parella de la persona enquestada.

GRÀFIC 5.2.

La teva parella t'ha tractat injustament pel fet de tenir un TM?

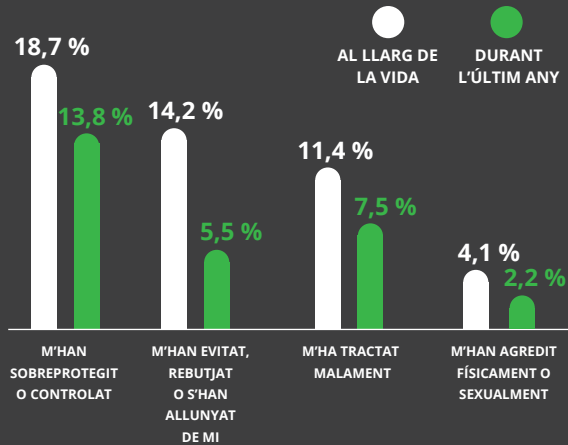


En el 40 % dels casos, les persones enquestades manifesten que al llarg de la seva vida de parella han aparegut episodis de tracte injust pel fet de tenir un TM. El 18,9 % dels casos, aquest fenomen ha passat força vegades o molt freqüentment.

S'han trobat diferències significatives per sexe pel que fa a la prevalença del tracte injust. Així, mentre que el 33,8 % dels homes han viscut aquestes situacions, aquesta xifra creix fins al 44,6 % en el cas de les dones.

GRÀFIC 5.3.

T'has trobat en alguna d'aquestes situacions amb la teva parella pel fet de tenir un TM?



Pel que fa a les pràctiques concretes de discriminació o maltractament, la sobreprotecció i el control és la més present en la vida en parella. El 18,7 % manifesta que ha viscut aquesta situació al llarg de la seva vida, i el 13,8 % durant l'últim any.

S'ha de destacar que, al llarg de la vida, totes les situacions es donen amb més freqüència en les dones, especialment les burles, insults, la coacció, la culpabilització o el menyspreu (14,4 % de dones, 6,9 % d'homes) i la sobreprotecció o control (21,6 % i 14 %). Aquesta última també és força més pronunciada en les persones joves (30,4 %), que en les de 30 a 44 anys (19,7 %) o en les de 45 o més anys (12,3 %). En el cas de les agressions físiques i sexuals, les dones viuen aquestes situacions el doble de vegades que els homes. El 5,4 % de les dones afirma haver patit agressions físiques i sexuals al llarg de la seva vida per part de la parella i els homes en el 2,3 % dels casos.

MALTRACTAMENT

«*La cosa no funcionó, y como no funcionó, porque resulta que ella no se encontraba bien, y entonces él como tenía que ir a trabajar, le dice: ¿sabes qué? le doy doble medicación, se duerme y no se entera.» (5.b)*

El maltractament és la manera més visible i extrema de la discriminació a causa de tenir un TM. Durant les entrevistes, algunes persones han narrat experiències en què s'ha donat aquest tracte negatiu.

Un dels tipus de maltractaments que no sempre es considera com a tal és la **intromissió**. De fet, el 12,7 % de les persones que indiquen que la seva parella no les ha tractat injustament, manifesten, en canvi, que les han pressionat o s'han entremès en algun àmbit de la seva vida pel fet de tenir un TM. Aquesta dada posa de manifest que algunes persones no consideren que les situacions d'intromissió i/o control siguin una forma de discriminació.

Com ja s'ha explicat reiteradament en aquesta recerca, existeix la percepció social que les persones amb TM són incapaces de dur a terme moltes de les tasques del dia a dia. En el marc de la parella, aquesta concepció es pot traduir en la idea que la persona no és capaç de prendre decisions i, per tant, necessita algú que ho faci per ella. Quan això s'esdevé, la parella pren decisions en nom seu i, a vegades, en contra de la seva voluntat. La intromissió es pot donar en molts camps: l'economia, l'organització del temps o, com es veurà en els apartats següents, en la maternitat.

Un altre tipus de maltractament és l'escarni i la **humiliació** de què són objecte les persones amb TM a vegades.

PER TAL D'EVITAR
HAVER D'ATENDRE
LA PERSONA AMB
TM, ES FA ÚS DE LA
SOBREMEDICACIÓ
PER DEIXAR
LA PERSONA
INHABILITADA,
ENDORMISCADA I
ABATUDA

Les burlas, els insults, juntament amb la coacció i el menyspreu el pateixen l'11,4 % de persones amb TM que tenen parella. Així, es relaten episodis en què la parella ha deixat en evidència la persona, o li ha parlat sense respecte. Tot i que hi ha relacions en què aquesta forma de maltractament també és present, en el cas de les persones amb TM s'exposa que se sol fer referència al TM per insultar-les, rebaixar-les i ofendre-les, de manera que es fa d'aquesta pràctica una peculiaritat de la discriminació per raó de salut mental.

Finalment, l'exemple més cru i extrem del maltractament és l'**agressió**, que es diferencia dels altres tipus de maltractaments perquè causa danys físics. El tracte inadequat per part de la parella arriba, a vegades, al maltractament químic. Així, es narra com, per tal d'evitar haver d'atendre la persona amb TM, es fa ús de la **sobremedicació** per deixar la persona inhabilitada, endormiscada i abatuda. D'aquesta manera, la sobremedicació esdevé una escapadòria de les tasques de cura; una sortida quan es volen defugir les demandes de suport que, de tant en tant, pot requerir una persona amb TM.

Els maltractaments que s'han enumerat no sempre són considerats com a tal. En alguns casos, aquestes experiències són relatades com a incòmodes, estranyes, però sense referir-s'hi com a maltractament. En altres casos sí que es fa explícit el malestar que generen o generaven, i sol ser un cop la relació ja s'ha trencat.

SOBREPROTECCIÓ I CONDESCENDÈNCIA

«*Él me dijo que no necesitaba trabajar, que yo me concentrara en ponerme bien y que no necesitaba trabajar, y él me llama cada... me llama 3, 4 veces para preguntarme dónde estoy, qué estoy haciendo y antes no lo hacía. Si algún día me ve un poco, un poco decaída, me dice en seguida: “¿vamos al hospital o te quieres internar?” y siempre hace esta pregunta: “¿te quieres internar?” “No que yo... Yo me encuentro bien” “pero yo no te veo bien” Y... y he encontrado en él una sobreprotección y creo que esto no me ha hecho demasiado bien porque, claro, la gente a mi alrededor yo he visto que han cambiado muchísimo. Han cambiado en la forma cómo me tratan, han cambiado en la forma en que actúan a mi alrededor como si... como si tuvieran miedo.» (5.a)*

Tal com s'explica en altres documents d'aquesta recerca, la sobreprotecció i la condescendència són dues formes habituals de relacionar-se amb les persones amb TM. Aquests comportaments reforcen que entre la persona amb TM i la seva parella s'estableixi una relació jerarquitzada, una relació fonamentada en la cura i la protecció. Com s'ha exposat al gràfic 5.3, el 18,7 % manifesten que la seva parella les ha sobreprotegit.

Malgrat estar present en bona part de les relacions de parella, és interessant remarcar que l'11,7 % de les perso-

SI LA PARELLA
PERCEP QUE LA
PERSONA AMB TM
ÉS DÈBIL I QUE
CAL PROTEGIR-LA
PODEN APARÈIXER
FORMES DE
RELACIONAR-
S'HI QUE LES
INFANTILITZEN

nes que consideren que no han estat tractades injustament, sí que manifesten haver estat sobreprotegides o controlades per la seva parella. És a dir, que la sobreprotecció i el control no sempre són considerats una forma de discriminació, cosa que facilita que aquest tipus de tracte emergeixi i s'estableixi com a patró relacional en el si de la parella.

La sobreprotecció és el comportament que apareix amb més freqüència en el marc de les relacions de parella. Amb la voluntat de tenir cura de la parella, la preocupació per la seva salut es va incrementant fins que pot acabar eclipsant bona part de la relació. A tall d'exemple, quan es donen pràctiques de sobreprotecció la parella tendeix a preguntar reiteradament si necessiten res o com es troben de manera constant.

Si la parella percep que la persona amb TM és dèbil i que cal protegir-la poden aparèixer formes de relacionar-s'hi que les infantilitzen. En el transcurs de les entrevistes s'explica que, en aquests casos, la parella pot acabar decidint per la persona, recomanant-li o decretant què ha de fer i que no o, fins i tot, controlar i supervisar el tractament, o bé impedir que treballin. En aquest sentit, com ens mostra el gràfic 5.4, les persones amb un TM reben pressions de les seves parelles en el 3,4 % per no treballar.

«*Ella entenia una mica l'assumpte com si fos la meva infermera. Llavors, això no m'agradava, és lo que dèiem de condescendent.»*
(5.a)

Aquests comportaments solen anar lligats a una actitud de condescendència. Com si es tractés d'un infant, s'escolten les seves demandes i es responen amb assentiments exagerats. Gairebé, es podria dir, es comporten —com diu la cita— com a «infermers», oferint a la persona amb TM el que necessita o, en tot cas, el que la parella considera que necessita.

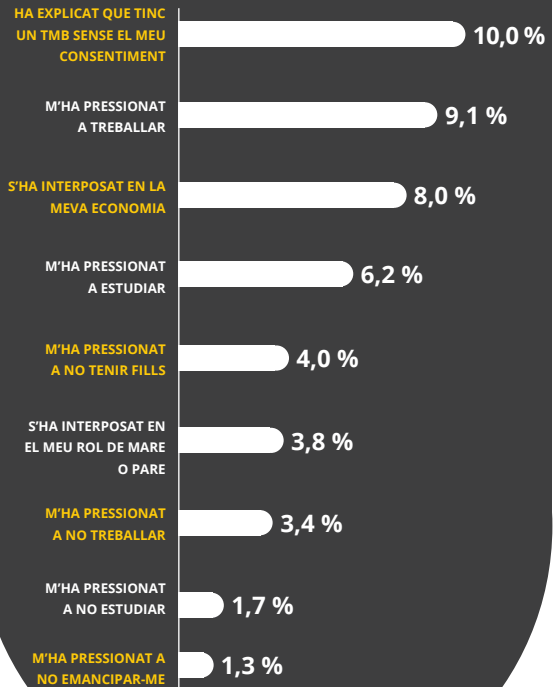
Aquest tracte contribueix a debilitar i incapacitar la persona amb TM, que perd autoestima i seguretat, i pot acabar generant, precisament, un estat efectiu d'incapacitat. Aquests comportaments contribueixen a crear una relació jerarquitzada: no hi ha dues parts iguals, sinó una que necessita i una que ofereix, una dèbil i una protectora, una malalta i una sana. D'aquesta manera, el TM esdevé el centre i el fonament de la relació.

INTROMISSIÓ

Amb l'objectiu de conèixer en quin grau i en quins aspectes les parelles de persones amb TM s'han entremès en algun aspecte de la seva vida s'ha incorporat una pregunta específica a l'enquesta.

GRÀFIC 5.4.

Has patit pressió o intromissió per part de la teva parella pel fet de tenir un TM?



Com mostra el gràfic 5.4, pel que fa a la intromissió o pressió, que la parella expliqui sense consentiment que la persona té un TM és la pràctica més present en el marc de les relacions de parella. Una de cada 10 persones s'ha trobat en aquesta situació. La pressió per treballar (9,1 %) i la interposició en l'economia pròpia (8 %) tenen una presència similar.

En la majoria de les pràctiques d'intromissió analitzades, les dones afirmen patir més pressió per part de la seva parella que no pas els homes. Aquestes diferències són més significatives en el cas de la pressió per no tenir fills, que afecta el 5,7 % de les dones, per l'1,6 % dels homes, i la pressió per no treballar que afecta en el 5,4 % a les dones pel 0,7 % dels homes.

DEPENDÈNCIA

« Jo, quan vaig començar a superar una depressió, jo vaig tenir una depressió, ell va estar al meu costat, els altres amics no, ell estava i vengia, i vengia i vengia. Quan vaig començar a recuperar-me em va dir: “Et prefereixo infeliç i amb depressió que feliç”. No, és aquesta: “para tenerte bien atadita, aquí, arre, arre con la correa”. I jo, arrearé con la correa, eh. Muchos años. I bueno, siempre s’ha aprofitat molt d’aquesta debilitat com psíquica que jo he mostrat en episodis com puntuals, però sí que amb la meva autoestima en general ho he tingut sempre i ell ha sigut com molt... el d’això no? I entre la meva idealització i ell que s’aprofitava de la meva d’això, pues... un pet com un aglà.» (5.a)

El tracte discriminatori, i sobretot aquelles discriminacions continuades, sovint tenen relació amb les situacions de dependència que es creen dins la parella. La dependència fa difícil trencar amb la relació, cosa que, al seu torn, pot arribar a fer persistents les situacions de discriminació i maltractament.

Les situacions de dependència es donen principalment en aquells casos en què hi ha sentiment de vulnerabilitat i baixa autoestima, i s’identifiquen amb estats de debilitat per part de la persona amb TM. En el marc de

relacions de parella de forta dependència, la persona afectada pot acabar sotmetent-se a la seva parella, justificar els comportaments discriminatoris o, fins i tot, pot autoinculpar-se'n. És llavors quan la persona pot acabar passant per alt o justificant actituds com insults, humiliacions o el control de les seves decisions.

La dependència és una problemàtica que emergeix en el si de moltes relacions sexoafectives. Tot i així, quan es tracta d'una relació en què una de les persones té un TM hi ha factors que afavoreixen que aquesta situació s'acabi donant. El fet de tenir un TM fa que la parella assumeixi un paper de cuidador que no sempre es dóna en altres relacions. En aquests casos, com s'ha explicat, la relació pot derivar en una relació desigual, jerarquitzada, en què la persona amb TM se situa en un pla d'inferioritat en relació la seva parella. En aquesta situació, la dependència reforça la supeditació de la persona amb TM davant la seva parella i actua, alhora, com un nexa que impedeix que cap de les dues parts vulgui trencar la relació.

La dependència, doncs, és un factor que afavoreix que apareguin tractes discriminatoris i alhora contribueix a mantenir les relacions en què la discriminació és present.

NEGACIÓ

«*Tinc una parella, ell no volia tenir fills, però jo sí. Vaig tenir un fill i vaig agafar un brot psicòtic molt breu, perquè després em vaig assabentar que si no era amb la deguda medicació i prescripció d'un psiquiatre, doncs tenia moltes possibilitats de patir una psicosi. Jo he dit lo de que els familiars et poden ajudar. Jo he conegut casos de que poden ajudar, però en el meu cas no va ser. El meu company no em va ajudar, li va venir tot molt gran.» (5.a)*

La negació fa referència a aquelles situacions en què la parella no parla o silencia la malaltia, i no entén o no mostra interès per la persona i el seu TM. Aquest fet genera frustració en la persona afectada, ja que no aconsegueix compartir aquest element de la seva vida amb la parella. Aquesta situació afecta la confiança, i crea desafecció i desmotivació en les relacions.

En aquest sentit, ja s'ha comentat anteriorment la importància de parlar del TM dins de la parella. El fet de compartir activitats i rutines, mostrar interès o ganes de conèixer el TM genera sentiments i dinàmiques positives.

4.

PARELLES ENTRE PERSONES AMB TM

« Jo volia dir que jo tinc parella. La meua parella és bipolar també, i tots dos ens ajudem i fem les coses de cada i (...) fins ara sempre estem bé. No trobem, ni tenim cap problema a l'hora de... tenim les nostres crisis i això, com les altres parelles. Tenim discussions i coses, però ens avenim bé i tirem la casa cap endavant i les factures i tot.» (5.a)

Al llarg de les entrevistes es parla sobre les relacions sexoafectives entre persones amb TM. En relació amb aquestes relacions, es fa referència a dificultats i problemàtiques similars a les que poden tenir altres parelles. També, però, hi ha la percepció que les relacions entre afectats tenen una idiosincràsia particular. Així, es comparteix la idea que hi ha certes facilitats i dificultats que són característiques de les relacions entre persones amb TM. Aquestes característiques farien, segons se sosté, que aquestes persones es relacionin preferencialment entre si.

Així, quan es parla de relacions sexoafectives, emergeixen hipòtesis que pretenen explicar per què les persones afectades es relacionen més entre si, o com són aquestes relacions. Val la pena remarcar, aquí, que la rellevància d'aquest apartat recau en el fet que la proliferació d'explicacions pel que fa a aquest tema forma part de l'imaginari col·lectiu, més enllà que aquestes explicacions tinguin validesa o veracitat. A continuació s'exposen les diferents explicacions que es donen en aquest sentit.

4.1 COMPENSIÓ MÚTUA



«No està diagnosticat. Perquè a veure... està al costat d'una persona amb qualsevol tipus de trastorn dintre del paràmetre que hem dit és complicat, val? Llavors, primer, l'has d'estimar per estar amb ell i després pues també l'has d'entendre. I per entendre'l, pues tu també, jo crec, que has de tindre algunes mancances que llavors arribes a entendre les mancances de l'altre, m'entens? Jo penso que, les parelles que jo conec, el meu fill vas coneixent i dius, bueno, en aquella no l'han diagnosticat, però algo hi ha.» (5.b)

Una de les hipòtesis a què es fa referència per explicar per què les persones amb TM tendeixen a establir relacions sexoafectives entre elles és que tenen un grau de comprensió més elevat entre si. Atès que les dues persones viuen el TM, la seva capacitat d'empatia amb l'altra és superior i, per això, tenen millor capacitat a l'hora de comprendre les diferents situacions que experimenta la seva parella, així com les seves actituds i comportaments.

S'argumenta que la certesa que l'altre membre de la relació serà capaç d'entendre la seva situació facilita la relació des d'un inici. La por a no ser compresos i al desconeixement sobre els trastorns mentals s'esvaeix, de manera que s'afavoreix la predisposició a embarcar-se en una relació. Un cop iniciada, contribueix a fer que la relació es basi en el suport, la cura i l'enteniment necessari per a l'estabilitat i durabilitat de la relació.

4.2 ESP AIS COMPARTITS

Altres participants de les entrevistes, però, plantegen que el fet que les persones amb TM es relacionin preferencialment entre elles no depèn del grau de comprensió. Aquesta explicació sosté que és conseqüència de tenir espais compartits. Com es pot donar en altres col·lectius, les persones amb TM comparteixen certes rutines i espais (reunions, centres, etc.) que faciliten la socialització i possibiliten les relacions. En aquest sentit, un element explicatiu clau de les de parelles d'afectats són els espais compartits.

4.3 RETROALIMENTACIÓ

« Pero el problema, es que él, también tiene algo. Entonces, claro, cuando él está mal es como que a veces, nos retroalimentamos ¿sabes? Y eso no es bueno. Que tengamos discusiones demasiado fuertes, aunque yo lo entienda a él, y él a mí, ¿sabes? Cuando sacamos el genio los dos es como una olla a presión ¿sabes? Es una bomba.

E1: ¿Pero crees que tu relación es con el hecho de que tengas trastorno? ¿O sois dos personas, que simplemente a veces pasa?

P3: Yo creo, que sí que tiene que ver, porque él tiene, por ejemplo, le pierde la fuerza por la boca, ¿sabes? Y yo soy demasiado sensible, entonces, claro. Yo, cuando tiene ciertas actitudes, me pongo como una histérica, ¿sabes? Ya me pongo que reviento, y claro, a veces, me saca lo peor de mí.» (5.a)

Finalment, a diferència del que s'ha vist fins ara, també emergeixen dificultats característiques de les relacions sexoafectives entre persones amb TM. La principal problemàtica que es considera que han d'afrontar és el perill de desestabilitzar-se mútuament o que s'agreugin els episodis de crisi.

S'explica que, en situacions conflictives, com baralles o discussions, es generen dinàmiques negatives a causa del TM de totes dues persones. Aquestes dinàmiques són dolentes per a la relació de parella, però especialment quan s'esdevenen durant episodis de crisi.

Tal com apareix en altres punts d'aquesta recerca, aquests tipus de comportaments com la retroalimentació, són exemples de la fal·làcia de la causa única. En aquest cas, es tracta de comportaments que es poden donar en parelles en què cap dels dos membres té un TM; conflictes de parella generats per les dinàmiques internes pròpies de la relació, al marge de si els seus membres experimenten o no un TM.

5.

MATERNITAT I PATERNITAT

La decisió de ser mare o pare és molt complexa, pels canvis i el compromís que implica fer aquest pas. La decisió sobre tenir criatures sol comportar un procés de deliberació en el qual se sospesen els dubtes i dificultats que podria comportar. Aquesta complexitat, com veurem, s'incrementa en el cas de les persones amb TM.


L'anàlisi de les dades obtingudes revela que hi ha una important controvèrsia al voltant d'aquest tema. Així, es fa referència a si les persones amb TM poden fer-se'n càrrec, i si han de ser elles les qui prenguin aquesta decisió. Quan les persones amb TM sospesen si volen tenir fills han d'enfrontar-se amb un arsenal de teories, explicacions i argumentacions socialment presents sobre si poden o no ser mares i pares i per què. Com es veurà, aquest escenari fa que, sovint, les persones amb TM facin esforços per demostrar que tenen les capacitats suficients per encarregar-se de la cura que suposa la maternitat i la paternitat.

Aquest debat l'han d'afrontar en dos contextos diferenciats. D'una banda, són les mateixes famílies les que, davant la possibilitat que la persona amb TM no pugui assumir la responsabilitat de ser mare o pare, la pressionen per tal que no tinguin fills. De l'altra, en l'àmbit sanitari, els i les professionals de la salut també intervenen en el debat; algunes vegades acompanyant la decisió, però altres entremetent-s'hi. Vegem-ho a continuació.

5.1 ELS ARGUMENTS EN CONTRA DE LA MATERNITAT

En el transcurs dels grups de discussió, apareixen nombroses conjectures sobre quines dificultats comporta la maternitat i la paternitat per a les persones amb TM i per què, doncs, és preferible que les persones amb TM no tinguin fills. Així doncs, la persona amb un TM que vulgui tenir un fill s'haurà de confrontar amb les argumentacions següents, que qüestionen la seva capacitat de ser mare o pare.

ADAPTACIÓ DEL TRACTAMENT FARMACOLÒGIC


 *Jo em pensava que qualsevol cosa que jo fes des de fora li faria mal al meu fill. De tal manera que als 4 mesos vaig deixar de prendre medicació, em va dir el psiquiatre que no passava re, que el Tranxilium era compatible, que l'únic que passaria és que el bebè passaria la síndrome d'abstinència. Vaig dir que ni parlar-ne. Que la passava jo un més i tal. I la meva mare va anar "ai, ai" i la meva parella amb el crit al cel i que havia deixat la medicació, que què passaria ara, a veure si faria algo raro. I el psiquiatra li va dir que la que feia coses rares era ella, que em deixés. De veritat, eh, us ho dic. De veritat, us ho dic en serio, eh. Però a mi sí que em van dir que no podia tindre fills, que no podia tornar a treballar mai més, no tornar a estudiar, no patir cap tipus d'estrès. No em van preguntar si m'estressava la vida, que si que m'estressava.» (5.a)*

Un dels elements problemàtics que es troben les persones amb TM en relació amb la maternitat i la paternitat és l'efecte de la medicació en el procés de concepció i gestació.

Pel que fa a la dona, la principal problemàtica és l'impacte del tractament sobre el procés de gestació. La maternitat suposa la necessària conciliació del tractament amb l'embaràs, ja que certes medicacions poden tenir efectes nocius sobre el fetus. Per això, cal adaptar el tractament farmacològic al procés de gestació i als canvis corporals que suposa per a la dona. Pel que fa a l'home, la medicació també s'ha de reajustar o bé retirar perquè pot reduir la capacitat reproductiva, ja que minva la qualitat de l'esperma.

Això pot suposar que una persona amb TM que vulgui tenir fills hagi de canviar el seu tractament i assumir el risc que això pot comportar. S'explica que la síndrome d'abstinència, o l'empitjorament del TM conseqüència de retirar o variar la medicació, pot esdevenir una raó suficient per decidir no tenir fills.

AGREUJAMENT DEL TM


Però jo crec que això, ens falta una mica de maduració a tots, perquè jo recordo una pacient, fa molt anys, que la vaig conèixer, una persona, (...) allò que diem així quan parlem col·loquialment, en los equipos, es que “está como una cabra, está muy loca”, i realment aquella dona era “lo más explosiva”, sempre fent sorolls, sempre fent-se notar, i tenia una filla amb paràlisi cerebral. Gran, la nena tenia 14 o 15 anys i ella era la que se'n feia càrrec. Jo no conec cap mare, més cuidadosa que aquesta dona, i estava com una cabra. Ara, a mi em presenten a aquesta dona, sola i em diuen a aquesta dona, la contractaries com a cangur? I estic convençuda que diria que no. I ho dic així, “suena fuerte”, pero no, pel cuidado de la meva filla, una persona que “solamente con el hola, ya está completamente fuera de sí misma”. Que sempre està amb la ment fora, “y sin embargo, no había nadie mejor que aquella señora para cuidar de su hija”.» (5.d)

Un altre argument que s'esgrimeix per justificar que és desaconsellable que les persones amb TM tinguin descendència és que el TM es pot agreujar. En aquest cas, però, no es relaciona amb la modificació del tractament farmacològic, sinó que es deriva de la desesta-

bilització emocional que pot provocar un embaràs i la cura dels fills.

En aquest sentit, s'esmenta que és difícil que una persona amb TM pugui suportar l'estrès que pot generar un procés d'embaràs i de criança. Atendre les necessitats dels infants suposa un conjunt de responsabilitats que, moltes vegades, comporten situacions d'estrès i angoixa. En aquest cas, el debat se centra en si aquesta càrrega derivada de la cura i l'estrès esdevenen un risc per a la salut mental de la persona amb TM, ja que aquestes persones són vistes com a fràgils i dependents i, per tant, poc capaces de sostenir el pes de la càrrega de la cura, cosa que pot revertir en el benestar de les criatures.

Davant d'aquesta posició, hi ha persones que plantegen que, a vegades, les conseqüències de l'embaràs i la maternitat en una dona amb TM poden ser positives. Contràriament al que s'ha dit, es veu la maternitat com una possibilitat d'estabilitzar-se, d'il·lusionar-se i, per tant, amb efectes positius pel que fa a l'evolució del TM.

MANCA DE CAPACITATS INDIVIDUALS

Al llarg de les entrevistes, s'explica que la maternitat i la paternitat impliquen esforç, responsabilitat, dedicació, i un seguit d'habilitats i capacitats. Mentre que se sol pressuposar que les persones gaudeixen d'aquestes aptituds per a la criança, quan es fa referència a persones amb TM es posa en entredit. Es planteja, doncs, que tenir TM esdevé incapacitador a l'hora d'assumir les seves responsabilitats com a pare o mare.

Alhora, s'explica que, encara que les persones amb TM poden ser capaces de tenir cura dels infants, durant una crisi deixen de ser-ho. Així, en cas de patir una crisi no es poden responsabilitzar de la seva maternitat o paternitat. En aquest cas, es confia en la persona, però es tem que en cas de desestabilitzar-se, desatengui la seva tasca de mare o pare. A aquests temors, s'hi suma la concepció de les persones amb TM com a inestables i impredecibles; dues característiques que contribueixen a la visió incapacitant de les persones amb TM.

« **E1:** I això t'ha fet desentendre't ja de les relacions de parella i dir "mira, no..." o no...?

P4: Sí, inclús a l'hora de tenir parella o així també m'ha baixat l'autoestima. He pensat, pues no sé si em veig amb parella perquè no... I el tema fills també, perquè jo mateixa no em sento capaç de vegades. Per una part penso sí, tens aquesta part de maternitat i tot això, però no sé si sóc capaç de...

E2: Però per què? Capaç en relació amb la bipolaritat que comentaves tu o per una altra cosa?

P4: Sí, sí, no per... No he pensat... no sé.

P8: Bueno, és perquè suposo perquè el mal que t'han fet, l'autoestima la tens...

P4: Baixada. Sempre...

P8: Bajo cero. Si tens bajo cero es que no tens confiança en tu mateix. Que no manes tu, que et manen ells.

P4: Sí...» (5.a)

Aquests arguments no tan sols els proposen persones no afectades. Al contrari, les mateixes persones amb TM qüestionen les seves habilitats i capacitats per poder exercir de mares i pares. Algunes persones amb TM mostren por davant la possibilitat de negligir en la maternitat o paternitat; tenen por de no ser prou responsables, de no saber tenir cura de l'infant, o de tenir-hi comportaments perillosos. Algunes d'aquestes pors tenen un fonament real, però altres són fruit del desconeixement, les inseguretats i les dificultats pròpies de qualsevol persona que s'enfronta al repte de ser mare o pare. Es tracta, doncs, d'un inequívoc exemple d'autoestigma que condicionarà la seva decisió de ser, o no, mare o pare.

PREDISPOSICIÓ GENÈTICA

« I si el nen surt bé? Qui diu que no tingui esquizofrènic ell també? Perquè hi ha un tant per cert de genètica que surten els esquizofrènics. És un tant per cent, no sé si és un deu o un cinc, però hi a un tant per cert molt elevat que el fill surti amb... no surti sa.» (5.a)

Un altre element que genera preocupació és la predisposició genètica de l'infant a tenir un TM. El coneixement del component genètic dels trastorns mentals preocupa tant a les persones que en tenen com a les persones del seu entorn proper.

Les persones amb TM dubten de si ser mares o pares, també, per la por que les criatures en desenvolupin un com a conseqüència dels factors hereditaris. L'argument de la transmissió de la predisposició genètica que l'infant desenvolupi un TM s'afegeix, per tant, a la llista de motius pels quals es decidiria no tenir-ne.

A més, el seu entorn els recorda les dificultats que comportaria haver de fer-se càrrec d'una altra persona amb TM. En aquest cas, però, no es fa referència als problemes a què hauria de fer front la criatura amb TM, sinó que es parla de les dificultats afegides per als pares i mares. Es recalca que significaria una altra persona de qui s'hauria de tenir cura i a la qual s'hauria de donar suport; per tant, un motiu més de desgast i estrès.

Així doncs, el component genètic és un argument més que s'esgrimeix per evitar que les persones amb TM tinguin descendència. Així, tant els familiars, l'entorn proper i les mateixes persones com la societat en general aboquen explicacions sobre les complicacions que suposaria haver de gestionar una altra persona amb TM.

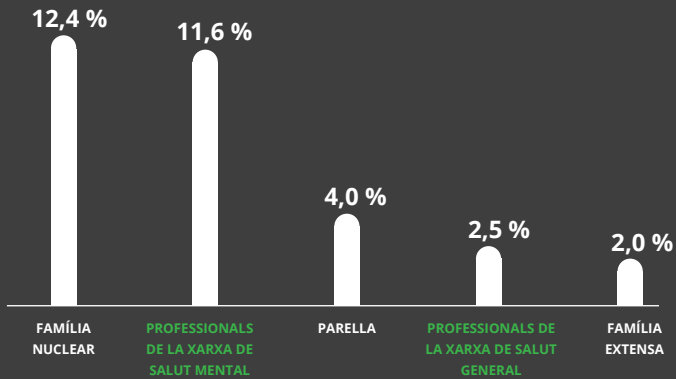
5.2 LA INTROMISSIÓ EN LA MATERNITAT



Com ja s'ha comentat en altres documents d'aquesta recerca, una actitud habitual davant persones amb TM és entremetre's en la seva presa de decisions. Aquesta intromissió és conseqüència de percebre-les com a incapaces o incompetents a l'hora de desenvolupar tasques quotidianes o de ser responsables de la seva pròpia vida. Tal com s'ha exposat en el punt anterior, el fet que proliferin explicacions sobre els motius pels quals es considera que és preferible que les persones amb TM no siguin mares o pares fa que apareguin pràctiques d'intromissió; en què el dret a decidir sobre el projecte de vida es posa en dubte.

GRÀFIC 5.5.

T'han pressionat a no tenir fills pel fet de tenir un TM?



Seleccionades únicament aquelles persones que han tingut parella des que tenen un TM, el gràfic 5.5 mostra en quina mesura els diferents actors les han pressionat per no tenir fills. El 20,3 % de les persones enquestades han estat pressionades a no tenir fills per part d'algun d'aquests cinc actors.

El 12,4 % ha rebut pressió en aquest sentit per part de la família nuclear. A més distància queden la xarxa de professionals de la salut mental (11,6 %), la parella (4 %), els professionals de la xarxa de salut general (2,5 %) i la família extensa (2 %).

LA FAMÍLIA

« Bueno la meva mare quan li vaig dir que estava embarassada una mica més i li agafa un... bueno. Bueno, se'm va... Déu meu! Déu meu! A més, jo volia tindre un fill, havia fet un avortament. I ja, pel psiquiatre, per la meva mare, per la parella, tots deien que havia d'avortar sí o sí. Això va ser a l'Abri1, l'avortament. I al mes d'Agost entro en tractament i estic embarassada de la primera falta. Vale? Tot així. Totes allà sí que em van ajudar, la meva mare li van trucar i es va posar a plorar. "Déu meu, déu meu", que estava, "què serà de nosaltres?". I li van dir "no, de vostè re". Baixi cap aquí que ella està disposada que la tirem endavant. És més, jo tenia tanta por que en qualsevol moment la meva família em portés a tornar a avortar que quan me passava alguna cosa només ho deia al centre d'anorèxia. Perquè no tingúes... ningú tingúes l'oportunitat de fer-me que jo en algun moment no vulgues aquell, aquell bebè.» (5.a)

Aquest tipus d'intromissió es dóna en diversos entorns. Per una banda, es dóna en el si d'algunes famílies, en què els pares i mares, o germans i germanes intenten condicionar o decidir sobre la maternitat de la persona amb TM. El 12,4 % de persones enquestades manifesta haver patit aquesta intromissió.

Les famílies es veuen legitimades per decidir en nom de la persona, en tant que consideren que seran elles qui hauran de fer-se càrrec de la criatura. Així, les famílies

EN CASOS EXTREMS,
LA FAMÍLIA
POT ARRIBAR A
PRESSIONAR PER
TAL QUE LA DONA
AMB TM AVORTI

asseguren que serien els avis els qui haurien d'educar l'infant i, per això, relaten sentir-se en situacions en què «el cuidador hipoteca la seva vida». Per tant, la maternitat o la paternitat de la persona amb un TM es percep com un fet que va més enllà de la seva decisió, atès que afecta la vida dels familiars més propers. Davant d'aquesta situació, perceben que la maternitat és una càrrega que se suma a les dificultats que ja els suposa la cura i l'atenció de la persona amb un TM.

Per tal d'evitar el que consideren que seria una situació inassumible per a la família, en alguns casos s'opta per evitar que tinguin fills. A vegades, conscienciar la persona dels perills de ser pare o mare és suficient. En altres, però, la persona amb TM pot seguir insistint o obviant les recomanacions de la família. És llavors quan, en casos extrems, la família pot arribar a pressionar per tal que la dona amb TM avorti.

En definitiva, la maternitat pot suposar una gran responsabilitat, també, per a les famílies. Per això, a vegades s'aposta per assumir la capacitat de decidir sobre la maternitat, que deixa de ser competència de la persona amb TM per passar a ser-ho de la família.

LES PERSONES PROFESSIONALS DE LA SALUT MENTAL

« Jo intento posar a vegades, quan ho veig en un moment agut, és com donar horitzó, no negar el desig però posposar-lo, perquè puguin, perquè és veritat, i qui vol quedar-se a vegades s'hi queda i dius uf! Perquè sí, perquè ho entens, que això passa, però també hi ha gent que troba equilibris. A vegades, és un prejudici, hi ha gent que té problemes de salut mental i pot fer de mare, també penso. Però el que passa que hi ha vegades que dius, ostres sí. A vegades, si posposes: “no és aquest el millor moment”. Com no negar aquest desig, però donar-li com si hi hagués més temps, com si pogués (...) i alguns ho accepten. Però vaja, és que és un dilema, perquè si volen, s'hi queden.» (5.d)

D'una altra banda, una altra figura que juga un paper clau en la maternitat i la paternitat és la de les professionals de la salut mental. Tal com amb la família, es narren episodis en què les professionals de la salut mental també s'entremeten en la decisió sobre la maternitat i la paternitat. L'11,1 % de les persones enquestades explica haver patit aquesta intrusió per part dels professionals de la salut mental.

En alguns casos, aporten opinió mèdica i eines per tal que siguin les mateixes persones amb TM qui prenguin

les seves decisions i gestionin, amb el seu suport, les diverses fases de la maternitat. Així, se'ls ofereix suport emocional, se'ls ajusta la medicació i se'ls aconsella al llarg de tot el procés previ a la gestació i durant l'embaràs.

No obstant això, també hi ha casos en què plantegen insistentment que la maternitat i la paternitat pot comportar greus problemes i que, per tant, és millor no intentar-ho. De la mateixa manera que la família, a vegades, quan la dona ja s'ha quedat embarassada, proposen com a solució avortar. Però en aquest cas, l'opinió mèdica, en tant que experta, té molta influència sobre les persones amb TM i, alhora, sobre les seves famílies i l'entorn proper.

Finalment, les persones amb TM, davant la pressió per no tenir criatures a què les sotmeten familiars i professionals de la salut, poden prendre diferents decisions. Sovint, no tenen descendència. No obstant això, també hi ha qui decideix embarcar-se en el repte de ser pare i mare, independentment de si gaudeixen del suport de l'entorn. En aquests casos, sense avís previ, es queden embarassades i les famílies i professionals de la salut es veuen empesos a acceptar una decisió que s'ha pres sense el seu suport.

6.

CONCLUSIONS

Els principals efectes de l'estigma i la discriminació detectats en l'àmbit de la parella són:

RELACIONS DE PARELLA QUAN EL TM ÉS SOBREVINGUT O EXISTEIX PRÈVIAMENT

1. Un dels elements que determina les relacions de parella és el moment en què emergeix el TM. Les persones amb un TM i les seves parelles s'enfronten a diferents dilemes segons si el TM és previ a la relació de parella o si el TM emergeix en una relació de parella consolidada.

QUAN EL TM ESTÀ DIAGNOSTICAT PRÈVIAMENT A L'INICI DE LA RELACIÓ:

2. La persona que té un TM, anticipant i preveient que pot ser discriminada, pot optar per **evitar tenir relacions afectives**, no buscar parella, per tal d'eludir el malestar i desencant que li produiria sentir-se rebutjada pel fet de tenir un TM.

3. Quan es pregunta a persones no afectades si tindrien una relació amb algú amb TM, s'esgrimeixen tota una sèrie d'arguments que els fan dubtar:

- a.** Es fa referència a estereotips com l'agressivitat, la inestabilitat o la manca d'habilitats socials i sentimentals, la qual cosa dificultaria establir i mantenir una relació.
- b.** Es mostra preocupació per les tasques de cura que requeriria ser la parella d'una persona amb TM.

QUAN A UN DELS MEMBRES DE LA PARELLA LI SOBREVÉ UN TM

4. La irrupció del TM implica una **adaptació** per part d'ambdós membres de la parella a les noves necessitats

derivades del TM, tal com passa amb qualsevol altra malaltia.

5. En alguns casos, la irrupció del TM pot desencadenar la **ruptura de la relació**. Tot i així, es coincideix en el fet que en el marc d'una relació ja consolidada, tendeix a prevaldre la voluntat d'ajuda i **suport**.

LA GESTIÓ DE L'ESTIGMA

6. Un **10,2 %** de les persones amb TM **ha ocultat el TM** a la parella per evitar el possible rebuig i incomprensió.

a. La decisió de si ocultar o revelar el TM depèn del tipus de relació i de la seva durada. Així, és més habitual ocultar-lo a l'inici d'una relació.

b. Les persones joves (menors de 30 anys) oculten més el TM a les seves parelles (17,4 %), que no pas les de més de 44 anys (6,6 %).

7. Un **85,8 %** de les persones amb TM **ha revelat el TM** a la seva parella (o ho hauria fet, però ja ho sabia):

a. Es considera que és important poder explicar que es té un TM a la parella quan la relació és estable i està consolidada. Convé que l'altra persona conegui no tan sols la presència del TM, sinó també les implicacions i rutines que el caracteritzen.

b. Es considera que la revelació és una estratègia desitjable per ambdues parts, ja que reforça la confiança, facilita la comprensió i genera dinàmiques positives dins de la parella.

c. Quan la revelació del TM no va acompanyada d'una actitud empàtica i d'escolta activa per part de la parella, sol produir-se una ruptura o deteriorament de la qualitat de la relació.

8. Existeix una forta **tensió entre** la decisió d'**ocultar i revelar** el TM, la qual cosa fa que la persona amb

TM tingui dubtes sobre quin és el moment oportú per revelar-lo.

EL TRACTE DISCRIMINATORI

LA DISCRIMINACIÓ PRÈVIA A LA RELACIÓ DE PARELLA

- 9.** Un **19,2 %** de les persones amb un TM **no han tingut parella** des que van ser diagnosticades amb un TM.
- 10.** A vegades, es **rebutja** tenir una relació de parella amb una persona amb TM pels motius següents:
- a.** Es pressuposa que la persona amb TM serà inestable, imprevisible o agressiva i, per tant, es percep que la relació de parella serà una sèrie d'alts i baixos.
 - b.** Es considera que la persona amb TM és dèbil, fràgil i inestable i, per tant, necessita rebre cura i suport incondicional de qui l'envolta.
- 11.** Les persones amb TM són **reticents a iniciar o mantenir una relació de parella** per diferents motius:
- a.** Per estigma anticipat, és a dir, la por de ser rebutjades i discriminades pel fet de tenir un TM. Així, se senten insegures, eviten les relacions i, en alguns casos, s'aïllen.
 - b.** Per autoatribució de característiques que impossibilitarien mantenir una relació de parella estable, com la impulsivitat o la inestabilitat.
- 12.** Quan apareix alguna dificultat a l'inici de la relació, es tendeix a atribuir al TM i no a les complicacions pròpies de les dinàmiques de parella.

LA DISCRIMINACIÓ DURANT LA RELACIÓ DE PARELLA

- 13.** El **40 %** de persones amb TM han patit episodis de **tracte injust** per part de la parella pel fet de tenir

EXISTEIX UNA FORTA TENSIÓ ENTRE LA DECISIÓ D'OCULTAR I REVELAR EL TM, LA QUAL COSA FA QUE LA PERSONA AMB TM TINGUI DUBTES SOBRE QUIN ÉS EL MOMENT OPORTÚ PER REVELAR-LO

un TM. En un 18,9 % dels casos, ha ocorregut bastant o molt freqüentment.

a. El 44,6 % de les dones amb un TM han estat tractades injustament per la seva parella pel fet de tenir un TM en contraposició al 33,8 % dels homes.

14. La **sobreprotecció** i el **control** són el tipus de maltractament més freqüent en les relacions de parella. El 18,7 % de les persones amb un TM ha viscut aquestes situacions al llarg de la vida, i el 13,8 % durant l'últim any.

a. Les dones pateixen més sovint sobreprotecció i control per part de la seva parella (21,6 %) que els homes (14 %).

b. Els joves amb TM s'han d'enfrontar a situacions de sobreprotecció i control per part de la seva parella amb més freqüència (30,4 %) que els majors de 30 anys (19,7 %) i que els majors de 45 anys (12,3 %).

15. L'**11,4 %** de les persones amb TM han patit **burles, insults, coacció, culpabilització o menyspreu** pel fet de tenir un TM. Malgrat que aquest tipus de maltractament pot donar-se sense haver-hi un TM present, es relata que se sol fer referència al TM per insultar-les, rebaixar-les i ofendre-les, fent d'aquesta pràctica una peculiaritat de la discriminació per raó de salut mental:

a. El 14,4 % de dones pateixen aquest tipus de tracte injust amb una freqüència molt més elevada que en el cas dels homes, que és del 6,9 %.

16. Les dones amb un TM (5,4 %) s'han d'enfrontar amb més freqüència que els homes (2,3 %) a situacions d'agressió física o sexual per part de la seva parella al llarg de la vida.

17. Les persones amb TM viuen diferents situacions de pressió o intromissió per part de les seves parelles pel fet de tenir un TM. No obstant això, un 12,7 % de les persones no consideren les situacions d'intromissió un tipus de tracte discriminatori.

a. 1 de cada 10 persones amb un TM afirma que la seva parella ha explicat el TM a altres persones sense el seu consentiment.

b. El 9,1 % de les persones amb TM manifesta que ha rebut pressions per treballar per part de la seva parella pel fet de tenir un TM.

c. El 8 % de les persones amb un TM manifesta que la seva parella s'ha interposat en la seva economia pel fet de tenir un TM.

d. El 5,7 % de les dones amb TM han rebut pressió per no tenir fills per part de la seva parella, una dada molt més elevada que en el cas dels homes, en què és d'un 0,7 %.

18. El fet de tenir un TM fa que la parella assumeixi un paper de cuidadora que pot afavorir que s'estableixi una relació de **dependència** desigual i jerarquitzada. Això, al seu torn, facilita que apareguin tractes discriminatoris.

PARELLES ENTRE PERSONES AMB TM

19. En l'imaginari col·lectiu proliferen diferents discursos que afirmen que les relacions entre persones amb TM són més habituals per diferents motius:

a. S'argumenta que les persones amb TM tenen una major comprensió mútua, la qual cosa facilita la relació des d'un inici.

b. S'explica que les persones amb TM es relacionen preferentment entre elles perquè comparteixen diferents espais que faciliten la socialització entre elles i, per tant, la possibilitat d'iniciar una relació sexoafectiva.

20. En l'imaginari col·lectiu existeix la percepció que les **relacions entre persones amb TM** són **perjudicials** perquè tendeixen a desestabilitzar-se mútuament i a agreujar els episodis de crisi.

UN **20,3 %** DE LES PERSONES AMB TM HAN ESTAT PRESSIONADES PER NO TENIR FILLS PER PART DE LA FAMÍLIA NUCLEAR, LA PARELLA, PROFESSIONALS DE LA SALUT MENTAL O PROFESSIONALS DE LA XARXA DE SALUT I LA FAMÍLIA EXTENSA

MATERNITAT I PATERNITAT

21. Les parelles i famílies de les persones amb TM al·ludeixen a diferents arguments per justificar que **és preferible que no tinguin fills ni filles:**

- a.** S'argumenta que cal modificar el tractament farmacològic, fet que pot tenir conseqüències molt negatives per a la persona, perquè té efectes perjudicials sobre el fetus i sobre la capacitat reproductiva dels homes perquè afecta la qualitat de l'esperma.
- b.** S'argumenta que la desestabilització emocional que pot comportar un embaràs i la cura dels fills pot provocar un agreujament del TM o causar episodis de crisi.
- c.** Es considera que les persones amb TM no tenen les capacitats necessàries per assumir el rol de mare o pare. Alhora, s'explica que, malgrat les persones amb TM poden ser capaces de tenir cura dels fills i filles, durant una crisi deixen de ser-ho perquè no es poden responsabilitzar de la seva maternitat o paternitat.
- d.** Es dubta de si les persones amb TM poden ser mares o pares per la por que els fills o filles desenvolupin un TM com a conseqüència dels factors hereditaris.

22. Un **20,3 %** de les persones amb TM han estat **pressionades per no tenir fills** per part de la família nuclear, la parella, professionals de la salut mental o professionals de la xarxa de salut i la família extensa.

- a.** El 12,4 % de les persones amb un TM ha rebut pressió per part de la família nuclear.
- b.** L'11,1 % de les persones amb un TM ha rebut pressió per part de les professionals de la salut mental.
- c.** El 4 % de les persones amb un TM ha rebut pressió per part de la parella.

CRÈDITS



© L'estigma i la discriminació en salut mental a Catalunya 2016

DOCUMENT ESPECÍFIC SOBRE LA PARELLA

Autoria:

Jon Casado, Mireia Faucha, Marcel Balasch, Aleix Causa, Roger Barres.
Spora Sinergies, SCCL.

Assessor científic:

Miquel Domènech, Universitat Autònoma de Barcelona.

Coordinació i direcció:

Obertament i Spora Sinergies, SCCL.

Disseny estètic i maquetació:

Helena Olcina (Fàbrica Gràfika).

Correcció lingüística: **L'Apòstrof.**



Aquesta obra està subjecta a la llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 de Creative Commons. Si voleu veure una còpia d'aquesta llicència, accediu a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/> o envieu una carta sol·licitant-la a Creative Commons, 444 Castro Street, Suite 900, Mountain View, Califòrnia, 94041, EUA.



obertament

PER LA SALUT MENTAL, DÓNA LA CARA

**Obertament, Aliança catalana
de lluita contra l'estigma en salut mental**
obertament@obertament.org | 931 123 717
Ronda Sant Pere 28, entresol C, Barcelona



obertament

PER LA SALUT MENTAL, DÓNA LA CARA

L'ESTIGMA I LA DISCRIMINACIÓ EN SALUT MENTAL A CATALUNYA 2016 és un estudi dut a terme per Obertament, la Universitat Autònoma de Barcelona i Spora Sinergies amb l'objectiu d'explorar i identificar els factors psicosocials que estan relacionats amb l'estigma i la discriminació que pateixen les persones amb un trastorn mental a Catalunya.

Explorar aquesta realitat i conèixer aquestes dades és fonamental per seguir lluitant contra l'estigma i la discriminació, i ajudar-nos a identificar el focus dels nostres esforços en els propers anys.

www.obertament.org

INFORME REALITZAT PER

Spora
Consultoria Social

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona

AMB COL·LABORACIÓ DE

 Obra Social "la Caixa"

janssen 

 **Generalitat
de Catalunya**

 **Diputació
Barcelona**

 **Ajuntament de
Barcelona**

 **Govern de Catalunya**  **Institut de Recerca Biomèdica i Salut**  **Departament de Salut**

PER SOL·LICITAR
D'ALTRES FINES D'INTERÉS SOCIAL