

# La enajenación de l@s otr@s. Estudio sociológico sobre el tratamiento de la alteridad en la atención a la salud mental en Barcelona y París

Autor de la tesi doctoral: Kàtia Lurbe i Puerto,  
GEDIME, 2005.

Resum executiu elaborat per Kàtia Lurbe i Puerto

## Resum executiu

### Objectius

Aquesta tesi doctoral se centra a analitzar els discursos socials que conceben l'alteritat en termes de problema d'ordre sanitari. Escull com a escenaris contemporanis d'heterogeneïtat social dos estats membres de la Unió Europea: França i Espanya. Amb el propòsit d'assolir més profunditat analítica, circumscriu el punt de mira a les ciutats de París i Barcelona i enfoca la investigació empírica en una mostra de nou centres de salut mental instaurats específicament per atendre les poblacions immigrants i exiliades d'origen extracomunitari. El títol *L'alienació dels altres* sintetitza sota una metàfora l'objecte d'investigació: d'una banda, remet a l'estudi de l'aflicció i els trastorns mentals, anomenats comunament *demència* o *bogeria*, al mateix temps que posa èmfasi en el procés d'estranyament que experimenta un subjecte en ser socialment categoritzat en clau d'alteritat. El concepte d'*alienació* evoca la idea de treure un ésser fora de si; de torbar-li l'ús de la raó o dels sentits. Igualment, denota el procés de construir un subjecte com a «aliè», és a dir, convertir-lo en un estrany i, per tant, requeridor d'un tracte especial, pel que fa al grup dominant des del qual es defineix la seva alteritat. «Els altres» són, d'altra banda, la personificació dels cossos considerats sota una categoria social diferenciada de la del «nosaltres» (la comunitat dels iguals), que comprèn també els que han viscut separacions significatives arran d'una emigració, a més d'haver experimentat una situació d'estranyament del món en el context de la immigració i ser objecte de discriminacions en la societat d'instal·lació, en ser apartats cap als marges de l'escenari social i polític en què es decideix la repartició dels recursos materials i simbòlics.

Aplicar la «imaginació sociològica» per tal de discernir els discursos que investeixen els cossos alienats com un problema sanitari, relegant el problema social dels immigrants, la seva salut i l'ús que fan dels recursos sanitaris, a un lloc subsidiari en la investigació. El meu propòsit com a investigadora ha estat explicar «la producció social de les alteritats» i explicar per què les relacions entre heterogeneïtats són com són. Per tant, m'he dedicat a destriar la lògica dels processos d'integració i exclusió, al centre de la qual radica la monopolització dels recursos materials i simbòlics. Amb aquesta finalitat, he indagat sobre la diferència inspirada fonamentalment pel model dels processos de tancament «monopolitzador pel que fa a l'exterior» desenvolupat per Max Weber en la seva obra *Economia i societat*. Aquests són processos de tancament que es produeixen en un context de limitació dels recursos, en el qual es desenvolupen processos d'integració que legitimen «els de dintre» per beneficiar-se dels recursos denominats de dret comú, i en què es generen, al mateix temps, processos d'exclusió «als de fora», als estrangers, a qui no se'ls reconeix com a dret inherent i propi l'accés a certs recursos.

Aquesta investigació, en què s'entrellacen totes dues dimensions de l'alteritat alienada, s'articula en la interrelació de tres eixos conceptuals: l'alteritat, la salut i la biopolítica. Respecte al primer eix, s'ha apostat per una concepció de l'alteritat, relativa i relacional, producte de les lògiques de distinció social que s'articulen sobre la base de la dialèctica de la similitud i la diferència; això és, la dialèctica entre el món de l'idèntic i les seves equivalències (el qual constitueix la figura del nosaltres) i el món del distint, amb les seves divergències (el qual configura la figura dels altres). L'alteritat emergeix en diferenciació conscient –no necessàriament antagònica– a la presència de tercers i es conforma, en estructura i contingut, a partir d'una determinada relació sociohistòrica sobre el monopoli dels recursos simbòlics i econòmics de poder. Si bé la producció d'alteritats és consubstancial a tot agrupament humà, el seu substrat és històricament variable i socialment manipulable. En aquest sentit, argumento que en l'ordre actual del món, el concepte *alteritat* no només evoca diferències, sinó relacions desiguals de poder. Tenint per teló de fons la reivindicació de la igualtat i les distincions jurídiques en l'Europa dels estats nació, les categories de l'alteritat posades de manifest en aquest estudi s'actualitzen avui dia en el procés de construcció de la Unió Europea i en l'accentuació de la disparitat entre centre i perifèria, la configuració geopolítica i socioeconòmica de la qual s'arrela en la història colonial.

D'altra banda, la rellevància de circumscriure l'anàlisi de l'alteritat en el camp de la salut radica en la constatació que l'anàlisi sobre la salut i la malaltia fa emergir les il·lustracions més cruentes i imminents de les desigualtats socials. Quin dubte hi ha sobre l'impacte de la desigualtat social tant en la quantitat d'anys que vivim (la mortalitat) com en la qualitat del transcurs de les nostres existències finites (la morbilitat)? El missatge és clar: davant de la malaltia i la mort, els éssers humans som desiguals. Però va més enllà: les dimensions que estructuraven la nostra posició social i determinen els nostres «universos del possible» —a saber, el volum i l'estructura dels nostres capitals econòmics, culturals, socials i simbòlics— repercuteixen en la naturalesa més biològica del nostre ésser. La incorporació de l'ordre social comporta intrínsecament entendre la salut en termes de construcció sociocultural i d'espai de pertinença política. Aquesta segona dimensió, la salut com a espai de pertinença política, insisteix no només en el fet que la desigualtat social s'inscriu en el cos i, per tant, el dret a una vida en salut és una reivindicació que cal sostenir en l'espai del polític, sinó que també posa en relleu la vinculació existent entre la inversió pública en serveis sanitaris i la reproducció de la força de treball, com també la medicalització de les conductes «desviades» com a mecanisme de control social. La salut aquí es defineix com el *tropo* (lloc comú) de la interrelació de l'ésser físic i psíquic (dimensió biològica de la diferència) i del món social i polític (dimensió sociopolítica de la desigualtat).

Definides l'alteritat i la salut en aquests termes, la biopolítica se'ns presenta com la manera més pertinent de fonamentar el nostre objecte d'estudi. A la llum dels textos de Michel Foucault, la biopolítica és la manera que la pràctica governamental racionalitza els fenòmens plantejats per a un conjunt d'éssers vius constituïts en població. Configurant-se al final del segle XVIII, consisteix en una tècnica de poder que es caracteritza per adreçar-se a la multitud d'éssers humans, i posar sota control polític els processos propis de la vida humana. La biopolítica desplega un poder massificador que resulta d'un doble procés d'intensificació i generalització dels dispositius normalitzadors de la disciplina que animen des de l'interior les nostres pràctiques quotidianes. Es presenta, en paraules de Michael Hard i Toni Negri, «com un control que envaeix les profunditats de les consciències i dels cossos de la població —i s'estén, al mateix temps, a través de la integritat de les relacions socials».

En el seu curs, la investigació flueix prenent com a puntals les tres preguntes següents:

- A què respon la instauració de dispositius específicament adreçats a usuaris extracomunitaris en el cor de dos sistemes sanitaris fonamentats en els principis d'universalitat i igualtat en l'accés i en l'atenció mèdica?
- Quines són les implicacions en termes de desigualtats de salut en gestionar de manera diferenciada, i en alguns casos segregada, les necessitats sanitàries dels cossos que encarnen l'alteritat?
- Quina és la configuració de les relacions de poder que s'estableixen entre heterogeneïtats, subjacent en els diferents dispositius d'interpretació i tractament de l'atenció a la salut mental proveïda als cossos alteritzats?

## Metodologia

L'orientació teòrica i metodològica d'aquesta investigació és d'inspiració socioconstruccionista i crítica: localitza l'objecte d'estudi en les relacions socials i els universos objectivats que creen i serveixen de suport als actors socials i fenòmens socials i que, sinèrgicament, són elements constituents dels mateixos actors i fenòmens. D'acord amb els plantejaments dels autors Philippe Corcuff i Kenneth Gergen, constitueixen els pilars teòrics i metodològics quatre idees bàsiques: 1) els éssers humans teixeixen la seva història singular partint de preconstruccions passades: la seva manera de ser, la seva identitat social i la forma en què perceben la realitat estan influenciades pel medi sociocultural en el qual es desenvolupen, la posició que ocupen en l'estructura social i les experiències concretes que afronten diàriament; 2) en el transcurs de les seves vides quotidianes, els éssers humans reproduïxen, s'apropien, desplacen i transformen els elements socials preformats, alhora que s'inventen

altres, ja que les condicions heretades del passat, juntament amb la interacció social en la vida quotidiana, obren el camp de possibilitats; 3) el coneixement neix en la interacció social i es construeix en l'espai de la intersubjectivitat, d'acord amb les convencions lingüístiques, i 4) els marcs de referència interpretatius a partir dels quals els éssers humans accedeixen als significats es configuren d'acord amb els escenaris socioculturals i històrics concrets en què s'originen i es desenvolupen. La noció de la construcció social de la realitat remet, simultàniament, als productes, més o menys duradors en el temps, d'elaboracions anteriors i als processos en curs de (re)estructuració. Subjacent està la idea d'un procés de retroalimentació, en moviment perpetu, entre estructura i actors socials. Aquesta representació el·lipsoïdal de l'estructuració social, com a resultat i procés de les relacions entre actors, concorda amb la dualitat estructural d'Anthony Giddens: l'estructura imposa constriccions a l'acció social, al mateix temps que instaura competències per a la seva materialització, i s'actualitza en la mateixa acció i interacció social. En ser producte i coproductors de les realitats socials, individus i institucions contribueixen a la (re)producció del caos ordenat que caracteritzen les societats, alhora que engendren canvis en l'ordre social. En aquest procés històric, els constructes socials són, simultàniament, objectivats i subjectivats: seguint l'òptica de Pierre Bourdieu, la interiorització de l'exterior (l'estructura social encarnada en els cossos, l'hàbit) i l'exteriorització de l'interior (les institucions concebudes com a configuracions de relacions entre agents individuals i col·lectius, els camps).

Després d'una immersió preliminar en el terreny per tal d'identificar de manera extensiva els diferents dispositius de salut mental que treballen específicament amb poblacions d'origen immigrant i exiliats, es va portar a terme una primera exploració de l'objecte d'estudi. L'estudi pilot buscava familiaritzar-se amb els actuals models d'interpretació i tractament de l'alteritat alienada. Igualment, pretenia verificar la viabilitat del disseny d'anàlisi. La decisió de treballar amb nou casos va respondre a: 1) voler abastar la màxima varietat de models teoricoterapèutics practicats (criteri de representació teòrica), depenent del que Stake denomina *les oportunitats per aprendre*, brindades per la direcció d'aquests centres, els seus professionals i usuaris, i 2) les habilitats i limitacions de la mateixa investigadora (criteri pràctic). L'obtenció del material empíric s'ha portat a terme per triangulació de: a) la lectura analítica de diverses fonts de documentació, no només dels centres estudiats, sinó també sobre els centres, com també d'estudis secundaris i aportacions teòriques sobre polítiques sanitàries i polítiques d'immigració; b) l'observació directa, i c) entrevistes en profunditat de tipus focalitzada amb professionals i sociobiogràfica amb els usuaris. Aquesta triangulació va generar un conjunt divers d'observacions i registres sobre la vida quotidiana en cadascun dels serveis: 1) resums de documents, 2) anotacions escrites i 3) entrevistes transcrites, la informació resultant de les quals es va tractar mitjançant l'anàlisi de contingut categorial temàtic, amb el suport del programa Atlas.ti versió 4.0. Així mateix, cal esmentar que en el transcurs del procés analític es va fer una reflexió crítica sobre la situació de generació de la informació, en la qual es van examinar els condicionaments de la informació generada (nivell referencial), la manera de gestació (nivell modal) i la dinàmica del procés d'investigació empírica (ritmes i moviments del discurs). Aquest acte —anàlisi sobre el context del text— va comprendre tres fases inspirades en els plantejaments hermenèutics de Rainer Zoll: a) l'acte del jo, o els condicionaments vinculats a l'actuació de la investigadora; b) l'acte de l'observat/entrevistat/llegit, o els condicionaments que deriven de la font d'informació, i c) l'acte de l'estructura, o el context social on s'ha generat la informació. Respecte a aquest últim acte, els actors expressen les seves opinions i desigs des de posicions que impliquen interessos sectorials, la qual cosa requereix examinar les constriccions institucionals, socials i administratives que possibiliten o obstrueixen la realització d'aquests desigs. Aquesta tasca va voler respondre a un dels imperatius de la investigació qualitativa en ciències socials: analitzar les posicions socials de les fonts d'informació a fi de situar/objectivar el punt de vista a partir del com s'elaboren les informacions i les representacions que es fan de si mateixos com a font d'informació. De manera succinta, el meu propòsit ha estat conduir una investigació que incorporés la triada «crític, críic i creatiu» inspirant-me en el model epistemològic que autors com Edgar Morin i Enrique Santamaría proposen per a la sociologia: crític, en el sentit de posar en qüestió els principis organitzadors del seu corpus de coneixements; críic, en tant que pren consciència dels seus propis límits, i creatiu, en

considerar les implicacions socials i polítiques que els discursos engendrats comporten. Tot això, aspirant a anar més enllà d'una sociologia convencional de la salut/malaltia, amb la finalitat d'armar el meu enfocament a l'objecte d'estudi amb una sociologia del coneixement que sigui summament conscient de la dimensió política i ètica d'aquest.

## Resultats

Sintetitzar els resultats d'aquesta investigació suposa per a mi una tasca àrdua. A fi de sistematitzar l'exposició em cenyiré a les preguntes que vertebrin el fil conductor de l'estudi. El repartiment dels recursos sanitaris revela precisament una relació bipolar entre heterogeneïtats en la qual opera la dualitat ciutadania-estrangeria. L'accessibilitat als recursos públics de salut es regeix per dues vies de reconeixement: d'una banda, el denominat *dret comú*, destinat als que són iguals perquè són com «nosaltres» i, de l'altra, l'humanitarisme que s'engendra per tal de resoldre les situacions d'injustícia que produeix la restricció del benefici dels recursos. En el cas dels ciutadans nacionals i comunitaris, el reconeixement del dret a l'atenció sanitària és sancionat per la legislació en matèria sanitària: la salut es concep com un dret social. Per contra, per a aquells habitants, la permanència dels quals en els confins de l'estat nació està subjecta al marc administratiu i legal que regula la condició d'estrangeria i restringeix les possibilitats de ser partícip de la *res pública*, la malaltia representa la dimensió des de la qual se'ls confereix el dret a l'assistència pública. El reconeixement del dret als cossos extracomunitaris a accedir a l'atenció sanitària pública no resulta d'un contracte social en el qual se'ls reconeix la seva pertinença a l'espai sociopolític de la societat en què viuen; més aviat, preval la lògica de la compassió. En un context de retallada pressupostària en les prestacions socials i de contenció de la despesa sanitària, són els considerats estrangers al grup social que monopolitza els recursos els primers a ser exclosos del benefici dels serveis públics. Aquest escenari de diferenciació i exclusió porta a col·locar la posada en qüestió del principi universalista pel qual es regeixen el sistema sanitari espanyol des de la Llei general de sanitat del 1986 i el sistema francès, des de la promulgació de la Llei de la CMU del 1999. A Espanya i a França es distingeixen una varietat de casos pel que fa a la cobertura sanitària pública, en la mesura en què imposa filtres seguint una lògica quàdruple: la del manteniment de l'estat nació, la de la construcció de la Unió Europea, la sustentabilitat del mercat laboral i l'herència del passat colonial. Es constata per tant, que l'estatalització de l'accés a l'assistència sanitària no ha revertit, per tant, en la instauració d'un sistema d'atenció a la salut accessible per a qualsevol usuari, independentment de les seves particularitats socials i culturals.

A la llum dels resultats del treball de camp, l'escenari que ha propiciat l'aparició dels dispositius específics de salut guarda relació directa amb l'exclusió social derivada de les barreres juridicolgals que restringeixen l'accessibilitat a les cures professionals de salut. La universalització de l'assistència sanitària es presenta com un procés inacabat a Espanya i a França. Estipular filtres a l'accés a la xarxa pública de serveis sanitaris (per exemple, la condició de ciutadania i la demostració d'una situació de residència regular, com també la mera necessitat d'estar en possessió de la TIS o la Carte Vitale), fa que no es doni un reconeixement de la salut com un dret inherent a tot ésser humà. Tampoc no ha d'eludir-se la cultura organitzativa dels proveïdors d'atenció sanitària pública. En cenyir-se a lògiques empresarials de gestió, esdevé poc propici que s'interessin per l'atenció als «malalts menys rendibles». Pel que fa a aquest punt, s'evoca el consum de temps, energia i diners que suposa una consulta amb un agent de mediació lingüísticocultural i, en el cas d'abstenir-nos d'un servei de traducció, la ineficiència de fer les mil i una proves mèdiques, fins a assegurar-nos no només d'arribar a un bon diagnòstic, sinó que el tractament sigui entès i acceptat pel malalt. Aquesta gestió dels recursos per a la salut concorda amb formes monoculturals, etnocèntriques i sociocèntriques d'organitzar l'atenció professional a la salut.

Juntament amb el marc juridicolgal i la cultura organitzativa, cal afegir que gran part dels factors exclusògens que obstaculitzen l'accés als recursos sanitaris públics es vincula a l'estructura social desigual que conforma la societat en què s'instaura. En aquest sentit, la

distribució equitativa dels recursos sanitaris i la implantació de models holístics d'interpretació i pràctica mèdica que integrin les dimensions biopsicosocials de la salut són condicions *sine qua non* per a un sistema sanitari universal. Una de les peculiaritats dels immigrants i exiliats extracomunitaris —singularitat que comparteixen amb els autòctons desproveïts socialment i econòmicament— radica en el fet que introdueixen en la consulta mèdica, d'una manera iminent, situacions extremes de les desigualtats, discriminacions i altres injustícies de la qual són objecte. La presència a la consulta d'usuaris amb una situació socioeconòmica difícil i una diferenciació cultural tan visible torna ineludible la dimensió sociocultural de la salut al cor de la consulta mèdica, fins i tot la que es vol iminentment tècnica. Basada l'atenció mèdica del sistema sanitari públic en un model mecànic de la malaltia —la biomedicina—, el context sociocultural sol considerar-se més com una intrusió que com una dada rellevant per al diagnòstic i el tractament. La pràctica biomèdica s'ha centrat a despullar el cos de les vicissituds socials i culturals, eliminant l'aproximació etnogràfica i apostant exclusivament per la clínica.

En identificar les barreres exclusògenes que delimiten l'accessibilitat dels cossos extracomunitaris topem amb un evidència fàctica: l'usuari extracomunitari, més que introduir nous problemes conjunturals, no fa sinó treure a relleu les dificultats estructurals de l'organització sanitària, dificultats amb les quals ja es trobaven els professionals en atendre usuaris autòctons amb uns universos culturals i una posició socioeconòmica diferent dels seus. Atès aquest escenari, les situacions d'inaccessibilitat als recursos públics de salut han estat parcialment cobertes pels sectors informal i del voluntariat. En conseqüència, si bé s'ha estès l'estatalització de l'accés, s'assisteix a una comunitarització de gran part de la cura de la salut. Referent a això, cal incidir que la instauració de serveis específics d'atenció sanitària a aquests col·lectius no sorgeix sinó a iniciativa de determinats professionals de la salut i d'ONG. Com he pogut observar, entre les motivacions per a l'obertura de centres especialitzats preval el fet de donar resposta a les inaccessibilitats als serveis sanitaris de dret comú i fer-se un buit en el mercat de proveïdors d'atenció a les psicopatologies. Es constaten, en segon lloc, interessos de tipus idiosincràtics (el desig d'establir-se a Barcelona a causa de la seva qualitat de vida, la voluntat per atendre compatriotes o persones amb les quals es comparteix l'experiència de la immigració o de l'exili i la curiositat per treballar amb diferents representacions de la salut i la malaltia i, finalment, aspiracions de distinció i assoliment de prestigi professional. La investigació aporta proves per sostenir que la instauració d'aquests dispositius selectius no radica en un tipus de patologia que pugui ser atribuïda, de manera exclusiva, a immigrants extracomunitaris.

Gràcies a les entrevistes fetes als usuaris, vaig apreciar que la percepció d'acudir a centres «només per a immigrants» és valorada generalment de manera positiva. En comparació de les experiències anteriors amb la xarxa ordinària d'atenció sanitària, el tracte que se'ls brinda és definit de més qualitat pel que fa al tracte humà. Ressalten un major temps d'escolta i de consell, un tracte més respectuós per part dels professionals i la comoditat de poder expressar-se en la llengua pròpia. Específic a Espanya, assenyalen el menor temps d'espera per accedir a una primera visita psicoterapèutica i la major regularitat en el seguiment del tractament. Però coincideixen que la condició d'estranger, d'immigrant extracomunitari, no és raó suficient per crear serveis paral·lels i substitutius. Afirmen que haurien de poder ser atesos al centre de salut mental més pròxim al seu domicili familiar o lloc de treball i de la mateixa manera que se'ls atén als serveis específics als quals acudeixen. Si bé perceben una lògica de segregació, reconeixen l'efecte sanejador de trobar un escenari més acollidor, del qual tenen menys probabilitats de sortir rebotats a causa de la doble alienació que encarnen. El treball de camp demostra que «la vida nua» té un poder en si mateixa; d'aquí la pertinència de parlar de *zoé* legítimat, seguint la distinció entre *zoé*/bio de Giorgio Agamben. El cos, i més concretament el sotmès a un sofriment, es converteix en la font de reconeixement de tot individu en la polis. El cos malalt, el necessitat de cures professionals, s'imposa en l'espai públic com a justificació última per a l'acció humanitària.

Finalment, esmentaré breument les diferents maneres d'interpretar i tractar l'alteritat alienada observades en el treball empíric. Els nou casos poden classificar-se en tres grans corrents: la psiquiatria transcultural, les etnopsicoteràpies i l'atenció especialitzada en les

seqüeles de la violència organitzada i de l'exili. Cal matisar que dintre de cada corrent es distingeixen diferències entre els diferents centres respecte a l'organització dels dispositius, el seu finançament, les competències dels professionals i els criteris de selecció dels beneficiaris.

La psiquiatria transcultural engloba els dispositius que treballen amb models explicatius i mètodes terapèutics concebuts per a persones endoculturades en universos simbòlics no occidentals, proveint-los una atenció més adaptada a la plasticitat en què es manifesta l'afllicció, aquesta posada en vinculació amb els contextos i pràctiques socioculturals particulars, tot i romanent deliberadament dins d'una pràctica estrictament psiquiàtrica. Quant a la concepció de l'alteritat i de la manera d'abordar la seva alienació, vaig apreciar més similituds entre els centres ECP4 i ECB1, on es desenvolupa una clínica basada en la introducció de les variacions culturals i la influència de les condicions de vida en l'expressió i l'elaboració de les anomalies del funcionament psíquic. Els ECP3 i ECB2 s'allunyarien lleugerament dels anteriors en la mesura en què, si bé defensa un abordatge transcultural, es dona un tractament al cos alteritzat circumscriuint-lo a la seva història immigratòria. Tots dos centres desenvolupen una atenció dedicada a treballar «els mals de la immigració»; en el cas de l'ECB2 es defensa la cristal·lització d'una psicopatologia en «la síndrome d'Ulisses», de fort reclam mediàtic –induït per un afany de sensibilitzar les autoritats governamentals sobre els efectes de les formes actuals d'emigració i instal·lació en la salut mental dels immigrants i la necessitat de renovació de subvencions gràcies a les quals subsisteix el centre– i des d'una interpretació sociològica, una clara il·lustració del que Ivan Illich concebria com a patologització d'un problema social.

D'altra banda, les etnopsicoteràpies consisteixen en la utilització simultània d'una multitud i diversitat de sistemes terapèutics, cadascun dels quals és considerat sense exclusivitat, ni jerarquia, independentment del fet que es fonamentin en l'enraonament científic o es presentin com a específics d'una comunitat ètnica, religiosa o un altre tipus d'agrupament humà. Tracta de construir un mètode terapèutic adaptat a l'univers simbòlic propi del lloc de procedència de la persona a tractar i fonamentat en una màxima: els trastorns presentats per una persona han de ser aprehesos en la cultura dels seus ancestres i han de ser tractats d'acord amb els instruments etiològics i terapèutics propis del sistema cultural de la procedència geogràfica del seu nucli familiar. Mentre que en l'ECP2 es manté una distància cordial entre els espais propis dels diferents sistemes interpretatius i terapèutics, en l'ECP1 les fronteres d'aquests sistemes es transgredeixen i s'arriben a fondre els rols del psicòleg i del marabú.

Pel que fa a l'atenció especialitzada en les seqüeles de la violència organitzada i de l'exili, m'agradaria destacar que ha suposat sens dubte la vivència més sensible i dolorosa del meu treball de camp. Encara avui em costa distanciar-me emocionalment de les històries narrades. En la tesi defineixo el treball que es porta a terme en els centres ECB4, ECB3 i ECP5. Ho resumiré d'aquesta manera: es tracta d'acompanyar la persona en el procés de reconèixer-se com a víctima per passar a concebre's com a supervivent i recobrar el domini de la seva subjectivitat i dels fils de la seva vida, gràcies al fet de recuperar la confiança en l'altre, una reinterpretació dels fets amb l'estratègia de situar-los en la marea de la gran història i, servint-se de la força de l'escolta activa, l'amor i la solidaritat.