



Revista de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría

ISSN: 0211-5735

aen@aen.es

Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

Tizón, J. L.; Dal Cin, Adriana; Mesones, Javier de; Equipo SASPE
Salud mental, ciudades y urbanismo: 2. Planificación regional y salud mental
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XXVI, núm. 98, 2006, pp. 49-69
Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019655005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Salud mental, ciudades y urbanismo: 2. Planificación regional y salud mental

RESUMEN: En el trabajo se realiza una aplicación concreta de mi esquema de los «niveles de riesgo y contención de la salud mental» para el caso de las transformaciones urbanas y las planificaciones regionales que quieran tener en cuenta ese apartado de la ecología humana.

PALABRAS CLAVE: Factores de riesgo, resiliencia, contención, planificación regional, urbanismo, ciudades.

SUMMARY: The work consists in a concrete application of the model of the «levels of risk and contention for the mental health» for the case of the urban transformations of that level of the human ecology.

KEY WORDS: Risk factors, resiliency, contention, regional planning, urbanism, cities.

Planificación regional y salud mental

1. Algunas reflexiones para la planificación urbanística y regional

En la preparación del Congreso de Glasgow al que aludíamos en nuestro trabajo anterior sobre el tema (1), tuvimos la suerte de discutir estos asuntos con compañeros próximos (Adriana Dal Cin y Javier de Mesones) y, más tarde, con el público de arquitectos y planificadores que asistió a las sesiones. Como queda dicho, de la búsqueda de un esquema de comunicación y reflexión común, surgió el modelo que he utilizado¹ desde entonces para la esquematización de los «Factores de riesgo» y «Niveles de Protección y Contención» del trastorno mental (tabla 1). Pudimos pues pensar entre todos una serie de principios y aplicaciones derivados del uso urbanístico de este esquema, que he utilizado desde entonces en varios estudios, investigaciones y libros (1-6). La posible ventaja de un modelo como el que aquí presentamos es que intenta aportar un esquema de los elementos de salud mental de los pobladores de un barrio o hábitat que deberían ser cuidados en cualquier intervención sobre su medio, una línea, por cierto, abiertamente apoyada ¡por la Conferencia de Ministros Europeos de Salud! (7). Y un esquema que no se basa en la profesionalización de los cuidados de salud mental y urbanísticos sino que, en la medida de lo posible, intenta tener en cuenta las capacidades y niveles para la contención y la resiliencia de dichos medios y pobladores.

Realizaremos aquí una muestra elemental de sus aplicaciones en el caso de la planificación de intervenciones en áreas metropolitanas como la descrita: el

¹ Cuando el redactado es en primera persona del singular, corresponde a J. L. Tizón, y se debe a que la base de este artículo es la conferencia-coloquio antedicha, realizada dentro de la XIII Setmana Cultural de La Mina, organizada por el Centro de Atención Primaria La Mina y la Plataforma d'Entitats i Veïns del Barri de La Mina (Sant Adrià del Besós, 20 de mayo de 2004).

barrio de La Mina, en el área metropolitana de Barcelona. Un barrio que se creó entre 1969 y 1975 con el objetivo de «erradicar» diferentes núcleos de «infraviviendas» del área metropolitana de Barcelona (Camp de la Bota, Pequín, la Perona, Can Tunis, Montjuïc, etc.). Un barrio de «creación instantánea», dotado por tanto de todos los defectos y problemas posibles de este tipo de barrios y «urbanizaciones» (8, 9). El resultado es que, a lo largo de cerca de treinta años, llegó a ser considerado uno de los mayores problemas urbanísticos de Catalunya y de España (8, 9). Nació marginal para ocultar marginalidades y no ha hecho sino perpetuar viejas marginalidades y crear y mantener otras nuevas, como ha descrito magistralmente Jornet (8): marginalidad geográfica con respecto a las áreas de desarrollo, marginalidad espacial con respecto a las comunicaciones, marginalidad social (1), marginalidad en los servicios y en sus dotaciones y marginalidad en la tipología urbanística, con monocultivo de un único tipo de edificación.

Para disminuir o endulzar tal desaguisado, ya desde los primeros años de existencia, se han ido proponiendo hasta seis planes de reforma más o menos sectoriales o totales del barrio que, uno tras otro, han ido quedando engullidos por la propia dinámica del mismo, de forma similar al niño que fue engullido por el «agujero negro» de nuestra «mesa de juegos» y de nuestra falta de pensamiento (1). La última propuesta es el *Plan Especial de Reordenación y Mejora del Barrio de La Mina 2000-2010*, financiado en parte por fondos europeos (FEDER), para cuya gestión se ha creado el «Consortio del Barrio de la Mina» (8-10).

A diferencia de los planes anteriores, al menos inicialmente en éste se han intentado tener en cuenta elementos como los que aquí estamos tratando. Por ello, de entrada se han planteado tres grupos de acciones urbanísticas, basadas en los principios de centralidad, diversidad e intercambio (8).

La mejora de la conectividad con las importantes actuaciones urbanísticas que se están desarrollando a su alrededor: barrios del Poblenou, Sagrera, frente litoral de Barcelona, Besós, etc. Esas actuaciones que tal vez determinen en el futuro un «final de la Mina» bien diferente del contemplado en el PERI, que aboga por su mantenimiento y reordenación.

Reordenación física de los espacios públicos, con nuevos espacios de identidad y centralidad en el propio barrio.

Fomento de actividades diversas en el propio barrio, que le ayude a abandonar la tipología de «barrio dormitorio» y «centro de marginalidad y delincuencia».

En ese sentido, las finalidades del Consortio de La Mina son las que aparecen en las tablas 2 y 3; en ellas puede apreciarse un cierto énfasis en los aspectos sociales y comunitarios que debe conllevar tanto el urbanismo como la planificación. A diferencia de otros varios planes anteriores se han realizado ya importantes acciones sobre elementos culturales, sociales y psicosociales básicos del barrio, aunque aún está por ver la sostenibilidad de esas acciones. Es posible que,

al menos, en determinados ámbitos, se hayan adoptado criterios que tienen poco en cuenta reflexiones como las anteriores. Un argumento para nuestras dudas parte de lo «idealizado» y poco sostenido técnicamente de algunas –insisto en lo de «algunas»– de las propuestas de actuación; al menos, se ha debido consultar a técnicos bastante «optimistas» con respecto a lo que significan los cambios sociales y los cambios en la salud mental de los pobladores de un barrio. Una consecuencia es la poca sostenibilidad de ciertas acciones y líneas de actuación, aumentada por el hecho de que en muchas de ellas se ha dejado de apoyar a los equipos más institucionalizados del barrio (equipos sanitarios, pedagógicos, de salud mental públicos, etc.) a favor de organizaciones externas al barrio, mucho más «optimistas» y «prometedoras» (como centenares de las que han pasado por el mismo anteriormente). En definitiva, es posible que, nuevamente, se haya tenido poco en cuenta la necesidad de que para proyectos de reforma no sólo urbanística en el sentido estrecho, sino de reforma de un barrio (que no es lo mismo) los equipos de apoyo deben tener garantizada al menos de entrada la estabilidad, así como la gradualidad y evaluabilidad de sus intervenciones. También la proximidad y accesibilidad de tales equipos, accesibilidad que, al menos inicialmente, sólo puede proporcionarse con los equipos ya integrados en el barrio, «normalizados», propios de las redes normalizadas públicas. Sin olvidar otras características del «modus operandi» necesario tales como la flexibilidad, integralidad y progresividad en la orientación comunitaria de las acciones más profesionalizadas, etc. (11).

Pero no era nuestra intención centrarnos en este trabajo ni en una crítica ni en un apoyo de tales acciones de planificación urbanística; deseábamos tan sólo ilustrar un esquema que permita tener en cuenta en las mismas los elementos de salud mental. En definitiva, la idea básica sería que toda planificación o reforma urbanística o regional debería tener en cuenta no tan sólo el «impacto ambiental» o «ecológico», entendido en un sentido estrecho (el impacto sobre el paisaje, la flora y la fauna no humanas), sino también el «impacto psicosocial» de tales actuaciones. Debería al menos atender a las repercusiones de dichas actuaciones sobre cada uno de los niveles para la contención que aparecen en las tablas 1 y 4. Por ello, quisiera terminar este trabajo proporcionando algunas ideas acerca de posibles aplicaciones o consecuencias del esquema presentado.

Nivel 1. EL MUNDO INTERNO COMO NIVEL PARA LA CONTENCIÓN

Consecuencia: La planificación debería facilitar el contacto con familiares y allegados y, en especial, con la familia de procedencia y ascendencia.

Motivación: A las personas más vulnerables o sometidas a circunstancias más desequilibrantes, no les bastará con el contacto interno con las vivencias y

recuerdos de tales seres que ayudan a soportar y elaborar el sufrimiento mental. Precisarán, además, si ello es posible, del contacto real con esas personas reales.

Algunas consecuencias para la planificación:

Deberían evitarse las migraciones masivas o no cuidadas psicosocialmente y los reasentamientos precipitados o mal preparados; se deben cuidar las vías y medios de comunicación dentro del barrio con el resto de la ciudad y con su periferia.

Hay que luchar contra la tendencia a que las jóvenes parejas se vean obligadas a marchar a vivir a barrios del extrarradio o en otras provincias, municipios o departamentos por razón de los precios o calidades de la vivienda, etc.

Se deben respetar las formas de vida y experiencias anteriores, casi siempre profundamente introyectadas en las personas y difíciles de cambiar (y menos aún, mediante traslados y medios administrativos).

Todos estos son temas aplicables a otras situaciones similares, porque en el caso de «La Mina», el daño, desgraciadamente, en gran parte ya está hecho.

Algunas consecuencias urbanísticas

Habría que actuar decididamente en ciertos campos, hoy ya no tan nuevos u originales como podían resultar hace dos decenios.

1.1. Nuevos conjuntos residenciales en el barrio

En este apartado el daño está consolidado en cuanto a migraciones y reasentamientos precipitados. No obstante, el planeamiento puede prever nuevas áreas residenciales dentro del barrio para permitir el asentamiento de parejas jóvenes nacidas en él, así como la relocalización de grupos cuya idiosincrasia requiere un ámbito espacial diferente al que existe actualmente. Esto significa la creación de conjuntos de viviendas de tipología extensiva, aunque de alta densidad, en algunos de los espacios vacíos existentes o por crear.

1.2. Diversidad tipológica de las viviendas

El respeto de las formas de vida y experiencias anteriores debería llevar a plantearse la producción de tipologías de vivienda cuya organización espacial acepte los modelos de vida comunitaria características de las diversas etnias residentes en el barrio.

Parece que en el secular combate entre las etnias gitana y paya, la primera lleva hoy las de perder, al menos en nuestro país y en el barrio de referencia. Sus modos de vida y costumbres están desapareciendo rápidamente, en parte por integración en la cultura paya y en parte por desintegración cultural y anomia por causa de la droga, la marginalidad, la delincuencia, etc. Pero si no fuera así, si se tratara de preservar, al menos durante unos decenios, los elementos culturales con-

tenedores de dicha etnia y cultura, ello conllevaría el re-planteamiento de antiguos modelos de convivencia. Por ejemplo, con creación de claustros comunales definidos por viviendas dispuestas perimetralmente, pero dejando abierto al menos un lado del perímetro con el fin de evitar en lo posible problemas de delincuencia y facilitar la comunicación interior-exterior (grupos «en claustro» y «en U» manteniendo la amplitud de espacios libres actualmente existentes).

1.3. Nueva tipología de los espacios libres y su amueblamiento, de forma que permita a un tiempo el juego y la intimidad, la estancia de personas mayores (padres y abuelos) y el juego de niños y chicos; amueblamiento de los espacios libres con materiales sólidos, combinando la intimidad y las capacidades para el juego junto con la diversidad.

Nivel 2. LAS CAPACIDADES YOICAS COMO NIVELES PARA LA CONTENCIÓN

Consecuencia: Actuar para el refuerzo y desarrollo de las «capacidades personales» de los habitantes, con la idea básica de favorecer su integración no sólo social sino mental, psicosomática y psicosocial.

Motivación: Las personas en las cuales se han acumulado factores de riesgo sociales y psicosociales, particularmente si es desde la infancia, requieren un reforzamiento de la identidad, del «sí mismo», por lo cual es necesario potenciar la integración mental, psicosomática y psicosocial (1, 12-18).

Algunas consecuencias para la planificación

Habría que tener en cuenta al menos principios como los que siguen. Favorecer la existencia de medios e instituciones educativas (en su sentido amplio), fácilmente accesibles, así como las posibilidades de juego y ejercicio en el niño. Las posibilidades de juego, contacto y prueba no destructiva en el adolescente. Las posibilidades de participación en la educación y aumento de la autoestima en el adulto. Las posibilidades de comunicación, actividad y esparcimiento en el anciano, etc.

Se trata de uno de los grupos de actuaciones más importantes a realizar y potenciar, a pesar de que consumen importantes recursos. Más aún si se tiene en cuenta la serie de errores cometidos en este sentido tanto en el barrio del cual venimos hablando como en otros muchos (1, 2, 8, 9).

Algunas consecuencias urbanísticas (y de planificación general)

Para favorecer esa integración mental, psicosomática y psicosocial son imprescindibles los siguientes elementos:

2.1. La adscripción territorial y administrativa consecuente del barrio

Debería reforzarse la integración con el núcleo capital de Sant Adrià mediante comunicaciones tanto peatonales como vehiculares. En caso de que esta solución resultara excesivamente cara, dada la gran dificultad que presenta, tal vez se debería tomar la decisión de adscribir definitivamente el barrio a Barcelona.

Tanto en un caso como en otro, la conexión con su capitalidad debería ser tanto centrífuga como centrípeta, es decir, no solamente los habitantes del barrio deben poder acudir con facilidad a su núcleo capital, sino que los habitantes del núcleo capital deben poder visitar el barrio por contar éste con medios de transporte hacia él y con alguna instalación de carácter comunitario que ejerza la atracción necesaria. El *Fórum de las Culturas de 2004* podría haber jugado mucho más activamente ese papel si se hubiera pensado desde esta perspectiva tanto su instalación como en su continuidad (9).

2.2. Medidas específicas para paliar el paro, especialmente juvenil, en la propia zona

Por ejemplo, mediante la creación en el área industrial de actividades de tipo artesanal que requieran una gran cantidad de mano de obra. Esto supondría la creación de Escuelas-taller y talleres protegidos, de los que el barrio está tan necesitado, en especial en el campo de la rehabilitación y reinserción de pacientes mentales graves y drogodependientes.

2.3. Actuaciones de control y prevención orientadas a disminuir la importancia de las diversas formas de delincuencia organizada

La aplicación de todas estas medidas requiere un cuidado diferencial y especial a la situación actual de la etnia gitana, muy afectada en el ámbito cultural y económico, lo que la lleva a importantes grados de anomia y, consecuentemente, hacia situaciones de marginación, delincuencia, trastorno mental, desorganización familiar, etc.

Esta actuación requiere un diseño de los espacios públicos fácilmente controlables con la disposición de instalaciones que generen actividad y la consiguiente afluencia que impida las acciones negativas en áreas primero desiertas y después abandonadas. Posiblemente en este sentido era oportuno contar con una comisaría de barrio, que es uno de los varios pasos realizados en este ámbito dentro del nuevo Plan de remodelación de La Mina.

2.4. Re-localización, reforma e impulso de un centro multifuncional cuyo objetivo primordial sea la convivencia de los diferentes grupos de edad (niño, joven, adulto y anciano) en actividades acordes a cada nivel

Pero en esta actuación, como en todas, no basta con las instalaciones, no basta con «el hormigón y el cemento» (y el negocio de las constructoras [9]). Es imprescindible la presencia de animadores sociales estables, lo que permitiría que algunos de los locales colectivos del barrio pudieran desarrollar esos aspectos de centro multifuncional hoy ya en marcha. Había que seguir insistiendo, como en el momento actual está haciendo la Plataforma de Entidades y el Consorcio de La Mina, en que se produjeran, de forma «espontánea-provocada», actividades que permitieran el enriquecimiento mutuo por la confrontación interactiva de las diferentes pautas culturales y modelos generacionales. Ello implica, desde luego, la contratación y mantenimiento a medio plazo de personal profesionalizado y semi-profesionalizado, así como de un voluntariado *ad hoc*. Sin olvidar los «cuidados del cuidador», es decir, las actividades orientadas al mantenimiento de las capacidades emocionales de ese personal (19,4).

- 2.5. Apoyo, estímulo y desarrollo, dentro y fuera de ese centro multifuncional de medidas, espacios y grupos educativos, de promoción del desarrollo solidario, etc.

Habría que caminar hacia la integración de los equipos sociales, psicosociales y de salud mental en dicho centro, junto con la creación en el centro o en sus alrededores de hogares o dispositivos para adolescentes en crisis, centros de acogida materno-infantiles para díadas de riesgo, etc. En el caso de que existan, como es el caso del Centro Materno-Infantil de Cáritas, habría que proponerse seriamente su refuerzo, integración con la red sanitaria y pedagógica y el cuidado de las cuidadoras de dicha institución.

Nivel 3. CUERPO Y SELF CORPORAL COMO NIVELES PARA LA CONTENCIÓN

Consecuencia: Atención a la «forma física»

Motivación: Uno de los elementos que más ayudan en la contención del sufrimiento mental producido por las circunstancias externas (o internas) es el buen funcionamiento corporal o incluso el uso del cuerpo como «segunda piel contenedora».

Algunas consecuencias para la planificación

Como poco, habría que favorecer la igualdad de oportunidades de circulación para los disminuidos físicos. La creación de instalaciones accesibles y organizaciones dirigidas a la mejora física y sanitaria de la población. La creación y mantenimiento de locales sostenibles de ocio, ejercicio, deporte, entrenamiento, etc.

*Algunas consecuencias urbanísticas: el cuidado de la forma física***3.1. Diversificación tipológica de los espacios libres**

Asignación previa de usos específicos a los espacios libres existentes, definiendo cuáles están destinados a prehabitación, para unidades menores de población y con destino a la población infantil, contando con áreas de estancia para ancianos; cuáles para otro tipo de espacios libres, tales como el parque de barrio; cuáles, a un nivel intermedio entre los anteriores, para uso de comunidades. Se debe asignar a cada nivel un amueblamiento y unas actividades diferenciadas.

3.2. Creación de instalaciones deportivas

Esas instalaciones deportivas deberán ser tanto abiertas como cerradas. Entre las primeras se cuentan los espacios destinados a la práctica de deportes espontáneos, en contacto con las viviendas y con una infraestructura de reducida importancia. Estas instalaciones podrían distribuirse por los espacios abiertos del barrio y en las «tierras sin uso» actuales, en los espacios «colectivos» –que no públicos– de los cuales se han adueñado determinados grupos del barrio (9). Pero antes de que la voracidad especulativa se adueñe de los mismos o el barrio (y sus habitantes) vuelvan a ser engullidos por un nuevo «desarrollo urbano» antisolidario. Entre los segundos se cuentan tanto gimnasios y clubes, como un polideportivo comunitario bien dotado.

Este capítulo requiere una financiación muy importante pues, nuevamente, no basta con la existencia de espacios: se necesitan personas, remuneradas o voluntarias, que cuiden las instalaciones, promuevan y ordenen su uso, trabajen como «animadores de barrio», etc.

3.3. Participación activa en la conservación

El intento progresivo de asignación de responsabilidades específicas a grupos de la comunidad en la conservación de las instalaciones, significa un intento de evitar el deterioro por «colusión en el anonimato», impersonal, derivado del abuso de bienes e instalaciones no considerados como propios (la «propiedad pública» es algo a parasitar para las necesidades, incluso irracionales, privadas).

Nivel 4. LA FAMILIA COMO NIVEL DE CONTENCIÓN*Consecuencia: el cuidado de la familia*

Motivación: El contacto y el apoyo de la familia es uno de los niveles de contención de la tendencia al desequilibrio más conocidos e incluso aún más usados en nuestra cultura.

Algunas consecuencias para la planificación

Creación de un hábitat accesible y adecuado en el sentido que ya había definido hace decenios la Conferencia de Ministros Europeos de Salud en 1986 (17), con las mejores condiciones tecnológicas y conceptuales posibles en cuanto a asoleo, aislamientos, personalización, etc.

Medidas que favorezcan el que la reunificación familiar, antes de gitanos y hoy ya de inmigrados extracomunitarios, pueda realizarse pero en diferentes pisos y locales, conservando unos máximos de densidad de habitantes por bloque y vivienda, etc.

Algunas consecuencias urbanísticas

4.1. Determinación de las edificaciones a mantener, modificar o crear

Este aspecto ha sido ya uno de los puntos clave de discusión en la remodelación del barrio, tanto por parte de los vecinos, como del ayuntamiento y las empresas de planificación que han actuado en el mismo (8-10).

4.2. Rehabilitación a fondo de los bloques recuperables y modificados

En el estudio anterior (8, 10) se han incluido ya, por ejemplo, las determinaciones relativas a las obras de rehabilitación necesarias, además de las ya habidas en años sucesivos, así como a las posibles modificaciones a introducir, tales como por ejemplo, aumento de superficie de vivienda por reducción de su cuantía total.

4.3. La vivienda como producto inacabado. Autoconstrucción

Si persistiera la ocupación del barrio por etnias como la gitana u otras procedentes del sur de África, tal vez habría que plantearse, al menos en las viviendas de nueva creación, adaptar al menos parcialmente su tipología a ciertas pautas tradicionales de tales etnias. A escala internacional, en situaciones tal vez de menor urbanización, ya se han hecho experiencias que consideran la inclusión de, al menos, algunos elementos inacabados en su estructura no básica para permitir, tanto un cierto crecimiento, como su adaptación a los diferentes tipos de familia y su personalización posterior, todo ello mediante autoconstrucción. En el barrio de La Mina ciertas ventanas, rejas y entradas de viviendas y escaleras, sin haber sido concebidas con ese fin, han sido tratadas como si fueran «estructuras inacabadas», en algunos casos con ciertos resultados estéticos: terrazas y balcones de patios interiores, ventanas bajas convertidas en rejas andaluzas, por ejemplo.

Este sistema requiere la creación de un «centro de materiales» y una «escuela de capacitación» que, además, podrían resultar un excelente «taller protegido» para la reinserción social de numerosos pacientes jóvenes, ex-drogadictos o con graves trastornos mentales.

4.4. Acciones encaminadas a conseguir la entrada de las viviendas en el mercado inmobiliario

Esta acción tal vez no corresponda al planeamiento urbanístico propiamente dicho, pero es fundamental tener presente su necesidad para adoptar decisiones que la favorezcan. Ello implica, desde luego, una opción clara y consecuente por la pervivencia del barrio y una oposición activa a las tendencias organizadas e inorgánicas que tienden hacia su demolición o desintegración. No olvidemos que esta última opción supondría añadir graves daños psicosociales a una población que, en algunos casos, lleva más de tres decenios intentado adaptarse-transformar su inhóspito medio.

Nivel 5. LAS REDES SOCIALES NO PROFESIONALES COMO NIVEL DE CONTENCIÓN

Consecuencia: Dichas redes no profesionalizadas deben ser reforzadas por el planeamiento y las acciones urbanísticas.

Motivación: Se trata de medios privilegiados para contener de forma no especializada el sufrimiento mental y la hiperfrecuentación sanitaria (18,19).

Algunas consecuencias para la planificación

Al menos habría que realizar acciones para favorecer la creación de ámbitos de encuentro y relación así como de esparcimiento, que permitan tanto la intimidad como la comunicación. Favorecer la formación de grupos, núcleos y actividades de dimensiones y objetivos alcanzables por los miembros de la comunidad. Fomentar el apoyo a los núcleos vivenciales naturales y movimiento asociativo del barrio o ciudad. Disminuir las barreras existentes, tanto en el barrio como en sus comunicaciones con el exterior.

Proponerse como objetivo prioritario la participación activa de la población en todos los procesos y actividades para generar una asunción plena de su ciudadanía. Para ello es imprescindible la creación de cauces que permitan la incorporación de la población a las diferentes etapas de decisión, acción, control y mantenimiento, un asunto que debe seguir ocupando y preocupando al Consorcio público de La Mina, a otros organismos similares y, en general, a toda la sociedad europea del siglo XXI.

Algunas consecuencias urbanísticas

5.1. Mejora de los locales comunitarios existentes y creación de otros para intentar favorecer la extensión de la vida asociativa y revitalizar el tejido social del barrio.

5.2. Instalaciones terciarias, de comercio y de servicios en los bajos de los bloques residenciales. La creación y ampliación de la trama tradicional del comercio de barrio favorece la comunicación diaria entre los habitantes de una comunidad y es una de las acciones más directas para evitar las barreras y marginaciones hoy existentes. Asimismo, la generación de actividades diversas en las diferentes áreas del barrio favorecería el control y, por ende, el mantenimiento de los espacios comunitarios.

5.3. Centro multifuncional

El mantenimiento y potenciación del Centro multifuncional, tanto en el ámbito arquitectónico como social (entidades del barrio, personal de cuidados, animadores, voluntarios, ONG, etc.) es otro tema clave para contribuir al encuentro, esparcimiento y reunión de los diversos núcleos asociativos y niveles generacionales e intergeneracionales.

Nivel 6. EL TRABAJO Y LAS RELACIONES ALREDEDOR DEL TRABAJO

Suponen un ámbito, unas posibilidades para la contención (o para el desequilibrio mental) de tan amplias y directas repercusiones que, dada su complejidad, hemos de eludir su tratamiento en este breve trabajo, ni siquiera a nivel esquemático. Está claro, en todo caso, que tener en cuenta este nivel implicaría dotar al barrio de cierta «centralidad», así como intentar multiplicar los puestos de trabajo interiores al mismo, en especial, en el sector servicios (22-23).

Nivel 7. LAS REDES PROFESIONALIZADAS COMO FACTORES DE CONTENCIÓN

Consecuencia: Adopción de políticas integrales e integradas entre esas redes profesionalizadas y de las mismas con la población.

Motivación: Este nivel debería ser utilizado como recurso final por los sujetos y grupos sociales cuando los niveles anteriores no son suficientes o fallan. Nuestras sociedades tecnológicas actualmente han desarrollado al menos tres redes profesionalizadas básicas: de salud (y salud mental), pedagógica y de servicios sociales (4).

Algunas consecuencias para la planificación

Al menos habría que favorecer la creación y mejora de ámbitos y locales para el desarrollo de las instituciones pedagógicas, sanitarias y sociales así como de sus

agentes de comunicación y relación con la población. Modelos de atención que intenten hacer prevención y promoción de la salud pero sin favorecer la dependencia social y el asistencialismo de los habitantes. Formación del personal asistencial en esa dirección. Formación antropológica y psicosocial del personal asistencial con respecto a las características diferenciales de las etnias del hábitat.

Algunas consecuencias urbanísticas

7.1. Ubicación de la mayor parte de los equipos sanitarios dentro del barrio y con posibilidades de contacto con los equipos pedagógicos y de servicios sociales.

7.2. Integración de determinados equipos o programas funcionales de salud mental con los equipos pedagógicos y psicopedagógicos.

7.3. Realización de actividades de promoción y prevención de salud y psicosociales conjuntas entre ambas redes, al menos, en dos ámbitos prioritarios: la promoción de la salud (mental) de la primera infancia y de las familias en riesgo psicosocial, y la promoción de la salud y la salud mental en la adolescencia.

7.4. Realización de actividades de apoyo y contención de todos los equipos profesionalizados del barrio, sometidos a una intensa presión emocional y empujados al «síndrome del desengaño» y a la psicopatología por las crónicas dificultades de su trabajo (5).

Para profundizar y hacer algo más vivencial la situación, permítanme incluir una breve viñeta clínica que amplía el tema.

Sara tiene 20 años. Es hija única de una pareja de técnicos de grado medio. Hasta hace poco ha sido una magnífica estudiante, dotada además de capacidades artísticas y expresivas. Pero, poco a poco, hace unos meses, los padres y amigos la ven más y más retraída, hasta el extremo de que se ha pasado días sin salir de la habitación y se ha negado a acudir a una de las actividades sociales y artísticas a las que acudía. La ven más «quieta, como deslumbrada», pero también con momentos de gran inquietud e irritabilidad.

Ha aumentado su consumo de cannabis, pero es difícil conocer la cantidad de cigarrillos que fuma al día y, menos aún, la dosis de «droga».

Según lo que voluntariamente nos contó, Sara llevaba meses, tal vez más de un año, teniendo extrañas sensaciones. Comenzaron con sensaciones de brillos, luces y sombras en la periferia de su campo visual, en especial, en una o dos situaciones en las que tuvo que cantar en público. Esas sensaciones fueron haciéndose más y más presentes. Además, sentía una angustia difícilmente explicable y, más allá, muy difícilmente definible, trasladable a palabras (¿pre-verbal?). Las pre-

guntas, discusiones, miradas, aproximaciones afectivas de su padre y de sus amigos y amigas le resultaban extrañas, insoportables.

Las sensaciones se convirtieron en voces e imágenes, en particular, ante la televisión. Eran voces y locutores, «distintos de los habituales», que hablaban de ella. ¿Cómo ver la televisión, salir de casa, presentarse en público, ir a la discoteca, ir a la escuela? Tenía que estar recluida en la habitación, asustada ante la posibilidad de sentir de nuevo esas sensaciones, de vivir esas imágenes que tanto la perturbaban. La «maría» le calmaba, pero sólo al principio. Después, al fumar sin parar, acabaron aumentando sus sensaciones, raras, extrañas; como que no es ella, como que los resplandores son extraños y hay objetos y cosas que la deslumbran (por dentro). Algo está cambiando en el mundo y, aunque no sabe qué es, siente esos cambios con gran inquietud.

Al final, sus padres y su novio consiguen llevarla, casi «a rastras» al psiquiatra, que recomienda un ingreso involuntario. Engañada, la llevaron al hospital. Pero, ¿cuáles serán sus sensaciones, percepciones y autopercepciones en el ingreso en una sala de un servicio de psiquiatría de un hospital general?

Ella misma pudo narrar algunas, aunque da la impresión de que se guardó para sí gran parte de las mismas. Sintió que había entrado en un extraño hábitat tórridamente iluminado con brillantes focos, sin ningún rincón acogedor e íntimo, con pasillos embaldosados, que despiden destellos y sonidos violentamente fulgurantes, con gente extraña que le mira, la observa, le pregunta, fisgonea, la desnuda, le cambia la ropa, etc. Vienen después sensaciones de ropas extrañas, reseca y rasposas, gomas en el brazo, olores agudos, pinchazos... Voces y caras desconocidas, expectantes, tal vez extrañas o amenazadoras. ¿Quiénes son?, ¿qué quieren? Pero después, minutos después, todo es peor: viene desde dentro. Algo cambia por dentro, sus pensamientos se paran, sus emociones y su capacidad de alerta se embotan. ¿Quién y cómo se lo produce? ¿A dónde irá a parar todo esto? ¿Qué harán con ella si pierde sus fuerzas/ se duerme/ deja de vigilar/ se le echan encima/ le hablan desde la televisión/ no puede salir de aquí/ deja de caminar/ se agarrata más y más?... ¿Qué le han hecho, por qué, para qué?

Sara logra el alta voluntaria con el apoyo de los padres. Los tres de acuerdo, intentan otra vía, con un segundo psiquiatra, el cual recomienda una terapia combinada con neurolépticos a dosis bajas y psicoterapia psicoanalítica más el compromiso por parte de Sara de que, si es necesario, aceptará el ingreso voluntario.

En pocas semanas Sara mejora, pero los esfuerzos de profesionales y familia no consiguen que abandone el consumo de cannabis. Hay una recaída a los cinco meses, al dejar los neurolépticos y aumentar el consumo de «porros» (su novio también «fuma» habitualmente), al tiempo que se había propuesto realizar cambios demasiado drásticos en su vida y en su relación con sus padres. Se le propo-

ne un ingreso y se negocia con ella, como alternativa, la cumplimentación estricta de los fármacos que se le indican (7'5 mgr. de olanzapina; alprazolam a dosis de 0,25-0,50 ocasionalmente) y de la psicoterapia, así como la disminución progresiva del uso de cannabis. Acepta.

La mejoría es lenta, aunque progresiva. A medio plazo, los cambios pudieran parecer espectaculares. Logra acabar la carrera al tiempo que ha vuelto a realizar trabajos pagados con cuyos ingresos arreglan la vivienda en la que ha ido a vivir con su novio. Puede hablar abiertamente de sus alucinaciones pasadas. En estos últimos tiempos, en momentos de gran tensión emocional, ha vuelto a sentirlas en dos o tres ocasiones, pero de forma desestructurada, como «elementos beta», sin concretarse.

¿Por qué Sara y tantas otras Saras, Martas y Marios, Josefas y Josés, Federicos y Alex, Mohamed y Rebecas, Rupertos y Kevin, Washington y Jessicas tienen que realizar ese «extraño y alucinante viaje»? ¿Cómo, en nuestras sociedades tecnológicas, aún no somos capaces de ayudarles precozmente y no después de un sufrimiento que tiende a durar, en la opulenta Europa, más de dos años y, en ocasiones, hasta cuatro y cinco antes de que logremos detectarlo (24-27)? ¿Por qué, cuando necesitan una contención mayor o diferente de la que le puede proporcionar su familia, hay que encerrarles de entrada en ese tipo de instituciones, tan emocionalmente perturbadoras para ellos? ¿Por qué no existen hogares de crisis, pisos protegidos y a medio camino en sus propios medios, donde puedan residir días, semanas o meses y puedan ser visitados por familiares, allegados, amigos, etc.?

¿Por qué las dosis de neurolépticos han de ser altas si no es para tapar las carencias en ayudas psicosociales para estos pacientes en nuestras instituciones? Ése es el modelo que propusimos ya hace años, en el año 2000, a las autoridades sanitarias de Catalunya y al Consorcio de La Mina. La petición, que sólo cuesta personal y muy poco en locales, no ha sido atendida, mientras que se han gastado miles de millones en «hormigón y tochos» en los mismos años, en los mismos barrios y a cargo de las mismas Instituciones. Y no es que el modelo que proponíamos fuera un modelo «totalmente innovador» y, menos aún, aventurero. Se ha probado y va extendiéndose en varios países nórdicos (28, 29) en el Reino Unido (30), etc. ¿Qué les ocurre a nuestros políticos, a nuestros administradores, a nuestros gerentes sanitarios que no pueden desarrollar o casi ni iniciar esos modelos alternativos?

Este aspecto excede los márgenes propiamente urbanísticos, una vez que a las instalaciones se les ha reservado el espacio necesario, en el lugar preciso, contando con la financiación oportuna. Por ello ya hace años que la dirección de la Unidad de Salud Mental de Sant Martí-La Mina solicitó del Consorcio de La Mina la creación de dos programas funcionales dotados de personal y medios adecua-

dos en dos ámbitos particulares: adolescencia y primera infancia. Son el *Programa de Apoyo Psicosocial a la Adolescencia* y el *Programa de Promoción de la Salud de la Primera Infancia* (11).

El *Programa de Apoyo Psicosocial a la Adolescencia* incluía dos campos de actividad: 1) Facilitar la consulta de adolescentes en la Unidad de Salud Mental y el Centro de Salud mediante la incorporación de personal especializado en salud mental a los centros escolares del barrio. 2) Estos profesionales tendrían como objetivo prioritario la atención a la consulta espontánea de los adolescentes y la participación en sus actividades, pero también la realización de grupos «tipo Balint» (4,5) con el personal de servicios sociales y servicios pedagógicos que los atienden y la realización de grupos «tipo Balint» con otros equipos y con miembros de las ONG más insertadas en el barrio.

El *Programa de Promoción de la Salud en la Primera Infancia* incluía: el apoyo por parte de la Unidad de Salud Mental al Centro Materno-Infantil del barrio. El aumento de sus actividades de atención a díadas madre-hijo y familias en riesgo. La realización de programas integrados e interdepartamentales de cuidado al embarazo y puerperio, así como de la atención preventiva a las embarazadas en situación de riesgo. La realización de visitas conjuntas de personal de salud mental con los equipos de pediatría y el seguimiento común de los niños en riesgo psicosocial o detectados con señales de alerta psicológicas.

La realización conjunta de la primera visita del recién nacido junto con el pediatra, y el seguimiento desde ese primer mes de vida de los niños en riesgo psicosocial o detectados con señales de alerta psicológicas.

Ambos proyectos fueron presentados en los años 2000 y 2001 sin que, desgraciadamente, hasta el momento, hayan sido apoyados o aprobados abiertamente ni por el Consorcio de La Mina ni por el propio Institut Català de la Salut, la empresa sanitaria pública de la cual depende la Unidad de Salud Mental que los propone. Pero en este tiempo, sí se han aprobado otros proyectos de rehabilitación y de acciones sociales y psicosociales. Una aprobación que parece haber seguido un criterio asombroso por lo restrictivo, salvo excepciones, no suponen fondos o financiación adicional para los equipos normalizados y públicos de la zona, pero sí para diversas instituciones, ONG y empresas externas al barrio.

Nos parece un síntoma, aunque tal vez sólo un síntoma, de los riesgos siempre presentes de que el nuevo plan de remodelación, a pesar de que en este caso incluía aspectos «funcionales» y «sociales» desde sus primeros pasos, pueda acabar dominado, como los anteriores, por el habitual conjunto de actividades de «hormigoneo», especulación y edificación especulativa de la zona. Ese sí que supondría un final para «el problema de La Mina»; que el barrio acabe entregado a los intereses especulativos, que ya lo han tenido en su punto de mira (9).

Dado el modelo social dominante, la renovación del barrio de La Mina ha de competir, pues, por el espacio con y contra otros intereses privados y públicos. Y todo ello, en una ciudad como Barcelona, con tantos problemas de suelo urbano y sometida a grandes maniobras tanto urbanísticas como especulativas (9). No hay que olvidar, por ejemplo, que la dotación del conjunto del Plan de Reordenación y Mejora del barrio de La Mina, pensado para diez años y para más de quince mil habitantes es de 95'5 millones de euros, mientras que tan sólo el coste previsto del edificio *Fórum* fue de 96 millones de euros (9). Con el inconveniente, entre otros muchos, de que si ese desvío de las intenciones iniciales triunfa, no hará sino favorecer la desesperanza, tanto entre los pobladores de nuestro barrio como entre los profesionales que comparten con ellos sus afanes y futuros. Y esto es especialmente grave en nuestros días, en los cuales es cada vez más evidente a escala mundial cómo la desesperanza engendra violencia.

La ciudad es, o debería ser, el ámbito supremo de la socialización y, por lo tanto, debería funcionar como un ámbito para el desarrollo de las actividades emocionales introyectivas, como un hábitat privilegiado para cultivar la esperanza, la confianza, la contención y la solidaridad (o capacidad de vinculación interhumana). Pero puede convertirse, al menos en determinados enclaves, en un lugar de desintegración y marginación social y, por lo tanto, un ámbito de desarrollo de las emociones proyectivas del ser humano: desesperanza, desconfianza, incontinencia actuadora y odio. Por ello quisiera terminar repitiendo aquí nuevamente que, tanto en el ámbito individual como social, la desesperación engendra violencia y la violencia, desesperación.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) TIZÓN, J. L., «Salud mental, ciudades y urbanismo: 1. Sobre Psicopatología y Psicodinámica de la vida urbana», *Revista de la AEN*, 2006, Vol., XXVI, 97, pp. 9-29.
- (2) DAL CIN, A.; DE MESONES, J.; TIZÓN, J. L., «La Mina District of Barcelona: A Planning Approach to Psychopathology», *Cities*, 1995, 12 (2), pp. 87-95.
- (3) TIZÓN, J. L., «Atendiendo al sufrimiento de los padres: cuidando el futuro», en SASOT, J.; MORAGA, F. A. (eds.), «Avances en Psicopediatría: padres, salud, sociedad», Barcelona, *Proux Science*, 2001, pp. 145-167.
- (4) TIZÓN, J. L.; SAN JOSÉ, J.; NADAL, D., *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*, Barcelona, Herder, 2000, 2.^a edición.
- (5) TIZÓN, J. L., «¿Profesionales «quemados», profesionales «desengañados» o profesionales con trastornos psicopatológicos?», *Atención Primaria*, 2004, 33(6), pp. 326-330.
- (6) TIZÓN, J. L., «Terapias combinadas en la esquizofrenia: ¿agregamos, mezclamos y confundimos o bien de-construimos y combinamos?», *Revista de la AEN*, 2004, 23(90), pp. 97-131.
- (7) WHO-OMS. WHO European Ministerial Conference on Mental Health (12-15 de enero de 2005), «Facing the Challenges, Building Solutions», OMS-WHO, Ginebra, 2005.

ORIGINALES Y REVISIONES

(8) «Jornet sobre Transformació urbana del barri de La Mina», en Fundació Carles Pi i Sunyer Aula Barcelona-CIDOB (eds.), *Urbanisme i barris en dificultats. El cas de la Mina*, Barcelona, Fundació Carles Pi i Sunyer, 2004.

(9) ROCA, J., *Variants i invariants en la trajectòria històrica del polígon de La Mina*, en Fundació Carles Pi i Sunyer, Aula Barcelona-CIDOB (eds.), *Urbanisme i barris en dificultats. El cas de la Mina*, Barcelona, Fundació Carles Pi i Sunyer, 2004.

(10) *Consorci La Mina (2004): Barri La Mina*, en: www.barrimina.org (visitada en noviembre de 2004).

(11) TIZÓN, J. L.; PARRA, B., *USM Santa Martí-La Mina, Projecte d'ampliació de l'abordatge comunitari en salut mental del Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil de La Mina (Institut Català de la Salut)*, Barcelona, USM La Mina, 2001.

(12) KAGAN, J.; ZENTNER, M., «Early Childhood Predictors of Adult Psychopathology», *Harv. Rev. Psychiatry*, 1996, 3(6), pp. 341-350.

(13) JONES, P. B., y otros, «Schizophrenia as a Long-term Outcome of Pregnancy, Delivery, and Perinatal Complications: a 28-year Follow-up of the 1966 North Finland General Population Birth Cohort», *Am. J. Psychiatry*, 1998, 155 (3), pp. 355-364.

(14) MCGORRY, P. D.; EDWARDS, J.; MIHALOPOULOS, J., «Early Psychosis Prevention and Intervention Center (EPPIC)», *Schizophrenia Bulletin*, 1996, 22 (2), pp. 305-326.

(15) ZABALA, I.; MANZANO, J., «Psicopatología durante la infancia en un grupo de adultos esquizofrénicos», *Informaciones Psiquiátricas*, 1993, 134 (4), pp. 381-387.

(16) ARTIGUE, C., y otros, «Una aproximación a la detección precoz de los trastornos mentales graves», *Revista de Psicopatología del Niño y del Adolescente*, 2004, Barcelona, (4), pp. 51-67.

(17) *Council of Europe. Conference of European Ministers Responsible for Public Health. An European Approach to Health Promotion*, Estrasburgo, Consejo de Europa, 1981.

(18) WOLF, S.; BRUHN, J. G., *The Power of Clan. The Influence of Human Relationships on Heart Disease*, New Brunswick, N. J., Transaction Publishers, 1993.

(19) MCGRATH, J., *Universal Interventions for the Primary Prevention of Schizophrenia*, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2000, 34 (supl.), 58-S64.

(20) WILKINSON, R. G., *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*, Londres, Routledge, 1997.

(21) MARMOT, M. G.; WILKINSON, R. G. (eds.), *Social Determinants of Health*, Nueva York, Oxford University Press, 1999.

(22) MARMOT, M. G., «The Importance of Psychosocial Factors in the Workplace to the Development of Disease», en MARMOT, M. G.; WILKINSON, R. G. (eds.), *Social Determinants of Health*, Nueva York, Oxford University Press, 1999, pp. 24-38.

(23) MARMOT, M. G., «Social Class, Occupational Status and CVD», en *Occup. Med.*, 2000, 15(1), pp. 22-8.

(24) HÄFNER, H.; DER HEIDEN, W., «Epidemiology of Schizophrenia», *Can. J. Psychiatry*, 42, 2, 1997, pp. 139-151.

(25) HÄFNER, H., y otros, «Causes and Consequences of the Gender Difference in Age at Onset of Schizophrenia», *Schizophrenia Bull.*, 1998, 24 (1), pp. 99-113.

(26) JONES, P.; CANNON, M., «The New Epidemiology of Schizophrenia», *Psychiatr. Clin. North Am.*, 1998, 21(1), pp. 1-25.

(27) NARROW, W. E., y otros, «Revised Prevalence Estimates of Mental Disorders in the United States. Using a Clinical Significance Criterion to Reconcile 2 Surveys' Estimates», *Arch. Gen. Psychiatry*, 2002, 59, pp. 115-123.

(28) ALANEN, Y., *Schizophrenia. Its Origins and Need-adapted Treatment*, Londres, Karnac Books, 1997.

(29) TURPEINEN, P., *Ahdingossa luova lapsi ja nuori*, Helsinki, Tienviittoja Kasvuun 2004 (consultado en su versión inglesa, pendiente de publicación).

(30) JANÉ-LLOPIS, E., «La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales», *Revista de la AEN*, 2004, 89, pp. 67-79.

* *Correspondencia:* jtizon.pbcn@ics.scs.es

** Redacción aproximada de la conferencia-coloquio realizada dentro de la XIII Setmana Cultural de La Mina, organizada por el Centro de Atención Primaria La Mina y la Plataforma d'Entitats i Veïns del Barri de La Mina, Sant Adrià del Besós, 20 de mayo de 2004. La realización de este artículo está apoyada en el amplio trabajo bibliográfico, muestral y de campo realizado en el Proyecto SASPE (Señales de Alerta y Signos Prodrómicos de la Esquizofrenia) y el Proyecto LISMEP (Listado de Items de Salud Mental Pre-escolar). El Proyecto SASPE ha recibido una ayuda a la investigación (02E/99) de la Fundació Seny, tras evaluación a cargo de la Agencia para la Evaluación de la Investigación y las Tecnologías Médicas de Catalunya. El Proyecto LISMEP ha sido apoyado por la Ayuda TV02/ 0133 de la Fundación MaratóTV3, tras la evaluación a cargo de la Agencia Nacional Española de Evaluación y Prospectiva). El Equipo de Investigación del Proyecto SASPE está formado por Jorge L. Tizón (dir.), Jordi Artigue, Belén Parra, Josep Ferrando, Conxita Pérez, Francesc Pareja y Laia Catalá.

Agradecimientos: La realización de este trabajo se ha apoyado en el amplio esfuerzo bibliográfico, muestral y de campo realizado en el Proyecto SASPE (Señales de Alerta y Signos Prodrómicos de la Esquizofrenia) y el Proyecto LISMEP (Listado de Items de Salud Mental Pre-escolar). El Proyecto SASPE ha recibido una ayuda a la investigación (02E/99) de la Fundació Seny, tras la evaluación a cargo de la Agencia para la Evaluación de la Investigación y las Tecnologías Médicas de Catalunya. El Proyecto LISMEP ha sido apoyado por la Ayuda TV02/ 0133 de la Fundación Marató TV3, tras la evaluación a cargo de la Agencia Nacional Española de Evaluación y Prospectiva. A la doctora Magdalena Delgado, pediatra del CAP La Mina, y a Laia Catalá, becaria del Proyecto SASPE, que colaboraron en la preparación del manuscrito.

Tabla 1

Los niveles para la contención de las presiones hacia el desequilibrio (mental)

1.	El MUNDO INTERNO («objetos internos»)
2.	Las CAPACIDADES YOICAS, personales (para conducirnos con nuestros impulsos y con la sociedad)
3.	El CUERPO y la Representación Mental del Cuerpo
4.	La FAMILIA real
5.	Las REDES PROFANAS O RED SOCIAL
6.	El TRABAJO y las RELACIONES ALREDEDOR DEL TRABAJO
7.	Las REDES PROFESIONALIZADAS: pedagógica, sanitaria, de asistencia social, etc.

Tabla 2

Finalidades del Consorcio de La Mina (2000-2010)

<p>La realización de actuaciones en los ámbitos educativo, cultural, de inserción laboral, social, de vivienda, seguridad y prevención.</p> <p>La coordinación y colaboración para la correcta aplicación de las actuaciones sociales, laborales, culturales, educativas, sanitarias, de vivienda y urbanísticas.</p> <p>Las actuaciones dirigidas al desarrollo económico del sector de actuación en coordinación con el Ayuntamiento de Sant Adrià del Besós.</p> <p>El establecimiento de relaciones con otras administraciones, organismos y entidades.</p> <p>Las actuaciones de colaboración en la elaboración de los instrumentos urbanísticos que haya aprobado el Ayuntamiento de Sant Adrià.</p> <p>La emisión de informes con respecto a las actuaciones urbanísticas que se realicen en su ámbito territorial de actuación.</p> <p>La previsión de vías de financiación por parte de personas o entidades no consorciadas.</p>
--

Tabla 3

Líneas de actuación del Plan Especial de Reordenación y Mejora (PERI) del Barrio de La Mina (2000-2010)

<p><i>Apoyo social y educativo:</i> proyecto de acción para el absentismo escolar intermitente, refuerzos escolares, planes de apoyo a los proyectos educativos de los centros escolares del barrio, red de calle, educadores de calle, planes de prevención en adolescencia e infancia de alto riesgo, apoyo al asociacionismo de madres y padres, escuela de madres y padres, atención y prevención de la drogodependencia, seminarios de formación para los servicios sociales, educación sanitaria para adolescentes, etc.</p> <p><i>Formación e inserción sociolaboral:</i> fomento de la formación y la inserción laboral, en particular de adolescentes, club de trabajo, fomento de nuevas tecnologías, etc.</p>
--

Tabla 3 (Continuación)
*Líneas de actuación del Plan Especial de Reordenación y Mejora (PERI)
del Barrio de La Mina (2000-2010)*

Desarrollo económico local: Proyecto de apoyo a la autoocupación, proyecto de dinamización comercial, etc.

Mejora de la convivencia y el civismo: brigadas de mantenimiento, campañas por el medio y el civismo, refuerzo de la limpieza viaria, dinamización de las juntas de escalera, mejora de la seguridad del barrio, etc.

Participación en el desarrollo comunitario: Apoyo técnico a las entidades del barrio, apoyo técnico a la Plataforma de entidades, plan de desarrollo comunitario, planes de información y comunicación en el barrio, etc.

Reforma urbanística: re-equipamiento del barrio, reubicación de las instalaciones escolares, reformas profundas de la red viaria, de comunicación y conectividad del barrio construcción de nuevas viviendas y mejora de las existentes, nuevos espacios productivos, reorganización de los espacios libres, remodelación del espacio central del barrio, etc.

Vivienda: Mejoras de las viviendas, derribo de los bloques peor concebidos o conservados y realización de nuevas viviendas para sus moradores, etc.

ORIGINALES Y REVISIONES

Tabla 4
Funciones parentales en la familia
 (en nuestra cultura y desde el punto de vista psicológico)*

FUNCIONES	Aspectos	Concepto-Resumen
1. CUIDADO Y SUSTENTO CORPORALES BÁSICOS	Provisión de alimento, vestido, refugio, etc.	«Urdimbre afectiva» Función de DIADA (madre-hijo)
2. FUNCIONES (emocionales) INTROYECTIVAS Y PROYECTIVAS que dan lugar a la mente y al pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> – Amor-ternura / Odio – Esperanza / Des-esperanza – Confianza / Des-confianza – Contención (rêverie** + poner límites) /Incontinencia 	
3. RELACIÓN SUJETO B OBJETO EXTERNA E INTERNA	<ul style="list-style-type: none"> – Creación del OBJETO – Creación del SUJETO – Creación del ESPACIO MENTAL 	
4. FUNCIONES DE LÍMITES Y CONTENCIÓN	– Formas de comunicación	TRIANGULACIÓN ORIGINARIA: madre-hijo-padre (Complejo de Edipo)
5. ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DEL SUPER-YO	<ul style="list-style-type: none"> – Conciencia moral – Pulsiones versus sociedad: <ul style="list-style-type: none"> . moral, motivación, premios, logros . objetivos, valores, lealtades . formas de apoyo en crisis familiares y sociales – Ideal del YO 	
6. IDENTIDADES PSICOSOCIALES FUNDAMENTALES	<ul style="list-style-type: none"> – en la PSICOSEXUALIDAD – en la AGRESIVIDAD-DESTRUCTIVIDAD. – en el CONOCIMIENTO 	
7. MODELOS DE RELACIÓN CON EL EXTERIOR	<ul style="list-style-type: none"> – Familia estructurada, desestructurada, «en reversión», aglutinada, etc. – Familia de pareja básica, matriarcal, patriarcal, «banda de chicos», «casa de muñecas», etc. 	Las relaciones interior-exterior de la familia como «célula básica» de la sociedad.

** (Rêverie: capacidad de empatía con el bebé y el niño y de sentir, pensar y fantasear con él y por él).