

# VIII Jornades de salut mental a Nou Barris

## EL VALOR DE LA FAMÍLIA EN LA MALALTIA MENTAL

Abordatges i suport  
des de diferents dispositius  
**CONVIURE AMB LA MALALTIA MENTAL**



7 i 8 de novembre de 2008

Lloc: Parc Tecnològic Barcelona Nord - c/ Marie Curie, 8



Ajuntament de Barcelona  
Nou Barris



familiarsmalaltsmentals



# **VIII JORNADES DE SALUT MENTAL A NOU BARRIS**

El valor de la família en la malaltia mental

Abordatges i suport des de diferents dispositius

CONVIURE AMB LA MALALTIA MENTAL

## Divendres dia 7

### INAUGURACIÓ

---

#### **Xavier Trabado** **President de FECAFAMM**

En aquesta breu intervenció vaig a enumerar alguns temes d'interès general relacionats amb el treball de FECAFAMM per als pròxims mesos.

- Des de la Federació hem tingut contacte amb la Conselleria de Salut i la impressió que ens dona és que encara que el Pla Director no avança com voldríem, la Conselleria està treballant per a millorar els serveis de salut mental en el nostre territori. El que està bastant clar és que, a menys que el tema del finançament tanqui de forma favorable, la mala situació econòmica que estem passant afectarà tot el que siguin aportacions pressupostàries. De tota manera, en aquest contacte amb la Conselleria, hem pactat rebre informació periòdica de l'evolució del Pla Director a tot Catalunya de manera que des de les associacions puguem conèixer de primera mà l'avanç en el desplegament dels Serveis de Salut.

- També des de la Federació hem acordat amb l'IMD fer un esforç en l'àmbit laboral per a intentar que els ajuntaments es comprometin amb les entitats per a contractar malalts que treballin en temes de jardineria. Respecte als Serveis Socials, tenim un grup de treball coordinat amb la FEAFES que intenta modificar la Llei de Dependència perquè inclogui les persones amb algun problema de salut mental que actualment estan quedant fora.

- Al desembre del 2007 vam crear la Fundació Funamment amb el doble objectiu de fer arribar serveis en zones apartades de Catalunya i perquè sigui un instrument de captació de fons involucrant a la societat civil, empreses privades i persones amb capacitat econòmica.

- El nostre pla d'acció per a aquest any es basa a continuar col·laborant amb les associacions pel que fa al treball amb les famílies, donant suport als professionals i dialogant amb les administracions per a intentar recollir la major quantitat de recursos. Intentarem potenciar més la part de Serveis Socials i els temes residencials en les seves diferents modalitats (residències, pisos amb suport i inserció laboral).

- Des de la Federació hem signat un acord amb SINERGRUP (Grup d'Entitats amb Sinergia Social) que és una entitat que aglutina diferents centres especials de treball com La Fageda, per a integrar més persones amb malaltia mental en llocs de treball.

- Finalment recordar-vos la gran notícia que implica el fet que La Marató d'aquest any giri entorn de la malaltia mental. A més de recollir diners per a la investigació en l'àmbit biològic, que és la línia principal de la Fundació, amb La Marató esperem tenir una oportunitat perquè la gent de tot Catalunya conegui la realitat de la malaltia mental i ens ajudi a desestigmatitzar-la.

Per a acabar vull compartir dues reflexions sobre el paper de la família en la malaltia que han fet la doctora Cristina Gisbert i Begoña Román en les jornades d'aquest matí. Cristina sostenia que a pesar de les dificultats de molts casos i els problemes del dia a dia hem de tenir expectatives positives, si no som positius en aquest sentit segur que les coses no canviaran mai. I Begoña Román, professora de dret d'universitat, comentava que hem d'evitar els comportaments paternalistes o infantilistes amb les persones afectades d'una malaltia mental, ja que això no contribueix a fer que siguin persones més responsables i independents.

**Sra. Carmen Andrés i Añon**  
**Regidora del districte de Nou Barris**

Per a començar voldria reconèixer el treball de l'AFEM, del Centre de Dia i de la Fundació pel seu esforç reivindicatiu a l'organitzar unes jornades que ens recorden, a les instàncies públiques, que hem de treballar més i millor pel benestar i en defensa dels drets de col·lectius com el dels malalts mentals. El reconeixement també a les famílies de les persones amb alguna malaltia mental per la seva lluita perquè se'ls concedeixi el dret a l'assistència sanitària en les mateixes condicions que a qualsevol altra malaltia. Quan des del sistema sanitari es comenci a abordar aquestes malalties amb la mateixa intensitat que altres malalties, les famílies guanyaran en benestar ja que el que estan fent és suplir una mancança que encara tenen els serveis públics. Per desgràcia això no ho entenen tots. Per exemple, quan des dels diferents districtes de Barcelona es negocia amb les associacions de veïns i les entitats el tema dels equipaments socials sempre ens demanen equipaments per a fer vida comunitària (casals de barri, centres cívics, etc.), però no es dona el cas que ens sol·licitin recursos per a algun col·lectiu que no sigui el majoritari. No obstant això, des de l'administració del Districte de Nou Barris estem intentant que es comenci a prestar més atenció a persones que no pertanyen a col·lectius majoritaris com poden ser els malalts de síndrome de Down o els sense sostre.

Pel que fa al dret del malalt a ser atès, tant les famílies com les associacions tenim la responsabilitat de treballar pel correcte desenvolupament de les lleis d'autonomia personal i de serveis socials col·laborant amb l'aportació d'idees que serveixin per a millorar-les. Creiem que després d'un període d'implantació, aquesta llei d'autonomia començarà a donar fruits i serà el quart pilar de l'estat sempre que les entitats o les persones, a títol individual, li donin suport.

Resumint, hem d'avançar molt en la creença compartida que és necessari fer equipaments que donin resposta a les necessitats d'aquest col·lectiu, no com una imposició de l'administració sinó com una iniciativa dels mateixos veïns del districte. Per a assolir aquest objectiu és indispensable fer molta docència i comptar amb el suport de tots els moviments i entitats que hi ha en el territori.

Des de l'administració s'està treballant per a continuar en la línia d'implantació d'aquesta llei d'autonomia personal. Segons estadístiques de què dispo, durant l'any 2007 en els centres de salut mental de Barcelona s'han atès 44.700 adults i 6.200 nens i joves; en el període del 2006 al 2007 s'han incrementat en un 31% els pacients atesos en els centres de salut mental. El fet que entre el 2006 i el 2007 s'hagi passat de 34.000 a 44.000 persones ateses demostra que no es tracta solament d'un problema menor sinó d'una demanda que està creixent i que la Generalitat intenta afrontar amb el pla director. És normal que aquest pla tingui alguns inconvenients que impedeixen que es desenvolupi al ritme que tots voldríem, però de moment s'està prioritzant en alguns projectes, com el Programa de Salut i Escola, l'aplicació del protocol de salut mental, la lluita contra la depressió i prevenció del suïcidi, la coordinació del projecte europeu IMPA i, després, altres programes que no són de prevenció sinó d'àmbit assistencial: la nova cartera de Serveis de Salut Mental d'Atenció Primària que en aquest moment està al 41% d'aplicació, la millora de l'atenció d'urgències psiquiàtriques domiciliàries, el desplegament dels serveis especialitzats (trastorn psicòtic incipient, atenció als adolescents), etc. Específicament, des de l'Ajuntament s'estan fent equipaments i s'està lluitant contra l'estigma o la frivoltització d'aquestes malalties.

Per a finalitzar voldria reconèixer que des de les administracions no fem tot el que hauríem de fer, però es continua avançant per a procurar que aquest finançament, lligat no solament amb la salut sinó amb els drets individuals, es resolgui d'una manera favorable. Demano per això que en els nostres barris, quan es facin demandes, es facin també per a aquest tipus de col·lectius. Hem d'entendre que fer equipaments en sòl públic destinats a grups minoritaris és avançar en el benestar i en el sistema social.

## 1. "Función de los grupos psicoeducativos en los Servicios de Rehabilitación Comunitaria"

**María Jesús Abadía**

**Coordinadora**

**Servicios de Rehabilitación Comunitaria Pi i Molist**

A lo largo de la historia, las familias han venido desempeñando un papel destacado en la atención al enfermo mental crónico. La crítica a la institucionalización y las profundas reformas psiquiátricas llevadas a cabo en EEUU y en Europa han generado que las familias sean pieza clave en el cuidado y mantenimiento en la comunidad del enfermo mental.

El fenómeno de la desinstitucionalización ha supuesto una ruptura epistemológica en el modo de entender la enfermedad mental y la forma de abordar los problemas de salud mental. El tratamiento comunitario y el movimiento de la externalización han hecho de los familiares agentes principales del cuidado.

Aproximadamente dos tercios de todos los enfermos mentales de los hospitales psiquiátricos volvieron a vivir en la comunidad, la mayoría lo hizo con la familia, si tenemos en cuenta que la duración de los ingresos se redujo sustancialmente, pues tenemos que la cifra de personas a cuidar se ha elevado.

La familia se convierte en el agente primario de cuidados del familiar enfermo, se ha sustituido al personal hospitalario y ha de asistirle las veinticuatro horas al día, sin tener los medios ni la experiencia de los trabajadores de las instituciones.

Aunque las familias constituyen el principal recurso de atención, cuidado y soporte social del enfermo mental, sin embargo la problemática y necesidades de la familia aún es poco conocida y atendida y en algunos casos ignorada, lo que lleva a que muchas familias soporten las dificultades, tensiones y sobrecarga sin contar con la adecuada ayuda, apoyo y orientación.

Los primeros abordajes teóricos sobre este tema postulaban un papel causal a la familia tanto en el inicio como en el mantenimiento de la esquizofrenia, es en el año 1989 cuando Obiols y Obiols dice que la investigación ha evidenciado que la esquizofrenia es un trastorno complejo y multifactorial en el que interactúan diferentes factores (genéticos, biológicos y ambientales) de acuerdo al modelo de vulnerabilidad y estrés.

En las últimas décadas han ido apareciendo nuevos modelos de intervención que pretenden ayudar a las familias dando énfasis al papel positivo que éstas tienen en el proceso rehabilitador y en la prevención de las recaídas del enfermo mental crónico.

El tratamiento farmacológico es necesario pero insuficiente para evitar el riesgo de recaídas y los mejores resultados se obtienen cuando se combinan el tratamiento farmacológico con algún tipo de intervención familiar.

Todas las intervenciones psicosociales que incluyan a la familia realzan los aspectos positivos de ésta.

Las intervenciones psicosociales combinan información o educación sobre la Esquizofrenia (síntomatología, etiología, evolución, tratamiento farmacológico, importancia del estrés ambiental, familiar, etc.). Con algún abordaje sobre resolución de problemas. Lo que varía de un programa a otro es el enfoque y la forma de aplicarlo.

El marco de actuación con las familias desde la rehabilitación psicosocial se centra en dos puntos. En primer lugar, hay que cubrir las necesidades que presentan las familias que tienen una persona con enfermedad mental, Spaniol y Zipple en 1984 agruparon estas necesidades en cinco tipos: información sobre la enfermedad, asesoramiento en el manejo de la sintomatología psiquiátrica, asesoramiento y consejo en el manejo de los problemas con el seguimiento y toma de medicación, orientación sobre los problemas de conducta y asesoramiento en el manejo del estrés familiar.

En segundo lugar, la rehabilitación psicosocial parte de unos supuestos teóricos en los que se fundamenta su actuación y que se pueden resumir en el Modelo de Vulnerabilidad a la Esquizofrenia y la Emoción Expresada (EE).

El Modelo de vulnerabilidad según Zubin y Steinhauer 1981 nos dice que dos personas con el mismo grado de vulnerabilidad y sometidos a acontecimientos estresantes similares serán diferencialmente proclives a desarrollar un episodio esquizofrénico si las variables moderadoras que influyen en cada caso son distintas.

El concepto de Emoción Expresada surge para designar algunos aspectos de la conducta emocional que se manifiestan dentro de una familia hacia un miembro enfermo.

La Emoción Expresada consta de cinco componentes:

Critica: comentarios críticos realizados por el familiar acerca del comportamiento del paciente.

Hostilidad: es el extremo del comentario crítico, que implica una impresión negativa generalizada o un rechazo del paciente como persona y no solo de su conducta.

Sobreimplicación: es una conducta emocional exagerada y desproporcionada del familiar, una conducta sobreprotectora exagerada y excesiva.

Calor: Manifestaciones de empatía, comprensión, afecto, e interés hacia el paciente,

Comentarios positivos: Expresiones de aprobación, valoración, o aprecio del paciente o de su conducta.

Los efectos del enfermo mental sobre la familia se presentan de diversas formas:

Aislamiento social: la vida social de la familia se reduce, los familiares reducen sus salidas con amigos y en algunos casos la actitud de estos cambia negativamente. El aislamiento social no se produce únicamente en las familias de pacientes con esquizofrenia, también se produce en otras patologías de larga duración.

Alteración de la rutina doméstica: normalmente se altera ante cualquier enfermedad aún más si se trata de una persona con patología mental.

Dejar las tareas del hogar por hacer ocasiona problemas de desorden etc. Los ruidos molestan, existe en algunos casos insomnio etc. Esta sobrecarga la superan bien algunas familias mientras que en otras sus miembros se resienten por los inconvenientes antes comentados.

Deterioro de la economía etc.

Cuando el miembro de la familia que la sustenta enferma la economía del hogar se resiente.

El interés actual por las familias de los pacientes esquizofrénicos desde un enfoque psicoeducativo se inserta en un modelo de tratamiento global.

Varias han sido las intervenciones familiares que bajo el sobrenombre de modelos psicoterapéuticos se han ido desarrollando, fundamentalmente a lo largo de la década de los 80: Terapia Familiar conductual de Fallon, Leff, Anderson con su modelo psicoeducacional.

Afrontamiento de estrés de Terrier, grupos multifamiliares de Mc Farlane, a pesar de sus diferencias todos ellos comparten el objetivo de reducir el estrés familiar y las recaídas a través de los grupos psicoeducativos.

### **Proceso de intervención**

Aquí podemos diferenciar distintas fases en el proceso, tendríamos que distinguir entre:

Intervenciones familiares

Intervenciones multifamiliares.

El proceso de intervención comienza en el primer contacto con la familia y se comenta porque es importante su participación en el proceso rehabilitador.

Posteriormente se realiza la evaluación familiar y es donde se ven las necesidades de la misma.

### **Intervenciones Familiares**

El trabajo con las familias es imprescindible en todos los casos pero no se trabaja igual con todas las familias.

El programa se basa en tres pilares fundamentales:

1.- Información sobre la esquizofrenia, se dará información clara y objetiva sobre la naturaleza de la esquizofrenia, tratamiento, prevención de recaídas etc.

2.- Habilidades de comunicación. Es importante mejorar la comunicación en aquellos casos que

esta desviada (comunicación vaga, confusas etc.)

3.- Disminuir la emoción expresada dado que los comentarios críticos, las actuaciones hostiles y sobreprotectoras repercuten negativamente en el propio enfermo.

### **Programa de atención a las familias**

Desde el Servei de Rehabilitació Comunitària Dr. Pi i Molist consideramos que la familia es una parte básica en la rehabilitación de las personas que padecen una enfermedad mental, a partir de la externalización de estos pacientes, pasó a ser el principal soporte tanto social como afectivo.

Es por esta razón por lo que es muy importante cuidar a las personas que las cuidan, para favorecer el que hagan su tarea de la forma más efectiva posible. La intervención va encaminada a disminuir el posible estrés familiar, problemas de comunicación etc.

Otro objetivo es que la familia sea un agente generador de salud para poder colaborar de forma adecuada en el proceso rehabilitador del paciente.

### **Objetivos**

La familia debe concienciarse de que vivir con una persona con patología mental puede provocar ciertos problemas y síntomas que se han de conocer para intentar solucionarlos: reducir el nivel de estrés familiar, romper el aislamiento de la familia, conseguir colaboración familiar en el proceso rehabilitador del usuario, adquirir conocimientos básicos sobre la enfermedad mental tales como factores de riesgo, síntomas, etc., trabajar la comunicación familiar, adquirir pautas que favorezcan la resolución de problemas.

Cuando la familia tiene dificultad para asistir a los grupos psicoeducativos, se le atiende a nivel individual.

### **Población a la que va dirigido**

A las familias de los usuarios atendidos en el Centro de Día y Pisos.

### **Metodología**

Entrevistas: individuales familiares, de valoración, de información y consenso de objetivos, de seguimiento, individuales según necesidades y grupo cerrado.

Modelo: **Intervención familiar conductual de Liberman.**

Profesionales que realizan el grupo de familias: trabajadora social y psicólogo.

Número de familias asistentes: variable en función de las incorporaciones al Centro de Día y Pisos.

Sesiones quincenales del grupo de familia. Duración de la sesión: 2 horas. Duración del grupo: 4 meses.

Grupos llevados a cabo a lo largo del año: 2.

### **Perfil del asistente**

Género: mujer

Estado civil: casada – viuda

Edad: de 60 años a 70

Parentesco: madre

### **Programa de Ayuda Mutua (GAM)**

Este programa es continuidad del grupo psicoeducativo de familias.

En este grupo la familia comparte una situación común y se reúnen voluntariamente, de forma periódica, y en un espacio facilitado por la Institución. Son personas con un mismo problema o enfermedad, el grupo es llevado por la TS, el papel del TS es regular la conversación y los tiempos de palabra, apoyar al grupo facilitando la integración en diferentes recursos dentro de la comunidad, dando asesoramiento externo, cuando el grupo tiene dificultades, y respuesta a las consultas que se puedan presentar en el grupo.

### **Objetivos**

Seguir trabajando las diferentes dudas que vayan surgiendo sobre la incorporación y dificultades en la vinculación del paciente al centro.

Este programa sirve para seguir trabajando la participación de los familiares en las diferentes asociaciones de personas con enfermedad mental.

Recoger las demandas y sugerencias que plantean con referencia a las necesidades de su familiar.

Intentar resolver los diferentes problemas sociales que vayan surgiendo.

### **Beneficios**

Adquisición de conocimientos sobre la enfermedad, capacidad para afrontar la situación, manifestar las propias necesidades y recursos, fomento de las habilidades de relación, facilita la expresión de sentimientos a través de la comunicación: la escucha, la empatía, el respeto mutuo.

Se da y se recibe, se favorece la solidaridad y la autoestima, promueve valores y seguridad entre los miembros del grupo, ofrece confianza y compañía, realiza el efecto de responsabilidad, aumenta la autoestima y refuerza la identidad, da sentimiento de utilidad.

Suma de energías = poder.

Produce repercusión a los servicios profesionales.

### **Primeros pasos para iniciar un GAM**

Estar convencido de querer formar parte del grupo, reunir personas que se encuentren en una misma situación, hacer una primera reunión, decidir el nombre de miembros que lo constituirán, decidir que quiere hacer el grupo, crear una atmósfera de confianza que favorezca los cambios de actitud, favorecer la continuidad, eliminar los obstáculos que impiden reunirse, conocer y estar en contacto con los recursos locales, buscar personas que puedan asesorar al grupo y que ayuden a divulgar su existencia.

### **Metodología**

#### **Entrevistas de valoración**

#### **Grupo abierto**

Profesional que realiza el grupo: trabajadora social

Nº de familias asistentes: variable

Las sesiones se realizan los segundos lunes de cada mes. Duración: 2 horas mensuales. Duración del grupo: cuatro meses.

### **Conclusiones**

Las familias que participan en los grupos psicoeducativos participan más positivamente en el proceso rehabilitador, mejora la comunicación entre la familia y el paciente, aumenta la colaboración y coordinación entre los familiares y los profesionales asistenciales, disminuye el aislamiento social de las familias.

## **2. "Funció de la família i efectes terapèutics en pacients atesos al programa de pisos amb suport"**

### **Jaume Huertas**

#### **Infermer psiquiàtric**

#### **Equip de pisos amb suport**

No se puede negar que es la familia (o debería serlo en la medida de lo posible) la que lleva la carga del trastorno y la tiene que enfrentarse con lo impredecible del mismo. Es, por tanto, obvio que la evolución de algunas psicosis va a depender sobre todo de las condiciones familiares. Aunque la instauración de tratamientos sea básico, el cariño, el soporte y la comprensión de la familia y amigos es fundamental.

Cuando un miembro de la familia enferma se altera la vida normal y la convivencia se ve afectada. Para ayudar a mantener la armonía de la familia, la información y la comprensión de la enfermedad resulta crucial. La enfermedad tiene un gran impacto porque generalmente es difícil aceptar el hecho. En esta situación pueden aparecer reproches mutuos, tensión entre los miembros de la familia, tendencia a abandonar la actividad social y, en general, hay una distorsión de la vida familiar.

Creo que lo más importante, bajo el punto de vista de la familia, es conocer los síntomas que la enfermedad ocasiona al comienzo y en las posteriores crisis. Igual de importante es saber cómo actuar en estos casos. Para enfrentarse en condiciones a la enfermedad, la familia ha de tenerse



en cuenta como primera máxima que "nadie tiene la culpa".

La OMS, tratando el tema de la esquizofrenia y familia, advierte que hay que tener la máxima información posible de la enfermedad y no quedarse con ninguna duda, ni de la enfermedad ni de los tratamientos. Se ha de sintonizar con el personal sanitario lo más posible, es decir, colaborar a que entre el médico, el enfermo y la familia exista un ambiente cordial. Se ha de evitar el aislamiento, colaborar con las asociaciones, participar en reuniones, en grupos, en excursiones y cuantos acontecimientos sean cotidianos; la soledad solo incrementa la angustia y no conduce a nada positivo. Se han de fijar objetivos modestos con el paciente, más vale que acuda a una actividad de una hora a que no haga nada. Se ha de evitar el enfrentamiento directo con el usuario, salvo en casos de gravedad y para ello, si es preciso, recurrir a terceras personas: el enfermo a veces hace más caso a otros enfermos o a amigos que a sus propios padres. Nunca eludir con el paciente el dialogo sobre aquello que le preocupa, manifestándole en todo momento con veracidad qué es lo que padece aunque parezca que no lo entienda.

No cabe duda que cuando una familia entra en la enfermedad cree haber entrado en un mal sueño pues vivimos en una sociedad que no entiende la enfermedad aunque nadie esté libre de padecerla.

El problema está con los pacientes que carecen de un apoyo familiar, bien sea porque nunca lo han tenido o porque las familias han desaparecido. ¿Quién cumplirá entonces este papel?, ¿quién se hará cargo de estas personas? Es evidente que algunos usuarios podrán vivir por su cuenta pero los demás pasarán a ocupar una de las 500 plazas que en la actualidad hay de residencias psiquiátricas o de las 208 plazas de pisos con soporte que hay en toda Cataluña. En estos casos el programa de pisos pasa a ocuparse de una parte importante de las funciones familiares.

En cuanto a este tema de los pisos quisiera daros a conocer unas estadísticas importantes que se presentaron en unas jornadas realizadas hace un par de meses en Barcelona y en las que participé en una de las mesas de trabajo. Entre las muchas estadísticas que había me llamo particularmente la atención las que hacían referencia a los motivos de ingreso en los pisos, así: un 60% de los pacientes ingresados eran por motivos familiares, un 16.66% por razones de vivienda, un 16% por problemas económicos y un 11% por problemas de entorno social. Estos datos aunque ciertos, no me convencieron del todo ya que en mi opinión hacía falta desmenuzarlos un poco. Por esta razón realicé con ayuda de unos compañeros mi propia estadística sobre la situación familiar de 56 de los 60 pacientes que tenemos en pisos. A partir de estos datos nos encontramos que una cuarta parte de los pacientes que tenemos en pisos no tienen familia o no tienen familia conocida; un 31% solamente tiene hermanos con un abanico muy amplio de implicación con el enfermo; un 17% tiene padres enfermos, mayores o, en todo caso, que no pueden hacerse cargo; hay un 5.5% de padres que tienen el mismo problema social que los hijos; un 15% de los padres tienen una mala relación familiar con sus hijos enfermos; y un 9.2% de los pacientes tenían hijos a cargo de los hermanos. Los datos apuntan claramente a que los programas residenciales son una alternativa útil, sobre todo para pacientes sin familia o con dificultades de contención familiar.

Paso a referiros las conclusiones a las que se llegó a en aquellas jornadas con relación a los programas de pisos. El hecho de que el paciente esté vinculado a un programa de pisos con apoyo: fomenta su autonomía personal y aumenta su autoestima, promueve y ayuda a mantener un proyecto de vida independiente, mejora el seguimiento terapéutico y el control de los tratamientos biológicos y orgánicos, estimula las capacidades cognitivas en las actividades de la vida cotidiana, mejora la conciencia de la enfermedad, aumenta considerablemente la calidad de vida y, mejora mucho la interrelación entre el personal sanitario con los usuarios y sus familias.

Otro grupo de conclusiones a las que se llegó en esas jornadas tiene que ver con la reinserción comunitaria como elemento clave en la integración del paciente. La reinserción comunitaria facilita y articula la red social, provee la sensibilización social, mejora la tolerancia y el estigma y, favorece la comunicación vecinal. Es una alternativa al internamiento y la marginación social, además, es una descarga familiar.

Los asistentes a las jornadas valoraron muy positivamente el vínculo con los profesionales ya que

facilita la participación del paciente en programas rehabilitadores y de reinserción social, mejora la vinculación del usuarios con los servicios del CSM y el Centro de Día y, aseguran la continuidad asistencial. Pero por supuesto, no todos son ventajas, estos programas están todavía muy lejos de atender a toda la población que los necesita.

La conclusión en cuanto a función de las familias es que son quienes llevan la mayor parte de la carga de la enfermedad, en este sentido quiero transmitirles mi reconocimiento. A estas familiar les aconsejo que, siguiendo las recomendaciones de la OMS, tengan la máxima información posible sobre la enfermedad, que estén en contacto con el personal sanitario de los diferentes recursos y que conozcan y participen en diferentes asociaciones de enfermos mentales,

Finalmente quería recalcar que los pisos con soporte pueden sustituir parcialmente el papel de la familia y son una alternativa al internamiento y la marginación social. No obstante, habría que mejorar la financiación económica ya que la asignación de Bienestar Social es mínima y el elevado precio de los alquileres dificulta poner más pisos en marcha. En otras comunidades, como Madrid por ejemplo, estos programas dependen de sanidad, no los subvenciona bienestar social y, además, los ayuntamientos suelen destinar pisos de protección oficial para estos fines. En Barcelona el ayuntamiento ha puesto pisos a disposición del Proyecto Hombre y de Cáritas, pienso que también los podrían poner a disposición de los programas de pisos con apoyo.

Para poder mantener estos vínculos familiares y sociales es importante la no desubicación de los usuarios y de su contexto habitual, por ello abogamos por la creación de recursos sectorizados. Sanidad está sectorizada, Bienestar no. También haría falta poner en marcha y potenciar programas intermedios entre el PSI y el programa de pisos con los cuales intentar que los pacientes que viven solos tengan acceso a un programa de apoyo a la vivienda.

Finalmente quiero dejaros con un mensaje alentador. A pesar de que aún queda mucho por recorrer estoy convencido de que vamos por el camino acertado, tanto las asociaciones de familias como los servicios asistenciales y rehabilitadores.

### **3. “Abordatge familiar des de l'Hospital de dia”**

**Tatiana Udina**  
**Treballadora social**  
**Fundació Hospital de Dia Nou Barris**

Començaré explicant en línies generals com funciona el servei de l'Hospital de Dia, seguidament parlaré de la importància que té per a nosaltres treballar amb les famílies (integrar les famílies en el procés terapèutic, els canvis que es donen en l'adolescència i els objectius que tenim en l'atenció a la família), després parlarem sobre la tipologia de l'atenció (individual, familiar i grupal) i el contingut de l'atenció.

L'Hospital de Dia de Nou Barris pertany a la Xarxa Pública de Salut Mental de Catalunya i és un servei que està sectoritzat. Atenem cinc districtes de la població, que són Nou Barris, Horta-Guinardó, Sant Andreu, Sant Martí Nord i Gràcia. És un servei d'hospitalització parcial que atén joves en edats compreses entre 13 i 21 anys i que estan afectats per un trastorn mental sever, en el cas de l'adult, o greu, en el cas de la infància. L'equip assistencial està compost per dos metges psiquiatres, dos psicòlegs, una infermera, una treballadora social, un mestre, cinc educadors socials i una administrativa. L'estada mitjana dels nostres pacients és aproximadament de sis mesos i el nombre de places és de quaranta.

L'objectiu principal de l'Hospital de Dia és abordar el tractament de joves que pateixen problemàtiques psicològiques o psiquiàtriques que impedeixen o entorpeixen la integració en els àmbits socioeducatius o laborals i que els dificulten les relacions socials amb el seu entorn. És, per tant, una alternativa a ingressos hospitalaris a temps complet en cas de descompensacions clíniques lleus. El criteri d'exclusió és quan la psicopatologia del pacient és prou greu per a requerir un ingrés hospitalari a temps complet. Tenim un programa d'activitats terapèutiques en les quals el

pacient es vincula arran de la indicació del terapeuta.

El tractament en l'Hospital de Dia és voluntari; entenem que ha de ser voluntari perquè si no hi ha una demanda per part del pacient o de la família nosaltres no hi podem fer res. Sempre intentem treballar sobre aquesta demanda i, si no n'hi ha, intentem generar-la.

### **La importància de treballar amb les famílies**

Per a nosaltres és important treballar amb les famílies per diverses raons. En primer lloc perquè atenent les famílies rebem informació tant del pacient com de la pròpia família. Aquesta informació és per a nosaltres un element clínic que ens permet entendre el que està passant, orientar el tractament i detectar les necessitats del cas.

Sabem que el nucli familiar és el primer grup de relació de l'individu i és on es generen els vincles més importants, els llaços afectius i tot el que envolta a la relació. Per aquest motiu hem de conèixer el funcionament i les dinàmiques de relació que s'estableixen entre els membres de la família. Tot això ens dóna eines per a saber què és el que està passant i poder intervenir adequadament.

En l'adolescència es donen processos de separació que van acompanyats d'una sèrie de canvis tant en els fills com en els pares. Per exemple, els fills en l'adolescència abandonen la infància i comencen a aproximar-se a l'edat adulta, canvien de referents, perden la idealització que tenien dels pares. Els pares han d'anar acceptant tots aquests canvis, han d'acceptar que la valoració que tenien els seus fills d'ells ja no és la mateixa, han d'anar acceptant que els fills volen una progressiva autonomia, i han d'anar acceptant també que van canviant físicament i psicològicament.

A algunes famílies se'ls fa més costosos aquests processos d'individualització i separació d'un familiar que pateix un trastorn mental. En aquestes circumstàncies se sol generar molt patiment, queda la família encallada i per tant l'acompanyament dels professionals resulta indispensable.

Per tant, nosaltres atenem les famílies, en primer lloc, per a poder-les ajudar a gestionar aquests processos de separació i individualització i, en segon lloc, per a assegurar-nos que la família i la institució terapèutica hi col·labora. És molt important per a nosaltres que entre la família i els professionals hi hagi una bona relació perquè així el tractament pot anar cap a endavant. També, el que intentem amb l'atenció a la família és tenir cura del que te cura. Entenem que si ajudem la família estem procurant alleujar la sobrecàrrega i alleujar el patiment. D'altra banda amb l'atenció a familiars es busca detectar, evitar i prevenir les situacions de risc o violència que poden desencadenar les dinàmiques de relació a l'interior de les famílies si no s'orienten correctament. Finalment, anem ajudant a reconèixer els petits canvis que es van donant en el pacient jove i que de vegades les famílies no poden veure perquè estant molt sobrecarregades.

### **La tipologia d'atenció**

Intervenim en la família amb tres tipus d'atenció: la individual, la familiar i la grupal.

En l'atenció individual atenem la família d'una banda i el jove de l'altra. Des d'un primer moment el pacient tindrà un terapeuta referent que l'atendrà per separat i també a la família fent valoracions i entrevistes de seguiment. En treballar paral·lelament però per separat podem entendre com van evolucionant i ells mateixos poden entendre què és el que els està passant.

En un segon moment passem a l'atenció ja no individual sinó familiar per a treballar les dinàmiques relacionals. En aquesta atenció familiar moltes vegades intervé més d'un professional dependent dels objectius que ens hàgim proposat i del vincle que el jove i la família tenen amb els professionals de la institució.

Finalment tenim l'atenció grupal. Nosaltres tenim un grup de famílies una vegada per setmana. En aquest grup terapèutic es convida a participar aquelles famílies que creiem que poden treure algun profit en compartir les seves experiències i vivències.

### **El contingut de l'atenció**

El nostre treball se centra en el vincle, és a dir, des de la relació entre els professionals de la institució i els joves que estan ingressats conjuntament amb les seves famílies. Treballem amb el vincle perquè volem sostenir aquest vincle i mantenir una bona comunicació; en la mesura que tinguem una bona comunicació, el tractament anirà cap endavant.

Per a mantenir el vincle el primer que fem és acollir. Entenem que la família arriba al nostre servei amb sentiments d'angoixa, de patiment i nosaltres intentem que ens vegin com un suport al que poden acudir per expressar el que els preocupa. En segon lloc intentem contenir l'angoixa. Sabem que l'angoixa no permet pensar i la seva contenció ajuda el familiar que pugui pensar amb claredat i pugui entendre el que està passant, d'aquesta manera podrà ell mateix donar suport al malalt. També ajudem els joves ingressats a comprendre quina part del que els està passant correspon a un procés evolutiu normal i què és un procés patològic. D'igual manera, informem dels diferents recursos socials, formatius, laborals o de salut als quals el jove o la família es poden integrar. Finalment, els derivem perquè tant els joves com les seves famílies puguin seguir amb la continuïtat del tractament.

**Jaume Claret**

**Psiquiatre**

**Fundació Hospital de Dia Nou Barris**

En esta parte realizaré algunas reflexiones sobre lo que Tatiana ha dicho pero centrándome en el ámbito de la psicopatología grave del adolescente. Es por ello que para comenzar explicaré la manera de comunicar el diagnóstico psiquiátrico, es decir, qué tipo de información objetiva estamos dando y qué efectos va ha tener en el otro.

Pensamos que éste es un periodo demasiado sensible, difícil y agitado para que el joven y su familia entiendan lo que está ocurriendo. De ahí la necesidad de los tiempos y el espacio que del hospital de día ofrecen para ir creando una relación de confianza, un vínculo, que permita contener la angustia siempre presente. El hospital de día a parte de tener una vocación esencialmente terapéutica, tiene una vocación diagnóstica que me parece importante para evitar errores en los momentos de crisis de la patología grave.

En el caso de trastornos mentales severos o graves se trata de diagnósticos complejos que carecen de linealidad causal unívoca, que suelen presentar diversidades evolutivas inciertas y que requieren para su tratamiento un amplio abanico de intervenciones a distintos niveles. Este hecho requiere elaborar un programa terapéutico ubicado en el tiempo y en las posibilidades para ese paciente, para esa familia y con los recursos de los que disponemos.

Estos casos requieren, desde nuestra perspectiva de trabajo, una ética del trato de la aproximación del vínculo, de la complejidad y de la diferencia. Hablamos de ética no sólo en el sentido de introducir el apoyo emocional para que el paciente y su familia puedan hacer frente a la angustia sino también de un apoyo moral. El apoyo moral podemos entenderlo a varios niveles: respetar y entender más allá de los diagnósticos genéricos la particularidad de cada caso, de cada familia, su diferencia; entender el funcionamiento de la familia antes de entrar a introducir modelos, porque muchas veces de desordenes familiares y subjetivos es posible que nazcan esbozos de reordenación espontánea, si se les da el tiempo y el acompañamiento apropiados; otro punto importante del apoyo moral consiste en no culpabilizar a la familia, hacerles ver que las patologías mentales de los hijos no se deben a ellos, que las enfermedades mentales graves no reconocen una causa unívoca, que la etiología de la patogenia es diversa.

Hay un punto importante en el tema de la culpabilización que consiste en que el padre pueda renunciar al ideal del hijo perfecto o, por lo menos, normal. Esta renuncia necesita poner a distancia el ideal del buen padre, de la buena madre y, porque no, el ideal mismo de la familia. Creemos que el trato directo con la caída de los ideales es una de las experiencias más dolorosas para cualquier adolescente. Las conductas transgresivas, disociales, el opositorismo, el propio aislamiento, deben ser entendidas no solo como síntomas de procesos psicopatológicos sino también como una expresión directa de este malestar evolutivo que se asocia a la caída de los

ideales y un intento de subsanarlo. Si bien los ideales son consustanciales a los seres humanos, también pueden convertirse en una bestia negra que agrede cuando no se cumplen. Estos ideales frustrados viven y se alimentan de culpabilidad utilizando como último recursos mecanismos proyectivos tales como el ser asocial.

Un elemento más del apoyo moral al que nos estamos refiriendo consiste en poder redimensionar el principio de autoridad parental generalmente maltrecho. No se trata de reintroducir un autoritarismo jerárquico sino de reencontrar un orden natural que permita que cada uno encuentre su lugar al interior de la familia respetando las diferencias de sexo, de roles y de generaciones.

A veces, desde nuestra unidad, hemos planteado ingresos psiquiátricos en agudos en contra de la voluntad del paciente y de su familia por considerar que la situación es de riesgo. También hemos indicado el ingreso involuntario en situaciones donde es necesario hacer una separación física y temporal con la familia del paciente para poder reestructurar dinámicas muy patológicas. Éstas no son decisiones fáciles, en ocasiones incluso requieren de un informe a la fiscalía, pero habitualmente los pacientes regresan al hospital de día en mejores condiciones y el vínculo tanto con el paciente como con la familia se ve reforzado.

Aunque no he revisado a profundidad la literatura para ver si hay constancia de que el trabajo con las familias es un hecho que favorece el tratamiento de la patología mental grave, me he encontrado con un estudio en el que se vincula la calidad de la relación afectiva entre el paciente y su familia con el número de recaídas. El estudio demuestra que cuanto mejor era la relación afectiva y comunicacional el número de recaídas disminuía. Esto no supone ninguna hipótesis etiológica sobre el trastorno sino que el conflicto es un hecho empírico que hace parte de la evolución y del tratamiento.

Los conflictos con la familia hacen parte de la clínica. Desde el hospital de día trabajamos con estas crisis para evitar situaciones de malos tratos o agresiones y para hacer una lectura, conjuntamente con los pacientes y sus familias, de algunas de las problemáticas que se derivan de los conflictos.

Para finalizar efectuaré un par de apuntes psicopatológicos específicos de la adolescencia. En primer lugar nos encontramos que tenemos una patología mental grave con una clínica que se asemeja a la de los adultos pero caracterizada por una crisis evolutiva. Desde el punto de vista de la clínica el proceso de separación e individuación propio de la adolescencia nos interesa para entender el funcionamiento de los pacientes con patología grave. Normalmente pensamos la adolescencia como una crisis originada en un cambio brusco de coordenadas, pero lo que hay que entender es que debajo de esta crisis hay un proceso de individuación que va ligado al hecho de separación de la familia. Y este proceso aunque tiene sus momento más agudo en la adolescencia tenemos que pensarlo mucho antes. De alguna manera y siendo un poco provocador, diría que una primera crisis de "adolescencia" tiene lugar a los dos años porque es cuando se da un primer intento de separación de la madre y del padre. Posteriormente, a lo largo de la infancia, se darán en mayor o menor medida las circunstancias para que estos procesos de individuación vayan avanzando.

En algunas ocasiones nos hemos encontrado con adolescentes que se les ha planteado el tema de la separación e individuación de golpe, cuando no se les ha preparado nunca antes durante toda su infancia. Estos casos muchas veces determinan una psicopatología muy particular que puede generar pequeños episodios psicóticos agudos que no evolucionan en una psicosis crónica sino que corresponden a una crisis de adolescencia. La conclusión a todo esto sería que un buen tratamiento de la patología grave psiquiátrica en la adolescencia equivale a prevención.

#### **4. “La intervenció amb la família dins el programa PSI”**

**Eva Miralles**

**Coordinadora del Programa PSI  
(Pla de Seguiment Individualitzat)**

En esta intervención explicaremos los principios que rigen el programa PSI y nuestra función en el mismo. El programa PSI trabaja con pacientes diagnosticados de trastorno mental severo que llegan derivados desde diversos servicios de la red de salud mental. La mayoría de estos pacientes tienen criterios de variedad clínica, carecen de soportes sociales y familiares o presentan una situación de desvinculación de los servicios.

El programa pretende un acompañamiento terapéutico de proximidad con el paciente para trabajar con ellos y sus familias en la mejora de su autonomía y su calidad de vida. Para ello promueve el que haya ante todo una correcta inserción social y comunitaria. Cuando hablamos de mejorar la autonomía y la calidad de vida nos referimos a aspectos relacionados con la conciencia de la enfermedad, la necesidad de tratamiento, la disminución de recaídas y de ingresos, la satisfacción de las necesidades de la vida cotidiana, el aprovechamiento de los recursos y el establecimiento de un proyecto vital que puedan llevar adelante. Las vistas son frecuentes y constituyen una herramienta muy útil para valorar las necesidades del paciente y de la familia y plantear propuestas conjuntas de mejora.

Los principios del programa establecen que cada uno de nosotros somos un referente terapéutico en coordinación con el centro de salud mental de adultos, que es la institución de referencia.

La situación de convivencia de los pacientes con los que trabajamos es la siguiente: el 20% viven solos y el 80% en familia; un 20% tienen padres con más de 75 años que tienen problemas de salud propios y necesidades específicas con las que a veces también debemos trabajar; la mitad de los pacientes tienen ingresos económicos por debajo del salario mínimo lo que genera problemas en la economía de las familias; y el 80% de las familias atendidas muestran signos de sobrecarga.

El impacto que tiene el trastorno mental sobre la familia es importante. Implica una situación de crisis familiar y problemas en la comunicación de los miembros de la familia. En la mayoría de los casos también supone aislamiento y estigmatización asociados a duelos por pérdidas que son prácticamente constantes, una evidencia de falta de oportunidades personales para todos los miembros de la familia, unos gastos económicos superiores a la media y, en definitiva, una situación de sobrecarga familiar.

Los problemas habituales en la convivencia con las personas afectadas de trastornos mentales severos giran alrededor de los síntomas negativos de la enfermedad. Estos síntomas generan mucha ansiedad entre los familiares, inactividad, apatía, falta de placer por hacer cosas, una situación de cansancio generalizado que les impide implicarse en muchas actividades o proyectos, comportamientos inaceptables o inapropiados, hábitos de vida inadecuados en cuanto alimentación, falta de horarios y de rutinas, situaciones de inquietud por parte de algunos pacientes con patologías mal controladas, depresiones o amenazas de suicidios, en algunos casos consumo de tóxicos y, comúnmente, un manejo inefectivo de los dineros.

En cuanto a los dispositivos de la red, en el último año se ha implementado en la Asistencia Primaria de Salud una unidad de alta dependencia psiquiátrica (la unidad polivalente de Sant Rafael), en el CSMA se ha puesto en marcha un programa específico para el tratamiento de grupos de trastorno mental severo y, adicionalmente, hay un proyecto de extensión del programa PSI a la población adolescente para el año 2009. También creo que dentro de estos dispositivos se puede dar por consolidado el servicio del hospital de día infanto-juvenil.

Siguiendo con el tema de los dispositivos de la red quería comentar que en las Jornadas sobre espacios de vida se mencionaba que el Plan Director de Salud Mental se había diseñado en época de bonanza para ser aplicado en época de restricciones. Muy seguramente por esta razón la administración decía que se están haciendo pocas peticiones de recursos de tipo residencial o

dispositivos de vida alternativos. Así las cosas, desde aquí motivamos a las familias para que hagan demandas de ley de dependencia y solicitudes de pisos y de residencias asistidas para los pacientes que lo necesitan pues parece que la administración entiende que sin la demanda no es necesario generar el recurso.

Creo que ha quedado claro a lo largo de las presentaciones que la atención a las familias desde los servicios de salud mental constituye un proceso transversal que se lleva a cabo en los diferentes niveles asistenciales y en los diferentes recursos de la red de salud mental. A este respecto quiero enumerar las entidades que se encargan de ofrecer atención a las familias: los servicios comunitarios ofrecen la atención a las familias a través de programas que permiten la relación y la ocupación del tiempo de ocio para familiares como son los programas de yoga o de gimnasia que promocionan las asociaciones de vecinos o las de familiares; la asistencia primaria con algunos programas para el control de la ansiedad o elaboración del duelo; el CSMA mediante grupos psico-educativos para familiares de enfermos con trastorno mental severo; la trabajadora social del centro con el asesoramiento familiar; los enfermeros desde el programa TMS; nosotros desde el PSI; y los terapeutas referentes de las psicoterapias y de las visitas psiquiátricas. También se oferta atención a las familias a través de los recursos de hospitalización (agudos, subagudos, hospital de día y alta dependencia) mediante visitas familiares en el contexto del trabajo terapéutico con los enfermos. Las asociaciones también se llevan gran parte del peso específico porque ellos promocionan grupos psico-educativos y grupos de ayuda mutua.

**Iván Bernús**  
**Coordinador del Programa PSI**  
**(Pla de Seguiment Individualitzat)**

En aquesta xerrada presentaré algunes coses que ens trobem dia a dia en la pràctica professional quan som els primers professionals sanitaris a entrar en contacte amb el malalt i els seus afins dintre del domicili familiar. En primer lloc presentaré els objectius; a continuació parlaré dels aspectes que afecten l'evolució de la malaltia; en el centre de la presentació estarà el clima familiar i els problemes que es donen quan arribem al domicili, i, per acabar, intentarem presentar unes recomanacions que es fan des del programa.

Els principals objectius del PSI consisteixen a prevenir les recaigudes de la persona que pateix la malaltia, fomentar la màxima autonomia personal, promoure les arrels socials adequades a les seves característiques personals intrínseques i segons la complexitat de cada cas.

El compliment d'aquests objectius planteja dubtes sobre les estratègies que s'han de seguir des d'un punt de vista professional i des de les famílies. La resposta a aquesta pregunta se sintetitza en una sèrie de desitjos que des del programa ens proposem complir. En primer lloc intentem fer una tasca psicoeducativa per a conscienciar sobre l'evolució de la malaltia (com es manifesta, per quina raó es presenta, etc.) i trencar vells mites o idees falses que tenen les famílies com, per exemple, que la malaltia d'un fill es va originar després de presenciar una discussió dels pares. Volem conscienciar la família que és una malaltia molt difícil, que costa molt d'abordar, i que no és estrany que en certs moments de l'evolució de la malaltia hi hagi recaigudes. Intentem treballar, també, amb els elevats nivells d'estrès que es donen en el nucli familiar i que afecten l'evolució de la malaltia en persones que són ja de per si vulnerables.

El segon punt són els aspectes que afecten positivament i negativament l'evolució de la malaltia. Creiem que un dels nivells d'exigència tolerables faciliten molt la recuperació de la persona (proposar petites activitats, anar pas a pas, que la persona pugui anar assimilant aquell nou rol social, etc.); un entorn familiar que potenciï l'autonomia del pacient; normes clarament definides en les quals es contempli un marc d'actuació; considerar el pacient com a persona, això és molt important ja que els malalts mentals solen patir molt per aquesta raó; establir un projecte vital d'acord amb les seves necessitats o possibilitats (anar a un Centre de Dia, complir amb una activitat laboral, etc.).

Són aspectes negatius o obstaculitzadors de l'evolució els ambients imprevisibles, entorns molt exigents i emocionalment desbordats, un entorn familiar complex, l'abús de substàncies tòxiques,

l'aïllament social, la inactivitat i l'ésser tractat per la família com un malalt sense dret a participar de les decisions familiars.

Passant al tercer punt, podem dir que cada família té una dinàmica i una qualitat particular que s'ha de respectar i és evident que la malaltia té un impacte en les comunicacions a l'interior de cada família. Aquest impacte s'expressa de diverses maneres. D'una banda tenim les famílies que s'estanquen socialment, deixen de mantenir relacions socials i fins i tot tenen sentiment de vergonya. També tenim famílies que es deixen dur per una sensació de nervis i d'incomprensió cap al que està passant amb el familiar.

Per a afrontar aquesta situació tan dolorosa les famílies adopten una estratègia en comú, cosa que des d'aquí recomanem, però moltes vegades amb el pas del temps la malaltia va minant aquesta unitat i acaba per trencar-la. No obstant això, en altres famílies cada persona intenta, des del començament, imposar el seu criteri pel que fa a la malaltia. Evidentment, aquesta postura no afavoreix per res la situació i, per contra, deriva en una sèrie de problemes per a mantenir un clima familiar adequat com són la dificultat per a arribar a acords, la sobreimplicació emocional, els sentiments de culpa i els problemes per a comunicar-se emocionalment amb el familiar.

Respecte als sentiments de culpa la nostra recomanació és no sentir-se responsable directe per l'aparició del trastorn. Està demostrat que els sentiments de culpa van desapareixent quan hi ha una acceptació de la malaltia. Tenir més informació sobre la malaltia ajuda a superar el sentiment de culpa, deriva en una actitud més madura i redueix la desesperació.

Un dels principals problemes a què ens enfrontem és la dificultat per a arribar a acords amb la família. Per això recomanem parlar amb els professionals, no creure que es té sempre la raó, buscar els punts d'acord més que els de desacord, no està de més buscar informació addicional per a ampliar els coneixements, discutir estratègies en llocs indicats (una sala tranquil·la, sense TV, etc.) i de manera pausada i, sobretot, ser conscients que la solució precisa d'un cert temps, no és immediata.

La sobreimplicació de la família és també un problema ja que pot comportar una excessiva protecció cap al malalt, el sacrifici de la vida personal dels familiars en dedicar massa temps al malalt (cuidar el malalt no està renyit amb tenir una vida socialment rica) o també pot dur a confondre el trastorn mental amb la disminució física o psíquica.

Finalment, la dificultat per a comunicar-se correctament amb el familiar que pateix un trastorn mental és el problema més complex amb el qual ens trobem. És normal, i els familiars han de tenir-lo present, una disminució de l'expressió comunicativa del malalt deguda als medicaments. La malaltia també provoca problemes d'atenció i de memòria a nivell cognitiu que repercuteixen en el fet que no pugui mantenir una xerrada sostinguda per més d'uns minuts al cap dels quals necessita distreure's, per exemple sortir a fumar. És usual, també, que el malalt no mantingui contacte ocular amb el seu interlocutor sinó que miri al sòl o a altre costat. En aquest sentit, és important recalcar a les famílies que el malalt no assumeix aquestes conductes de forma conscient, no ho fa expressament.

Recomanem a les famílies evitar criticar-lo bé utilitzant expressions que puguin ferir el pacient de forma directa ("no serveixes per res", "quina creu ens ha caigut damunt", "no t'aguanto", "ja has tornat ha fer el mateix", etc.) o mitjançant la utilització de sarcasmes ("vaja, avui el senyoret ha fet el llit, hem de fer una festa!"). Si bé entenem el dolor i l'emotivitat dels familiars en aquesta situació, tot això s'ha d'evitar ja que complica enormement el clima familiar.

Finalment, des del PSI recomanem, en la comunicació amb el malalt, anar amb compte amb el que es diu i la forma que es diu: cuidar la gesticulació, expressar més el que volem que el que no volem, si estem empipats esperar a calmar-nos, abans de criticar cal reconèixer els esforços del malalt, seleccionar els llocs indicats per a poder parlar, fer explícit al malalt la confiança que farà les coses i que no acumuli càrregues fins a explotar.



## 5. "Grups de suport als pacients TMS amb patologia dual"

**Alex Marieges**  
**Infermer psiquiàtric**  
**CSMA Nou Barris**

En aquesta presentació pretenc donar-vos a conèixer el que en la nostra opinió és un projecte innovador i que consisteix a crear un grup de suport per a usuaris amb diagnòstic TMS i patologia dual en el Centre de Salut Mental de Nou Barris. En la primera part de la meva exposició parlaré del què és la patologia dual, en un segon bloc parlaré de les motivacions que ens han dut a crear el grup i, finalment, exposaré els resultats que hem tingut en aquesta primera experiència.

El doctor Miquel Casas sosté que "la patologia dual ha experimentat un intens creixement i es preveu que per a l'any 2010 més del 70% de la població psiquiàtrica presentarà algun tipus de drogodependència". Aquesta cita serveix per a adonar-nos de l'especial importància que està tenint el consum de tòxics entre els nostres usuaris i en la societat en general. De fet, un diagnòstic pur de patologia dual consisteix en això, la presència d'un trastorn mental sever TMS acompanyat d'una dependència de substàncies. Altres variants, de diagnòstics no purs, ens parlen de la presència d'un trastorn psiquiàtric qualsevol (no TMS) associat al consum de substàncies.

És un fet demostrat que les persones que pateixen un trastorn psiquiàtric presenten al llarg de la seva vida un risc elevat de desenvolupar problemes d'addicció química com l'alcohol o el tabac. Certs canvis en la nostra societat com per exemple associar el consum a l'aspecte lúdic i la pèrdua de la por a les drogues que això comporta, han fet que cada vegada ens trobem amb un índex major d'usuaris de la salut mental que consumeixen drogues. Encara que és un bon exemple de normalització, la integració de les persones afectades de salut mental en la comunitat, també ha augmentat una major exposició al risc de l'ús, l'abús i la dependència de substàncies.

En definitiva, la patologia dual consisteix en la presència de dos trastorns alhora, el trastorn mental sever i l'ús de substàncies, associats de tal manera que la recaiguda en un pot implicar la recaiguda en l'altre.

La raó que ha dut a crear un grup de suport per a usuaris que tenen patologia dual a nivell ambulatori està que hi ha un buit per al tractament d'aquestes persones. Si bé el tema d'ingrés està més o menys solucionat amb la creació de les unitats de patologia dual com les que existeixen en Martorell, Benito Menni, Torrerià o Fòrum, a nivell ambulatori no hi ha continuïtat. Encara que la Generalitat de Catalunya parla d'un "Pla Director de Salut Mental i Drogodependència" i no d'un "Pla Director de Salut Mental" i d'un "Pla Director de Drogodependència", per separat, la Xarxa de Salut Mental no està essent prou fluida per a afrontar aquesta doble perspectiva.

Una altra motivació per a crear aquest grup de suport és el fet real que gran part dels nostres usuaris, un 30%, té problemes de consum de tòxics com l'alcohol i el cannabis. A més, manquen dades i estudis epidemiològics sobre patologia dual adaptada a la nostra idiosincràsia que demostrin aquestes i altres relacions; el que es va fer és extrapolar dades d'altres països que no solen estar d'acord amb la nostra idiosincràsia i aquesta estratègia no és la més apropiada. Addicionalment i ja que el consum de tòxics dificulta el diagnòstic diferencial, hem d'explorar el problema dels tòxics, si no ho explorem estem perdent una part molt important per a millorar el diagnòstic.

L'interès per conèixer les raons que duen a les persones amb trastorn mental sever a fer servir substàncies, és una de les motivacions per a la creació del grup. La resposta a aquesta pregunta està que els malalts empren les substàncies com a euforitzants o hipnòtics per a relacionar-se amb els altres i alleugerir símptomes positius o negatius de la malaltia, o per a desinhibir-se.

Referent al tema del *perfil* que ha de tenir l'usuari perquè pugui inscriure's en algun dels dispositius, era una de les altres motivacions del grup, ja que l'ús de substàncies impedeix l'accés als serveis de salut mental. Òbviament, no pretenem ni encobrir ni envair les funcions d'alguns dels nostres

companys com els del grup de drogodependències, però és veritat que si tenim en compte aquests perfils podem intuir que alguns pacients s'acomoden més al CSMA.

Per a resumir aquest apartat direm que dintre dels objectius del CSMA hi ha el fet d'augmentar la consciència cap a les dues malalties, mantenir compensats els símptomes, assegurar una bona vinculació als dispositius, mantenir l'adherència al tractament, identificar precoçment les descompensacions, disposar d'una eina d'avaluació i potenciar el nostre rol autònom com a infermers o infermeres.

Respecte als resultats de l'experiència diré que és escassa la formació en patologia dual, trobem postgraus, jornades, cursos de salut mental i de drogues, però de les dues patologies integrades molt poc. També hem trobat dificultats de coordinació i vinculació amb els usuaris. L'heterogeneïtat dels usuaris requereix eines especials que facilitin enfrontar-se a un grup amb diferents idiosincràsies. Les dificultats d'inclusió també han estat presents ja que no és fàcil definir una sèrie de criteris com per exemple el que hagin estat o no ingressats en aguts, que consumeixin o no, que hagin passat per patologia dual, etc.

Les sessions del grup són setmanals, de 45 minuts de durada, en un total de set setmanes. El grup és semidirigit, és a dir, que el terapeuta posa unes transparències i dirigeix una mica el grup però fa participar a la resta de persones del que s'exposa. La línia és cognitiva conductual de prevenció de recaigudes, ja que s'ha demostrat que és la més efectiva per a tractar aquests temes. Els títols de les set sessions són: "Per què pot ajudar-me la medicació", "Per què és important no prendre tòxics per a seguir bé", "Què comporta l'acte de tornar a consumir", "En quines situacions acostumo a consumir", "Què puc fer per a seguir abstemi" "Què puc fer si arribo a consumir" i "A on puc anar si necessito ajuda". Darrere de cada sessió hi ha un missatge terapèutic: "Per què pot ajudar-me la medicació", en l'adherència al tractament; "Per què és important no prendre tòxics per a seguir bé", beneficis de l'abstinència; "Què comporta l'acte de tornar a consumir", l'ansietat; "En quines situacions acostumo a consumir", situacions de risc, etc. Cada sessió comença amb un resum de l'anterior i acaba sempre amb un reforç dels aspectes més importants que s'hagin tractat durant el dia.

En aquesta primera experiència s'han inclòs deu usuaris amb consum actiu d'alcohol (vuit homes i dues dones). Tres usuaris van participar en les sessions al complet, dos no van arribar a incorporar-se al grup, cinc usuaris participen en alguna de les sessions amb més o menys assiduïtat. Al final de les sessions els usuaris van manifestar que l'experiència havia estat molt enriquidora. A dia d'avui un usuari es manté abstemi, set han sofert recaigudes –les recaigudes s'han de viure com normals dintre del procés de la malaltia–, tres dels usuaris amb recaiguda han sol·licitat ajuda, tres usuaris segueixen consumint esporàdicament i encara que no es plantegen abandonar el consum, sí que volen controlar-ne els danys. És important assenyalar que alguns dels usuaris que han recaigut han manifestat interès per tornar a assistir a les sessions, la qual cosa significa que les han trobat en certa manera productives.

Per a la segona experiència intentarem millorar algunes de les coses que hem pensat que havien estat més febles com és el tema d'afinar una mica més a l'hora de fer la selecció per a enriquir el grup amb persones que estiguin motivades a assistir-hi. En aquest segon grup inclourem no solament usuaris que consumeixen alcohol sinó també els que tenen diferents tipus de consum (cocaïna o ketamina); de moment hi ha dotze persones que pateixen un trastorn mental sever. Un parell de dubtes que ens queden són si repetir usuaris en aquesta segona ocasió per a reforçar missatges previs i millorar l'avaluació final del grup.

Voldria finalitzar la meva intervenció com l'he començat, amb una cita, en aquesta oportunitat del doctor Ignacio Basurte "el que estem veient és que en determinats trastorns mentals com pot ser l'esquizofrènia, hi ha una major incidència del consum de substàncies i addiccions. És molt habitual que una persona amb esquizofrènia o trastorn bipolar acabi consumint alcohol i cocaïna, igual que passa amb la depressió." Com a reflexió podríem dir que la societat està canviant, que el panorama de la salut mental està canviant i les demandes dels nostres usuaris també estan canviant i hem d'estar preparats per a satisfer-les.

### CONFERÈNCIA

---

#### “Medicació i malaltia mental”

**Víctor Pérez**  
**Psiquiatre**  
**Hospital de Sant Pau**

Cuando hablamos de salud mental, medicación y tratamientos, hay que recordar que el tratamiento a los enfermos mentales tal como lo conocemos hoy en día nació en los manicomios que eran centros donde los enfermos residían de por vida. Por suerte esto ha cambiado gracias el esfuerzo de mucha gente y al tratamiento farmacológico.

También hay que recordar que cuando hablamos de enfermedad mental hablamos de las enfermedades más prevalentes y que más costes representan al sistema sanitario. En un estudio de hace unos años se demostraba que entre las diez enfermedades que más costes en discapacidad tenían a nivel mundial estaban la depresión, las autolesiones, el suicidio, el trastorno bipolar, el abuso de alcohol y la esquizofrenia. De alguna manera esto quiere decir que gran parte del sufrimiento personal y del dinero que nos gastamos en salud se debe a las enfermedades mentales. Un tercio del presupuesto de la Comunidad Económica Europea en salud se va a la salud mental estando a la cabeza de estas enfermedades la esquizofrenia, el trastorno bipolar y la depresión.

Cuando hablamos de enfermedad mental, hablamos de un modelo de enfermedad en el que resulta complejo reconocer la etiología. Las enfermedades mentales son complejas porque se da una gran interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Básicamente, de la enfermedad mental sabemos que hay una carga genética muy importante. Hay enfermedades como la esquizofrenia o el trastorno bipolar en el cual prácticamente la mitad de la causa viene de los genes que pasan los padres a los hijos o los abuelos a los nietos.

Hay otra gran causa de la enfermedad mental que va asociada a nuestra experiencia durante los primeros años de vida. El ser humano es uno de los seres que más indefensos viene al mundo. Durante muchos años se pensó que el ser humano abandona el vientre materno al no tener más espacio para crecer pero la realidad es que nacemos porque nuestro cerebro necesita información del entorno para seguir creciendo. Hay datos en los que se demuestra que existe una interacción muy importante entre la genética y lo que nos pasa en los primeros años de vida. El caso es que entre la experiencia de los primeros años y los genes llegamos a formar nuestra personalidad, nuestro carácter y nuestra capacidad de afrontamiento.

Esta muy de moda pensar que si la enfermedad mental implica una discapacidad de origen genético, lo coherente es que vaya desapareciendo generación tras generación. Sin embargo, y lejos de este supuesto, nos encontramos en la realidad con que la enfermedad mental no está remitiendo sino aumentando. Resulta curioso comprobar que cada vez nos deprimimos más en una sociedad caracterizada por tener una excelente calidad de vida; nunca habíamos tenido más dinero y nunca habíamos tomado más pastillas. Esta paradoja ha hecho pensar a muchos autores que la enfermedad mental además de tener un contra también tiene un pro. Por ejemplo, la depresión es típica de personas con el modelo “Lisa Simpson”, es decir, una persona perfeccionista, obsesiva y cumplidora. Al margen de una vulnerabilidad alta para deprimirse, este tipo de persona tiene una serie de ventajas como tener familias más estables, tener mayores vínculos sociales, tener más parejas y, de hecho, cuando se busca una pareja, la mayoría buscamos personas que sean como Lisa. La realidad es que la enfermedad mental está ahí y, aunque nos cueste aceptarlo, también puede asociarse con factores mentales que son positivos para la supervivencia y la evolución.

No siempre tenemos que pensar en la enfermedad mental como algo blanco o negro, es un

continuo en el que los enfermos están adaptados la mayor parte de su vida hasta que llega un episodio psicótico o depresivo que los desadapta. Efectivamente, si estas personas, con esta vulnerabilidad, llegan a encontrarse en algún momento con un problema -los depresivos con un acontecimiento vital estresante y los psicóticos con problemas asociados a los tóxicos- es entonces cuando aparece la enfermedad mental. Cuando la enfermedad mental aparece normalmente la misma enfermedad, debido a un componente tóxico, modifica la personalidad, el carácter y la capacidad del enfermo para asumir los problemas que tienen a su alrededor. Probablemente la asignatura más importante está en poner remedio a este deterioro social, laboral y psíquico del enfermo para que no tengan las limitaciones que tienen debido a la enfermedad.

Ahora vamos a dejar de describir la enfermedad para pasar a hablar sobre el tratamiento. Aunque como médico dedicado a la psico-farmacología tendría que mencionar lo bien que funcionan los fármacos, intentare ser lo más ecléctico posible.

Un reto como la enfermedad mental implica que los psiquiatras, los médicos, los terapeutas, los trabajadores sociales y la sociedad dediquemos un porcentaje importante de nuestro tiempo a intentar remediar algo que es difícil de remediar, sobre todo en los enfermos que tienen una evolución muy alta. Durante muchos años el tratamiento de la enfermedad mental consistía no tanto en reintegrar al enfermo mental a su actividad cotidiana como encerrarlo en un hospital para que, de alguna manera, la sociedad olvidara la enfermedad. Esto se hacía así por el desconocimiento de la etiopatogenia de la enfermedad mental. Por ejemplo, los sífilíticos eran enfermos mentales hasta que se encontró la causa de la enfermedad y se estableció un tratamiento que permitió a estos enfermos abandonar los sanatorios para enfermedad mental.

Para hablar de psicofármacos debemos hacer algo de historia. Les voy a contar la historia de los tres psicofármacos que más empleamos en estos momentos. La psicofarmacología es relativamente joven, nace hace unos sesenta años y tiene que agradecer mucho a la suerte pues surge casualmente de los trabajos de personas que dedicados a otros temas encuentran drogas útiles para el tratamiento de la enfermedad mental. Por ejemplo, el nefrólogo John Cade trabajando para curar la gota ve que al tratar animales con sales de litio éstos se tranquilizan y propone en un artículo del 1949 el uso de una sal para el tratamiento bipolar. En la década de los cincuenta, también por casualidad, un cirujano pide a un laboratorio que diseñen algún tipo de sustancia para sedar a los enfermos antes de intervenirlos (aún no existía la anestesia). El cirujano, pensando que esta sustancia puede ayudar a calmar a los enfermos mentales, decide pasarla a su cuñado psiquiatra para que trate a los pacientes que tiene a su cargo. Así nace la clorpromazina.

Hay una característica que hace a las enfermedades mentales muy diferentes al resto de las enfermedades aumentando sus costes económicos, personales y sociales. En efecto, al contrario de la hipertensión, el infarto, el accidente vascular cerebral que pueden empezar a los cincuenta o sesenta años y que normalmente afecta a una persona que ha tenido un historial laboral construido, la enfermedad mental afecta a gente joven. Por su temprano surgimiento, segunda o tercera década de la vida, la enfermedad mental conlleva que muchos de los enfermos sean enfermos de por vida; esto implica un coste social, personal y familiar mucho más alto que si empezara a los sesenta o setenta años.

La esquizofrenia es una enfermedad que afecta al uno por ciento de la población y de la que se desconoce su etiología. Tampoco sabemos si se trata de una enfermedad única o múltiple. Sólo sabemos que de los enfermos con esquizofrenia un diez por ciento se suicidan y que el tratamiento no es etiopatológico, es decir, que no tratamos las causas sino los síntomas de la enfermedad. Es una enfermedad que tiene causas genéticas y ambientales. Normalmente primero surgen los síntomas prodrómicos, difíciles de identificar, luego una alteración dopaminérgica desencadena los síntomas esquizofrénicos que se intentan controlar con antipsicóticos.

La esquizofrenia, como muchos de ustedes conocen, tiende a la cronicidad, con el alto coste personal y familiar que esto comporta. Normalmente sabemos que tiene una evolución que en sus orígenes es más tormentosa y disruptiva y, a medida que la enfermedad evoluciona, o bien se torna más controlable o bien la familia se adapta a la enfermedad, nunca hemos llegado a una

conclusión a este respecto.

El tratamiento farmacológico de la enfermedad a día de hoy se basa en los antipsicóticos. Si miramos las estadísticas, el número de enfermos ingresados en manicomios de los Estados Unidos durante la década de los cuarenta -especialmente después de la postguerra- era elevado; en el 56 se introduce la clorpromazina y el número desciende notablemente durante los diez años siguientes. Esto demuestra que gracias a los fármacos los enfermos mentales pueden vivir en casa y encontrarse en mejores condiciones para convivir socialmente. No obstante, los fármacos que reciben los enfermos no son perfectos y pueden dificultar su adaptación social. Las investigaciones marcha en este sentido: buscar antipsicóticos que mejoren la tolerancia y la adaptación y reduzcan los efectos secundarios. De hecho, una de las razones que llevan a los enfermos a abandonar el tratamiento son los efectos secundarios de los fármacos.

Lo que intentan el tratamiento, sobre todo en la fase aguda, es evitar los daños, evitar los problemas de conducta, evitar el suicidio, evitar los problemas de agresión y, conforme se va estabilizando la sintomatología, lo que se intenta es ofrecer al enfermo un fármaco que le permita hacer una vida lo más normal posible con menos efectos secundarios.

La segunda enfermedad de la que les quería hablar es el trastorno bipolar. Ésta es una enfermedad que afecta al 1% de la población (igual para ambos sexos) y a diferencia de los esquizofrénicos, el 90% de los enfermos recaen si no reciben tratamiento farmacológico. El enfermo bipolar tiene un riesgo de suicidio muy alto ya que pasa en promedio uno ocho años de su vida con sintomatología depresiva o maniaca.

El tratamiento del trastorno bipolar, desde el punto de vista farmacológico, tiene varias vertientes: una es el tratamiento de las fases maniacas, otra el de las fases depresivas y otra el tratamiento para estabilizar el enfermo evitando la recaída, básicamente con sales de litio.

Por último mencionar que la depresión la enfermedad más costosa para el sistema sanitario y la más prevalente. En España uno de cada cinco personas que acuden al médico de cabecera sale con una receta de antidepresivos. Los factores de riesgo son diferentes: ser mujer es uno de estos factores, tener poco dinero, vivir solo y otra serie de factores asociados a nuestra cultura occidental.

Una de las características de la depresión es que tiende a la cronicidad, no es un acontecimiento que pasa en una época de la vida y luego del tratamiento nunca más vuelve a aparecer. Además, hay un sector de la población con una importante vulnerabilidad a estas enfermedades que incrementa de forma exponencial la posibilidad de recaídas una vez la enfermedad se ha puesto en marcha. De echo, si en la población general el riesgo de deprimirnos en algún momento de la vida es del 15%, en aquellos enfermos que han tenido un primer episodio depresivo el riesgo es del 50%, el de los que han tenido dos episodios es del 70% y cuando has tenido más de tres episodios depresivos la regla es, si vives para contarlo, tener un nuevo episodio depresivo. Por tanto, al igual que en la esquizofrenia y el trastorno bipolar, en estas enfermedades es tan importante tratar el episodio depresivo como prevenir que el enfermo vuelva a recaer.

Los ensayos clínicos constituyen la demostración más irrefutable de la eficacia de los fármacos contra la depresión. A los enfermos que reciben este tipo de tratamiento les quedan pocas dudas de la eficacia de estos fármacos. Son fármacos por lo general bastante mejor tolerados que los antipsicóticos y que las sales de litio y por lo tanto el enfermo los toman con más facilidad. Es un hecho que conforme aumentan las tasas de tratamiento con antidepresivos las tasas de suicidios disminuyen.

Un aspecto importante del tratamiento antidepresivo es que estos enfermos van a tomar el tratamiento durante meses, años o incluso de por vida. Cada vez más empezamos a hablar de tratamiento indefinido. En efecto, si por cada fase depresiva del enfermo son seis meses de vida perdidos y sabiendo que cada fase incrementa el riesgo de una recaída, lo recomendable es proponer el tratamiento indefinido.

Los fármacos y psicofármacos son solo una parte del tratamiento de la enfermedad mental. En un

tratamiento ideal también se deben considerar las medidas preventivas enfocadas a grupos de riesgo con el objetivo de disminuir las trazas de la enfermedad y mejorar la calidad de vida en los primeros años de vida.

En el tratamiento de la esquizofrenia y el trastorno bipolar es fundamental que los enfermos se tomen la medicación. Aunque el abandono es la regla en muchas enfermedades, en el caso de estas dos enfermedades el seguimiento continuo del tratamiento es lo que va a determinar que el enfermo se encuentre bien durante muchos años.

Finalmente, quisiera recordar algunos temas que interesan a los enfermos y que muchas veces olvidamos los que trabajamos en salud mental: mejor calidad de vida, mejor funcionamiento global, trabajo, casa, apoyo social, mayor autoestima, aceptación social y evitar el estigma social. Sobre las limitaciones de los fármacos me remito a una caricatura de Quino sobre la felicidad, con ella pretendo recordar que aunque los fármacos no proporcionan la felicidad y no son un modelo con todas las explicaciones, su función es ayudar a conseguir parte de la felicidad.



**Oriol Martí**  
**Metge i psicoanalista**

Si revisem les xerrades dels últims anys ens podem adonar que tenim una massa crítica important de coses, sobretot en el tema de les famílies. La ponència que avui us presento pretén recuperar les intervencions que vaig realitzar en les dues primeres jornades: la primera parlava dels cinc aspectes fonamentals que s'han de tenir presents en el tractament dels pacients amb malaltia mental greu, i en les segones sobre si poden els psicofàrmacs curar sols la malaltia mental. El motiu per a recuperar aquestes intervencions és reenfocar la salut mental i el paper de la família en la difícil convivència amb el malalt mental sever.

Una idea en especial, de les primeres jornades, que va fer fortuna era l'analogia que el tractament del malalt mental sever era similar a un tamboret de cinc potes, quan una de les cinc potes falla la persona que estava asseguda queia a terra. Les cinc potes a les quals jo feia al·lusió són: el tractament psicofarmacològic, la psicoteràpia personalitzada i continuada, una activitat laboral adaptada, l'activitat física i esportiva i, finalment, el treball de suport psicoterapèutic amb les famílies. En les segones jornades la meua ponència demostrava que si bé els psicofàrmacs han canviat el panorama del tractament de la malaltia mental en els últims cinquanta anys, per si mateixos no podien arreglar-lo. Es fan imprescindibles les cinc potes d'aquest suposat tamboret per a la millora global del pacient en tractament psiquiàtric.

Comentava també que posar en marxa aquestes cinc potes no era gens fàcil. La pota que era més fàcil de posar en funcionament i caminava més de pressa era la dels psicofàrmacs. No obstant això, si no hi havia una psicoteràpia personalitzada i continuada, si no es trobava un treball adaptat en què el malalt pogués integrar-se, si no tenia una activitat física i esportiva, i si no hi havia un treball de suport a les famílies, la cosa no podia anar bé de cap manera.

També voldria destacar una idea de les segones jornades que serveix per a enquadrar molt bé per què jo parlo de *teràpèutica*, un mot que difícilment en medicina pot ser utilitzat. Tenim una visió reduccionista que ve imposada pel model mèdic propi del capitalisme tardà que redueix la terapèutica estrictament a donar pastilles. En aquestes segones jornades jo insistia molt en el fet que la terapèutica és tota activitat orientada a canviar un procés de malaltia. Per tant, per a un pacient mental greu una practica esportiva és també curativa, és terapèutica. En conseqüència, l'activitat amb la família, tercera pota del tamboret, és una activitat terapèutica i curativa.

D'aquestes cinc potes, la dels psicofàrmacs és un recurs evident i ve donat gairebé per si mateix, la de la psicoteràpia ha anat penetrant lentament gràcies a l'esforç dels psicoanalistes i té a veure amb l'activitat laboral que s'està desenvolupant (en unes comunitats millor que en altres), però l'activitat terapèutica amb la família segueix estant en la cua de tot el procés. Això es deu al fet que en l'imaginari el treball amb la família consisteix estrictament a donar informació sobre l'estat del malalt. Al meu entendre això és un error extrem i hem de trencar amb aquest esquema perquè no ajuda en absolut amb la teràpia del pacient. Si treballem amb la família i aconseguim transformar algunes de les seves situacions millorarem l'estat del pacient sense actuar directament sobre ell.

Si bé en aquesta societat de la informació en la qual vivim se sol dir que amb més informació les coses van millor, en el cas de la malaltia mental tenir més informació pot tenir un efecte confús i distorsionant abans que positiu. És cert que els professionals hem d'explicar i ser pedagògics amb les famílies, millor encara, hem d'intentar que els familiars coneguin coses en les quals no han de participar solament els professionals. Si hi ha una cosa que m'agrada fer és donar classes de *psicopatologia recreativa* perquè la gent entengui millor les coses que els poden passar a ells i als seus familiars. Això, per a mi, no és solament un imperatiu pròpiament pedagògic, sinó també és un imperatiu ètic que no s'ha de dur a l'extrem.

Les famílies han de ser acompanyades pels professionals per a ajudar-les a fer que convisquin amb el drama d'un familiar que ha perdut la salut mental. Aquest acompanyament no sols ensenya a les famílies a objectivar les diferents condicions de la malaltia mental del seu familiar, sinó que ajuda els terapeutes a aprendre sobre les famílies dels pacients. Efectivament, moltes vegades les informacions decisives no les rebem a través del relat clínic biogràfic del propi pacient (o de les seves qüestions immediates), sinó de l'espontània declaració de les famílies que ens expliquen coses que a ells els semblen banals però que per a nosaltres tenen un valor semblant al que té un os per a un paleoantropòleg o un gerro etrusc de molts segles per a un arqueòleg. Per això voldria tancar aquesta referència a l'aprenentatge que ens donen les entrevistes i trobades amb els familiars citant Donald Winnicott, un gran psicoanalista anglès, que inicia les seves obres fonamentals agraint als seus pacients perquè "van a pagar per a ensenyar-me".

La malaltia mental mou el millor i el pitjor de l'ésser humà i en conseqüència cada família té les seves pròpies històries, *neures* i codis. Si aquests sentiments no són contextualitzats per un professional en un treball específic d'acompanyament amb les famílies, la convivència es converteix en guerra. De fet un drama en el treball amb les famílies és la informació no digerida com la que en l'actualitat és possible obtenir en fer un ús indegut o no controlat dels nous mitjans com Internet. I és que l'ansietat, l'agressivitat, el dolor moral, la negació de la realitat i el sentiment de culpa no s'arreglen a Internet, s'arreglen a través de la pràctica del diàleg en el context terapèutic entre professionals i famílies de tal manera que uns sàpiguen que aprenen dels altres.

D'altra banda, els professionals necessitem molt del treball amb la família perquè és la que conviu permanentment amb el malalt, i si no hi ha interacció amb el terapeuta, el tractament està condemnat a fracassar.

Vull acabar amb una qüestió que em sembla important i és quan el treball amb la família (la cinquena pota del nostre tamboret metafòric) adquireix una màxima importància. M'estic referint al moment de reintegrar el malalt sever en la vida quotidiana: si no hi ha un treball de la família i amb la família donant elements al terapeuta, el malalt està condemnat a estar separat de la societat i en conseqüència el tractament fracassarà.

## **Joan Pijoan** **Psicòleg clínic i psicoanalista**

El punt de partida per a cada persona és la família i en ella es succeeixen experiències fonamentals per al creixement. La família té encarregat fer créixer, educar i, en general, aportar recursos. Un d'aquests recursos consisteix a donar suport emocional a tots i cadascun dels membres de la família per a ajudar-los a afrontar les dificultats vitals. Des del naixement els pares són els encarregats de recollir els petits conflictes, les primeres pors i qualsevol signe de malestar en el menjar, el dormir, l'aprenentatge, etc. És l'estructura familiar la que anirà afrontant aquests malestans per a procurar transformar-los en alguna cosa positiva, extreure d'ells algun sentit, vigilar que els inconvenients no passin a ser molt importants i buscar estratègies perquè els neguits no quedin sense resposta.

Però cap família pot fer-ho perfectament. Sempre passa que algunes dificultats creen desequilibris i malestans en la mateixa família. La idea que la família pugui funcionar perfectament és falsa, bàsicament per dues raons: primer perquè es tendeix a pensar en la família ideal (sobretot en les situacions en què la família no funciona) i, segon, perquè aquesta idea és construïda en la primera infància, quan tots idealitzem els pares.

Família són els pares per als fills, però també la dona i el marit per a cadascun i per als altres. Ara bé, el nucli de la família són les figures parentals exercint les funcions pròpies envers els fills: la funció nutricional, la contenció emocional, de referència, l'oferta de models d'identificació, etc. A causa de la dependència que té l'infant en néixer, sabem la importància que aquestes figures tenen des de l'inici de la vida.

Si de la família s'espera la cria dels fills i que cadascun dels membres pugui trobar un lloc des de la seva autonomia, queda clar que el canvi natural va de la dependència al



desenvolupament de les capacitats pròpies. Per a dur a terme aquest objectiu la família inverteix en cada etapa de la vida grans esforços i probablement molt més temps que en altres àmbits, fet que suposa renúncies individuals de cadascun dels seus membres en favor dels altres.

Al començament és necessari atendre necessitats físiques i primàries per a passar progressivament a situar-se a més distància i respondre a requeriments més elaborats: cuidar, anar amb compte, acompanyar, donar suport, suportar, acollir, posar limitis, establir rutines, compartir i oferir models. Això és el que s'espera. Però les dificultats i els problemes poden prendre una dimensió superior als espais de transformació i elaboració dels quals disposa la persona. I si parlem d'un familiar amb malaltia mental més o menys greu, aquestes dificultats poden sobrepassar també la família o generar un nivell d'angoixa en el dia a dia. La malaltia mental posa al límit els coneixements i la resposta terapèutica de tots els que d'una manera o una altra intervenen en l'atenció del malalt, ja siguin psiquiatres, psicòlegs, cuidadors, família o la mateixa farmacologia.

Fer un esforç d'humilitat en aquests temes ajuda a tocar més de peus a terra a l'hora de plantar-hi cara. De tots els agents esmentats el primer que la realitat fa tocar de peus a terra, des de l'ideal de contenció i cura, és la família mateixa del malalt. I és que les dificultats no les té solament el malalt sinó que la família es veu duta a l'altre extrem, el sentiment d'impotència. Si són els fills els que pateixen, els pares sentiran que els retorna una imatge danyada d'ells mateixos; si és el cas del marit o la dona, aquesta imatge que retorna, afecta la parella o la maternitat o la paternitat.

### **El meu punt de partida**

Penso que la importància de la família en la malaltia mental no solament pel que sabem teòricament sinó especialment per la meua experiència en el treball psicoterapèutic amb nens i adolescents és quan es fa necessari atendre també als pares. També tinc en compte el meu treball en la coordinació de grups de pares de diferents tipus i algunes supervisions de grups de pares psicoeducatius. És des d'aquí que constato que sovint és necessari atendre els pares, ja sigui perquè la situació dels fills els ha impactat fins a interferir en un funcionament acceptable o per a millorar la incidència dels pares en l'ajuda que poden proporcionar en les dificultats dels fills.

Molt sovint, en moments crítics com l'adolescència, els pares es pregunten per la manera d'escoltar els fills i així ajudar-los a passar per aquesta etapa. En aquest sentit moltes vegades s'organitzen grups en àmbits educatius per a parlar i compartir qüestions que van més enllà dels temes estrictament pedagògics. Si bé les escoles no promouen aquests grups, els mestres saben que si els pares participen això revertirà en conseqüències positives per a la dinàmica escolar. En aquesta mateixa línia podem trobar moltes experiències en grups de pares amb necessitats d'acompanyament. En els jardins d'infants, a l'inici de l'escolaritat, es realitzen activitats organitzades per l'AMPA (associació de mares i pares d'alumnes) i són pensades com a activitats amb un caràcter psicoprofilàctic i com a resposta a preocupacions concretes d'algun malestar.

### **L'impacte de les dificultats**

D'una manera o altra i amb més o menys intensitat, la situació de malestar del malalt mental acabarà per impactar a la família. Algunes famílies han d'afrontar aquesta situació des de molt al principi; unes altres es veuran obligades a posar en marxa mecanismes i funcions que ja havien abandonat però que per circumstàncies de la malaltia han de reprendre.

### **Com suportar la malaltia mental des de la família?**

D'entrada, la malaltia mental és un cop molt fort a l'autoestima perquè el malalt mental retorna a la família, a la parella, als pares, una imatge molt diferent de la que ells havien imaginat i desitjat. Això a més de generar malestar és una base poc favorable per a respondre als requisits de suport. Si es dóna el cas d'una mare, per exemple, la imatge que el malalt mental li fa retornar de si mateixa és la d'una mare danyada en la seva funció: la maternitat. Però al mateix temps i com que sovint es reinstauren relacions de dependència, la mateixa mare està cridada a fer-se càrrec de la nova situació. És a dir, que la mateixa persona que ha estat impactada en la seva autoestima ha de fer-se càrrec del malalt i així pot haver-hi risc de destruir alguns dels recursos útils per a la funció de suport.

Ja sabem que a la família se li demana, perquè el malalt ho necessita, que estigui activa i activada per a acompanyar el malalt en les visites, per a ajudar en el seguiment del tractament

psicofarmacològic, a estar atent en els moments de crisi o davant dels signes que permetin preveure'ls, anar amb compte que es respectin els hàbits i rutines que millorin la qualitat de vida del malalt. I en aquest panorama la família pot sentir el que de vegades es diu de *molta roba i poc sabó i tan neta que la volen*.

És aquesta expressió una manera que se m'ocorre per a situar alguns termes que encara que guarden relació són diferents. La roba és la malaltia que és *molta roba*. No estem parlant de crisis vitals més o menys puntuals sinó de veritables interferències en la vida normal. I si posem l'accent en aquesta molta roba, la família pot negar la realitat i voler creure que no és tanta la roba o sentir-se responsable d'aquesta gran quantitat. En tot cas, la roba serà molta i els sentiments despertats seran font de malestar per a ells i poc efectius per a ajudar.

*Tan neta que la volen* és el que demana el malalt però també és el requeriment explícit o implícit del sistema sanitari que espera que la família faci funcions d'acollida i suport. I finalment, *poc sabó*, el malalt i la família necessiten recursos suficients, especialment recursos psíquics, per a resoldre la situació, però, com el sabó, són pocs. No obstant això, encara que són pocs, hi ha recursos, així que del que es tracta és de fer rendir aquests recursos. Parlo dels recursos psicològics, una altra cosa són els recursos materials als quals jo també m'afegeixo a reclamar.

La família en aquest punt ha de fer el que pot amb el que té. Són els cuidadors els que han de tornar a tenir funcions ja passades o mai abandonades. Però qui cuida els cuidadors?, quin suport se'ls dona? Per a això hi ha els espais de paraula, per a escoltar la paraula dels que cuiden. De vegades el mateix sistema d'atenció sanitària crea aquests espais. Penso en els grups de paraula o reflexió, que no són grups terapèutics estrictament ni grups espontanis d'ajuda. Em refereixo a una configuració particular de grup en què l'objectiu primordial és compartir l'experiència de cadascun amb la coordinació professional dels participants. Les funcions i els objectius s'han de pensar en relació amb les argumentacions que he sostingut anteriorment: compartir amb els familiars les angoixes, trobar elements en comú, contrastar les diferències, les maneres; si es fes càrrec de processos i funcions ja abandonades, establir llaços que permetin estendre coneixements i estratègies per a afavorir la integració social dels malalts, alleugerir el sofriment trencant les barreres de la por a no ser entesos o a sentir-se culpables.

Per cloure diré que en el paper de la família davant la malaltia mental cal tenir en compte tres coses: en l'origen de les funcions parentals hi ha una important quantitat de renúncies personals en pro de la criança dels fills, davant de la malaltia mental la família ha de retornar a exercir funcions passades i com més greu és la malaltia més primàries són les funcions requerides. Sabem que en la mesura que es té cura de la família millora l'efectivitat dels abordatges sobre el malalt. Amb la proposta de recursos per als familiars, com els grups de paraula, passa com amb el sabó: si es comparteix amb els altres, allarga més i permet respondre amb més eficàcia.

### **Fernando Santos**

**Fiscal de l'Audiencia Provincial de Córdoba**

**Coordinador del Foro Andaluz de Bienestar Mental**

Mi encuentro con la enfermedad mental fue por pura casualidad. Como cualquier persona yo tenía todos los prejuicios que tiene quien no conoce la enfermedad mental e incluso los tenía hace veinte años cuando accedí a la carrera fiscal. Fue en una junta de fiscales, después de unos encuentros sobre justicia y salud mental, donde se nos propuso trabajar en temas relacionados con las personas con discapacidad o enfermedad mental. De entre los fiscales asistentes yo levanté la mano, la hubiese levantado también si hubieran pedido un fiscal para medio ambiente o seguridad vial porque yo quería hacer cosas. La cuestión es que desde entonces hasta hoy me he dedicado a este tema.

Lo primero que hice fue visitar los centros, entre ellos el antiguo manicomio de Córdoba. Esta experiencia fue muy dura, salí de allí en la primera visita con un dolor espeso y la convicción doble de que eso no podría volver a existir y que si yo era fiscal, es decir, promotor de justicia, difícilmente habría otro campo en el que hiciese más falta hacer justicia.

De ahí vinieron muchas visitas a enfermos y familiares en donde me di cuenta realmente de lo mal que lo pasaban estas personas y los pocos recursos que había para ayudarles. Esto fue lo que me hizo impulsar entre los años 1994 y 1995 el Foro Andaluz del Bienestar Mental. El foro es una gran reunión de todos los profesionales que trabajan en salud mental, de las asociaciones de familiares y de enfermos mentales con el objetivo de obtener conclusiones que ayuden a los gobernantes a decidir sobre estas cuestiones. De ahí que mi posición trascienda de lo jurídico al ámbito de los profesionales de la salud mental, de los familiares y de los gobernantes.

En el año 2000, un nueve de octubre, estuve a punto de dejarlo todo porque vi a los enfermos mentales manifestarse frente al parlamento andaluz, lo que me pareció un avance definitivo para obtener su reconocimiento como ciudadanos. No obstante, he seguido trabajando desde la óptica de la ciudadanía que resumo en dos frases de Rodrigo Berkovich y Fernández Entralgo: "el enfermo mental es en primer lugar un ciudadano, en segundo lugar un ciudadano enfermo y en tercer lugar un ciudadano afectado por una enfermedad peculiar" y "los conflictos jurídicos que puedan surgir en torno a una persona afectada de enfermedad mental han de resolverse partiendo de que es un ser humano, titular de derechos y, en mayor o menor medida, centro de imputación de responsabilidades". Que sea un ciudadano hoy nos puede parecer obvio pero cuando se lee la historia de la enfermedad mental, hace veinte o treinta años atrás, no existía esta consideración del enfermo como ciudadano.

Partiendo de estas premisas voy al núcleo de mi exposición que consiste en tratar de exponeros lo que he aprendido en el transcurso de estos diez y ocho años de atención a la materia. La explicación estará enfocada a cuatro de las necesidades fundamentales en el ámbito de la enfermedad mental: legislación, coordinación entre las instituciones, aptitud de los que estamos en esas estructuras y recursos. La fórmula es fácil, lo difícil es tener todas las piezas del puzzle.

Gracias a la constitución que renovó nuestra sociedad hoy en día hay herramientas legislativas suficientes para alcanzar los cuatro objetivos antes mencionados. Los estatutos de las comunidades (que incluyen un artículo específico a la enfermedad mental), la ley de autonomía del paciente y las reformas en el código civil conjugan dos términos que sirven para impulsar el proyecto: autonomía y dignidad. Pero si bien es cierto que se ha ido incorporando el ámbito sanitario, social y laboral a este proceso, debo admitir que el ámbito judicial aún se resiste, tanto en lo civil como en lo penal. El problema está en que lo que dice un juez en una sentencia repercute ampliamente a nivel social y jurídico, cuando lo dice otra persona puede afectarnos pero no tiene el mismo impacto. Recuerdo, por ejemplo, y con mucha alegría, que en un congreso de salud mental en Valencia al que asistía doña Nancy Wallace, representante del departamento de derechos humanos de la ONU, un psicoterapeuta comentó que para él era imposible compaginar el diálogo psicoterapéutico en el tratamiento del enfermo con las sentencias de incapacidad plena. A este comentario la señora Wallace respondió diciendo que si en España había sentencias de incapacidad plena aplicadas a enfermos mentales eso suponía para la ONU un tratamiento inhumano y degradante, algo que yo siempre había pensado. Obviamente la moderadora de la mesa dio un salto y pidió a la traductora que le explicara mejor la situación a la señora Wallace pero la traductora contestó que la ponente había entendido correctamente los hechos, que su respuesta era la adecuada y que no había ningún malentendido originado en la traducción.

Nuestro lema en el foro es "proteger sin incapacitar", hoy tenemos muchas maneras de proteger sin incapacitar a los enfermos mentales. En el ámbito civil tenemos alternativas judiciales menos onerosas como los internamientos involuntarios; medidas cautelares urgentes y no urgentes para cuestiones puntuales que se puedan presentar; un respaldo judicial creciente a la guarda de hecho; y tenemos, además, alternativas no judiciales muy interesantes para el enfermo mental como son los poderes preventivos, las instrucciones previas y otros mecanismos de financiación de la dependencia con menor relevancia para el enfermo mental.

En el ámbito penal, el de los delitos, está el tema de los juicios rápidos que considero una auténtica maldición para los trastornos mentales. Se pueden llegar a condenas por enajenación inadvertida en la que a enfermos mentales se les dará un tratamiento generalista y se les impondrá una pena de cárcel, algo inadecuado para estas personas. En la introducción al *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario*, doña Mercedes Gallizo, directora general de

Instituciones Penitenciarias, afirma que "en ocasiones la prisión se utiliza como un recurso de carácter asistencial para estas personas que no han sido tratadas y controladas en su vida en libertad. En este sentido la prisión constituye muchas veces la única alternativa realmente disponible ante las deficiencias de las políticas preventivas o de los dispositivos asistenciales comunitarios que en general deberían ser los utilizados como primera elección."

La verdad es que el sistema judicial convive y sigue conviviendo muy mal con la enfermedad mental, aunque hay algunos rayos de esperanza. Me refiero a que actualmente en todas las fiscalías existe una sección para la protección de enfermos mentales (algunas funcionan, otras no), se han creado los juzgados especializados, se hacen cursos de formación y ponencias fuera y dentro de la universidad.

En cuanto al trabajo inter-institucional, hay que hacer planes coordinados con los gobiernos de los distintos territorios y comunidades autónomas. No obstante, diré que el trabajo que se realiza en las altas esferas para coordinar lo social, lo sanitario, lo judicial y lo laboral mediante acuerdos y decretos, muchas veces no tiene a la ley como punto de partida. Por ejemplo, el artículo 20 de la ley general de sanidad propone la rehabilitación e integración social para al final llegar a la normalización, y no la contención, ni el apaciguamiento farmacológico o marginación que es lo que muchas veces se hace directamente. Para alcanzar estos objetivos está claro que se ha de tener un abordaje bio-social porque lo farmacológico aunque es condición necesaria no es suficiente, necesitamos el horizonte de lo social.

La Fundación Andaluza para la Integración de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) es un ejemplo de coordinación inter-institucional bien conducido. Si para Freud el concepto de normalidad consiste en ser capaz de amar y de trabajar, las leyes y el trabajo de las instituciones debe enfocarse en la búsqueda del afecto y el trabajo, si nos quitan el afecto y el trabajo lo normal es que enfermemos. Y para promover la integración social de los enfermos FAISEM ofrece más de mil plazas de residencia, trabajo protegido y, además, otras ofertas en ocio, cultura y deporte.

Dejando atrás las altas esferas, lo administrativo, vamos a hablar de las franjas medias y las bases para referirnos al tema de la "actitud" de los profesionales. Los profesionales psiquiatras en su ética deben ser capaces tanto de atender como de entender. El atender solo va en una dirección, la del médico al paciente, pero la del entender es recíproco porque el enfermo mental siempre nos está intentando decir algo. Para entender hace falta la familia, el enfermo, el enfermero y el especialista. Además, entender es una obligación ética y legal pero suele obviarse. Los pacientes y las familias se dan cuenta de esta situación y se quejan porque no se les escucha, no se les explica. Los psiquiatras por su parte afirman no disponer del tiempo necesario de consulta para explicar o, lo que en mi opinión es una cortada, dicen no poder explicar a la familia por razones de "confidencialidad". Es una coartada digo, porque la ley es muy clara: el real decreto 1030 del 15 de septiembre del 2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud dice en el apartado siete (anexo de salud mental) que "la atención a la salud mental comprende la información y el asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador principal".

Pero no solo los psiquiatras carecen de esta actitud para con el enfermo y su familia, también a los enfermeros les suele faltar la vocación de servicio. La familia misma debe reflexionar sobre su actitud con el enfermo. La buena actitud de la familia pasa por la consideración del enfermo como persona y ciudadano, no despreciar sus habilidades y capacidades, dejarlos hacer, asumir algunos riesgos, no utilizar la enfermedad para combatir discrepancias, tratar de entenderlos, etc.

Pero los recursos siguen siendo la gran quiebra del sistema porque no hay suficientes y porque no se han desarrollado las previsiones. Esta insuficiencia para el enfermo mental es un agravio duplicado porque es el peor tratado en un contexto sanitario muy satisfactorio y porque la constitución dice que los discapacitados en todas sus formas son los preferidos. Esto ha llevado a la desesperación a los familiares y la desesperación no es buena consejera. En el año 2004 a través de FEAFES y de *Convergència i Unió* se presentó una propuesta de reforma de ley de enjuiciamiento civil para los tratamientos ambulatorios involuntarios que en sus inicios contó con dos oposiciones: la de Catalunya y la del Foro Andaluz de Bienestar Mental. Años después FEAFES

reconoció que había cometido un error al pensar que judicializando la materia vendrían los recursos; si simplemente hubiésemos hecho en el 2003 un planteamiento conjunto para conseguir recursos, seguro que hubiésemos conseguido más.

El error cometido por la FEFES demuestra que las cosas no son tan complicadas, que implícitamente sabemos lo que hay que hacer, solo hay que hacerlo. En Andalucía tenemos la Fundación Cordobesa de Tutela, una institución híbrida (pública y privada), que ha sabido hacer una intervención integrando a los diferentes estamentos de la sociedad. Esto demuestra que podemos, solo hace falta ejercer presión para que los recursos que la salud mental hace mucho tiempo que se merece y que le son negados, lleguen a buen puerto.