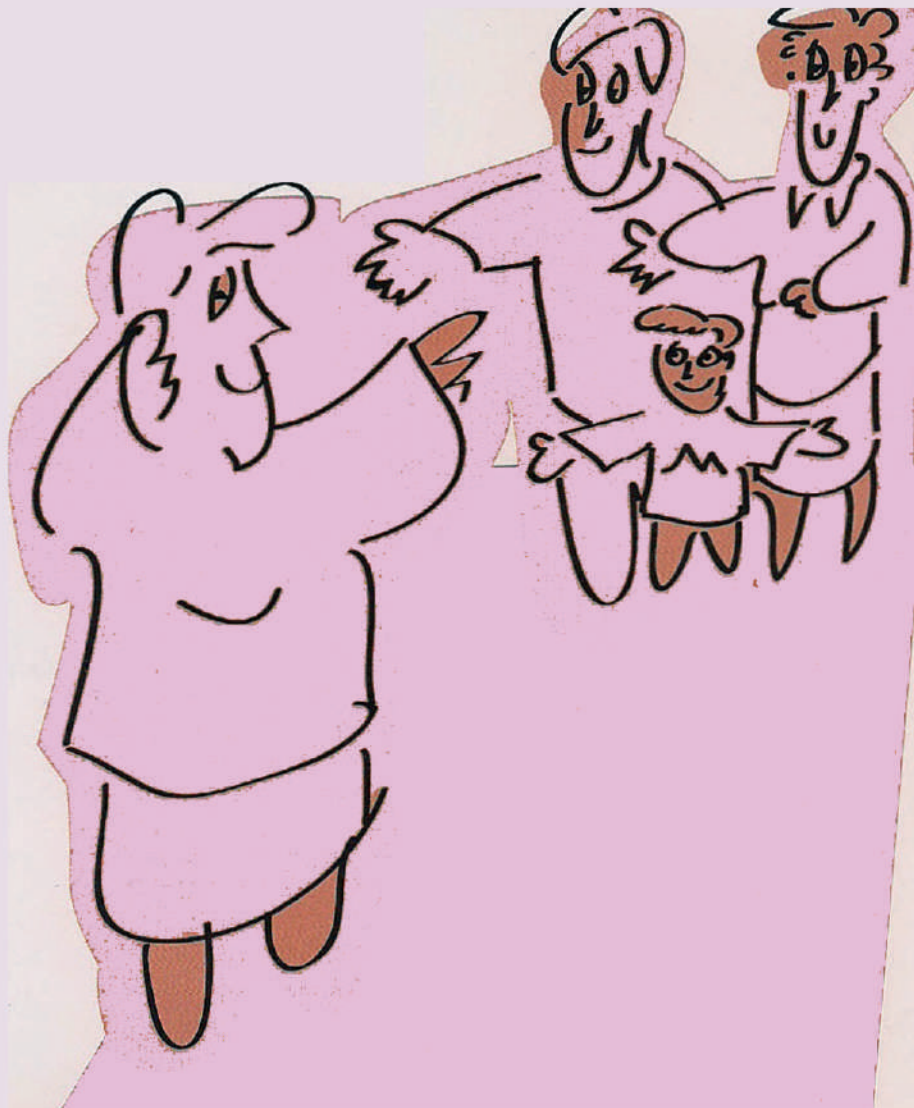


XII Jornades de salut mental a Nou Barris

ELS TRANSTORNS DE L'ALIMENTACIÓ,
hàbits o desordres?



9 i 10 de novembre de 2012

lloc: Sala d'actes Biblioteca Vilapicina i la Torre Llobeta
Pl. Carmern Laforet, 11 - Barcelona

Ajuntament de
Barcelona



SMCsalutmental
Catalunya
Federació



XII JORNADES DE SALUT MENTAL A NOU BARRIS

Els trastorns de l'alimentació, hàbits o desordres

José Trujillo Pelegrini, president AFEM Nou Barris
Xavier Trabado, president FECAFAMM
Irma Rognoni, Regidora Ajuntament Nou Barris
Miquel Montaner, PSI CSMA Nou Barris
David Batalla, PSI CSMA Nou Barris
Rosa Poch, Psicòloga CSMA Nou Barris
Rosanna Romaní, Infermera CSMA Nou Barris
Fina Olivas, Treballadora social CSMA Nou Barris
Antón Zúñiga, Psiquiatre CSMA Nou Barris
Maria Jesús Abadía, Psicòloga clínica SRC Pi i Molist
Zulma Posso, Llar-Residència Pi i Molist
Adolfo Grisales, Psiquiatre CSMA Nou Barris
Olga Pallejà, Coordinadora Educadors Hospital de Dia Nou Barris
Jaume Claret, Psiquiatre Director Hospital de Dia Nou Barris
Oriol Martí, Metge - Psicoanalista
Xavier Solé, Psiquiatre - Psicoanalista
Àngels Vives, Psiquiatra - Psicoanalista
Jorge Tizón, Metge - Psiquiatre - Psicoanalista

DIVENDRES DIA 9

Acte d'inauguració

José Trujillo Pelegrini
President de l'AFEM de Nou Barris

Nos encontramos en este sitio idílico para este tipo de reuniones, y la de hoy es para celebrar las XII Jornadas de Salud Mental de Nou Barris. Cada jornada trata puntos específicos de la salud mental y este año hemos querido que tratem los trastornos de la alimentación, hábitos o desórdenes.

Tenemos el privilegio de contar con todos los técnicos de la barriada: CSMA de Nou Barris, salud mental desde su inicio en infantiles hasta los trastornos producidos en personas de cierta edad, que son atendidos en los centros de la avenida Borbó, Lorena y Pi i Molist.

Este año se está padeciendo trastornos de crisis económicas y esto repercute mucho en las actividades de la asociación y de alguna forma vamos haciendo el máximo que se puede. Esto está muy bien plasmado en el cuadernillo que tiene cada uno de Vdes. y en el cual se hace una idea somera y bastante amplia de como empezó el mental y como sigue, de qué aspectos trata el trabajo de las asociaciones, cosa muy importante porque a pesar de estar crisis manifiesta, vamos defendiéndonos y vamos haciendo que de alguna forma se celebren las XII Jornada de Salud Mental de Nou Barris. En cada jornada se han tratado aspectos diferentes, a los cuales muchos de ustedes han asistido y de alguna forma hemos ganado en sapiencia sobre salud mental. Este año quisimos que tratara sobre trastornos de alimentación, hábitos o desorden. Os agradezco vuestra asistencia. Creo que la jornada será favorable para todo el mundo, tenemos esta historia sobre nuestras cabezas, no sabemos como actuar, a veces vamos desorientados sobre como tratar este tema. Agradezco la colaboración de los psiquiatras y psicólogos del CSMA y el CSMIJ que nos van orientando de como llevar a nuestros enfermos hacia puntos beneficiosos para ellos y para la familia.

A mi me importa mucho la familia, creo que la familia, al igual que dijo la Regidora sobre su importancia el año pasado, creo que han de ser apoyadas, deben de ser asistidas y muy ayudadas porque si no hay una ayuda de la Administración, psicólogos y médicos, es muy difícil llegar a llevar bien a los enfermos. Nada más, decir que muchos puntos serán aclarados por las mesas respectivas, que será muy amplia sobre los puntos que se van a tratar de alimentación. Paso la palabra a Xabier Trabado, el presidente de FECAFAMM, federación que va a cambiar nombre. Él está al orden de todas estas situaciones y nos dará con sus palabras una idea de cómo están económicamente las asociaciones, qué direcciones tienen, qué ideas tienen y como se va a desarrollar.

Xabier Trabado

President de la Federació Salut Mental Catalunya (abans FECAFAMM)

És un plaer estar aquí perquè l'any passat no vaig poder estar per temes diversos i totes les Jornades són un bon camí, esteu fent bona feina a l'associació i les Jornades són senyal d'adolescència, que ens aproximem a l'edat adulta.

El Jose apuntava alguna de les idees importants o que a mi també m'agradaria reforçar alguna d'elles. Primer fer un agraïment a l'Ajuntament, des de diferents àmbits, tant des de l'IMB o des d'altres àrees que ens estan recolzant ens aquests temps difícils d'una manera molt clara. Aquest recolzament te diferents àmbits i aprofito per comentar-los: per una banda el tema laboral, les problemàtiques vinculades a la integració laboral. Derivat d'una sèrie de canvis a nivell estatal han tingut unes davallades molt importants, els centres específics de treball han tingut unes disminucions dels recursos molt importants i això esta posant en risc la continuïtat d'aquestes entitats. Tots sabem que l'activitat laboral es una cosa fonamental pel dia a dia de qualsevol persona i evidentment també per les persones que tenen alguna problemàtica de salut mental i en aquest sentit l'Ajuntament ha dedicat uns recursos extraordinaris, afortunadament tenim un Ajuntament que te unes finances notablement sanes, en comparació amb el context global de la societat i ha recolzat varis projectes que s'han presentat des de centres especials, per tant vull reconèixer aquesta gran feina que s'ha fet des de l'Ajuntament en

aquests temps especialment difícils i en un àmbit, el laboral, que està en un moment especialment delicat.

Per altra banda l'Ajuntament, i en aquest cas el recolzament dels departaments de la Generalitat, de la Diputació i l'obra social de la Caixa ens han ajudat com alguns sabreu posant en marxa el projecte de lluita contra l'estigma, un projecte que es diu Obertament i que segurament us sonarà ja, o en tot cas podeu accedir al web: www.obertament.org. És un projecte per lluitar contra l'estigma en salut mental. Tots sabem que l'estigma es una cosa que ha condicionat molt tota la societat, tots patim d'aquest estigma i l'autoestigma que pateixen les pròpies persones afectades i les famílies, doncs també tenim els nostres estigmes com a part de la societat que formem, els mitjans de comunicació, les empreses, en fi tothom i evidentment els governants quan prenen decisions han estat condicionats també per aquest estigma i sobretot, com a moviment associatiu, som un moviment associatiu relativament feble encara, Nou Barris esta fent molt bona feina i us convido a continuar en aquesta línia, som 60 associacions en tot Catalunya i la federació que coordina aquestes associacions, som més 6000 socis en tot Catalunya i així i tot, comparat amb les problemàtiques de salut mental que sabeu que afecten a una de cada quatre persones, que tindran un problema de salut mental, doncs podria ser un moviment associatiu molt més fort i estem segur que l'estigma condiciona el fet que hi hagi gent que no s'associï i que no es vulgui organitzar per defensar els seus drets, per tant doncs jo ua animo a involucrar-vos al projecte d'Obertament de lluita contra l'estigma, hi hauran moltes activitats de tota mena que es poden desenvolupar al voltant d'aquest projecte i durant els propers anys que aniran apareixent més i això ens ha de portar a tenir unes associacions més fortes.

Comentar també una ajuda que hem rebut recentment del Departament de Salut de l'Ajuntament vinculat al tema del suport a les famílies. Sabeu que des de fa molts anys a totes les associacions i també a la Federació estem intentant fer millor i d'una forma més eficient aquest suport a les famílies, tots sabem que quan comences qualsevol tipus de trastorn, avui parlem dels trastorns alimentaris, per exemple, que son mol freqüents també, i quan comença un episodi d'aquestes característiques l'entorn familiar està totalment despistat no saben on adreçar-se, sovint es perd molt temps i moltes energies i molt neguit en aquest fruit fins arribar a un diagnòstic i un tractament adequat, per tant l'atenció a la família es una cosa fonamental. Des de la Federació hem fet vàries activitats per intentar fer millor aquesta atenció que ja fem a les famílies a través dels grups d'ajuda mútua i a través dels serveis d'atenció a les famílies que tenim en totes les associacions i també en la Federació, però estem lluny de tenir una atenció òptima i per això l'ajuda que hem rebut de l'Ajuntament ens ajudarà a continuar avançant en perfeccionar i millorar l'atenció que fem a les famílies que tots sabem és tan important.

I escolteu les temàtiques d'aquests dos dies de jornades son absolutament rellevants i transcendents. Crido a la Federació i les associacions a que feu una atenció a les famílies i a la Federació també tenim un servei d'atenció a les famílies on normalment ens arriben els casos que no san pogut resoldre a nivell de les associacions i cada vegada estem tenint més situacions vinculades a trastorns alimentaris i per tant crec que ens ajudarà a posar molta llum a la jornada d'avui i de demà en un tema que es prou important i tampoc massa conegut.

Finalment i per no allargar-me molt dir-vos que la crisi, sabeu que estem patint molt a nivell de moviment associatiu perquè no ens arriben les ajudes que teníem pactades amb l'Administració i el govern de la Generalitat, tant les subvencions associades a la pròpia funció associativa com els pagament vinculats als serveis de club social o als serveis prelaborals que son normalment els serveis que gestionen les associacions, doncs no estan arribant, hi ha molta tensió i molta energia que malauradament encara estem dedicant a això. Sabeu que des de la Federació fem tot el possible, el que està a les nostres mans per tal que això vagi el més àgil possible i que hi hagi una certa discriminació positiva cap a la salut mental que és una mica la reclamació que fem sempre històricament. Són temps difícils, però hem de continuar lluitant, quant més capacitat tinguem d'organitzar-nos, de fer treballs

ben fets i sobretot hem de buscar aliances i treball compartit, jo crec que el projecte Obertament és un bon exemple d'això. Obertament ha sigut un projecte que hem fet entre tots, no ha sigut un projecte només de FECAFAMM i d'ADEMM, que es una associació d'usuaris, i de la Unió Catalana d'Hospitals, ni del Consorci Hospitalari, si no de totes aquestes entitats que heu sumat per fer aquest projecte. En la situació de crisi en la que estem, en la que segurament durant uns anys els recursos econòmics continuaran sent molt escassos, buscar formes de treball compartit continua sent una necessitat. La crisi està aquí, hem de utilitzar el millor que sigui els recursos i nosaltres continuem treballant i lluitant per defensar els drets per intentar que no es perdi res de tot allò que s'ha aconseguit i fins i tot que puguem anar millorant en alguna de les coses on sabem que tenim tantes mancances i per allusió als comentaris del Jose, dir-vos que efectivament a l'assemblea realitzada recentment, la FECAFAMM va decidir per unanimitat de tots els seus socis fer un canvi de denominació, per tant legalment, encara no hem enregirat els estatuts, ens direm Salut Mental Catalunya. Creiem que era important fer aquest canvi perquè FECAFAMM, ho sabem els que estem en el sector, però quan algú s'inicia en alguna problemàtica de salut mental, no entra en internet i busca FECAFAMM, perquè no sap el que és, en canvi segurament sí busca salut mental o alguna cosa per l'estil, ens trobarà. Per tant, aquest canvi de denominació per una banda, creiem que ens servirà per incorporar més gent al moviment associatiu, per apropar-nos més a la societat i també per oblidar una terminologia que teníem historicament molt vinculada a malaltia mental, tots érem associacions de malalts mentals, familiars de malalts mentals, per tant parlem molt de l'estigma i un exercici que teníem pendent des de fa molts anys era oblidar tota aquesta terminologia de malaltia mental que continua generant prejudici i manca de capacitat i parlar-ne més d'unes entitats amb una visió positiva i parlar de salut mental com quelcom positiu. Per tant, anunciar-vos que això és així i que ho farem públic en un acte que celebrarem el 21 de gener al Palau Robert, que entenem que hi haurà govern format i que podrem compartir aquest acte amb el nou govern i ja us convidarem formalment quan tinguem totes les agendes formades i aquell dia farem la posta a punt de la nova marca.

Irma Rognoni

Regidora de l'Ajuntament de Nou Barris

Parlaria avui a dos nivells, com a Regidora de l'Ajuntament de Nou Barris i que tenim la sort de tenir-vos aquí i de poder-ho fer avui en aquest lloc tan especial i com a Regidora d'Infància i Família, Usos del Temps i Discapacitada, ja que ocupo la presidència de l'Institut Municipal de persones amb discapacitat, així que aniré parlant des de les dues òptiques

Per una banda com a Regidora de Nou Barris, també sento una especial vinculació amb tots els temes de la salut mental perquè qui no coneix algú del nostre propi nucli i nosaltres mateixos, que no haguem passat com a mínim un moment per una situació d'aquestes, es difícil i ens afecta a molts de nosaltres o a algú del nostre entorn més proper. I també pel que representa el camí de l'enfoc de la salut mental, Nou barris, especialment, perquè tenim a la seu del districte el que era l'antic mental, l'antic hospital de Sant Pau i la Santa Creu.

Ahir precisament, i abans d'ahir, tenia l'audiència amb els nens i nenes a la seu del districte i sempre m'ho pregunten això i a més a més hi dediquem bastanta estona i és una de les coses que jo vaig aprendre de seguida quan em van nomenar Regidora de Nou Barris i una de les coses que els hi explico sempre és la transformació i el treball en la salut mental i el tracte a les persones que patien aquestes dificultats o aquesta malaltia i aquest gir humanístic a part de científic i mèdic, però el gir humanitari que això va suposar, com van decidir enfocar-ho, quan van decidir construir l'edifici de l'antic mental, ja es un bon reflex de tot el que es va voler fer i també fa poc m'explicava una persona que havia estat els últims temps com van aconseguir fins i tot que algunes persones per grups poguessin anar a visitar la ciutat, que en aquells moments encara no es podia fer és a dir, és molt forta la transformació com

s'enfocava el canvi de passar d'un estigma impressionant, que encara no hem acabat la feina, i també els intento transmetre als nens i nenes la idea que abans es considerava una persona malalta d'una determinada forma, super estigmatitzada, super tancada i ara evidentment es pot fer una vida normalitzada, després hi hauran alguns casos concrets. És un canvi de paradigma mental i per tant és un símbol de Nou barris i cada any, en el meu cas és el segon i en el vostre el dotzè, és un bon moment per recordar el passat històric que tenim aquí i que molts metges heu fet.

I després, com a Regidora de persones amb diversitat funcional, hem vist i ho sabem i ho tenim tots molt clar, també al consell rector de l'Institut que no s'ha acabat aquesta feina i que la lluita contra l'estigma mental l'hem elevat a una de les principals. A l'Institut ens hem proposat cinc eixos, no són molts, volem idees molt clares, volem treballar molt la lluita contra l'estigma i en aquest cas estem colze a colze i ens fem càrrec en aquest sentit del que podem aportar com Administració.

I després també voldria agrair les paraules que heu dit de les aportacions que justament hem fet però també perquè voldria remarcar els meus companys que no hi són aquí, regidors d'àrees, que en aquest cas són tinents alcaldes de cultura i habitat urbà, agrair-los perquè van sacrificar, d'acord amb la idea que ens va transmetre l'Alcalde, part del seu pressupost, per no fer pedra en uns moments com els que estem ara que s'ha de prioritzar, prioritzar persones, com ens ha dit l'Alcalde, per tant gràcies als companys que renuncien a fer determinades coses, nosaltres hem pogut dedicar-ho aquí. Tant l'Alcalde com tots nosaltres, com la Tinent d'Alcalde i la Delegada de Salut també, és molt important i per tant l'acte que es va fer quan vam rebre la notícia que passava això dels centres especials de treball va ser molt impactant pel món de la diversitat funcional perquè és una eina bàsica i fonamental per la dignitat, per la igualtat, per la cura, l'autoestima, els efectes són mils: pel nucli familiar, per la pròpia persona, l'efecte multiplicador no el podríem ni calcular. Ens vam reunir i vam fer una declaració institucional amb el suport de tots els grups de l'Ajuntament i en aquest sentit ens ho hem proposat com un objectiu molt clar. I en concret hi ha la temàtica, tampoc no voldria allargar-me. Sobre els trastorns de l'alimentació, hàbits o desordres, que treballareu aquests dies, és un tema molt important que hem treballat molt conjuntament entre la Delegada de Salut i nosaltres a l'Institut Municipal, però també com a Regidoria de Família i Infància perquè és cert que hem rebut de moltes entitats, que estan molt amoïnades perquè aquest tema dels trastorns de la alimentació es produeixen molts d'ells en unes edats molt joves i no necessàriament només noies, i per tant aquest tema és molt preocupant, relacionat també amb altres factors, com l'estrès. La crisi que ens hi aporta i per tant persones adultes que el poden patir també, tot el que això suposa i sempre darrera hi representa una situació conflictiva, no només per a la persona que ho pateix si no també pel seu entorn i família que ha d'estar al costat i això també té una repercussió, per tant d'aquí ve la importància, i que no podem oblidar mai, del cuidador, és a dir, de la família, de l'entorn, el que dona la cura, el que té cura de les persones i també tots el professionals.

Agrair a FECAFAMM, a l'AFEM especialment, i a totes les entitats, metges, que heu col·laborat per fer aquestes jornades possibles. Hem fa il·lusió dir que a partir d'aquí puguem treballar sobre la documentació i poder-la aportar després als nostres plans que fem.

1ª. TAULA RODONA

MANEIG DEL TRASTORN DE L'ALIMENTACIÓ A LA INTERVENCIÓ DEL PROGRAMA PSI

Miquel Montaner i David Batalla
Programa PSI, CSMA Nou Barris

El programa està format per tres CPI i una coordinadora. En principi una de les nostres funcions com a equip serien una vinculació d'aquests pacients, d'aquests usuaris als diferents recursos i sobretot al centre de salut mental i en principi veiem quines són les necessitats d'aquestes persones, d'aquests usuaris i fer una derivació a altres recursos en funció d'aquestes necessitats. Avui parlarem dels trastorns i dèficits nutricionals, dins del programa d'aquells usuaris que nosaltres ens trobem després de valorar, inicialment quan ens els deriven o després d'un temps que els portem coneixent, quin és l'abordatge que dins del programa, com a PSI fem d'aquests usuaris. Començarà parlant el meu company David Batalla.

Nosaltres comencem explicant els trastorns i dèficits nutricionals que detectem dins el programa PSI, ja que dins el programa detectem bàsicament el trastorn mental sever, amb tots els diagnòstics que estan dins d'aquest grup, els trastorns alimentaris en sí no ho treballem, sí que ho treballem quan hi ha alguna comorbiditat i llavors hem intentat enfocar-nos més en els problemes alimentaris i dèficits que hem anat trobant en els nostres usuaris i com els podem ajudar. Hem diferenciat entre dos grups d'usuaris que tenim trastorns afectius i psicòtics per una banda i els trastorns de la personalitat, ho hem diferenciat perquè una miqueta acabem treballant de manera diferent amb un grup o amb l'altre.

Primer fer-vos un petit resum del perfil dels usuaris amb els que estem treballant: els tres últims anys seguim tenint més usuaris que pateixen algun tipus de trastorn psicòtic però poc a poc, com podeu anar veient, els trastorns afectius i de la personalitat han anat augmentant, contra els trastorns psicòtics que percentualment en treballem amb menys usuaris. L'edat mitja de la gent que està al programa PSI també ha anat disminuint, per tant treballem amb gent més jove amb problemàtiques i dificultats diferents, també per l'edat. El perfil de sexe masculí o femení es manté estable, sempre treballem amb més homes que dones i el nucli familiar, si viuen sols o amb la família, majoritàriament, els usuaris amb els quals treballem nosaltres viuen amb la família, per tant, dins de la nostra feina amb l'usuari, també s'ha de treballar amb la família, treballar els hàbits dins el domicili i més necessitats que anem detectant.

Com us deia, tenim el grup d'usuaris que viuen sols i els que viuen en família, els explicarem en separat, jo us explicaré què acostumem a fer quan treballem amb un usuari que viu sol i el meu company us explicarà quan està amb la família.

Bàsicament vincular la feina que realitzem des de l'equip PSI, a part de treballar la consciència de la malaltia, adherència al tractament i la vinculació als recursos. Quins són els que majoritàriament acostumem a vincular? Bé, hi ha casos, després ja explicarem, hi ha peculiaritat i casos concrets, però primer de tot són amb els CAP i ABS, centres de dia, serveis socials i CSMA del barri, amb qui treballem bàsicament.

Al CAP, deriven els nostres usuaris quan detectem algun problema perquè des del metge de capçalera i la infermera de zona puguin realitzar les analítiques de control per si aquests usuaris presenten algun tipus de comorbiditat orgànica o ja sigui també pels tractaments que puguin prendre que també tenen alguna influència.

Què hem detectat als nostres pacients, en els últims tres anys? Veiem que el problema amb major nombre és la patologia endocrina, després tenim algun usuari que a part del seu trastorn mental té alguna patologia cardíaca i alguna patologia hepàtica. Una miqueta el que podem veure és que a poc a poc, al menys en el que nosaltres hem anat detectant en els nostres usuaris és que ha anat disminuint -suposem que el fet de treballar amb gent més jove, derivats des de l'hospital de dia- quan passen a l'edat adulta. Encara no han desenvolupat alguna patologia que amb el pas dels anys, les persones poden desenvolupar i pot ser els tractaments encara no han estat tant constants i encara no ens hi trobem.

Al centre de dia, és un recurs amb el qual nosaltres trobem molt de suport per a poder vincular els nostres usuaris amb els quals treballem, per treballar el problema de la nutrició i aquí intentaríem vincular-los perquè treballin els hàbits de la vida diària, tallers de cuina, entre molts d'altres recursos que ells disposen però pot ser per aquest aspecte que avui estem parlant seria l'aspecte que més ens interessaria. Tot i això, estem parlant d'una cosa molt concreta, però la persona té moltes necessitats, intentem abarcar-les totes

Els serveis socials: la feina de l'equip PSI és treballar amb el serveis socials de l'Ajuntament per buscar quins són els recursos més adients pels les persones amb les quals tenim el programa. Que acostumem a demanar o a sol·licitar? Els àpats a domicili, si considerem que l'usuari té certes dificultats per a cuinar, si és una persona que viu sola; menjadors socials si té problemes econòmics, cosa que amb la situació actual és una cosa bastant a la ordre del dia; després les treballadores familiars, si tenim l'usuari a casa però amb una certa ajuda per fer la compra, per cuinar-se els aliments, podem posar aquest suport a través de serveis socials, doncs millor, l'autonomia al domicili millor. L'església és un altre ajut que alguns dels nostres usuaris recorren si no arriben per tot el tema econòmic per adquirir alimentació i una miqueta, les estadístiques igual que hem fet abans, del nombre d'usuaris que hem pogut vincular a serveis socials en els últims tres anys, la diferència no és gaire, va del 31% al 35% aquest any vinculats amb serveis socials, un altre cop veiem que ha tornat a disminuir una miqueta la vinculació, tornem a pensar, des de l'equip, que és pels mateixos motius, la gent jove acostuma a viure a família, treballem amb més gent jove. Tot això fa que la família pugui ser la que doni aquest suport que a vegades busquem als serveis socials pels que viuen sols.

Què és el que més acostumem a sol·licitar? Les ajudes d'una treballadora familiar, els àpats a domicili representen molts pocs casos, les treballadores familiars més, nosaltres pensem que és un ajuda important, la sol·licitem més i pensem que és força útil.

Després des del centre de salut mental, també podem fer feina, podem vincular l'usuari al mateix centre de salut mental, on des del programa TMS, els nostres companys i companyes d'infermeria poden fer un seguiment més puntual de pes, de la dieta que estan seguint. En algun grup que es pugui realitzar des del centre de salut mental i després si la problemàtica pot venir més per un efecte secundari dels tractaments que els usuaris han de prendre, doncs poder parlar amb el psiquiatre si considera convenient i es pot fer algun tipus de modificació, si l'usuari augmenta de pes o és més algun efecte secundari. Sempre i quan el metge ho consideri, això són les feines que podríem fer en aquest cas des del centre de salut mental. I el meu company, Miquel Montaner, us explicarà una miqueta la feina que fem quan hi ha un usuari dins d'un nucli familiar.

En aquest cas, en aquest segon grup els usuaris que viuen en família, a diferència dels que viuen sols, doncs viuen en un nucli, una mare, un pare, uns germans, són un grup que el criteri que segueixen són pacients que són més joves, tot i que ara, amb els temps que corren són pacients que allarguen la seva estada en el nucli familiar per la crisi, per la mateixa patologia, per diferents motius i bé, ens troben que el treball de vinculació amb aquest altre grup és bastant semblant amb el que es realitza amb els pacients que viuen sols. Hi ha algunes diferències, en principi en el cas dels serveis socials ens trobaríem també en una situació bastant semblant a la dels pacients que viuen sols, és a dir, intentaríem vincular aquests pacients malgrat que viuen en família i que no es tractarien temes en els quals la família ja col·laboraria molt intensament en tot el que són les necessitats pròpies, que poden ser portar unes dietes equilibrades etc. Els serveis socials poden ajudar perfectament en casos en els quals la família no es pugui fer càrrec de certes tasques com per exemple els àpats, són famílies que potser la mare, per exemple, són mares grans, són mares de certa edat i en principi els serveis socials poden fer una tasca bastant important en aquests aspectes.

Els CAP i les ABS, segueixen la mateixa dinàmica, mecànica que els pacients que viuen sols, pacients que també necessiten d'uns controls, uns controls d'analítiques i uns controls periòdics en el que la família, com deia abans, ja està bastant conscienciada que s'han de fer, però no està de més que nosaltres també ens preocupem i estem interessats en saber si es realitzen o no es realitzen. Són pacients també que, potser per la medicació que prenen, han de portar uns controls més exhaustius, però en principi els criteris també són molt semblants als pacients que viuen sols.

Els CAP també treballen les tasques de dieta, el número de menjars que fan durant el dia. La vinculació als CAP també es feina nostra, entra dins dels nostres objectius amb els pacients.

Altres vinculacions que es repeteixen amb els pacients que viuen sols són els centres de dia. Els centres de dia son importants, és un recurs que malgrat que visquin amb la família, es treballen també altres aspectes, com els que ha dit abans el David, els hàbits de la vida diària, certs hàbits que tot i estar en família s'han de mantenir i treballar.

I després, el centre de salut mental. Els del Centre de Salut Mental són pacients que per la patologia que tenen requereixen també d'un seguiment, i després tenim també la treballadora familiar que si més no, és repetir una mica el que acabem de dir i és la persona que treballa aquest hàbits, aquestes pautes, que són els que fan que la qualitat de vida de l'usuari sigui bona i saludable.

I per acabar, fer aquesta diferència de per què aquests dos grups que hem marcat, els trastorns afectius i psicòtics dels trastorns de la personalitat, és important destacar que en aquest segon subgrup de trastorns de la personalitat, la comorbiditat és més elevada pel que la patologia en sí ja constata, són pacients que tenen una gran impulsivitat i una de les tasques nostres és controlar aquests impulsos, són impulsos que podrien perfectament concretar-se en no voler menjar, en un no simplement, no a qualsevol cosa i en aquest cas, amb el tema que tractem de l'alimentació pot comportar que acabin adquirint altres patologies de les que no hem comentat nosaltres perquè no ens toca directament, són patologies com per exemple, que us ho comentaran la resta de companys, com l'anorèxia i la bulímia i en principi nosaltres hem de detectar si en algun dels casos que nosaltres tractem es produeixen alguna d'aquestes patologies i fer el que creiem necessari.

La psicoteràpia és una de les altres qüestions que nosaltres poden aportar amb els usuaris, sobretot amb les famílies, considerem que és una de les eines necessàries, que ens aquests pacients que tenen aquests trastorns tenen una funció vital.

Per acabar agrair-vos la vostra assistència i que gaudiu de la resta de jornades.

ABORDATGE PSICOTERAPÈUTIC DEL TRASTORN DE L'ALIMENTACIÓ

Rosa Poch

Psicòloga CSMA Nou Barris

Nosaltres com a clínics una de les primeres tasques que hem de fer és establir un diagnòstic clínic i per tant, dins del camp ampli dels trastorns de l'alimentació, diríem que hi ha dos entitats amb prou, dos quadres clínics importants que són l'anorèxia i la bulímia.

Dit això, us explicaré quin serà el desenvolupament de la meua exposició. Faré una breu introducció, després, ja que parlem de diagnòstic, una breu caracterització amb els instruments actuals que tenim del DSM IV, de l'anorèxia i la bulímia i després un aspecte important que ja han anunciat els meus companys i és entendre que el mateix símptoma pot respondre a quadres clínics diferents, com una psicosi no és el mateix que una organització límit de la personalitat o una trastorn neuròtic i és important perquè l'abordatge serà diferent. El següent punt serà les possibilitats i límits i un abordatge psicoterapèutic en un centre de salut mental ambulatori. Ja veureu com el cas que us explicaré cada vegada segons quin nivell de compromís orgànic hi ha o de complicacions mèdiques no podem tractar-ho d'entrada al centre ambulatori si no que hem de variar. I per últim fer unes pinzellades d'un cas clínic per il·lustrar el que entenc per la finalitat d'un abordatge psicoterapèutic.

Primer de tot, no es pot reduir l'anorèxia i la bulímia en un pur trastorn de l'alimentació, perquè sempre està en joc el propi cos, el vincle amb els altres, molt important, penseu que la primera relació que establím amb el món és a través del menjar, no hi ha una altra manera de relacionant-se que menjar i establir la relació amb l'altre que ens alimenta. I per altra banda, penseu també que és un símptoma que sol aparèixer a l'adolescència i a l'adolescència juguen coses molt importants, com la separació afectiva dels pares, l'accés a l'autonomia i el despertar sexual. Sempre tenim en conflicte en el pas d'aquesta noia que s'ha de fer dona i del noi que s'ha de fer home, és veritat que la incidència és molt més alta en noies, però també és veritat que comencen a haver-hi casos de nois amb anorèxia perquè tenim un moment en que els rols, la identitat, les ambigüitats sexuals en la nostra època té a veure en que hi ha més casos de nois en aquests moments que hi havia temps enrere.

La part més tècnica de caracterització, tradicionalment, en l'anorèxia tenim un trio: l'anorèxia, l'amenorrea, és a dir, la manca de la menstruació i l'aprimament exagerat. Al DSM IV que és l'instrument que actualment fem servir per diagnosticar l'anorèxia, diem que són elements importants la por a engreixar-se, el rebuig a mantenir el pes per sobre d'un pes mínim i ara no sé, però sé que hi ha índex de massa corporal, que és important, no pel meu treball psicoterapèutic, però sí per veure en quins nivells ens movem. Vivències distorsionades de la imatge corporal, normalment es veuen grasses encara que estiguin molt primes, pràcticament als ossos i per últim l'absència de menstruació.

De vegades parlem de l'anorèxia i la bulímia però poden haver-hi episodis d'anorèxia, de restricció, de mantenir-se en dejú amb episodis de bulímia i això ho hem vist en alguns pacients. De vegades la restricció és l'altra cara de la voracitat, compensa.

Això és l'anorèxia, la bulímia es caracteritza pels atracons el descontrol, no poden deixar de menjar, mengen unes ingestes molt grans i després normalment, va acompanyat de conductes compensatòries, quines són aquestes conductes compensatòries, doncs poden ser els vòmits, laxants i també a vegades, el dejú i l'exercici exagerat, el gimnàs continuat dia a dia etc...

Poden alternar-se episodis de bulímia amb episodis d'anorèxia al llarg del temps. L'anorèxia de vegades és una compensació restrictiva, enfront d'una pulsíó, d'un instint voraç que és més pròpia de la bulímia, però en els dos casos existeix sempre la por a engreixar-se.

El símptoma pot respondre a diversos quadres clínics, és important perquè l'abordatge psicoterapèutic no és el mateix quan parlem d'una psicosi o quan parlem d'una organització límit de la personalitat que a vegades està a cavall, no se sap massa si finalment podrem diagnosticar una psicosi o una neurosi i dels trastorns més neuròtics, per això dic que és un fenomen químic transversal i que s'ha de tenir en compte un bon diagnòstic per a poder fer un bon abordatge. En els trastorns psicòtics, per exemple,

tenim el que serien els deliris i les al·lucinacions, com serien per exemple, jo tenia una pacient amb un deliri d'enverinament, amb la qual cosa no podia ingerir, la conseqüència era que no podia menjar, però es secundari al deliri. Com les al·lucinacions cinestèsiques amb el propi cos o per exemple fins i tot amb un pacient que finalment vaig poder derivar a psiquiatria, hi havia un procés anorèxic, però el que havia era un deliri d'enverinament, fins i tot no es volia prendre la medicació i no menjava, llavors aquí el que tenim és un trastorn psicòtic i per tant en quant a medicació i en quant a abordatge serà diferent que un trastorn neuròtic.

Les organitzacions, els companys ho introduïen, als PSI es troben cada cop més trastorns de la personalitat que és el gran camp de batalla actual que tenim, on hi ha aquests trets narcisistes i límits, una inestabilitat afectiva, un descontrol dels impulsos i sentiments d'abandó i de buit. Una de les coses que ens trobem sobretot amb les bulímies, i jo he tractat algunes amb trastorns, és que hi ha una desesperació i una mena d'intent d'omplir amb el menjar, però és que amb el menjar no es pot omplir aquest buit, llavors no té solució per aquí.

Hi ha un altre tipus de trastorns més neuròtics on jo diria que és més important el trastorn amb el vincle, hi ha una vivència on l'alimentació s'ha jugat massa en la necessitat del biològic, les mares o bé, tothom ho hem pogut dir en un moment o altre: "No me come", és el punt on l'autoestima de la mare passa molt perquè el fill es deixi alimentar, però a vegades es pot confondre als cuidadors, no només els alimentem de menjar si no també d'afectes, de paraules i és important el desig i aquí, en aquests tipus de trastorns es veu molt clar com hi ha una dificultat de separació i una protesta moltes vegades, però clar el drama és que genera una dependència brutal perquè no hi ha més que una filla anorèxica per que a una mare, ja ho sabem la preocupació i l'angoixa que genera, per tant has d'estar a sobre, justament volen separar-se i al final acaben molt fusionades, això també es veu a la química.

Un altre punt important és quines són les possibilitats i els límits del nostre treball psicoterapèutic en un centre de salut mental, important ambulatori. És un quadre clínic en el que trobem sempre compromès l'organisme, és a dir hi ha moltes complicacions mèdiques, tant en l'anorèxia com en la bulímia, per exemple, a part de la retirada de la menstruació, quan tenim anorèxies amb un nivell important de pèrdua de pes pot haver-hi algun trastorn generalitzat, que és el cas d'una pacient que va venir per exemple, fa molts anys, que després va tornar però en un primer moment jo la tractava perquè era una persona que parlava però era tant el nivell d'urgència que vaig encarregarli un control d'infermeria, que per això treballem en equip, i des d'infermeria es va valorar i la vam derivar a un hospital de dia, perquè per molt que hi hagués un treball psicoterapèutic, hi havia tal nivell d'urgència, tal alteració mèdica, que no es podia treballar sense tenir en compte l'organisme.

Per altra part a la bulímia hi ha complicacions gastrointestinals, jo no entenc del tot però sí que sé que de vegades hi ha desequilibris iònics i que de vegades es queden i alguna persona va haver d'ingressar per problemes de rigidesa muscular, o sigui que hi ha problemes severes en la bulímia.

En els casos greus pot requerir hospital de dia, sabeu que hi ha diferents al nostre sector que treballen de forma més comunitària el trastorn i a vegades fins i tot requereixen d'ingrés hospitalari en els casos més greus. El límit del nostre treball en un marc ambulatori es quan esta en risc la salut i la integritat física de la persona i això que jo sóc psicoterapeuta i m'agrada treballar amb la paraula, però hi ha vegades que no es pot.

S'ha d tenir en compte que en aquest trastorn sempre hi ha una gran pertorbació del vincle amb els altres i de vegades, també ho deien els meus companys, es necessari atendre a les famílies perquè moltes vegades es tendeix a culpabilitzar les famílies en casos d'aquests i jo crec que les famílies es mobilitzen i el grau d'angoixa que comporten aquestes patologies, a veure quan tu tens un fill o una filla on està en joc entens que per aquestes persones faran i es mobilitzen i fan, i moltes vegades amb la

millor intenció, més menjar, més control i clar, tot això s'ha de treballar, s'ha d'acompanyar a les famílies.

I l'abordatge serà diferent segons el trastorn de base considerat. El risc es moure's entre dos extrems, un menystenir el compromís orgànic i no valorar suficientment a com està la persona a nivell mèdic i l'altre risc, el contrari, centrar-nos només en el pes i en el menjar, de manera que hi ha el risc de convertir el tractament en el "Tu menja i calla!" ara més, ara menys, de vegades el que passa, se'ls hi dóna menjar, s'engreixen massa. Comencem amb un control on la persona està permanentment ara surt ara entra, també tenim amb la bulímia el descontrol dels impulsos on no es pot parar de menjar i després ve el fastig, la vergonya, la culpa. Moltes vegades no t'ho diuen, però el que jo almenys des de la meua pràctica clínica he observat, és que darrera sempre hi ha un sentiment de buit que no hi ha manera d'omplir amb el menjar, no es pot omplir amb el menjar i hem de trobar la manera d'omplir aquest buit.

L'ALIMENTACIÓ AL PROGRAMA TMS

Rosana Romaní

Programa TMS, Infermera CSMA Nou Barris

Jo havia vingut altres vegades a aquestes jornades i sempre fa molta il·lusió poder participar amb vosaltres.

Us parlaré una miqueta dins del programa TMS, el que nosaltres estem treballant junt amb els metges i els metges de capçalera, tractar una miqueta el que és la síndrome metabòlica, intentaré ser una miqueta àgil perquè a més ens estan donant una miqueta de pressa.

La síndrome metabòlica és una sèrie de signes que ens deriven cap a unes malalties importants cardíaques, vessaments o ictus o diabetis. És un problema de salut pública molt important. Em passaré una miqueta la part aquesta de la història, però sí que us volia explicar que aquest doctor, l'any 1988, d'alguna manera va confirmar que hi havia una associació d'alteracions metabòliques que tenien que veure amb dislipèmies, per exemple o augment del colesterol o dels triglicèrids, obesitat, hipertensió arterial i intolerància a la glucosa. Fins i tot en aquestes patologies se'ls havia donat el nom del quartet de la mort. De tota manera, va ser el grup del doctor que va confirmar aquesta associació i li va donar com a nom un síndrome X. Per ells hi havia tota una sèrie de components com ara la resistència a la captació de la glucosa, mesurada per insulina, la intolerància a la glucosa, l'augment del triglicèrids i la disminució del colesterol HDL que col·loquialment li diem tots el colesterol bo i la hipertensió arterial. Hi ha hagut altres denominacions, però a partir del 1988, un grup consultor de la OMS va proposar que es denominés síndrome metabòlica, a partir d'aquí es van començar a definir treballs per anar tots conjunts.

La síndrome metabòlica en salut mental està relacionada amb una disminució de la supervivència i especialment amb la mortalitat cardiovascular, hi ha un risc significatiu de diabetis, de malaltia coronària i de malaltia cerebro-vascular. Existeixen diferents formes de malaltia metabòlica i depenent dels criteris, nosaltres utilitzem els criteris de la ATP (Adult Treatment Panel) que són els següents:

La obesitat abdominal que és el perímetre abdominal, que mesurem a la visita d'infermeria. Els homes, els que estan per sobre de 102 de perímetre abdominal, en dones més de 82 i amb un IMC, índex de massa corporal que us havia començat a parlar la Rosa, si està per damunt dels 30, aquí començaríem a tenir un problema de síndrome metabòlic.

Els triglicèrids, tant en homes com en dones estan igual o més per damunt de 150 mg o si estan en tractament per aquesta malaltia.

El colesterol HDL, el bo està per sota del 50 en el homes o de 40 per les dones o si està en tractament farmacològic per això.

La pressió arterial si està per sobre de 140-90 en els homes i de 130-95 en els dones o estan en tractament farmacològic per hipertensió.

Si els nivells de glucosa en homes esta per damunt de 110 i en dones igual o estan en tractament per la hiperglucèmia.

En persones amb malaltia mental, la síndrome metabòlica pot venir causat per diferents causes, tenen un major risc per la obesitat, el tabaquisme, per la diabetis, per la hipertensió i a tots aquests factors se'ls hi ha d'afegir que tenen un estils de vida segurament poc saludables, tot això els hi contribueix més a la formació de la síndrome metabòlica.

Des del treball d'infermeria, valorem amb l'augment del pes és un efecte advers de diversos antipsicòtics i d'altres medicacions i aleshores el que fem amb la visita és, a més de més de rebre la informació de l'evolució del pacient i de les mesures farmacològiques que està prenent, tenir en compte el següent: una recollida de dades sobre els estils de vida, hàbits digerits dietètics, consum de substàncies tòxiques, ansietat i estrès, activitat física i després tenim la realització de les mesures antropomètriques que és el pes, la tall, la perímetre abdominal, la tensió arterial i l'IMC aquest que us parlàvem abans.

Aquests pacients nostres, els companys PSI, abans parlaven, ells amb els que arriben al metge de capçalera o fan tractament amb l'endocrí, a vegades ens costa que segueixen les típiques dietes que els hi donen allà, són gent que els hi costa portar un control del pes dels aliments o dir-li quanta proteïna o quants hidrats de carboni necessiten, hem de fer-ho molt més senzill des del nostre treball diari, els hi hem de donar les consignes molt clares, que han de menjar cinc àpats, que principalment han de ser de verdures, de fruites, de carn i de peix. Les quantitats les arribem a acordar amb ells, han de mastegar bé, la quantitat d'aigua han de beure, que no es passin, molts et diuen que no arriben al litre i mig però d'altres et diuen que beuen quatre ó cinc i també pot ser massa. Intentem treballar amb ells la normalitat, no prendre alcohol ni altres substàncies tòxiques, no abusar del sucre ni dels edulcorants. Els hi donem pautes molt clares. Alguns pacients es cuinen ells, altres estan en famílies, com deien els companys, si estan amb famílies ens és una miqueta més fàcil, si estan en pisos tutelats també, perquè els companys que fan els seguiments dels pesos valorant també els àpats que ells mengen, però la majoria es cuinen ells mateixos.

Els hi donem pautes de com coure els aliments, com ho han de fer, evitar menjar fregits, sopar aviat, i no anar-se a dormir recent menjat, mantenir al mínim la pastisseria industrial i aquestes coses com més normals.

Ens trobem de tot, ens trobem gent que per la medicació o per la mateixa malaltia pateix estrès important i fins i tot s'aixequen per les nits, mengen compulsivament, augmenten molt les xifres de colesterol i la resistència a la insulina tot i això ens està agreujant la patologia per la que començàvem de la síndrome metabòlica.

Des de la consulta d'infermeria podem donar pautes per controlar ansietat, intentar menjar els aliments menys calòrics, buscar alternatives de distracció quan tenen moltes ganes de menjar, intentar no aixecar-se a la nit a menjar i intentant ajustar el tractament psiquiàtric conjuntament amb el seu terapeuta per tal de disminuir l'ansietat que provoquen alguns d'aquests fàrmacs.

L'activitat física en la malaltia mental és complicat, normalment són els aspectes negatius aquests del sedentarisme que comporta que la persona es mogui poc, faci poc exercici, amb la qual cosa intentem

fer, els intentem fer entendre que és necessari caminar, fer natació., exercici. Molts d'ells estan fent aquagym en el centre de dia, això està molt bé i ells ho fan molt a gust i els ajuda a moure's bastant i si aconseguim que facin esports d'equip, doncs perfecte.

ESTUDI DE LES NECESSITATS COBERTES I NO COBERTES DE PACIENTS EN PROGRAMA TMS

Fina Olivas

Treballadora social CSMA Nou Barris

Yo voy a hacer un breve apunte sobre el porqué del esfuerzo realizado en el Centro de Salud Mental para llevar a cabo un estudio sobre las necesidades y la calidad de vida en paicentes con trastorno mental grave y la finalidad del mismo.

Para contextualizar un poquito diremos que tradicionalmete se ha considerado en los enfermos mentales graves la evaluación de los síntomas y su repercusión en el funcionamiento global y tras su desinstitucionalización psiquiátrica se empieza a evaluar también los resultados de la acciones asistenciales donde no sólo se mide la mejora de la sintomatología si no la satisfacción de las necesidades percibidas y la calidad de vida. Esa evaluación se orienta a mejorar los servicios y a orientarlos a las necesidades reales de los pacientes. Con el objetivo de medir las necesidades y la calidad de vida de los pacientes con trastorno mental severo, desde el centro de salud mental se han introducido las siguientes herramientas:

En primer lugar, la valoración social que es un documento confeccionado por las trabajadoras sociales del centro de salud mental norte y sur que recoge datos sociodemograficos del paciente y de su entorno, así como de la utilización de servicios. Y la escala Kant, que es una escala valorada a nivel internacional, creada por un equipo del Instituto de Psiquiatria de Londres, que mide las necesidades de los pacientes mentales graves, esta escala es uns instrumento que permite en formato de cuestionario que permite la evaluacion sistemática y regular de las necesidades de salud y psicosociales de las personas con una enfermedad mental. La implementación de estas herramientas ha dado lugar al estudio que después explicará el doctor Zúñiga de la evaluación de necesidades en paciente mentales graves, un estudio comunitario en el distrito de Nou Barris.

La implementación de las herramientas comentadas supone sistematizar la valoración psicosocial y aporta un conocimiento real y territorializado de la situación sociodemogràfica de los pacientes con trastorno mental severo en Nou Barris. Un conocimiento de las necesidades según la vivencia del propio enfermo y un conocimiento de la respuesta asistencial de los servicios del territorio y de la respuesta del entorno familiar.

El conocimeinto obtenido se utiliza para diseñar acciones de prevención basadas en la realidad, con ese objetivo se ha empezado a implementar un programa de prevención e intervención para familias del programa de trastornos mentales severos con hijjos menores de 18 años como respuesta a una necesidad detectada en el estudio. El programa consta de una valoración de factores de riesgo en los hijos de pacientes con trastorno mental severo. Un grupo psicoeducativo para madres con diagnostico de trastorno mental severo y con hijos pequeños y la intervención conjunta con los distintos equipamientos de la red educativa, sanitaria, etc

Como conclusiones, diremos que la práctica de medir y evaluar las necesidades, permitirá reflexionar sobre la respuesta asistencial dada y orientar acciones para ofrecer una mejor atención desde el Centro de Salud Mental. El conocimiento de las necesidades de los usuarios favorece fomentar acciones preventivas encaminades a mejorar y preservar su calidad de vida.

Antón Zúñiga

Psiquiatra CSMA Nou Barris

El tema nos ha contrariado un poco, a mi personalmente porque no se ajustaba el título de las jornadas de trastornos y desórdenes alimentarios, pero entiendo que la organización de las jornadas junto con nuestra gerente ha considerado que este trabajo que nos ha costado un montón de horas a los profesionales pues valía la pena y además es que es cierto que yo sepa es el primer trabajo que hemos conseguido publicar en una revista, ya está aprobado y está pendiente de publicación, pero esta aceptado en la revista "Las actas españolas de psiquiatría" y una revista indexada no es poco.

Para no repetir, pues ya ha dicho algunas cosas mi compañera Fina, que es una de las que ha participado en este trabajo, de las pasadoras del cuestionario de evaluación de necesidades, ya lo ha dicho ella. Tradicionalment en el tratamiento de los pacientes graves se había considerado el tema de los síntomas y la repercusión de los síntomas en el funcionamiento de los pacientes pero desde que se inició el proceso del cierre de los manicomios pues se empezaron a considerar otras variables, como las necesidades de los pacientes.

¿Qué entendemos por necesidad en psiquiatría? Es un tema muy complejo, en esto se metieron los cabezas, los sesudos, los psiquiatras de la sección de psiquiatría social del Instituto de Psiquiatría de Londres y la falta de acceso a formas apropiadas de asistencia.

En este gráfico que tenemos aquí, digamos en la cuestión de lo que entendemos por necesidad en psiquiatría, confluye por un lado el diagnóstico, por otro lado la discapacidad que provoca un trastorno mental sobre todo grave y el cuidado recibido, según el autor este, uno de los autores principales de los trabajos estos pioneros del Instituto de Psiquiatría de Londres.

La necesidad supone siempre una patología, implica una discapacidad, exige la existencia de una solución posible desde el punto de vista sobre los conocimientos sobre la materia y no se debería de entender como necesidad la que provoca una patología que no tiene una solución. En el abordaje la necesidad debe ser entendida en términos de un deterioro del normal funcionamiento, que provoca discapacidad social o también en términos del tipo, o clase de tratamiento necesario para resolverlo. Cuando un individuo está socialmente discapacitado y esta situación se asocia a una enfermedad mental para la que existe una forma o modelo de cuidados efectivo y aceptable se dice entonces que este sujeto, este usuario, tiene necesidad de dicha intervención. Entonces una necesidad se considera como la falta, al tanto con esta definición, de acceso a formas apropiadas de asistencia, en estos momentos en los que estamos en crisis y en recortes de servicios ojo al dato, la falta de actividades específicas por parte de un profesional.

Según esta perspectiva, sería necesario distinguir entre necesidades satisfechas y no satisfechas, cómo se mide esto de lo que es una necesidad, bien con el cuestionario que ha mencionado mi compañera Fina, el cuestionario de necesidades que aquí está resumido, no podemos por cuestiones de tiempo entrar. Aquí están resumidas las 22 áreas que explora este cuestionario, desde el alojamiento, qué tipo de alojamiento, qué condiciones, el alojamiento donde reside el usuario, hasta la alimentación, pasando por el cuidado del hogar, si tienen problemas o no en el cuidado del hogar, el cuidado personal, si va muy aseado, si va hecho un desastre, actividades diarias, problemas físicos, problemas médicos, síntomas de tipo psicótico y no psicótico, de angustia, de malestar, de malestar psicológico, de seguridad hacia sí mismo, hacia los demás, de temas de consumo de tóxicos, alcohol u otras drogas, de los temas relacionados con el área de las relaciones sociales de compañía, de las relaciones de pareja, el área de la sexualidad también, del cuidado de los hijos, de la educación básica, del uso -este tema se introdujo también por estos investigadores- del teléfono. Es curioso, el transporte, el dinero, la

administración del dinero y el tema de prestaciones sociales, si ese usuario tiene acceso a las prestaciones a las que tendría derecho.

Esto es un resumen, un cuadro muy extenso que voy a desgranar en un momento muy rápido porque me dicen que no hay tiempo.

El trabajo, la N del trabajo es importante es un esfuerzo considerable o sea de tasación de este cuestionario de 22 ítems, es una N de 518 pacientes. El 60% son hombres y el 40% mujeres, el 58% solteros, lo que suele ocurrir en trastornos mentales graves, el 17% casados, el 15% viudos y otros estados. Después en cuanto a vivienda, el 71% están en vivienda propia, o sea de la familia, el 5,3% en vivienda protegida, sin domicilio un 0,6%. En cuanto a la situación de convivencia, el 23,7% viven solos, el 24,5% viven con padres mayores de 65 años, el resto no está especificado aquí, viven con la familia propia, con su pareja. En cuanto a la situación laboral, el 58,5% tienen algún tipo de incapacidad, el 21,7 trabajan y el 11,7 no han trabajado nunca. En cuanto al tipo de ingresos que tienen, el 84% tienen algún tipo de prestación, cobran algún tipo de prestación, el 13% tienen un salario propio y el 3% no tienen ningún tipo de ingresos. En cuanto a los diagnósticos, de esta muestra de 518 pacientes, el 70%, la inmensa mayoría son pacientes esquizofrénicos y otros trastornos psicóticos, en cuanto a algunas variables de parámetros de gravedad.. En cuanto al valor de la escala de evaluación global hay un porcentaje, el promedio de la muestra anda por 47 puntos, que es una puntuación baja por debajo de 50 y en cuanto a la duración de la enfermedad, el promedio es de 11 años.

Este gráfico muestra en relación a otras ciudades europeas que estamos en cuanto a promedio global, cerca de la ciudad de Copenhague. En cuanto a los resultados, no podemos entrar muy en detalle pero lo que sale de los resultados es que los síntomas, que las áreas digamos que salen más tocadas son las áreas que tienen que ver con síntomas como la angustia, el malestar psicológico, síntomas psicóticos, los temas en relación a la compañía, a las actividades diarias, el cuidado del hogar, a los temas de alimentación. Después en cuanto a necesidades que se ven presentes, tres de cada cinco presentan problemas de angustia, la mitad síntomas de ansiedad. Bueno, es un poco lo que habíamos visto antes, para no repetir.

Hay un cociente que mide un poco las áreas descuidadas, el cociente de necesidades no satisfechas sobre el cociente del total de necesidades, las áreas más descuidadas serían las prestaciones sociales, cuidado de los hijos, compañía, los temas relacionados con la sexualidad y las relaciones de pareja, en cuanto a la necesidad de ayuda que los pacientes han referido salen los síntomas psicóticos, los temas relacionados con la angustia, con la compañía, con las actividades diarias, salud y problemas médicos, cuidado del hogar y por último, puesto que tampoco hay tiempo en cuanto a la satisfacción con la ayuda recibida por los servicios, pues tres de cada cinco pacientes, el 60% refieren que la satisfacción recibida por el servicio es mayor en relación a estos síntomas como angustia, síntomas psicóticos, cuidado del hogar, en fin como no tenemos tiempo de entrar en detalle, es un poco el resumen de este trabajo que realmente nos ha llevado un esfuerzo importante.

2ª. TAULA RODONA

ABORDATGE DELS HÀBITS ALIMENTARIS I DE SALUT A LA UNITAT DE REHABILITACIÓ DR. PI I MOLIST

María Jesús Abadía

Psicóloga clínica, Coordinadora Unitat de Recursos Comunitaris Dr. Pi i Molist

La alimentación es importante para cualquier persona pero aún lo es más para las personas que tienen problemas de salud física o presentan factores de riesgo para desarrollar una enfermedad.

Frecuentemente, las personas con TMG presentan con frecuencia sobrepeso y obesidad, también presentan una tasa mayor con respecto a la población general de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, enfermedades coronaria, cerebro vascular y enfermedades respiratorias entre otras. Todo esto está influenciado por los tratamientos farmacológicos y por factores relacionados con la propia enfermedad tales como los hábitos de vida inadecuados, alimentación desequilibrada, la vida sedentaria, el tabaco...

Los malos hábitos alimenticios en la persona con TMS juegan un papel muy importante en la salud, igual que en la población general (comer entre comidas golosinas, Coca Cola, aperitivos...) aportan poco aporte nutritivo y muchas calorías que hacen que no sea aconsejable. Este hábito puede estar relacionado con la inactividad y el aburrimiento, etc.

Es frecuente que las personas que padecen una enfermedad mental crónica presenten una pérdida considerable de las capacidades relacionadas con la alimentación, éstas pérdidas pueden producirse tanto en el área cognitiva pero también están influenciadas por los factores emocionales y motivacionales. Algunas veces las personas saben organizar bien su alimentación pero no tienen ganas de hacerlo, por eso es muy importante que las personas que trabajen o convivan con personas que presenten una patología psiquiátrica sepan hacer menús equilibrados y dar consejos apropiados sobre nutrición y actividad física.

Cada vez se conoce más la influencia de la alimentación en la salud, por otro lado está demostrado que la regulación de la glucosa en sangre mejora la calidad y regulación del rendimiento intelectual.

Desde la unidad de rehabilitación se trabaja de forma diferente según sea uno u otro dispositivo. A nivel del SRC, se hacen programas donde se influye desde:

Taller de salud, donde se trabajan los hábitos de vida saludable.

Taller de cocina, donde se hacen recetas sencillas y saludables para que después ellos puedan realizarlas en su casa, sobre todo en el caso de los pisos con soporte ya que viven tres o cuatro usuarios. Se realiza la compra desde el propio taller, se preparan los alimentos y se comenta cómo conservarlos.

Hay una actividad de gimnasia dos veces por semana que se realiza en el Servicio de Rehabilitación Comunitaria, hay una actividad de aquagym dos veces por semana totalmente integrada dentro de la comunidad que se realiza en Can Dragó y hay también una actividad de baile.

Se intenta incidir en las familias también para que colaboren a la hora de llevar a cabo estos cambios de alimentación.

A nivel de pisos con soporte ¿cuál es el objetivo principal o uno de los objetivos con respecto a la alimentación? Fomentar la autonomía con respecto a la alimentación, fomentar la alimentación equilibrada, dar información sobre hábitos saludables y ventajas de llevar una alimentación sana, modificar hábitos de alimentación cuando sean nocivos para la persona. Cuando vemos, por ejemplo, que compran comidas preparadas o comen bocadillos o comen muchos embutidos, se controla semanalmente desde el referente del piso para que ellos puedan llevar esta alimentación sana.

Se les da a conocer también los diferentes alimentos y distintas formas de preparación, conocer y manejar los instrumentos de cocina, no es lo mismo cocinar al vapor, con el microondas o a la plancha o al horno, que hacerlo todo con grasas. Aprender a cocinar y conservar los alimentos e intentar motivar a los usuarios para que consigan llevar una alimentación sana.

A nivel de club social, decir que hay diferentes actividades, aunque tenemos dos importantes, una es el equipo de fútbol, que hay entrenamientos semanales y luego hay una liga intercentros que se lleva a cabo los sábados por la mañana, con lo cual ellos ya hacen ejercicio y después se les obliga a ducharse y además tenemos un monitor de INEF que cuando terminan de ducharse y arreglarse, les lleva fruta y todos los que participan en el fútbol comen fruta en vez de comerse un bocadillo. Tenemos también gimnasia, ahora se ha puesto en funcionamiento también dentro de nuestro Servicio todo un gimnasio que lo lleva el profesor de INEF por las tardes, y después tenemos un grupo de baile una vez por semana.

Ahora Zulma os explicará cómo se lleva el abordaje de la alimentación dentro de la residencia Pi i Molist, en donde viven 30 usuarios.

Zulma Posso

Llar - Residència Pi i Molist

En las personas con patología mental es frecuente, sobre todo, el sobrepeso, debido a la medicación y a la escasa actividad física. El papel fundamental de enfermería es identificar cuál es su sobrepeso, según la OMS la población con patología mental tiene mayor riesgo cardiovascular que el resto de la población. Manifestó Connolly, en el 2005, que en los pacientes con esquizofrenia los hábitos dietéticos son deficientes, realizan menos ejercicio, fuman más que la población general y también se asocian a los efectos de los antipsicóticos, entre otros factores.

Los objetivos que nos hemos propuesto en el centro Pi i Molist es ayudar al paciente a desarrollar estos hábitos alimentarios, enseñar normas, tanto de higiene como de nutrición. Favorecer la comunicación con el paciente, que haya ese vínculo e intentar que tomen consciencia de que deben hacer una dieta adecuada. Planificar, los fines de semana se hacen los pesos y si hay un paciente que vemos que está alterando el peso, entonces pasa a tener un mayor control, igual con la tensión arterial. Fomentar una actitud crítica, tolerante, respetuosa y desarrollar una actividad social y personal. Otro objetivo que también nos hemos propuesto es que los pacientes comían muy rápido, en 10 minutos ya habían comido entonces entre los pacientes y el equipo hemos llegado a un acuerdo de estar 30 minutos, a pesar de eso, ellos continúan comiendo rápido y en muchas ocasiones tenemos que estar al frente de ellos y estar cada vez que van a comer con el cubierto, venga, ahora déjalo, venga, ahora mastica y estar ahí es una constante lucha.

¿Qué es una dieta? La palabra dieta proviene del término griego diaeta, que significa modo de vida, en definitiva, todo ser humano tiene una dieta de acuerdo a su cultura y sus costumbres. Una dieta es hacer un plan de alimentación adecuado al problema de ese paciente, por ejemplo si tiene un problema de riñón o tensión, pues entonces se adecua de acuerdo a ese paciente y se lleva a cabo con la nutricionista. La mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad de las enfermedades y alterar el desarrollo físico y mental.

Los alimentos están compuestos por hidratos de carbono, proteínas, vitaminas, grasas y minerales. Los hidratos de carbono es la base fundamental en la pirámide alimentaria por eso se debe consumir entre el 55 y 65 %. En grasas se debe consumir un 30%, en proteínas un 15% y vitaminas y minerales también pero en menor reducción.

¿Qué es una dieta hipocalórica? Una dieta hipocalórica es una dieta baja en calorías, que tenga un aporte energético inferior al gasto, bajo en grasas y azúcar, destinada a tratar el exceso de peso, alimentos desaconsejables: la miel, el chocolate, el cacao, la pastelería, la fruta etc

Una dieta hiposódica, es una dieta baja en sal, para quien sufra presión arterial, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal. Los alimentos a tener cuidado con ellos son los embutidos, el jamón, el bacalao, etc

Una dieta diabética debe ser baja en carbohidratos, elevado contenido en fibras como son los cereales integrales, las frutas, etc., evitar toxinas, embutidos, y que sea baja en grasas. Existe la grasa saturada y la insaturada, es preferible consumir grasas insaturadas. El paciente diabético en nuestro centro hace cinco o seis comidas que es lo más aconsejable para estos pacientes. Una dieta baja en grasa no debe tener como su nombre indica, alimentos altos en colesterol y evitar las carnes en salsa, los condimentos, las patatas fritas etc

Una dieta adecuada debe ser completa, suficiente, armónica y adecuada. Completa, que proporcione todos los nutrientes, suficiente en cantidad necesaria de acuerdo a su índice de masa muscular y armónica que tenga paz a la hora de comer, ya que muchas veces están hablando al mismo tiempo que comen y entonces también se les trata de decir que es el momento de comer, y muchas veces están comiendo y se están atrancando, en fin.

Intentamos mantener este ciclo, estas fases que sobre todo la fase de la dieta, la educación y el ejercicio constante.

Los fines de semana también se suele hacer que los pacientes intenten quemar calorías. A este paciente le costaba mucho caminar, es un paciente diabético y antes de empezar a caminar, se le tomaba el índice glucémico que él tenía, se le enseñaba, se le hacía consciente y una vez después de estar caminando 20 minutos en el centro, se le volvía a tomar el índice glucémico y el paciente ver para creer y entonces decía, pues sí tienes razón y es esto, estar motivándolo constantemente, con la motivación, la música.

¿Qué pasa con la obesidad? Nuestro centro es un centro en régimen abierto, lo que hace que ellos suelen comer algunas veces bollería, bebidas de cola, y se les trata de educar de que puede presentar diferentes enfermedades, como ustedes bien saben, la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial, disglucemia, cardiopatías vasculares, apneas. En el centro Pi i Molist, ellos tienen sus sitios adecuados para cada paciente, antes de empezar cada uno desde la cocina sabe qué paciente hace una dieta hipocalórica, hiposódica, etc.

Y como conclusión, dado que el recurso en la residencia es abierto, nos dificulta mucho el poder controlar la ingesta de los usuarios fuera del recinto, por lo tanto hacemos dietas personalizadas e intentamos minimizar el impacto de estos malos hábitos y nuestro trabajo es educar y aconsejar al usuario diariamente. Importante equilibrar la ingesta habitual y las actividades físicas para alcanzar y mantener un peso ideal adecuado.

La dieta debe garantizar el aporte de nutrientes necesario, proteínas, vitaminas y minerales. El agua es fundamental, también y que tomen pocas bebidas azucaradas, hay que comer diariamente frutas, verduras y hortalizas, evitar la ingesta de alcohol y en la elaboración del menú intentar que sea atractivo para ellos.

ELS TRASTORNS D'ALIMENTACIÓ EN LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA: DIFERENTS ABORDATGES

Adolfo Grisales
Psiquiatra CSMIJ Nou Barris

Buenas tardes, en primer lugar agradecer la invitación, tanto en nombre propio como de la fundación Nou Barris.

En primer lugar, quisiera decir que los pacientes que atendemos nosotros, los niños y los adolescentes con trastornos alimentarios, realmente se adaptan bastante bien a las estadísticas generales en cuanto a los trastornos alimentarios. En el año 2011, por ejemplo, que son los datos que tengo más a mano, realmente se ha visto una predominancia bastante importante en el sexo femenino, el 67% más o menos eran casos de niñas versus un 33% en varones. En cuanto a los grupos de edad, sí que está muy repartido realmente, casi eran mitad y mitad de niños entre 6 y 11 años y la mitad restante entre púberes y adolescentes entre 12 a 18 años. Y los motivos de consulta o los cuadros que vemos con más frecuencia en nuestro centro son en primer lugar síntomas alimentarios más inespecíficos, en segundo lugar vómitos psicogénicos y realmente cuadros de anorexia y de bulimia los vemos con menos frecuencia.

Los diferentes enfoques en el tratamiento de los trastornos alimentarios tiene que ver con la manera con la que se entienden estos trastornos y lo que explicaré ahora es un poco el cómo entendemos desde nuestro servicio los trastornos alimentarios y por tanto desde este entendimiento cómo intentamos abordarlos.

Ya se ha mencionado a través de las conferencias de la tarde toda la importancia de la alimentación en cuanto al tema de relación, todo lo que se juega en el vínculo entre el niño y sus cuidadores. Si bien es cierto que la alimentación es una necesidad básica, el cómo se aprende a comer está muy marcado por el ambiente familiar, el ambiente cultural y social concreto en que nace ese niño y es allí dónde se le van enseñando unos determinados hábitos. Sin embargo, el niño no es un ser pasivo, desde que es bien pequeño, el niño ya empieza a mostrar de alguna manera que tiene la capacidad de expresar deseos propios, incluso desde antes de hablar. Unos niños aceptan unos cuidados y otros no, aceptan unos alimentos y otros no, se deja alimentar en un momento y en otro a lo mejor no, o se deja alimentar hasta cierto límite, por lo tanto es una relación digamos bilateral. De todas maneras, alimentar a un niño, no es un acto meramente mecánico, no es suplir una necesidad biológica, alimentar a un niño es también un acto de amor de parte del cuidador y por tanto, en este acto de amor entran en juego otras cosas, cosas que tienen que ver con la función que tiene esa persona como padre, como madre, o simplemente como cuidador de ese niño y por tanto cuando ese niño acepta o rechaza esos cuidados de alimentación este rechazo se puede vivir con un nivel diferente de angustia según el cuidador, hay cuidadores que lo que intentan es marcar ellos un ritmo en la alimentación de ese niño y en cambio hay cuidadores que se pueden poner un poco más como a la expectativa e intentar ver cuáles son los ritmos que ese niño tiene y entonces más bien adaptar los cuidados a ese ritmo de esa criatura. Y también cómo se reacciona delante de la aceptación o el rechazo del niño pues está muy marcado por esto también.

Entrando en los trastornos alimentarios de los niños pequeños, se incluyen en este grupo diferentes tipos de síntomas como son el cólico del lactante, el rechazo al alimento, como son los vómitos, el reflujo, hay toda una serie de trastornos que no podemos entrar a detallarlos individualmente, yo en todo caso he cogido un cuadro que me parece bastante paradigmático para ejemplificar lo que pasa en los trastornos alimentarios en niños pequeños y me vengo a referir que se juega muchísimo entre el vínculo que se establece entre los padres o los cuidadores y ese niño.

Este cuadro se llama anorexia del segundo semestre, también se ha llamado anorexia común precoz o también anorexia de oposición. Y explicaré un poco el tema de cómo van los trastornos de la alimentación para ejemplificar lo que estoy diciendo.

Este cuadro suele empezar cuando el niño pasa por algún período de inapetencia, que suele estar relacionado con el momento del destete, con alguna enfermedad, con la vacunación, con algún cambio en los hábitos como el pasar a la cuchara por ejemplo y entonces ante este período de inapetencia el niño lógicamente rechaza el alimento. ¿Que es lo que sucede? Que a los padres, ante este rechazo del alimento se les genera mucha angustia y entonces intentan vencer la oposición del niño e intentar a la fuerza alimentarlo. El niño tiene diferentes formas de rechazar el alimento, puede ser que el niño se deje alimentar de forma completamente pasiva y al final haga un vómito donde saque de una vez todo lo que se ha comido, puede ser que simplemente deje la alimentación en la boca y se niegue a masticarlo, desde el típico bolo que se forma en la boca y que nunca se pasa o puede tener una actitud de franca oposición, gira la cabeza, patalea o lo que sea. Y en contraste con esto, los padres y la familia en general utilizan una serie de técnicas para intentar vencer esta oposición, que si canciones, que si historias, que si lo riñen, que si a veces le dan un premio, pero nada, parece que nada consigue vencer esta oposición y algunos incluso llegan a medidas extremas, hay padres que les tapan la nariz, que les atan a la silla. Realmente hay casos en los que se ven medidas muy extremas, pero la verdad es que ni unas medidas ni las otras parecen funcionar y entonces se va entrando en un círculo vicioso que tiende a agravarse a medida en que el niño se hace mayor, en que el niño rechaza el alimento y los padres insisten nuevamente en vencer esa oposición.

Como decía al inicio, este círculo vicioso se va agravando y se hace muy difícil de romper y parece que en el inicio de este círculo vicioso tiene mucho que ver la angustia que produce a los padres o cuidadores el rechazo del alimento. Entonces sería interesante preguntarse el por qué a algunos padres en particular les produce tanta angustia este rechazo. Según se ha visto es lógico que si el niño entra en un período de inapetencia y rechaza el alimento lógicamente los padres se preocupan, digamos que a nivel más racional, más consciente, los padres se preocupan por la salud física de ese niño que no se está alimentando adecuadamente, pero también por lo que se ha estudiado al respecto, se piensa que a nivel más inconsciente algunos padres o cuidadores se angustian de manera muy muy alta y parece ser que esto tiene que ver con que viven el rechazo del niño al alimento como un rechazo a su función de cuidado, es como si de alguna manera vivieran este rechazo al alimento como una puesta en evidencia de su incapacidad para llevar a cabo adecuadamente su función como padre o madre, por lo tanto esto les genera a estos cuidadores en particular, un nivel de angustia tan alto que los lleva a intentar, a sentir como una necesidad muy grande de hacerse cargo de la alimentación de este niño y utilizar los medios que hagan falta para vencer su oposición. El tratamiento de este trastorno pasa fundamentalmente por una intervención del pediatra, es fundamentalmente el pediatra quien debe establecer un vínculo muy cercano con estos padres para intentar disminuir este nivel de angustia tan elevado, es un trabajo constante de irlos tranquilizando, de explicarles sobre estos períodos de inapetencia que en general no tienen consecuencias a nivel físico y luego intentar darles unas pautas adecuadas a la familia concreta, por ejemplo de ofrecerles pequeñas cantidades de alimento e intentado de alguna manera que los padres cesen en esa lucha con el niño por vencer su oposición e intentando que de alguna manera se vaya rompiendo ese círculo vicioso entre la negativa a la ingesta y el forzamiento por parte de los padres.

Con este cuadro, como decía, lo que quería es un poco ilustrar como en la mayoría de los trastornos o síntomas alimentarios en los niños pequeños se juega mucho lo que tiene que ver con esto del vínculo y con esta relación que se establece entre los padres y el niño.

Entrando un poco más en los trastornos en la adolescencia, como ya se ha mencionado también no es de extrañar que el debut de la mayoría de los trastornos alimentarios se produzca en la adolescencia y

no es casualidad, todos sabemos que la adolescencia es un periodo bastante complejo, la persona a nivel corporal entre muchos otros procesos, digamos que vive, tiene que ir abandonando ese cuerpo infantil e ir constituyendo poco a poco otro yo corporal diferente y es un yo corporal nuevo, desde el cual se juega su identidad como persona y como individuo que pertenece a un sexo u otro y en ese tránsito de ese yo corporal, se pasan épocas realmente complicadas porque sobre todo en el momento de mayor cambio, el niño, el púber que está en esos cambios, pueden pasar épocas en los que sienta sensaciones de extrañeza frente a su cuerpo, incluso a veces de rechazo frente a su propio cuerpo, sobre todo en la época en la que hay más cambios, en que hay crecimiento asimétrico del cuerpo, en que aparece el acné, todo esto hace que el púber hace que sienta rechazo de ese nuevo cuerpo que va adquiriendo. Y en estos procesos tan complicados también relacionados con su identidad sexual, pues los comentarios que recibe, sean elogios, positivos o los comentarios negativos que recibe a cerca de su apariencia lo influyen mucho y lo ponen en riesgo de hacer síntomas pero también los modelos que hay a nivel cultural y social, que eso es una cosa muy arraigada, yo pienso que a todos nos toca, por todos es muy conocida la famosa expresión de operación bikini, es una cosa muy generalizada y los adolescentes son especialmente sensibles a todos esos patrones culturales que se van gestando y difundiendo ampliamente en las redes sociales en los medios de comunicación, etc.

Pienso que es importante también diferenciar los verdaderos trastornos alimentarios de hábitos alimentarios poco saludables que suelen tener la mayoría de adolescentes en alguno u otro momento, todos conocemos muy bien el desorden de horarios, el saltarse alguna comida, el hacer alguna comida hipercalórica, el picar continuamente entre comidas que son conductas muy habituales entre los adolescentes, son conductas en general, como digo son transitorias y no suelen afectar propiamente la salud y tampoco se suele consultar por estos síntomas y en todo caso si en algún momento los padres consultan por este síntoma, generalmente con una intervención puntual bien a nivel individual o familiar, suelen resolverse sin problemas.

Hay muchos trastornos que se mencionan con frecuencia: la obesidad, la anorexia, la bulimia, que se mencionan mucho y yo quería mencionar brevemente también otro trastorno que va en aumento que es la vigorexia, llamada también dismorfia corporal que es un trastorno muy prevalente en los varones y que consiste en una preocupación continua por creer que su cuerpo tiene una apariencia débil o pequeña y son chicos que se dedican a un entrenamiento continuado sobre todo con levantamiento de pesas, hacen un control muy estricto de la alimentación hacen un entrenamiento continuado incluso que les cuesta a veces dolor y lesiones, que les implica a veces saltarse actividades académicas, laborales, familiares. Tienen también la contumbre de mirarse constantemente al espejo aunque contradictoriamente evitan las situaciones sociales en la que puedan sentirse observados, por esta dismorfia que tienen, por este trastorno que tienen de la percepción de su propio cuerpo.

En cuanto al tratamiento en general de los trastornos alimentarios en la adolescencia, algunas cosas puntuales, porque el tiempo no dará para más, pero decir que bueno en general, que se intenta hacer un abordaje integral, por lo tanto intentamos que se cuente con un equipo interdisciplinario, donde se pueda dar atención al trastorno no sólo a la parte médica si no también desde la parte psicológica y obviamente que se pueda abordar también la parte familiar y social que envuelve a este paciente. Desde nuestro CSMIJ ¿cómo lo hacemos? Intentamos coordinarnos como mínimo con el médico de cabecera o el pediatra y delegar la atención en éste médico, la atención más a nivel médico, que sea él quien se encargue de pesarlo, de dar las indicaciones de dieta etc. Y con esta maniobra lo que pretendemos es darle la idea, transmitirle la idea a este sujeto que ya habrá quien se encargue de su parte más física, más biológica y médica pero que en todo caso, aquí tendrá un sitio donde se le escuchará acerca de sí mismo, de su sentir o de su malestar. Y en general, yo diría que tenemos la experiencia de que esta maniobra suele ser bastante favorable, el paciente se siente que viene a un sitio donde se le deja de mirar como un cuerpo enflaquecido o como un cuerpo voluminoso y se le intetan

dar un lugar como sujeto y realmente viene a hablar de otras cosas que no tienen nada que ver con el peso ni con la alimentación ni estas cosas. Siempre como norma, también se intenta en primer lugar, el tratamiento ambulatorio, obviamente hay situaciones en las que esto no es posible, bien sea porque hay un riesgo vital a nivel médico para el paciente o bien porque la situación familiar es tan compleja que la contención en este medio se hace imposible y entonces pues se recurren a otros recursos como puede ser el hospital de día o también en casos muy extremos, a la internación completa.

En cuanto al tratamiento farmacológico, quisiera apuntar simplemente que se ha de tener en cuenta que en estas patologías donde se juega tanto a nivel del cuerpo, es muy importante ser muy cuidadosos con los efectos adversos de la medicación, porque sabemos que algunos aumentan o disminuyen de peso y entonces se ha de ser muy cuidadoso con esto y yo diría que en los adolescentes con mucha más razón por las cosas que ya he venido comentando. Y también que no podemos perder de vista que los medicamentos más allá de un efecto meramente biológico, tienen también un efecto subjetivo y en este sentido es muy importante el vínculo terapéutico que se establece entre el paciente y el médico que lo prescribe, en cómo se prescribe y en qué momento y que se pueda contar con el asentimiento del paciente en el momento de prescribir este medicamento y que todos esos factores, a parte de la influencia biológica tienen mucho que ver en los efectos que estos medicamentos tengan en el tratamiento.

En caso de riesgo vital, como decía, se hace imprescindible el ingreso a tiempo completo, yo quisiera resaltar también un aspecto que me parece importante y es que algunos estudiosos del tema, en particular de la anorexia, plantean que a nivel más inconsciente, la anorexia sería un acto de rebeldía de una persona que se siente de alguna manera en un ambiente donde no tiene la posibilidad de expresar de manera completa su individualidad, de hacer sus propias elecciones y que de alguna manera se puede sentir como presionado o que alguien toma las decisiones por él o también tener la sensación de que se le brinda más una respuesta a sus necesidades biológicas pero no tanto a sus necesidades afectivas. Paradójicamente hay enfoques del tratamiento, en particular de la anorexia, en que se pone mucho énfasis justamente en medidas que resultan de nuevo ser imposiciones, un control estricto de horarios, de tipos de alimento, de dietas, de pesar continuamente al sujeto, de vigilarlo. Y no resulta extraño entonces que estas medidas cuando se ponen mucho énfasis en ellas o se utilizan de manera predominante pues resulten infructuosas, frustrantes y muchas veces incluso contraproducentes. Sin lugar a dudas, estas medidas en casos extremos hay que utilizarlas en mayor o menor medida, pero es fundamental para poder ayudar a estos sujetos que realmente se les brinde un espacio donde como decía, puedan hablar de sí mismos, de sus preocupaciones, donde se les de un espacio a sus palabras y a su sentir y entonces más allá de simplemente medidas de control y de estas medidas que implican tanta rigidez, y de nuevo, de alguna manera esta imposición al sujeto.

Para terminar quisiera mencionar, que las familias suelen angustiarse mucho delante de estos trastornos y es absolutamente comprensible porque son trastornos que tienden a cronificarse en el tiempo y justamente esta angustia en la que se ve sumida la familia, los lleva muchas veces a tomar muchas medidas de control y de presión que otra vez vuelven a ser contraproducentes, frustrantes y que no suelen ayudar a la persona. En este sentido, pienso que el que se pueda establecer un vínculo de confianza con el equipo terapéutico es fundamental porque esto va a permitir que la angustia de la familia disminuya y entonces que se le de espacio al actuar de los terapeutas, es muy importante que la familia pueda pasar el testigo a los terapeutas, que sepa que los terapeutas van a establecer unos pactos con el paciente y que son ellos quienes van a encargarse de que se cumplan esos pactos y que de alguna manera que puedan confiar en que ese equipo terapéutico se hará cargo del cuidado de su familiar y que mediante un seguimiento continuado y tal podrán ayudarlo.

Y por último, que hay una labor preventiva muy importante por parte de los profesionales que tiene que ver con desmontar mitos, con la evidencia científica, con trabajar en red para hacer una detección

precoz de los factores de riesgo de los trastornos alimentarios pero también a nivel de la familia, pienso que es importante la labor preventiva en todo lo que tiene que ver con trabajar todo lo que tiene que ver con la alimentación y el ejercicio como hábitos saludables y pienso también que el intentar crear mentalidad crítica en las familias, sobre todo los mensajes que nos bombardean continuamente desde los medios de comunicación y desde las redes.

ABORDATGE DE TRASTORNS DE L'ALIMENTACIÓ A L'HOSPITAL DE DIA INFANTO-JUVENIL NOU BARRIS

Olga Pallejà

Coordinadora d'Educadors

Nosaltres des de l'hospital fem una valoració inicial de tots els casos que arriben a veure quines problemàtiques té cada pacient. Els trastorns alimentaris, en el nostre cas, no són el nostre centre d'atenció i no els tenim com un diagnòstic per sí sol, si no que és un símptoma, que preocupa més o menys depèn del grau que tingui.

Llavors després de fer una valoració general es defineixen uns objectius que s'han de treballar amb aquell pacient, nosaltres li diem PTI, un PTI que abarca diversos camps, no simplement l'alimentari, un PTI ampli que marca les línies d'actuació, tant a nivell terapèutic, de despatx com a nivell institucional. Dintre d'aquest PTI, la part de l'alimentació és un d'aquests punts i un cop tenim clar que aquesta part s'ha de treballar, passem a un segon nivell, que és un treball tant a nivell individual com a nivell grupal.

A nivell grupal es treballa des de diversos àmbits, comencem amb el taller de salut, de cuina, d'esport, del dinar, els quals són espais que en altres xerrades ja s'han vist i s'han treballat una miqueta, després us puntualitzo una miqueta.

I des del treball individual es comença amb infermeria, des de la que es fa una valoració inicial d'aquest pacient. En arribar se li fa un entrevista, es valora quines son les necessitats a reeducar i sobretot deixa l'espai d'infermeria obert a que es pugui anar a preguntar i a estar, per si falta alguna cosa per si convé treballar alguna cosa més.

Tota la informació que s'extreu d'infermeria, juntament amb la que té el terapeuta, i juntament amb la que té l'educador referent i la que té la resta de l'equip que treballa a dins de l'hospital, fa que s'organitzi el que és la concreció dels objectius a nivell pràctic de lo que es treballa amb cada un, que poden ser molt variables ja que nosaltres no tenim un programa estàndard al que adaptem el pacient si no que valorem les necessitats del pacient i busquem els objectius individuals, el programa en aquest cas s'adapta, no tenim un programa si no un marc institucional ampli que podem adaptar a cada una de les necessitats individuals, el pacient és el centre i les seves necessitats són el centre i definició dels objectius.

En el tema alimentari es marquen uns mínims, intentem treballar des de la flexibilitat i des d'uns mínims que són impassables, si hi ha un greu físic, si hi ha un problema físic important, un baix pes important algun problema metabòlic molt important òbviament, això no és negociable, hi ha coses que es poden negociar i hi ha coses que no es poden negociar, però sí que tenim certa flexibilitat. Als dinars es pot establir una dieta especial, es pot tenir una certa flexibilitat en la quantitat que menja, un menú estàndard fet per un dietista i valorat, però no és un plat que es serveix automàticament, si no que cada pacient pot dir quina quantitat està disposat a menjar, així treballem coses que habitualment no estan acostumats a menjar, el dia de les espinagues, per dir-ho d'una manera concreta, no mengen un gran plat d'espinagues encara que convindria, però sí que fan una petita part i és l'inici per anar introduint diferents aliments i anar treballant tot el tema de reeducació alimentària que moltes vegades manca.

Si hi ha alguna cosa alimentària important, en que no es menja carn, o alguna al·lèrgia, o algun problema per l'estil, es treballa a infermeria, primer es defineixen uns pactes, i després es fa una dieta especial que entra al menjador. L'espai grupal és un espai per tots i els pactes individuals es fan previs abans de entrar a l'espai grupal. Tenim un lema bastant important, tot i que els pacients de vegades es queixen però el valoren molt positiu i és que no tots són iguals, cada un té les seves dificultats, les seves mancances i pot ser que en un mateix espai del menjador, un pot estar menjant arròs i una altre pugui menjar verdura, si s'ha definit així són els objectius de treball, és correcte i els altres pacients ho acaben respectant encara que en algun moment hi hagi algun tipus de queixa.

A nivell grupal també podem parlar del taller de salut, es parla de nutrició, dels hàbits i de qualsevol cosa referent amb això, sobretot mites i coses que tenen ells al cap sobre les dietes, com s'aprimen com s'engreixen. Hi ha també el taller de cuina, que és un espai molt polivalent on treballem des d'aspectes molt primaris -moltes vegades hi ha desconeixement dels aliments-, com ara com es pela una poma, com es pela una pera, i són coses primàries, per no saber-la pelar pot ser no la mengen, doncs, comencem per aquí, a conèixer, anem al mercat, anem a la fruïteria que tenim allà al costat veiem quines són les fruites de temporada, mirem quina agafem, després anem a manipular-la a la cuina i després ho compartim amb la resta de l'hospital. Al taller de cuina no sol comencem a preparar petits plats que puguin elaborar a casa si no a compartir l'esmorzar amb la resta i entrar al taller de cuina també dóna dret a triar què esmorzem, perquè es decideix al llarg del dia i sempre hi ha una part més lúdica al taller de cuina, que és fer coses amb xocolata, bàsicament però la part més nutritiva que són els sucs, els líquats i tot el tema de verdures i poder-les ficar de forma diferent i divertida.

Per definir una miqueta que sigui més concret, tenim unes quantes vinyetes de pacients concrets i a mida que definim aquets pacients anem explicant què hem fet amb cada un. El primer que us parlaré és d'un noi de 13 anys que té un diagnòstic de trastorn psicòtic, arriba a l'hospital amb un problema alimentari, radica en que simplement menja arròs, pasta i tomàquet fregit d'una marca concreta i pastes industrials, això és el seu únic aliment des dels 11 anys i arriba als 13 anys i per tant ja té unes dificultats mèdiques importants degut a aquesta nutrició. Amb aquest pacient, en un primer moment, es fa una valoració física pel seu metge de capçalera òbviament per veure quines dificultats tenim, es fa un treball amb la família i una valoració de què pot fer la família, en què es pot implicar, en què no es pot implicar, què està disposada a fer, què està disposada a lluitar, perquè són casos molt difícils i es fa una vinculació inicial a l'hospital on no es toca el tema alimentari, es respecta, fins que el vincle no està fet, fins que no confia en nosaltres, fins que no sap que el que diem no anirà en contra seu.

En un segon moment, un cop aquesta vinculació és forta es comença a dinar a l'hospital, amb moltes reticències i per intentar mitigar aquestes reticències, anem a comprar al super el menjar que ell vol, de la seva marca concreta, amb ell, la cuinera li fa i dina a part però a l'hospital. Al mateix temps que es fa aquesta vinculació es va recollint temes físics que li preocupen, el tema de les dents, té moltes càries, té molts problemes per mastegar, li falten dents i el tema de la vista que no veu bé, acompanyant-lo a visites, receptant els recursos econòmics que fan falta i tots aquells aspectes que ell demana, començant per totes les coses que ell demana.

El tercer moment comença a dinar a l'espai comú del menjador, però sempre menjant el seu aliment. Es comença a fer un control de pes des d'infermeria i s'incorpora al taller de salut com una forma global d'iniciar tot el tema alimentari.

El quart procés és el més difícil i és començar a provar coses noves i es va negociant, un dia a la setmana es dina a part una cosa nova, després dins del propi menjador, hi ha una miqueta del seu plat i una miqueta dels plats que tocarien per dia i s'incorpora al taller de cuina perquè provi, perquè decideixi, perquè manipuli, perquè treballi amb aquells aliments, perquè perdi la por a la carn triturada, a manipular i francament funciona en aquest punt i comença a incorporar, tant d'una banda com de

l'altre, aliments nous, no massa, s'aconsegueix una dieta fantàstica, però comença a incorporar. Aquesta és una forma de treballar, òbviament el treball amb les famílies i el seguiment individual i les consultes terapèutiques individuals està sempre present.

Una altra vinyeta és la d'una noia de 14 anys amb un diagnòstic de trastorn límit de la personalitat, en aquest cas hi ha una ambivalència amb el menjar, què passa per unes alimentació selectiva, per una dieta restrictiva, per una ingesta compulsiva i per vòmits en diferents èpoques i a vegades amb anades i tornades. Des del primer moment arriba amb una dieta restrictiva, amb una alimentació molt concreta també marcada molt per la família. Es fa un control d'infermeria, es valora la seva situació física i perquè pugui quedar a l'hospital se li fa una dieta especial, pactada amb la cuinera i on s'eliminen aquells aliments que ella no està disposada a provar.

En un segon moment, passa a una ingesta compulsiva, es comença a treballar des del taller de salut de forma global el que és bo, o no bo per la salut. Es fa un control des d'infermeria i una reeducació limitació alimentària d'aquella dieta compulsiva, també anava molt marcada perquè comença a introduir aliments que no havia vist a casa seva com ara xocolates, golosines, embotit, i coses que desconeixia i que li agraden molt i per tant comença a menjar d'una manera molt compulsiva i això s'ha d'anar controlant però és una reeducació.

En un tercer moment, degut a un augment de pes per aquesta dieta compulsiva fa una dieta restrictiva i es nega a menjar, es fa el control des d'infermeria i es fa un seguiment individual per part de l'educador referent i de la d'infermeria perquè no intenti conductes lesives. No pot sortir del menjador en un moment concret, no pot fer un esmorzar fora de la nostra vista per poder controlar que segueixi menjant un mínim.

Un altre cas, totalment contrari, és una noia de 17 anys amb un diagnòstic de depressió que arriba a mb un baix pes per falta d'ingesta. Es fa una valoració general, el pes no arribava a uns límits alarmants, per tant teníem un petit marge de maniobra i es decideix reduir, lo contrari de lo que es feia, reduir la pressió a casa, a casa s'insistia molt en que mengés, en que estigués sentada. Es parla amb la família, s'evita aquesta pressió a casa per l'alimentació i es fan controls des d'infermeria perquè no es moguin en camps que siguin perillosos i francament amb aquesta poca pressió i amb una alimentació mig controlada des de l'hospital realment el baix pes disminueix i comença a menjar de tot sense cap tipus de problemàtica.

Jaume Claret

Psiquiatre Director de l'hospital

Com les altres vegades, jo em recordo que una visita que va fer el senyor Trujillo al nostre hospital de dia, ja fa un cert temps, em fa ver el comentari: "la cuina és el millor que teniu". Aleshores això em va impactar, em va agradar i no ho vaig comprendre gairebé, però ho vaig estar pensant i la veritat és que té raó, la cuina és un dels espais més macos que tenim i més enllà jo crec que simbolitza d'alguna manera la funció institucional de l'hospital de dia, simbolitza d'alguna manera aquesta mare bona que està allà una miqueta per acollir, per donar suport, per donar aliment i que amb aquesta mare bona no hi ha prou.

L'Olga ha fet una primera revisió ràpida a nivell diagnòstic de DSM IV una miqueta de la casuística que teníem dels trastorns alimentaris, cal dir-vos que els trastorns alimentaris que hem tingut durant cinc anys, amb una clínica anorèxica bulímica greu amb una fixació del símptoma molt important amb el que s'entén de la repercussió metabòlica i endocrino i que va ser necessari derivar-la a un centre especialitzat ha estat un sol cas. La resta hem tingut un percentatge d'un 15 % que dins del DSM IV

serien el que es diuen trastorns alimentaris inespecífics, que tot i no tenir repercussió corporal greu que requereixi uns cuidados específics, no deixen de ser uns símptomes greus i important.

Dit això, en el primer eix, perquè aquest trastorn l'hauríem de posar en el primer eix, aquest trastorn no ha estat mai un diagnòstic principal, el diagnòstic principal més abundant han estat la depressió i la ansietat que podríem parlar també de la depressió i la ansietat amb aquest adolescents perquè és curiosa molt paradoxal i molt més greu del que a vegades sembla. Després és important també el tema de l'ansietat, és important també els antecedents a la infància, no massa de trastorns alimentaris, trastorns per dèficit d'atenció i trastorns per ansietat de separació.

Al eix dos m'interessa remarcar, després us faré una matisació sobre aquest tema, els trets patològics que hem trobat molt abundants del clúster B que es la dimensió límit, antisocial, narcisista, histriònica, i també un 20% de trets del C, sobretot esquizoide, els que vam trobar aquí.

Després passo a l'eix quatre, perquè em sembla important i és una manera de respondre també la pregunta que s'ha fet abans, que és els problemes en el grup primari de recolzament segons el DSM IV, el 100%. Això són elements d'aspecte traumàtic i no podem entrar aquí què entenem per elements traumàtics hi ha una dimensió macroscòpica, separacions afectives, dols, maltractes físics, abusos sexuals i després hi ha una dimensió més microscòpica, més subtil que és difícil objectivar però que té també la seva importància que són lo que podríem dir maltractes d'ordre psicològic. A mi em sembla important de remarcar que tenim un 100% de casos.

Aquí fem el diagnòstic del DSM IV i el fem a l'entrada i el fem a la sortida però quan estem a l'hospital per treballar amb aquests nanos, amb tots, no solament amb trastorns alimentaris la veritat es que practiquem un tipus de diagnòstic que diríem dimensional, dimensional a començar per la dimensió simptomàtica que és molt important, jo penso que l'Olga ens ha reflectit molt bé amb aquests casos com un símptoma alimentari està intricat i de quina manera amb aspectes molt importants, diguéssim una miqueta de la relació amb el propi cos, de la relació al món, de la relació amb l'altre, etc., etc.

La dimensió simptomàtica és important perquè els símptomes, òbviament un símptoma és dolent tenir-lo però a vegades és bo tenir-lo, el símptoma de vegades té una funció d'expressió té un valor de que algu del seu malestar arribi a l'altre i tota aquesta valoració dimensional del símptoma em sembla important.

La dimensió crítica també em sembla important, a l'hora de valorar la clínica de molts d'aquests adolescents. Les crisis bulímiques, perquè clar, té una bulímia, però les crisis molt relacionades amb les crisis d'ansietat, molt relacionada amb, moltes vegades amb crisis afectives de frustració, la típica intolerància a la frustració, perquè el símptoma de la intolerància a la frustració és un símptoma molt freqüent, el que passa és que la intolerància a la frustració, tots som intolerants a la frustració. El tema no és aquest, el tema és com tolerem, com som intolerants, què passa quan no tolerem la frustració i aquests nanos en situacions de frustracions no massa importants aparentment, tenen una carga afectiva i es desmunten, creant realment crisis conductuals, s'emparanien amb l'educador, amb l'altre. I aquestes crisis des de l'hospital, òbviament, hem de contenir-les, hem de tractar-les, hem de minimitzar els riscos, però també són una font de comprensió i d'abordatge de determinades problemàtiques d'aquests nanos que fora de les crisis no surten, fora de les crisis no ha passat res. Aleshores això sí que tenim un programa de crisis, d'anar treballant aquestes crisis amb aquests nanos, per atendre-les, evitar-les si podem i atendre-les durant i després fer un treball de reflexió amb els propis nanos.

La dimensió evolutiva també em sembla bàsica, la dimensió evolutiva és senzillament la infància per valorar tots aquests símptomes d'aquests adolescents, és important fer una l'anamnesi, no solament com un recull de dades si no per veure què ha passat en la infància que sabeu que és un tema que quan

treballem amb les famílies i amb els propis nanos. A això no s'arriba amb una entrevista ni amb un test psicològic, és un treball que normalment tenim els nanos, per sort o per desgràcia suficient temps per fer aquest treball i anar entenent de mica en mica què ha passat a la infància, quins han sigut finalment els modus relacionals i finalment com el nano ha anat estructurant aquestes. El que marco aquí d'aquestes tres dimensions, aquest diagnòstic caracterial versus dimensional, estem parlant de la dimensió subjectiva i de la personalitat.

Vosaltres sabeu que a nivell de la psiquiatria no tothom, però encara algunes persones, diuen que no es pot fer diagnòstic de trastorn de la personalitat fins els 18 anys. Jo estaré d'acord en que no fem diagnòstic categòric, però el diagnòstic dimensional és realment molt important de fer-lo. En el sentit de que la personalitat, el diagnòstic dimensional de la personalitat, és important de fer-lo perquè hi ha dos o tres temes que em semblen molt importants, que podríem veure i tractar des de molt petits, però sobretot a l'adolescència, una que és una miqueta un tema funcional, que són les capacitats que tenen els nanos de regular la seva vida emocional i relacional i conductual, la capacitat de regulació. Després hi ha una dimensió relacional amb l'interior de la família i a fora de la família que és important tots els elements de les capacitats de confiar en l'altre, són un element molt important a l'hora, no solament de vincular-se si no també de les possibilitats de poder treballar amb ells. I en últim terme, la dimensió fantasmàtica que, per dir-ho molt breument, que cadascú modifica la realitat emocional més íntima en uns paràmetres en gran part inconscients i que hem de poder inferir després d'un treball. Després d'un treball aquests elements juguen en com reacciona, com parlàvem abans de situacions traumàtiques que hagin pogut viure aquests nanos afectivament i un gran tema és com ells reaccionen i sabem que nanos front unes mateixes situacions traumàtiques de carències, de pèrdues no reaccionen de la mateixa manera i no tenen les implicacions patològiques al mateix nivell.

Nosaltres sempre diem que hem de pensar abans d'actuar què els hi passa a aquests nanos i sí que és veritat que hi ha tota una tradició de l'escola psiquiàtrica i psicoanalista francesa des de fa 20, 30, 40 anys, per no dir més, que ens han realment aportat moltes coses, una de d'elles és lo que ells diuen els complexe del desfeta, en català del deslletament. Diguéssim que a l'adolescència ells es replanteixen de manera regressiva qüestions molt primàries de la primària infància i sobretot una miqueta de la relació amb la mare, no direm que el pare no hi sigui però a on realment hi ha les castanyes és la relació amb la mare i quan hi han trastorns alimentaris, normalment, encara més. No entraré en detalls ni de noms ni de res perquè això seria massa llarg, però van descriure d'aquest complexe del destete un complex de d'intrusió i abandó o d'abandó i d'intrusió i això deia referència a la vivència de molts d'aquests nanos que es queden empantanegats, per dir-ho d'alguna manera en el procés de separar-se de la mare, en el procés d'autonomitzar-se mínimament i aleshores hi ha molt sovint aquests vivències, jo ho dic perquè de vegades és important de cara al tractament institucional individual i també amb les famílies, han estat sempre unes vivències que hi ha una problemàtica relacional de l'apropament, vull dir d'alguna manera, si distàncies massa ho viuen com un abandó, si t'apropes massa ho viuen com una intrusió.

Aleshores això genera, allà ho veiem i pensem i busquem òbviament, estratègies. Per exemple l'estratègia a l'hospital de dia per tractar aquestes problemàtiques que es manifesten a varis nivells, es d'un cantó recórrer a objectes terciaris, espais, temps, un altre terapeuta per poder justament calmar, trobar un lloc d'estabilització per aquests nanos. Un altre mètode és permetre'ls d'alguna manera de poder-se anar. Perquè amb aquests nanos hi ha unes dinàmiques també de poder-se'n anar i tornar és realment molt important una miqueta perquè no es desestructurin més del compte i perquè vagin simbolitzant algu d'aquestes dificultats que tenen a l'hora de relacionar-se, només amb els altres, si no també amb ells mateixos al parlar d'aquest complex de d'abandó i intrusió és unes dificultats relacionals cap els altres i és també unes dificultats relacionals cap a sí mateixos, i aleshores és important l'altre element, la intrusió, les angoixes d'intrusió, les angoixes d'abandó i són les angoixes de despersonalització.

Aquí ens obre amb aquests nanos un camp on hi ha totes unes problemàtiques identitàries, que no cal apressurar-se a fer el diagnòstic estructural que a vegades són del camp de la psicosi i a vegades són de moments evolutius dins d'aquestes desestructuracions de la personalitat.

Ràpidament això, també d'alguna manera el company que parlava de l'anorèxia fisiològica del sisè mes, jo també pensava parlar-ne, amb el qual ja no tinc que parlar-ne perquè ell ho ha fet molt bé, però d'alguna manera aquesta dimensió simbòlica és de veure com justament amb l'anorèxia fisiològica del sisè mes, que els pediatres coneixen bé, es veu com aquest objecte té un valor simbòlic, i aquest objecte, el fet de dir: "No menjo", moltes vegades té aquesta significació de dir no a la mare i no es que no en mengi et dic que no perquè no vull això, vull una altra cosa que tu no em dones. O sigui que és un objecte simbòlic perquè a través del símptoma anorèxic es permet un diàleg entre ells dos.

Un altre cas, que jo diré breument, recollit de la literatura però que és interessant, d'aquests primers períodes i seria per veure quan aquesta dimensió simbòlica no funciona és lo que es va dir depressió anaclítica de Spitz, que era un pediatra que va esdevenir psicoanalista i que va fer un treball amb tot una sèrie de nadons després d'una situació traumàtica d'abandó de les seves mares i aleshores hi ha un quadre realment greu, una anorèxia melancòlica, hi va haver-hi un percentatge elevat de nanos que es va morir, amb un procés realment melancòlic i després d'haver ser separats de la mare. Aleshores, el curiós és que aquests nanos van ser separats de la mare, però òbviament no estaven al carrer, van ser aollits per unes institucions orfenats, on d'alguna manera se'ls hi donava els cuidados alimentaris, de calor, els cuidados d'afecte, però ja no era la mateixa persona, no era la mare. Aleshores és interessant perquè va veure que això, aquests quadres es donaven en nanos que havien estat separats més tard dels vuit mesos, en nanos de quatre, cinc mesos no, però en nanos de vuit, nou mesos, un any, un any i mig apareixien aquests quadres perquè ja havia d'alguna manera un reconeixement de la mare com una persona especial, única, insubstituïble i que era l'única que li podia donar la satisfacció i ja aquests quadres melancòlics, de depressió melancòlica, els deixo.

Ho dic perquè nosaltres amb aquests nanos, per sort no hem tingut depressions que acabin en suïcidi ni que acabin malament, però ja us ho deia, són depressions que en uns dies no, però quan els tens un temps, t'adones de la tipicitat a nivell de l'expressió de l'efecte depressiu i al mateix temps de la gravetat de la depressió i per això jo també ara, per acabar de parlar, de fer una crítica positiva cap el DSM IV i cap els diagnòstics categòrics, precipitats en adolescents ens trobem per exemple amb les depressions severes de l'adolescent. Les depressions severes de l'adolescent avui en dia, de vegades es diagnostiquen ràpidament, bipolar. A veure, una cosa és una depressió severa, però és important quan es fa una diagnòstic també s'estudii si hi ha hagut factors traumàtics, quina és la situació familiar, quina és la situació afectiva, com ha estat la seva infància, vull dir per això, i una cosa no treu l'altra, nosaltres a aquells nanos podem donar antidepressius i els hi donem antidepressius, però un abordatge psicofarmacològic no treu també una comprensió psicopatològica de tota una sèrie d'esdeveniments socials, familiars, de carències i no treu també l'estudi, de lo que us deia abans dels factors de personalitat, com aquest nano, aquest noia assoleix, s'organitza i òbviament, des de l'hospital de dia, és des d'aquí on podem treballar.

Acabarem amb l'abordatge global, el que us comentava abans, aleshores, el tema familiar i social és molt important, no sé si em donarà temps de dir alguna cosa. L'institucional sí que em sembla important, de veure que tots aquests elements que us havia parlat de la cuina, la importància d'aquesta funció anaclítica, de suport, de sosté, de contenció afectiva i simbòlica que va més enllà. Es tracta d'instaurar un ordre flexible, que no sigui rígid, que puguin anar i tornar, en les situacions de crisi o agòbio institucional o grupal. És bàsic tenir en compte aquestes angoixes d'intrusió i abandó en l'abordatge institucional i en el procés de vinculació, massa a prop ho viuen com una intrusió, massa lluny com un abandó, importa poder regular la distància. Aquí el treball conjunt entre els educadors i els terapeutes és realment molt important.

Dos paraules ja per acabar, del tema de les famílies, jo penso que és un tema que per nosaltres és molt important, és bàsic, perquè en primer lloc, reconèixer el malestar, el patiment i la situació realment de desgavell que viuen les famílies quan hi ha un noi, una noia amb una patologia mental greu, aquí està que pot durar sis mesos, un any, dos anys i fins i tot, moltes vegades a estar realment confosos en el diagnòstic cap o on anem, el pronòstic...

Aleshores és important primer, donar-los suport, perquè en determinat moment puguin ser ells agents terapèutics sense saber-ho però són elements molt importants. El tema de la consciència de malaltia, de la problemàtica del fill cal entendre-la també, els pares més enllà del diagnòstic categòric, que el seu fill sigui un esquizofrènic o que el seu fill sigui un trastorn límit de la personalitat es pot dir si un cas, però amb això tampoc avancem massa, lo que interessa important és les dimensions de la problemàtica del nano i estic parlant de les dimensions dels aspectes emocionals i de relació amb la problemàtica conductual i relacional.

Perquè es important de poder analitzar i desactivar les dinàmiques relacionals en les que molt sovint es veuen implicats els pares, la dependència, l'ambivalència, la confusió, l'angoixa compartida, que crea molta confusió.

Punt molt important quan treballem amb aquests nanos i aquestes problemàtiques és el tema, el principi d'autoritat familiar, autoritat no estem parlant d'autoritarisme, estem parlant d'una dimensió simbòlica, que en una família és un element molt important, que cadascú sàpiga que té un lloc, una cosa són els pares, una altra cosa són els fills, la mare, els avis, entrem, sortim. Aquí ens trobem moltes vegades amb una problemàtica que hi ha tota una confusió de rols que, aleshores això si no ho abordem mínimament serà molt difícil d'avançar el nano.

Com últim punt i ja acabaré amb el tema dels pares, òbviament també ens trobem amb problemàtiques psicopatològiques dels pares. Alguns casos, tampoc tants, ens podem trobar una miqueta amb patologies manifestes dels pares, que fins i tot ells t'ho diuen, mira estic en tractament d'això, moltes vegades molts d'aquests pares volen estar amb seguiment psiquiàtric o psicològic en altres institucions o si no nosaltres els adrecem allà però hi ha aspectes que els hem d'abordar nosaltres i aquests aspectes no són tant de l'ordre dels trastorns mentals dels pares si no aspectes problemàtics de la seva personalitat que incideixen directament en l'evolució o no evolució del nano. Estic parlant de certes modalitats d'apego i desapego de les mares, la distància amb els nanos l'entendre també el pare. El pare moltes vegades, i això a l'equip de vegades... és un tema complicat, un diu una cosa, l'altre diu una altra i entrem també en els nostres conflictes, entren en joc les projeccions de cadascú, valoracions ètiques, morals, etc, etc jo sempre dic i seguint amb aquest tema d'un cert ordre simbòlic, la importància del pare, fins i tot quan és absent, la importància del pare, fins i tot quan és dolent, rescatar la figura del pare a mi em sembla realment molt important, sempre i quan es pugui fer, òbviament hi ha casos que no.

I l'últim ja per acabar, diria el tema de si cal responsabilitzar els pares, que assumeixin la seva responsabilitat de pares de cara als fills, això òbviament és important, ens trobem en situacions que els pares, per A o per B poden ser relativament negligents o no prou cuidadors amb els nanos, però a mi també em sembla important de potser no dir-li així, però jo ho penso així, que els pares puguin assumir també la seva irresponsabilitat.

¿Què vull dir? Com manera de desactivar la culpabilitat, com a pare és responsable d'unes coses, no és responsable de tot el que li passa al fill i d'alguna manera el fet de ser pares és un acte molt responsable, per un cantó, però també és molt irresponsable per un altre, no passa res, aquí hi ha una combinació.

DISSABTE DIA 10

TAULA RODONA

CLÍNICA DEL DESORDRE

Oriol Martí

Metge - Psicoanalista

Per enèsima vegada, és com diuen els pastors de l'Àfrica Subsahariana, que davant d'un ramat d'ovelles diuen: "una ovella, dos ovelles, tres ovelles i moltes ovelles", doncs jo també he col·laborat en aquestes jornades moltes vegades i en tot cas és un honor i un goig tot i que aquest any ho tenia molt complicat venir per aquí a parlar i si més no, un dia a l'any trobar-nos.

Se'm va demanar que fes una presentació sobre el tema de la clínica del desordre i com que només tinc 20 minuts, doncs després de debatre-ho amb l'Anna Minyano i amb els altres companys, doncs vaig preparar aquesta petita presentació que ni de lluny esgota el tema però que sí que vaig fer-ho amb la intenció que connectés amb altres coses que he vingut a explicar des de les primeres jornades de Salut Mental, de l'Associació de Familiars de Malalts Mentals de Nou Barris.

Si rastregeu contribucions meves des de les primeres jornades, veureu que hi ha un fil conductor que aquest any es torna a presentar, es torna a veure i sempre gira a l'entorn de la problemàtica de l'addicció com a desordre i totes aquestes qüestions.

Així doncs i donat que a mi em tocava obrir plaça, fer de telonero, en el dia d'avui, se'm va suggerir el fet que presentés unes definicions sobre que és ordre i ja que parlem de la clínica del desordre, hem de saber primer què és l'ordre. I després ho hem de veure des d'una perspectiva més vinculada a les ciències de la salut, és per això que rastrejant als diccionaris a l'ús, al diccionari general de la llengua catalana i a l'enciclopèdia de medicina, ens trobem que *l'ordre* és arranjament, disposició regular de les coses, de les unes en relació a les altres, successió metòdica i fixada, comprendre i llegir regles i el desordre és absència d'ordre, perturbació de l'ordre moral o social i en termes mèdics, el desordre fa referència a alteració, trastorn, paraula que ens entretindrem després amb un cert detall, perturbació funcional mental o social. I quan parlem de trastorn, ja parlem d'una cosa definida en un sentit morbós, en sentit de malaltia. Les definicions, les relacions entre normal i patològic són complexes i és important assenyalar que quan parlem de *desordre* connectem amb trastorn, trastorn amb normal, que deriva cap a patològic i a partir d'aquí ens situem en una posició que entrem directament en el camp, penetrem directament en el continent de la patologia, allò que s'ha desordenat en el cos o en la ment de la persona. En el diccionari enciclopèdic de la medicina, la definició que se'ns dóna de *trastorn* és magnífica, diu acció de trastornar o trastornar-se l'afecte, trastorn de caràcter, alteració de la personalitat caracteritzada per trastorns de conducta, respostes emocionals socialment no acceptables, sentiments d'angoixa i altres signes i símptomes característics de la neurosi, de conducta tipus d'anomalia de conducta que realitza actes impulsius i antisocials i la que ve ara és realment important per tal de situar-nos bé que és la definició de *síntoma*, des d'una formació psicoanalítica tenim una gran afició a aquesta paraula, cosa que em sembla bé i és que entenem per *síntoma* qualsevol fenomen anormal funcional o sensitiu percebut pel malalt, és a dir, quelcom que la persona sent que no li va bé, que no li funciona, que el fa sentir malament, que el fa sentir estrany, que li produeix patiment.

El *síntoma* convencionalment està oposat al concepte de *signe* que és un desordre que només és perceptible per un observador, una persona es pot sentir molt bé i en una revisió mèdica rutinària a l'empresa i li fan una radiografia de tòrax i li demostren que hi té un tumor, si li preguntem a aquesta persona: "Vostè com se sent?" ell dirà: "Jo estic fantàstic!", en canvi, el metge dirà: "Hi ha un signe

evident, aquesta persona té un tumor al lòbul primer, al lòbul superior del pulmó esquerre". Aquí trobem una radical diversitat entre la percepció de la persona i la percepció del professional, en canvi una persona hipocondríaca i sabem bé el que implica la hipocondria, una persona que contínuament sent dolors, malestars i malalties horroroses i contínuament està entrant al Google a llegir aspectes dramàtics, aquesta persona contínuament està referenciada en el cos i sent malalties i símptomes que realment, percep coses, percep símptomes que quan li fan proves, realment no té.

Aclarida aquesta definició estem en condicions de dir en quin desordre parlem, quan parlem de desordre psíquic relacionat amb els hàbits alimentaris. Si recordeu l'any passat, quan jo feia la meua ponència a la qual vaig tenir una llarga hora per expressar-me sobre el retorn a la realitat dels professionals en el món, sobre la problemàtica a la drogodependència, vaig presentar aquesta transparència, l'únic que ha canviat és el color de fons en relació a aquest any, que era un fet que jo he vingut sostenint en molts treballs i en molts llibres que tinc publicats, el fet de les patologies de la dependència que són aquest conjunt de patologies que s'arrelen al psique que tenen una base sobre la precarietat psíquica més arcaica del subjecte, de la persona que són la bulímia, l'anorèxia, la drogodependència, els comportaments adictius sense substància, la ludopatia, els comportaments de risc no saludables, la traumatofilia, la tendència inconscient de fer-se mal de manera greu i el sectarisme. Això l'any passat ho vaig explicar, si busqueu la meua ponència ho trobareu ben explicat i en d'altres anteriors també i l'any passat em vaig entretenir amb la drogodependència i aquest any em pararé un moment a parlar de l'anorèxia i la bulímia, però fent referència en un fet que és el més rellevant, el comú denominador d'aquests trastorns és una compulsió a la repetició amb una forta càrrega autodestructiva. Totes aquestes patologies són símptomes que amaguen altres, que amaguen causes diferents i aquest és un fet important, el símptoma sempre és la boina, sempre és la carcassa, sempre és la aparença d'un fusionament, d'unes causes que operen de forma distinta, que operen de forma diversa.

I sobre això m'extendré immediatament, però em sembla important remarcar, el que els trastorns alimentaris són uns trastorns cada cop més familiars, han adquirit en el darrer mig segle un caràcter epidèmic, són patologies variades i molt greus, comporten un elevadíssim grau d'implicació orgànica, són temudes per les repercussions familiars i socials, generen moltes demandes de tractament, els tractaments solen fracassar, produeix una impotència i frustració als professionals i en els treballadors sanitaris i socials i desgraciadament, inclús adoptant teories dures com la psicoanàlisi, per analitzar les causes i connectar-ho dialècticament amb la biologia o la neurobiologia, trobem que sabem encara molt poc de les causes materials, reals que les produeixen, és de tot punt ingenu anar per aquí dient que això es cura, que no passa res, que te'n pots sortir... són aquestes coses tant de moda en aquest món, del bo, bonic i barato i tot això.

Quan parlem de l'anorèxia i la bulímia com a patologies bàsiques i les entenem com a símptoma que amaga causes diferents i les connectem amb aquest fet de la compulsió, la repetició de forta càrrega autodestructiva.

Hem de dir-ho i és sabut i ho sap tothom i es profecia, com diria el poeta, els símptomes bàsics de la bulímia és la compulsió a menjar, la compulsió a vomitar allò que s'ha menjat per a poder tornar a menjar, habitualment aquí hi ha molta confusió perquè quan les coses comencen a sortir pels medis, com els medis perverteixen tot allò que, sobretot allò que parlen, doncs automàticament les coses es compliquen, hi ha gent que li agrada molt menjar, més aviat patirien d'hiperfagia de menjar molt, hi ha persones que estan molt anclades en aspectes del món oral i tot s'arregla menjant, amb grans dinars i grans sopars, grans ampolles i grans històries... això els hi pot produir un dany físic, efectivament el colesterol, les artèries, el que vulgueu, però paral·lelament també parlem en termes clars, aquí tenim un problema que no és el problema que ens ateny avui.

I d'altra banda, parlant del seu contrari, l'anorèxia, tindríem la compulsió en el menjar, això pot semblar una contradicció, però la mateixa que tenim la compulsió a repetir uns comportaments també hi ha la compulsió a no fer allò que toca, ara no podem penetrar, en aquest negociat que ens portaria llargues disquisicions psiconalítico teòriques que no són del cas però em sembla important assenyalar aquest fet. La persona anorèxica ha desvirtuat qualsevol component de gaudi en relació a la qüestió d'allò que necessita per sobreviure i el que és pitjor, és que sovint no es parla d'un comportament compulsiu que és la compulsió a consumir el màxim de calories per tots els medis. Una cosa que ens consterna quan entrem en xats. Aquests dies els he rastrejat una mica i em resultaven directament ofensius, en els xats i pàgines i fotografies de temes d'anorèxia, aquest és terrible com la gent es bat a sortir disparat al gimnàs a cremar 400 calories o el que és pitjor, fent pràctiques tant sinistres com dutxar-se només amb aigua freda no per estimular l'organisme al final de la dutxa per tonificar-te i tal si no, dutxar-te amb aigua freda per així estimular tot per cremar encara més o beure aigua glaçada perquè així l'organisme hagi de cremar calories per diguem escalfar-la fins a la temperatura de 36-37 graus.

Estem parlant de patologies molt severes anclades en les parts més arcaiques de la constitució del subjecte psíquic davant de les quals, això no s'arregla en noves unitats d'anorèxia i bulímia, en grans hospitals amb infermeres, amb un flagell van allà per seguir a les noietaes que no mengen i les obliguen a menjar i les segueixen quan van al lavabo, perque això és la carcassa, només si aquesta idea quedés clara em donaria per content i repeti-m'ho, els professionals hem de ser humils amb les patologies de la dependència. En sabem molt poc i la docta ignorància com deia Nicolau de Cusa al segle XV és la millor manera, pot ser de començar a posar-nos les pil·les. A més, repetim-ho, i vull que quedi, per això ho he subratllat quan aquestes dies construïa això, aquesta breu presentació, un mateix símptoma amaga patiments i causes diferents i això és essencial. Fixeu-vos aquí una persona menjant desaforada, vomitant, un senyor que buida la nevera i després se'n va al wàter a vomitar o aquests trastorns tan terribles de la imatge i el lloc que el nostre cos ocupa en el món, sobre això una psicoanalista va escriure un llibre excepcional, poc abans de morir justament fent referència aquest fet que jo aquest dies l'he estat consultant, aquí tenim la imatge d'una persona prima que es veu grossa i aquí tenim la imatge d'una altra que també està prima i es veu grossa, el lloc que el nostre cos ocupa en el món, és un fet importantíssim, la somatognòsia per dir-ho d'alguna manera. Bé, ara no ens entretindrem aquí, es pot ampliar amb altres conceptes que no toquen.

Sigui com sigui, tots aquests trastorns vénen caracteritzats per la compulsió a la repetició, en un llibre que vaig haver d'escriure anys enrere, em vaig trobar amb l'obligació de fer una definició dura que us he simplificat, la definició és molt més llarga però bé, en tot cas he fet una simplificació per entendre el que estem parlant: Quan parlem de compulsió a la repetició, parlem d'un impuls d'origen inconscient i incontrolable, que mou al subjecte a realitzar actes amb una aparent finalitat de forma repetitiva o estereotipada. Estava estudiant i sobtadament em vaig aixecar i em vaig anar al gimnàs perquè havia de cremar calories perquè m'havia menjat, jo què sé, un brioix amb pernil i formatge i aleshores no vaig poder parar, no vaig poder seguir estudiant, vaig tenir la necessitat d'actuar així o vaig anar a la nevera, me la vaig cepillar de dalt a baix i un cop això em vaig anar al lavabo i vaig vomitar. Aquests actes són d'origen inconscient i incontrolable, i són realitzats sota un impuls imparable, encara que pugui semblar que la realització podria comportar un plaer, la realitat ho desmenteix. Fixeu-vos que aquí estem parlant d'algú que no gaudeix, no hi ha gaudi, no és allò de me'n vaig al gimnàs una estoneta, porto dues hores estudiant, em ventilaré, veure el dia que fa, no sé què, ta ta ti, ta ta ta, després una dutxeta i podré tornar a empalmar, no, no és m'agrada menjar i ara tal, no sé què, tinc gana, no sé quantos, no, no, no, és a dir, estem parlant de quelcom que es vincula a una càrrega autodestructiva, és la cosa de la persona bulímica quan sent la panxa dilatada, l'estómac que li fa mal, l'esòfag que sent cremors a dins, de la cremor de l'àcid clorhídric que li puja, es tot aquest sentiment de dolor, de dilatació, de sentir el cos d'una manera anòmala, d'una manera desordenada. Fixeu-vos que la compulsió de la repetició té un ordre, però és un ordre, per dir-ho dialècticament, és un ordre desordenat i si parlem de la clínica del

desordre, aquest ordre de menjar-vomitar-menjar-vomitar o no menjo-cremo calories-no menjo-cremo calories. Són formes d'ordre però això és un ordre desordenat, és un ordre molt difícil de ser trencat, és una roda que gira amb molta pressa, que està feta de metalls molt durs i es fa molt difícil posar pals a la roda.

Aquest cicle de repetició, cada vegada és més curt i és més difícil de ser trencat, perquè aquí a baix tenim aquesta successió, fixe'u-vos que no he posat i això és una cosa volguda no vaig posar cap interfase entre les fotografies perquè quedés clar que no hi ha aturador. És un psiquisme disparat, un psiquisme que no pot parar i aquesta expressió simptomàtica tan terriblement dolorosa és imparabile, la persona no sap perquè li passa, no pot interrogar-se, és a dir, quan algú de nosaltres diu: sempre tinc la fantasia que quan he sortit de casa no he tancat bé el gas de la cuina i torno a obrir la porta i miro si l'he tancat bé i sí m'adono i torno a tancar la porta, però i si no ho has fet bé, aquí la persona es pot formular una pregunta, en canvi, en els casos que estem parlant i és la gran dificultat que tenim amb els pacients amb la patologia del desordre, trobem que es fa molt complicat que es puguin fer preguntes, de fet és impossible, costa molt, perquè també, ho dèiem en aquella transparència, el dany físic és tan greu en aquestes patologies que es fa molt difícil que la persona es pugui fer preguntes si primer no has arreglat una mica aquest organisme directament desajustat, seguint amb això i acabo la meua presentació perquè porto 19 minuts i 50 segons i dels 20 que tenia dret a parlar, i es que acabo amb una cita de Freud extreta d'un treball molt bonic que és el treball de la literatura de l'artista i el fantasieg que diu: "qui conegui la vida anímica de l'ésser humà, sap que no hi ha cosa més difícil per ell que la renúncia a un plaer que la coneix", el plaer el que sigui, bàsicament menjar, la teta de la mare, jugar, hi fa referència en aquest article al joc. Per dir-ho de veritat no podem renunciar a res, només canviem una cosa per una altra, el que sembla ser una renúncia, és en realitat una formació substitutòria a un subrogat.

¿Què ens toca fer als professionals de la salut mental? Procurar que aquests comportaments desestructurats amb una forta càrrega destructiva i que són sempre la carcassa, la boina, el vestit d'una causa més profunda i més complicada puguin, en comptes de ser tan autodestructius, siguin en primer lloc, menys autodestructius, si agafeu aquest treball de Freud de la seva obra completa del Tomo 9 de l'edició de Amorrortu, que és un treball molt bonic, pel seu treball literari, per la gent que teniu criatures, perquè parla del joc, perquè parla de com aquest joc es transmuta en altres coses al llarg de la vida adulta i com ens configura en allò que som de grans, sempre es parla de la cosa vinculada al plaer, al gaudi, un dels temes que ens consternen i era la cita amb la que jo acabava l'any passat: d'aquests trastorns és justament aquest aspecte autodestructiu, la nostra funció com a professionals és procurar que la càrrega autodestructiva sigui menor.

Xavier Soler

Psiquiatre – Psicoanalista

Un dels punts importants era no repetir conceptes perquè quan es parla dels trastorns d'alimentació es repeteixen una sèrie de conceptes, que fins i tot ahir ja es van parlar i jo, el tema clínica del desordre m'ha portat a fer com un rodeig que penso que pot ser interessant.

Voldria agrair en primer lloc, la invitació a parlar en aquest acte que ja té una llarga tradició, aquestes són les dotzenes jornades i això ja marca un recorregut de temes i preguntes que ja han sigut tractades per diferents professionals de la salut mental, any rere any. Avui se m'inclou a mi en aquesta sèrie i espero que la meua intervenció sigui interessant i profitosa per vostès. Però la satisfacció d'estar aquí ve degut a la meua convicció que aquestes jornades van en la bona línia. ¿Quina és la bona línia, em diran vostès? Seguint l'ona expansiva del dia de la salut mental, ara fa un mes, des del dia assenyalat a l'octubre, som plenament conscients de que la salut mental és cosa de tots i que aquestencontre ens convida a la participació i la implicació de tots els col·lectius.

Si recordem els objectius d'aquesta iniciativa del l'OMS, es tractaria de sensibilitzar, jo diria també de mentalitzar, la societat sobre els problemes de la salut mental, principalment, de la seva prevenció, la identificació precoç, al tractament tot incentivant les inversions que aquest punt puguin requerir, aquest va ser el tema escollit al 2011, invertim en salut mental tema que malauradament s'ha anat convertint en un retallament la salut mental. Ningú s'imaginava que unes tises podrien arribar tant lluny, sanitat, educació, cultura i molts altres aspectes que en moment actual encara passen desapercebuts com per exemple, va comentar un arquitecte amic meu, la retallada en el manteniment d'edificis públics.

Tornant al que ens ocupa aquí, podem recordar també el model d'assistència pública que hem anat i seguim defensant, una assistència pública universal, gratuïta, participativa i integradora. Un primer desordre se'ns presenta ja aquí si revisem la situació actual de cadascun d'aquests punts, destacant per exemple la freda i generalitzada inèrcia privatitzada dels serveis que atònits presenciem amb impotència i decepció.

Seguim també defensant una atenció comunitària i no sense la família, per què amb la comunitat, per què amb les famílies? Molt senzill, perquè l'entorn, els pacients i les seves famílies, tenen aquí una categoria privilegiada, categoria d'experts. Ens ho explica la Itziar González, arquitecta i ex regidora de Ciutat Vella, que seguint una visió eco-urbanista o d'urbanisme ètic, ens explica que l'expert és aquell que viu d'a prop la situació sobre la qual es vol intervenir, per tant en una ciutat, els experts són els ciutadans, en els problemes de salut mental, seran els pacients i les seves famílies.

Per últim, en aquest apartat introductori voldria esmentar la necessitat imperiosa del treball en xarxa que eviti la descoordinació, la pluriatenció i la mala utilització dels serveis. Aquesta filosofia assistencial requereix cada cop la construcció del cas, que mai serà igual a un altre. Un pacient no es propietat de ningú, però la seva atenció i la seva cura sí que ho són i ha de ser compartida, una derivació ja no és passar la pilota a un altre, és seguir compartint el cas en interconsultes i la possibilitat d'un treball ben articulats, aquest és un llibre especialment ric d'un treball en xarxa. El repte és com respondre a tot aquest desordre amb coherència i fermesa assistencial i institucional, principalment, en aquest moment que estem vivint un elevat índex de precarietat social, econòmica i cultural que està compromentent les necessitats bàsiques dels éssers humans, diguem un grup de cinc, bàsiques: alimentació, vivenda, educació, sanitat i treball. Aquestes mancances o desigualtats, incrementen la vulnerabilitat de les poblacions humanes i per tant, saturaran en breu, si no ho estan fent ja, les diferents dotacions i serveis.

Tenim aquí la foto d'un acte solidari, d'una cooperativa de que la societat respon a aquestes mancances ajudant-se. Aquest seria el punt que iniciativa solidària, ciutadanes, d'ajuda, i aquest en clau d'humor, seria... Això ve de les pel·lícules americanes, que sembla que ha d'haver un gran desastre, una gran catàstrofe per a que ens entenguem i ens ajudem els uns als altres.

Molt breument, no vull deixar de fer un comentari sobre el desafortunat tancament del centre de prevenció en salut mental, EAPPP (Equip d'Atenció Precoç al Pacient en Risc de Psicosis), centre, concebut, creat i dirigit pel doctor Tizón, el meu ex jefe durant 8 anys. Ha sigut clausurat des de fa un any i podríem dir que anava per bon camí, ho va demostrar en primer lloc, reduint el número d'ingressos hospitalaris per crisis psicòtiques però sobretot per haver pogut oferir als pacients i a les seves famílies i a la comunitat i a la xarxa, un treball humà, científic, que no científista, d'investigació sobre la tasca realitzada i principalment proper i accessible per als malalts i el seu entorn. De res van servir les signatures i cartes de suport que vam rebre en aquell moment, un manifest redactat per l'equip va ser signat per gairebé 1.000 companys i el centre es tancà igualment, deixant un sentiment de pèrdua, d'injustícia i d'indignació i en els pacients d'indefensió i abandonat.

Aquesta diapositiva li dedico especialment al doctor Tizón, perquè ens havia fet parlar molt d'aquesta personal aïllada en el seu patiment, que ja ha entrat en un desordre de dia i nit i d'alguna manera dels pacients que volíem arribar a atendre.

Bé, entrem ja en el tema, això també ens diu, sembla que matemàticament seria impossible el que està passant, però no és veritat, sí que estan passant coses en aquest sentit, bé, després d'aquests comentaris introductoris que no volia deixar de fer començaríem dient que el cicle desordre-ordre-equilibri forma part inseparable de la natura i de la vida. Si estudiem qualsevol sistema físic o termodinàmic, per exemple, trobarem una tendència a la desregulació d'aquest cicle amb el resultat d'una fuga o pèrdua d'energia comprometent una i altra vegada l'equilibri. Aquesta energia perduda, inservible, inútil, es diu entropia. L'entropia es defineix com la mesura del desordre d'un sistema. Amb aquest exemple, el que vull senyalar és que un estat de desordre pot ser necessari per al restabliment de l'ordre, o per un ordre més adient i proper a l'equilibri. Veureu que a la clínica això també ho trobem, aquest concepte d'un equilibri inestable i en crisi constant ve de molt lluny, de fet a la mitologia grega apareix la contraposició entre caos i cosmos, tot prové d'un caos originari on no existeix la relació causa-efecte perdent-nos en l'incoherent, el lògic i l'aleatori en contraposició en el cosmo trobem un ordre i una possibilitat de predicció i intervenció en els esdeveniments futurs.

En la nostra feina, tal i com acaba de dir l'Oriol, també intentem introduir un ordre en un caos, és a dir, davant d'aquest patiment, davant d'aquest desordre, intentem introduir un ordre i això és el que fa suportable, moltes vegades la nostra feina. No sé si recordaran un pel·lícula que es deia "Vides creuades" del director Robert Altman, en el que un està assistint de forma passiva, sentat en el cine i va veient cómo se masca la tragèdia, com la situacions van confluint a una situació de caos i molt patiment i un al final s'aixecaria de la cadira del cinema i diria eh, entereu-vos que us passarà això, això al cine no ho podem fer però a la clínica sí.

La nostra funció és aconseguir aturar, minvar el destructiu. Per tancar aquest punt podem concloure que la realitat, física, química o biològica no és pas ordenada ni es troba en equilibri si no que és un procés constant de desordres i canvis. La vida representa per tant, una lluita contra l'entropia, representant la mort la màxima entropia del sistema. L'entropia ens fa sentir com la violència triomfa sobre la pau, l'odi sobre l'amor, la bogeria sobre la raó, la malaltia sobre la salut, quan violència triomfa en l'univers i s'exerceix un ambient d'odi i ignorància l'entropia i el caos arriben al seu màxim nivell. Però què passa amb els éssers humans, si un ésser humà és pensat també com un sistema complex veient que està exposat constantment a aquest cicle, posem un exemple clarificador, un nadó genera un desordre, un plor, amb la intenció de resoldre un altre desordre més greu i més profund, el fred, la gana, la por, la seva pròpia entropia, si ningú escoltés o respongués a aquesta senyal, l'entropia finalment guanyaria. No sé si han pensat en la potència, en la qualitat acústica del plor d'un nadó, té un so agut i un timbre que no pot passar desapercbut.

Podríem definir-ho també com que hem de disposar d'un necessari i indispensable ordre bàsic estructurant, necessitem una regularitat externa en aquest cas, la cura, l'atenció dels pares, per ordenar-nos internament i sobreviure. El dia, la nit, la repetició, la rutina, aquesta recerca d'ordre i regularitat és el que ens permet viure en un món on la natura no sigui del tot imprevisible. De la mateixa manera, l'exercici de la nostra llibertat, dependrà de moure'ns de la construcció d'un marc o d'uns límits dintre dels quals ens puguem moure o actuar i decidir, sense aquest marc referencial estem perduts i tot és caòticament possible, com trobem freqüentment a la clínica dels casos més greus.

Diguem aquí que un abordatge psicoterapèutic també necessita aquest ordre i aquests límits, de fet com a psicoterapeutes convidem a la persona a portar en aquest marc tots els seus desordres. És a dir, que la tendència al desordre, en totes les seves formes i els intents per corregir-la són marca de la casa en tots els éssers humans. Tots tenim en el nostre imaginarí una idea establerta sobre els mecanismes

d'ordre i desordre en la nostra vida, podríem dir que ningú em molesti en el meu desordre, podem sentir en moltes cases. Per Pitàgores, l'ordre en representava el més valuós guarniment d'una casa, en canvi el poeta francès Vandeleur reclamava el desordre com un dret bàsic dels individus, argument que molts adolescents en conflicte fan seu, en el seu propi desordre. Paul Claudel ens diu que l'ordre és el plaer de la raó però el desordre és la delícia de la imaginació.

Tot dependrà del grau i pertorbació, per una banda i per una altra, pel grau de tolerància de qui la contempli. En aquest esquema, una mica cutre, ho reconec, indico una mica aquest punt central estaria representat per l'harmonia, l'equilibri, el benestar sempre inestable, en certa manera utòpic i veiem que hi ha, si anem cap a un cantó veiem el que he anomenat el desordre útil, és un desordre que si s'articula en una intervenció adequada, veieu que es dirigeix cap a un ordre, en el sentit d'una organització i això fa un cicle, ordre-desordre-equilibri, però si ens passem cap a un altre cantó arribem a un desordre inútil, arribem ja al caos. Per l'altre cantó un ordre també toca aquest punt de ordre inútil que seria l'ordre que acabaria en una rigidesa obsessiva.

Aquest és el meu despatx, com veieu... cadascú viu el seu ordre de la seva manera.

Anem ja a la clínica del desordre, aquest títol em va fer venir al cap la pel·lícula dels germans Marx de "El hotel de los líos", de 1938, no sé si la recordaran però després d'un fotiment d'enganys, conflictes i malentesos, miraculosament tot s'acaba ordenant i les coses acaben més o menys com es pretenia. No sempre és així en la clínica, la clínica evidentment no és un lloc, és una experiència sanitària i assistencial que si l'analitzéssim seguint la teoria de la comunicació, comprendria un emissor, que és el malalt i un receptor, que és el metge o sanitari el que rep. L'esquema és ben senzill si seguim el curs del missatge creat per l'emissor i el desxiframent i resposta del receptor, però diguem que la psicoanàlisi ens ha demostrat que això no funciona així, ho ha subvertit, perquè el que veiem és que no funciona així perquè l'emissor, el que dirigeix el missatge ja construeix el missatge depenent que a qui vaig dirigit, depenent de a qui et dirigeixis el teu missatge serà un o un altre. Això farà que un metge de capçalera, per exemple, si se'l veu molt més com un representant d'un saber sobre el cos, sobre l'orgànic, un li porti dolors, malestares físics i de conversions tot tipus, amagant-hi al darrera el conflicte psíquic o emocional generador del trastorn. Sempre hem de tenir en compte que el desordre es disfressa del que un creu que l'altre entindrà, però pensem que de vegades aquí es compleix allò de "al revés te lo digo para que me entiendas", és a dir, es diu d'una manera, camuflat, contaminat, que fa que l'altre no entengui el missatge com un missatge que hi ha a dins de l'ampolla i que en comptes de poder entendre aquest missatge, el que rep és un cop d'ampolla.

Segons aquest esquema, hem d'entendre el desordre com quelcom dirigit que té un destinatari, que ha de ser desxifrat. Els camins d'aquest desxiframent, passant per un flux emocional l'anomenem transferència, eina que ens serveix per entendre la naturalesa del missatge del malalt, entenem també aquí la variabilitat com l'expressió d'aquest desordre en les diverses expressions de la psicopatologia. Al llarg del temps, en cada moment social, molts quadros clínics considerats clàssics, ja no es veuen, perquè si es canvia el receptor, també es canvia l'expressió del conflicte i l'escenificació del desordre, seria el cas de les grans crisis pseudoepilèptiques que es donaven a la histèria, ja no es veuen i en canvi la patologia ens mostra noves maneres de respondre i expressar el conflicte, per exemple els joves anomenats hikikomori, joves i no tan joves, tancats casa o millor en el desordre de la seva vida i de la seva habitació o que viuen sortir de la seva habitació com un gran desordre, no cal anar al Japó per trobar-los, els tenim ben a prop, haurem d'ajudar a aquests éssers antropòfics d'alguna manera.

El tema desordre ve de l'anglès, de la medicina anglosaxona i vol dir dis ordre i vol dir un ordre alterat, a la nostra llengua tenim molts sinònims, alteració, trastorns. És curiós que hi ha algunes patologies que s'anomenen desordres i unes altres no, es parla del desordre alimentari, del desordre bipolar, però en canvi es parla d'altres una mica, d'una manera aleatòria.

La definició que més s'apropa al que us vull transmetre, l'he trobat a un diccionari de veterinària, el Saunders Comprehensive Veterinary Teachers, de l'any 2007 i ens diu: "el terme desordre s'utilitza com un eufemisme quan no és segur que la normalitat sigui de fet una malaltia o quan les relacions públiques suggereixen que és probable que la paraula malaltia resulti massa pertorbadora". És com si estiguéssim dient, tranquil, no és una malaltia, és un desordre, es posa l'accent cap a la reversibilitat del trastorn que se'ns presenta, agafar el desordre a temps, traduir-lo i aconseguir que es resolgui amb els canvis necessaris i oportuns, però si perdem aquesta possibilitat de desxifrar el desordre, si perdem aquest tren de la seva comprensió, la cosa de ben segur que se'ns complicarà, ens ve aquí la imatge d'un allau que no troba la manera d'aturar-se i acaba petant per exemple, en un servei d'urgències.

Haurem de pensar doncs, la clínica d'una manera ampliada, partim d'un slogan general que seria algu així com ser en tot moment conscients que tractem amb persones no amb cossos malalts i amb cervells espatllats, no hi ha malaltia, si no malalts, això ja ho dir un clínic francès, Armand Trousseau, que va viure al 1801 i el 1867, és a dir que parlem d'una medicina centrada en el pacient i no en la malaltia. Seguint autors com Carl Rogers, i d'altres, entre ells el doctor Tizón, els psicoanalistes parlem d'aquesta necessitada visió clínica del cas per cas i la generalització, els tants percent, els protocols rígids, les guies clíniques mecanitzades i impersonals no ens ajuden a entendre el que realment succeeix.

Aquest aspecte particular, personal i intransferible no es pot deixar mai de ser tingut en compte és la subjectivitat, definida com el que succeeix en la ment i en la realitat de cadascú. Si no l'escoltem ni la tenim en compte el volem llençar per la finestra ens reapareixerà per la porta i sempre de mala manera. Un treball que inclogui aquesta dimensió subjectiva tindrà sempre moltes més possibilitats de promoure canvis en els pacients, familiars i en nosaltres mateixos. És a dir, que el treball que inclou aquesta dimensió subjectiva necessitarà un altre ingredient de gran importància, la història personal i familiar de l'individu. German Berrios, historiador i filòsof de la psiquiatria ens explica que cada cas es construeix d'un modus social, és a dir, d'un modus històric i cultural concret, el gran error de la medicina del segle XXI, es produeix quan fomenta la seva pràctica en l'exclusió d'aquesta posició històrica, vivencial i subjectiva. Un subjecte no pot ser reduït a un objecte, podria donar molts exemples, des d'una concepció no biològica, si no, bio bio biològica, un psiquiatra es permet dir que al pacient no cal escoltar-lo perquè no sap què li passa, és clar, quan diu això està pensant solament en termes de neurotransmissors, es confon el conflicte mental amb el problema cerebral i no és el mateix. Un altre exemple, una dona diagnosticada de trastorn bipolar es mostra incapaç en una entrevista de parlar sobre ella mateixa, sobre la seva família i sobre la seva història, m'explica i em repeteix, tal i com li deia el seu anterior psiquiatra que té un problema amb les seves catecolamines cerebrals i no entén per què li faig tantes preguntes. De la biologia a la biografia, solament atenen aquests aspectes personals, històrics i subjectius podem tenir una certa, un cert instrument per apropar-nos a saber què li passa a aquesta persona.

A la medicina en general, i acabo amb aquest punt, i l'atenció a la salut mental en particular, s'ha de poder complir en aquest marc, d'empatia, de solidaritat, de sostenibilitat, de respecte per l'autonomia dels consultants i la plena integració i col·laboració dels dispositius.

Un altre desordre que seria l'objecte neuronal i el subjecte de l'inconscient, que de vegades es barreja i es confon.

El desordre psicofarmacològic, en aquest punt arribem també a un clímax de desordre, ara ja de fet el que volia assenyalar, el cos del que volia fer-vos arribar ja ho he fet, aquest aspecte respecte a la subjectivitat, la forma de treballar, aquest espai personal però hi han molts aspectes que clamen el cel podríem dir. El més greu d'aquest apartat és la medicalització i farmacologització de la vida en general i dels infants en particular. En convivència amb un, m'agradaria poder dir un petit grup de metges psiquiatres però per desgràcia em sembla que no és tan petit, que és col·loquen en el lloc de poder

encabir en el científisme, la indústria farmacèutica funciona amb lleis de màrqueting que pulveritza qualsevol respecte per la persona i la seva particularitat i la seva subjectivitat. Quins són els agents d'aquest desordre? Per un cantó tenim el globalitzat manual americà DSM que ja porta unes quantes edicions, anem per la cinquena. Resumint molt el desordre d'aquest sistema diagnòstic ve representat pel fet que confon, tal i com ha comentat també l'Oriol, confon la superficialitat simptomàtica amb un grau ja de malaltia declarada oficial o estructural que evidentment s'haurà de medicar i justament, ja ho endevinen amb aquesta precisa medicació de laboratori tal que ja tenim al seu abast. El dol normal, però exemple, que no té res a veure amb cap patologia, aquests criteris, repassem els criteris, dos setmanes d'ànim depressiu, dos setmanes... pèrdua d'interès en activitats, pèrdua de gana i problemes en concentrar-se, després d'una pèrdua aguda, tot això es transforma en un trastorn mental susceptible de ser medicat.

En una altra escala igual de tramposa, però no menys pertorbadora, aquests són els nous avenços científics: "medicamentos para sanos", això és el que busca la indústria farmacèutica, fins que no ho aconseguixin no pararan. Aquí se m'ha colat el nom del medicament, evidentment no vull fer propaganda però bé, crida l'atenció que un sol medicament millori els autocuidados, millori les relacions personals i socials, millori les activitats socials habituals, els comportaments pertorbadors, és demanar massa a un medicament. Hi ha molta experiència de posar en primer lloc, en tot tractament, en tot desordre mental, simptomàtic, posar el treball psicossocial, posar les eines psicossocials, és a dir, què és el treball psicossocial, la relació humana terapèutica, aquest seria una mica la definició.

Una altra moda és el *disiz mongering*, el *disiz mongering* és com si el laboratori digués, com surt molt car fer medicaments nous i més útils, negociem les molècules que ja tenim en estoc perquè serveixin per més coses, augmentem les indicacions i augmentem les ventes i tots tant contents, si no fos perquè estem parlant de la salut de la població, no de bosses de patates o de neumàtics. El cert és que vivim dins d'una explosió farmacològica i per desgràcia, massa sovint fer un tractament és sinònim de prendre fàrmacs. Digue-m'ho aquí, que ho deia fa un moment, tornant a la clínica, a Finlàndia, l'equip de Yrjö O. Alanen ofereix com a primera elecció en desordres, de tipus prepsicòtic en joves, un tractament psicoterapèutic i psicossocial, teràpia individual, teràpia familiar i treball en xarxa, aquests són els primers ingredients, sense fàrmacs o de manera molt puntual, que ningú pensi que estic fent com una cosa en contra. El que sí dic, un determinat us de la farmacologia, que avui en dia està present i que a més, molts dels trastorns que es van repassar del síndrome metabòlic i molts dels seus efectes, deriven també d'aquest tractament fet durant molt de temps, a dosis molt importants i durant molts anys.

Per acabar, tenia que parlar de l'alimentació però un altre d'aquests bulos és que corria la impressió que els neurolèptics, molt dits antipsicòtics, els neurolèptics podien fer una tasca de prevenció, de protecció cap al servei en estats psicòtics o prepsicòtics, això s'està qüestionant i s'ha dit que no hi ha una base científica per dir això, que no sigui que iatrogènicament estem fent més mal que no preocupant-nos de la salut de la persona que tenim.

Aquí també tots a menjar sardines, per què, perquè dintre del tema de l'alimentació, aquí sí que entenem molt bé la diferència entre hàbit i desordre, perquè un hàbit vol dir un estil de vida, senzillament i pot ser bo o pot ser dolent, "por sus hábitos lo conoceréis", mals hàbits – bons hàbits. Aquí el punt del que es tracta és si la persona que atenem es sap cuidar, és a dir, si sap fer per la seva pròpia salut, si va a favor d'aquesta salut o per desgràcia, la seva malaltia, la seva confusió li fa anar en contra. Sabem que certes estructures clíniques estan tan malmeses que resten molt lluny d'aconseguir aquest objectiu, llavors els hem d'ajudar. En general, el com i el què mengen és un element més de tota la vida del subjecte, en pacients amb el trastorn mental sever, que pateixen distorsions delirants de la realitat el fet de menjar pot entrar dins d'un camp interpretatiu, el què i el com mengem és un element més molt important de la vida d'un usuari. Per exemple, els hi puc explicar un cas d'una persona que de fet havia sigut ja per estructura, psicòtic ja tota la seva vida, podíem dir, jo el vaig conèixer en un

hospital quan devia tenir ja uns 60-65 anys i era una persona que s'havia estabilitzat seguint el redactor jefe de la revista que es deia "Karma 7", pot ser alguns la recordaran, que era de coses esotèriques, de coses demoníiques, de telepatia, d'extraterrestres. I com durant aquest temps ell havia pogut fer aquest vincle social amb la seva redacció, que seria interessant saber quin era aquest comitè de redacció, pues es va estabilitzar. Quan va tancar la revista, per un fet diguem, cultural de la població, aquesta persona es va descompensar i va començar a fer dietes absolutament salvatges, dietes només de llimones, dietes de només menjar mongetes, però quilos de mongetes, fins el punt que va a arribar a un estat caquètic, era terrible veure com la persona, ja amb una interpretació delirant t'explicava la llimona com li rentava l'estómac i lo bo que era per ell menjar. Bé, aquesta persona estava en un hospital i amb el jefe de l'hospital vam dir que aquesta persona no podíem casi donar-li medicació, no l'acceptava tampoc i va haver un moment que vam decidir donar-li una nutrició per via nasogàstrica, per via del nas. Quan aquesta persona va veure que li anàvem a ficar aquesta substància dintre del seu cos, aquesta frase de "esto lo haréis pasando por encima de mi cadáver" es va complir i va fer un paro cardíac davant nostre, quan va veure això, això ho explico per veure fins a quin punt aquesta realitat i aquest trastorn mental sever que pot viure l'alimentació com alguna cosa verinosa, com alguna cosa tòxica, m'estan enverinant. I això pot ser un problema veritablement greu.

Tenim molts manuals, tenim moltes llistes, s'ha demostrat que l'Omega 3 és realment cert, que ajuda a molts aspectes de la transmissió nerviosa, que ajuda a prevenir el deterioro cognitiu però el més important és aquest tracte o aquesta esperança que ens fa ajudar a les persones i donar, transferencialment saber que aquestes persones compten amb nosaltres i anar acompanyant amb aquest treball solidari per sortir del túnel, no caure en el pou i lluitar junts per la vida i la salut. Més enllà de qualsevol guia, està la pràctica diària, quotidiana, al costat de cada persona, amb en aquest tracte que acaben sent també terapèutic i amb això ja acabo.

CONFERÈNCIA

ABORDATGE DES DE TRES VÈRTEX

Àngels Vives

Psiquiatra – Psicoanalista

Estem en el mig d'un cert desordre ara perquè anem amb bastant retard i estava pensant si per no deixar el calaix de temps per al doctor Tizón, que quedi poc temps de repartir, el temps que ens queda, perquè m'han dit que a la una havien d'acabar, de manera que pensava escorçar en part el meu espai i acumular per al col·loqui al final de la intervenció del doctor Tizón, si els hi sembla, per poder treballar una mica tots dos.

Jo venia a parlar-los de una experiència que és el grup de pensadors, perquè la meua ponència és sobre abordatge des de tres vèrtex, des de tres angles, des de tres angles vol dir, des de tres protagonistes del tema salut mental que son els usuaris o els pacients, els familiars i els professionals, i sobre aquesta situació que tenim plantejada, de que són tres protagonistes que necessitem, comunicar-nos, no com deia l'Oriol Martí, que deia, és que de vegades un emet des de un lloc i l'altre rep des de l'altre.

Des de la Fundació Congrés Català de la Salut Mental hem organitzat una experiència, de un grup en que participem, un grup de reflexió. No es un grup terapèutic, es un grup de treball, de reflexió sobre temes de interès amb salut mental. I en aquest grup participem de manera paritaria, vol dir, mes o menys en igual nombre, professional, familiars i usuaris. Ara, abans de començar, i aquest serà un centre d'atenció per veure com es pot fer això de pensar junts, de pensar junts, familiars, usuaris i professionals, vull fer un cert recorregut, un cert recorregut, que miraré d'escorçar del que jo m'havia proposat, sobre que es això del l'esser humà o de la persona que ve a la consulta. No?

I aquest recorregut el faré amb nocions de temps i espai. Volia anar una mica per evitar tot això que parlaven de la codificació de la idea de la simplificació de les coses, de pensar l'altre, o com malat únicament, o com un trastorn de tipus dels neurotransmissors o alguna cosa així, poder obrir la nostra mirada a veure qui es una persona que es cada un, qui es algú que et ve a demanar ajuda. I per fer això volia anar a l'origen, a l'origen. I dic algu així des de l'origen i per un sentit èpic de la vida. Me'n vaig a la primera cèl·lula fecundada. La primera cèl·lula fecundada a l'òvul i a l'espermatozou, que està en la base de l'origen de cada un de nosaltres, es el resultat d'una aventura prometedora, d'una gesta heroica, en que es dona una trobada fructífera. Un vencedor, un espermatozou, vencedor, penetra la fortalesa ovular preparada per aquesta entrada, i crea un nou món, un univers nou. Aquesta entrada es fa en solitari, però ha necessitat la col·laboració i també la competència de milions de espermatozous que també pugnen per entrar i que permeabilitzen així la membrana ovular i permeten la fecundació.

Cada un de nosaltres, cada un, som el resultat d'un viatge vital impressionant, que s'ha donat entre dos llocs, entre l'ovari i la matriu, a la trompa, en un camí de transit. Aquesta cèl·lula que ràpidament comença a fer feina, perquè aquesta cèl·lula, comença ràpidament a desplegar, a interpretar i a posar en marxa el llibre sagrat del codi genètic, o sigui, ve amb un codi xifrat, i comença a desplegar-lo. I pocs dies després, anirà a buscar un altre lloc, en un procés migratori que fa des de la trompa, es desplaça, va a l'úter, a la matriu a on, entre 38 i 42 setmanes, farà un treball de creixement, per estar en condicions de la sortida al món aeri. Aquest procés que diem, son 40 setmanes, 9 mesos de gestació, condensa milions d'anys d'evolució. Des de la primera cèl·lula fa milions d'anys, fins un bebè que pesa 3 quilos, amb tota la complexitat corporal i psíquica que hi ha d'un bebè, es condensen milions d'anys d'evolució. Ho dic, perquè cada persona es portadora de processos enormes, de processos de creixement i de harmonització brutals, i d'ordre, perquè sino, no estaríem aquí. Hi ha molts que es convergeixen a aquesta aventura i no arriben al naixement no? I Jo volia dir que cada vegada que veig un nounat, en el meu treball com a pediatra, vaig a ver d'assistir molts parts i cada vegada que veia un bebè, acabat de néixer, veia un heroi, que acabava d'arribar d'un viatge, pel canal del part, per un estret, i havia fet aquest transit d'aquesta càpsula aquàtica en la que estava, fins a un sistema aeri completament desconegut. Per la bosqueta d'un continent, sortia d'un continent matricial i anava a la bosqueta d'un altre continent que son el braços de la mare, el pit de la mare, la olor, la veu, la veu del pare, la presència del pare, tot això va creant un continent per continuar desplegant el seu creixement. Sabem que el creixement humà, com la majoria del mamífers, es fa en grup, de mamífers i d'altres especies, eh? En el cas humà, s' inicia en aquest nucli de tres, pare, mare i bebè i va aquesta primera esfera, està continguda en d'altres esferes que l'arropen i li permeten aquests elements de creixement.

En aquest continent nou, en aquest continent matricial nou, no? Que primer es un petit espai, i és aquest dels braços, el bressol corporal i de l'alcova, s'anirà creant un moviment de expansió cap a fora que és necessari per a la salut, tot el temps que hi ha, hi haurà moviment cap a fora. I és en aquest continent nou, que el bebè anirà creant maneres d'estar nodrit. Cordons umbilicals, metafòricament, vincles, en una mutualitat nova, en el descobriment del dos, del tres, o sigui que és, mare-bebè, pare-mare-bebè, del quatre, del cinc, fins a la enorme diversitat de grups que necessitem pel nostre creixement.

L'olor corporal de la mare, el batec del cor, el rostre, el pit, la llet, el cos, el braços de la mare i la presència del pare, en totes les seves gammes, per exemple, el pare té un to muscular diferent del de la mare, no? Tot això anirà constituint aquest primer continent. Aquest bebè un cop sobreposat del transit del part, tracta d'organitzar-se en el seu malestar i la seva necessitat. Xavier Soler, parlava de les característiques del pro del bebè, es a dir, venim dubtats de sistemes molt savis per assegurar el creixement i la vida. Ho dic perquè això està contingut en tots nosaltres encara que estiguem malalts. Tots aquest processos que hem començat a anomenar i que anirà ràpidament passant, son processos que començaran a crear transformacions, perquè el bebè en aquest dos primers anys de vida, farà tot.

Condensarà tot el tema del procés d'hominització, això que veiem quan estudiem història, pre-història, no? Com és això de l'adquisició de la erecció, em comptes d'anar a quatre grapes, com es que n'hi ha un moment en que ens sostenim amb dos membres només. En les cames, en els peus, i com això allibera les mans per poder utilitzar estris, i com això permet un desenvolupament del sistema nerviós central enorme, i com això permetrà representacions i ens permetrà accés a la paraula, tot això que ha suposat milions d'anys d'evolució, el bebè humà ho fa en dos anys aproximadament.

I ser capaços d'adonar-nos del immens treball, el monumental treball que fa cada ésser humà, és important per després també recol·locar, les coses en relació a la patologia i en els recursos que té cada persona. No en el sentit que deia L'Oriol, Bé, no podem ser optimistes així d'una manera, bueno bonito y barato... no, optimistes.. no, però sí, de veure quines capacitats conté cada ésser humà per la recuperació de la seva salut, no parlo de curació, per la recuperació de la seva salut, després d'una catàstrofe psíquica, per exemple. Naturalment que el bebè, als dos anys ha fet una part del treball importantíssima, però vindrà tot el que anomenem latència, que són uns anys en que el bebè aprèn física, no? Quan juga, fa una torre i aprèn qüestions lligades a la gravetat i a la flotabilitat dels objectes i aprèn totes les disciplines condensades, estan en els primers anys de vida i en la latència aprèn coses. I aprèn a l'escola i aprèn moltíssimes coses que li seran útils, sobretot si és capaç d'organitzar-se en mètodes d'aprenentatge i de saber com pensar al món.

En la adolescència farà també un altre treball fabulós, que serà haver de veure quan en el cos es donen una sèrie de canvis, transformacions hormonals, que el posarà en qüestió de com relacionar-se des de aquest canvi identitàries d'ell. Des de tenir que assumir qüestions relatives a la seva sexualitat, i tot això amb la complexitat que suposa. Des de el primer moment fins ara que us estic dient, així i per resumir, qüestions relatives al creixement, no fem altre cosa que estar en grups, i busquem la nostra salut en el contacte amb els grups humans, com és un a l'escola, com és un a casa, com és un amb els amiguets a la activitat aquesta, com es relaciona, quin joc te, quin joc ocupa... etc... Només un apunt, i per això necessitava la pissarra, per explicar un altre cosa que te a veure amb l'espai.

Un altre, qüestió que em semblava que te a veure qüestions relatives amb tot això i a veure amb qüestions relativa d'espai i temps, on estem en el primer moment i com anem necessitant espais i continents per al nostre desenvolupament. Centrant-nos en qüestions d'espai, volia fer només un apunt, que a mi em resulta útil per ajudar a pensar als pacients i a les famílies, respecte a les qüestions del seu funcionament familiar. Anem a suposar una família estàndard, eh? Pare, mare, fill1 i fill2, estàndard, els hi pregunto: Quants espais diferents de intimitat relacional creu que es poden donar en una família així. Bé, no se, el pare i la mare o el pare i el fill, pare amb cada fill o la mare amb cada fill. Bé, de un espai, de un, hi ha quatre de un, cada un necessitem una intimitat, una intimitat que és, que si està un a l'ordinador i et venen i et diuen que, escolta que tal i qual, dius, un moment, un moment, acabes allò i després dius, què. És a dir, que aquesta esfera de intimitat conté espai i temps. O quan un nano està jugant i li dius, va que hem de marxar, es veu pertorbat amb la seva intimitat, ell estava allà amb tot una història i llavors necessita que li diguem, escolta d'aquí 10 minuts marxem, o sigui que ves-te preparant, per que ell pugui acabar la seva història, això es tenir en compte que cada un, tenim un espai. Això serien quatre espais de un.

De dos: Intimitats o relacionals de dos. Per exemple, sabem que si hi ha un grup de persones parlant, i t'acostes, hi ha dos que estan parlant, un nota si et donen entrada o més aviat no te la donen. Son espais que no es veuen però es noten, es noten si et donen entrada. A lo millor acaben de parlar, i després et diuen que tal.... que tal.. no sé que... i llavors, però, serien espais de intimitat.

Dos, el pare amb el fill1, el pare amb el fill2, la mare amb el fill1, la mare amb el fill2, aquest són sis de dos.

I són diferents, i és diferent quan el pare parla amb un fill que quan parla amb l'altre, i són espais més o menys desplegats, més o menys diferenciats, però són espais diferents, que existeixen o haurien d'existir. O poden existir, o va be que existeixin.

De tres, el pare la mare i un fill, o el pare la mare i l'altre fill, que són diferents, quan per exemple, si hi ha dos germans que estan parlant, parlen diferents si estan sols, que si ve la mare, o sigui, s'ha canviat alguna cosa. Doncs igual... hi ha, un, dos... el pare la mare i l'altre fill, els dos fills i el pare, tres, els dos fills i la mare, quatre... quatre de tres, i un de quatre.

(Tot aquest ball de números és difícil d'entendre si no es veu els gràfics que l'Àngels indicava a la pissarra)

És diferent quan està tota la família reunida, quan dinem tots junts, quan fem un apart amb no se qui, o quan he de parlar de no sé que... i no tot es comú i compartit, son espais diferencials. En les dificultats de famílies que veig, es quan o bé aquests espais estan molt amogollonados, no hi ha cap diferenciació. Si un fill li diu una cosa a la mare, pues eso es de común circulación, no hi ha cap intimitat diferenciada, o bé hi ha relacions que igual no deixen entrar ningú, que queden excessivament rellidificades i per exemple no deixen entrar al pare. O de un, que quedi completament tancat. És una mica amb relació a poder veure la complexitat d'espais que evitem i que son espais de intimitat. Això es important, si ha un altre fill, per exemple, ja son 31 espais diferents, clar que no tots els despleguem igual, ni els vivim, ni els habitem igual, però existeixen potencialment. Si es nomes un fill, son set.

Bé, aquest esquema, una mica, està en relació a els treballs d'un filòsof, que es diu, Slotterlay, que ha treballat sobre esferes i m'ha resultat molt inspirador.

Bé, i ara reservaré 10 minuts que em quedem per parlar de la experiència, de la experiència del grup de pensadors. Perquè us he explicat tot això? Perquè m'he anat a l'origen i perquè jo ho necessito, per tractar de pensar a l'altre, per tractar de pensar-lo amb les seves potencialitats, naturalment que hi ha dificultats severes, que no sabem com desmanegar, però com tot això té a veure amb l'evolució, reconèixer els elements que creen possibilitats de creixement i de salut, per exemple ho veiem en els bebès, com creixen, de quina manera creixen, quines son els elements que promouen creixement i salut i quins son els que fixen, els que impedeixen, els que ens emmalalteixen, doncs això és important de poder tenir-ho en el cap, i de poder-ho comprendre. Així com qüestions relatives a esferes, espai, temps, tot això que us parlava de les esferes, no es només una qüestió d'espai, és una espai psíquic que contempla temps, el temps ens permeteren per a la relació amb tal o qual, o hi ha un moment de trobada a tres o hi ha un moment de trobada a quatre, o no hi ha mai un moment així, o cada un està a lo suyo, o no pot haver cap intimitat individual, etc...

Això ho deixo com a suggeriment per pensar coses i després us vull parlar així molt breument, ja queden menys de 10 minuts, del grup de pensadors, només dir-vos que som un grup que ja portem quatre edicions, som un grup que em posat em marxa des de la Fundació Congrés Català de la Salut Mental, que té set sessions de treball, és a dir, ens reunim en set sessions, més o menys ja organitzades inicialment, al voltant d'un tema, Per exemple, el primer tema que van treballar, va ser la relació i vam fer un grup paritari, i en aquest sentit poso èmfasi en lo de paritari, perquè si hi ha molts usuaris o familiars i pocs professionals, agafa un caràcter mes terapèutic. És a dir, aquesta idea que estiguem compensats en nombre i que no anem a fer una sessió terapèutica sino a pensar junts un tema, a mi em sembla que es una novetat important que esta donant molt bon resultat, al primer, van fer la relació, al segon, l'internament psiquiàtric, que sobre aquest treball, van arribar a una sèrie de conclusions que les hem portar al Comitè d'Ètica Existencial de la Fundació, per exemple relatives a la abolició en els internaments psiquiàtrics del que s'anomena contenció mecànica, que és lligar als pacients, o sigui, hi ha una sèrie de qüestions que les miren de portar cap a fora de la reflexió que fem. Això es fa en la seu de

la Fundació, aquest va ser el segon, el tercer va ser el tema sobre la responsabilitat, i la quarta edició que em acabat ara és sobre la família. S'ha posat en marxa també un altre grup, això ho fem els dilluns al matí, i això s'ha posat en marxa també un grup el dilluns a la tarda i la idea seria crear una nova cultura de treball conjunt entre familiars, usuaris i professionals, en que tots ens donem la possibilitat de ser pensadors, de pensar en igualtat de condicions, cada un en el seu bagatge naturalment, bagatge experiencial, i poder reflexionar junts, recollir. Hi ha un mètode de treball, hi ha un observador, recullen les sessions, es fa un resum, per a no estar repetint les mateixes coses, és a dir, per indagar en processos de reflexió. I per últim explicar que la nostra idea seria que aquest tipus de treball es generalitzi i pugui sortir dels centres de salut mental i anar a més a centres cívics o a llocs comunitaris que puguin crear espais de reflexió conjunta i no des de l'òrbita existencial només, si no, de interès emocional d'aprendre junts. Els temes tractats, com podeu imaginar són qüestions relatives a l'impacte que té en cada un, en els usuaris, ells parles molt del seu internament psiquiàtric, no? L'impacte que han tingut per a les famílies el diagnòstic. Les dificultats que hi ha a les qüestions relatives als temors sobre la mort dels pares, o s'han de morir abans els fills per estar tranquils o ens podem morir tranquils els pares? I en qüestions relatives en maneigs de espai i temps, qüestions relatives a intrusions d'intimitat, etc...

CONFERÈNCIA

FAMÍLIA I PROFESSIONALS TREBALLANT JUNTS: CAL CANVIAR ALGUNA COSA?

Jorge Tizón

Doctor en medicina - Psiquiatre - Psicoanalista

Gracias a la asociación de Nou Barris por decirme que viniera aquí, que me permitan volver a conectar con ustedes, volver a conectar con Nou Barris, que tengo el gusto de haber participado con las manos en poner en marcha al menos dos centros sociales fa molts molts molts anys del segle passat, colocando ladrillos, en los tiempos en los que había que colocarlos en Torre Baró y Trinidad Vieja, molt bé.

Como el tiempo es muy corto y ya saben ustedes que yo hablo bastante deprisa y el que lo sabe ya me ha padecido, pues en ese sentido voy a intentar reducir a la mitad lo que les quería comunicar, por la falta de tiempo, vamos a ver cómo nos sale, voy a aprovechar la tecnología y cuando vea por el reloj que ya tengo aquí que llega a menos 10, para que queden al menos 10 minutos de discusión.

Muy bien, yo de todas formas quería decirles que en el reparto de papeles que habíamos hecho entre los que hablábamos hoy, me tocaba la parte más práctica y así va a resultar realmente, por una vez me toca y estoy contento de que sea así, porque se trataba de hablar ya no tanto en temas de la alimentación si no en general de las relaciones de los profesionales y familiares en el cuidado de la salud mental hoy en día, y eso es lo que me tocaba a mí, más amplio que trastorno de la alimentación o problemas de la alimentación y me voy a centrar bastante como verán ustedes en la relación entre profesionales y familiares de pacientes con psicosis, porque es el campo en el que más trabajo en los últimos años y también porque hablando de colaboración, estoy escribiendo un libro sobre sobre el tema que les voy a hablar y me encantaba, pensaba, ya que sería en petit comité, me encantaba pensar que les iba a exponer a ustedes qué ideas les voy a transmitir y como las reciben, cómo las sienten ustedes antes de que salga impreso. Al menos tengo la suerte de poder compartir ya no con compañeros, que son muchos años de compartir, si no, directamente con algunos de sus potenciales, no digo que se lo tengan que comprar eh? Poder compartir, a ver, como les parece esto que yo explico, como les sienta, que piensan de esto que explico y cómo lo explico, porque es un tema delicado, porque no todos nosotros partimos de la idea de que hoy, la relación entre profesionales y familiares de los pacientes, no es todo lo buena que debería ser y tendremos que cambiar por las dos bandas y de eso les voy a hablar un poco, porque en la historia de las aproximaciones a la familia en la psicosis durante

siglos ha habido en muchas culturas una culpabilización religioso-moral de la familia, considerando que tiene la culpa de la locura o de lo que les pasa a los hijos. Luego cuando se descubrieron los fármacos y se hipotetizó que todo era genética, cosa que en los últimos años ha quedado demostrado que es falso, se hizo lo contrario, entonces a las familias no tenían nada que ver, pero eso tenía una consecuencia, que luego veremos. Hubo un tercer momento en que a las madres se les acusó de casi todo, entre otras cosas de la esquizofrenia o de la psicosis de sus hijos, esto se achaca al psicoanálisis, pero en realidad lo difundió, sobretudo, una novelista realmente psicoanalizada, que era Ana Green, autora del libro, Nunca te prometí un jardín de rosas, que ha tenido millones de ventas en todo el mundo. Y luego vino esa época farmacológica y de la genética, entonces como la familia no participaban para nada, no tenía la culpa de nada, pero tampoco se le hacía caso para nada, estamos en ese momento, creo yo, que no se le hace caso para casi nada o se le hace muy poco en muchos lugares, tanto por la ideología biológica de los psiquiatras y psicólogos de la sanidad, como por insuficiencias técnicas de estos mismos psiquiatras y psicólogos, todo hay que decirlo, es decir, de nosotros mismos. Y nos toca una integración que hoy por hoy es ineludible y una, para poder hacer una forma una ayuda integral a estos pacientes. Una ayuda integral que cuando yo la pienso, pienso este es un esquema que utilizo en muchos libros y en muchas charlas o conferencias, para contener la tendencia a descontenernos que todos tenemos en nuestra vida en varios momentos, qué es lo que utilizamos. Pues primero utilizamos nuestros recuerdos y nuestras relaciones con nosotros mismos, con nuestro padre, nuestra madre, nuestras normas y demás, si esto no nos basta, utilizamos las relaciones con los compañeros, la cultura, la formación la técnica, y si esto no nos basta o es bueno que introduzcamos desde el principio el cuidado del cuerpo, un cuerpo que funciona bien, un cuerpo con deporte, un cuerpo con actividades gimnásticas es un cuerpo que contiene, en vez de un cuerpo que desconviene, luego la familia, en los países mediterráneos la familia la metemos para todo y la usamos para todo y le echamos muchos más trabajo de lo que en realidad le correspondería si la sociedad fuera más solidaria, pensamos algunos. Luego están las redes profanas, es decir las redes no profesionales, los amigos, compañeros, vecinos, colombófilos, numismáticos, filatélicos, halterófilos, deportistas, todo este tipo de asociaciones que en todos nuestros barrios tenemos o podemos tener, o podríamos y deberíamos tener y que es tan importante sobre todo en dos momentos de la vida: la adolescencia y la tercera y cuartas edades, son más importantes incluso que la familia, las redes sociales. Luego las relaciones laborales, el trabajo es uno de los elementos de contención para los pacientes con psicosis, yo siempre digo que es el medicamento número uno, solo que en nuestro país solo lo tienen el 0,002%, mala cosa, realmente mala cosa para nuestro país y sus pacientes y familiares con psicosis. Y por último las redes sociales, fíjense que estamos acostumbrados a una visión que es pura burbuja sanitaria, que en cuanto alguien tiene algún problema emocional de salud mental, pensamos en psicólogos, psiquiatras, médicos, pediatras, eso debería ser en séptimo lugar, no en primer lugar, pero esa es la burbuja sanitaria a la que han aludido varios de mis compañeros anteriormente.

Por ejemplo, en el campo de la atención precoz a la psicosis, el campo en el que más he trabajado últimamente, qué componentes debería tener un tratamiento de este tipo, al menos de entrada deberíamos ser respetuosos y tener en cuenta que tendría que ver entrevistas con psicoterapeutas, entrevistas con psiquiatra, entrevista con el trabajador social, el orientador, el acompañante terapéutico, una figura que casi no existe en nuestro país y es fundamental para la ayuda en los casos de psicosis, el terapeuta ocupacional, tendría que haber una participación de la enfermera y todo ese plan habría que ponérselo primero al paciente, y luego a la familia comunicárselo y a ver qué grado de acuerdo se puede llegar sobre él.

Es decir, que el tratamiento integral de la psicosis, hoy en día debería constar de una combinación adaptada a las familias y a cada comunidad sociedad barrio, de esas 16 técnicas diferentes 16, no digo menos, digo 16, que deberíamos conocer los profesionales y que no son de amplio dominio, por ejemplo en nuestro país y nuestros medios. Dieciséis técnicas incluyen: la psicoterapia individual o

psicoanalítica o cognitivo-conductual, las entrevistas familiares y la ayuda o terapia familiar, las técnicas grupales en sus diversas formas, solo en este campo hay estas cinco formas que están suficientemente experimentadas, grupos educativos, grupo multifamiliar, grupos paralelos, grupos de psicoterapia con pacientes y grupos de ayuda mutua con pacientes. Luego está la psicofarmacología y el seguimiento de enfermería evidentemente que tiene que existir en los dos. Luego está el profesional referente, que es fundamental, absolutamente fundamental en este campo y en todos los campos y entre ellas el trabajo en equipo. Está el dispositivo de atención abierta, qué es esto de que haya servicios de niños que no abren por la tarde. Eso es una contradicción in terminis grosísima típica de nuestro país y no les digo en otras comunidades autónomas por ejemplo, ¿no? Qué es eso de que los pacientes o las familias no puedan consultar al menos de 8 a 20, es algo común en nuestro país y que hace que tengamos los servicios bastante desorientados con respecto a las familias y los pacientes, al menos eso es lo que pensamos algunos. La orientación socio-laboral, la socio-terapia, la terapia de rehabilitación de déficits cognitivos son otros sistemas que se saben que son útiles y necesarios, en realidad lo harían subir a 19 o 20 técnicas que son útiles y necesarias, además si estos señores o señoras tienen hijos, habrá que cuidar de los hijos. Es curioso que en nuestro país que gran parte de los psiquiatras son de orientación genética, nadie cuida a los hijos de los pacientes con psicosis. Que casualidad, nosotros que no somos de esa orientación pensamos que hay que hacer un programa preventivo y cuidarlos especialmente, pero no porque la genética sea tan importante como dicen otros, no? Luego hay que utilizar esos otros niveles para la contención que les acabo de exponer y además deberían existir otros modelos de ingreso enormemente diferentes de lo que se hace en nuestro país, que son mucho más baratos y con mucho menos sufrimiento para los pacientes, pero que no se hace. Es decir, fíjense ustedes que el esquema sería que hay unas terapias integrales, biológicas, psicológicas y sociales, hay unas medidas que son psicosociales, un apartado dentro de ellas son las medidas psicológicas y dentro de ellas un apartado de la psicoterapia, ese es el conjunto de medidas que deberían aplicarse, desde las técnicas en el caso de la psicoterapia, desde las técnicas grupales a las técnicas individuales, claro eso hace que al no hacerlo así, tenemos que la vía de recuperación de la psicosis predominante en nuestra sociedad es esa que los autores australianos y neozelandeses llaman la vía turbulenta. Por el contrario, de lo que preferimos llamar o preferiríamos algunos al menos, que es la vía suave, la vía turbulenta es la que seguro que todos ustedes o gran parte de ustedes están tristemente acostumbrados, aquello de que se detecta muy tarde la psicosis en nuestra sociedad, cinco años después de que han comenzado los síntomas, por término medio así dicho rápidamente, se instaura tardíamente el tratamiento. Se pueden tardar 6 o 7 años en instaurar el tratamiento, la duración de la psicosis no tratada es más larga, el tratamiento se interrumpe, hay ingresos y reingresos, hay discusiones por todas las bandas y demás, eso es la vida turbulenta, no tendría por qué ser así, al menos en muchos casos, en algunos siempre hay conflicto, pero en muchos de los casos y situaciones, no tendría por qué ser así, porque también depende de la idea, de que idea tengamos de la psicosis. La psicosis, les quería transmitir esta idea, a ver qué les parece, una definición de psicosis apta para todos los públicos no solo para profesionales, pero también para profesionales: son reacciones humanas a enfermedades, reacciones humanas ante dificultades biológicas, psicológicas o psicosociales, hay elementos cerebrales, hay elementos relacionales, hay elementos en la sociedad, es en este caso, muy primitivas y difíciles de modular, por eso se da esta reacción humana tan extrema.

Estas reacciones humanas evolucionan con dificultades para comprender y situarse en el mundo y evolucionan también con dificultades para procesar y modular las emociones, que son fundamentales este otro campo, al que no se le hace normalmente ni caso o muy poco caso en los servicios profesionalizados actuales. Y además con dificultades para integrarse como sujetos, como dotados de un self, como dotados de una identidad definida. Siempre en este caso de la psicosis hay un trastorno de la identidad en la integración personal, de ahí que sea tan importante ayudar a los allegados y a los familiares a no perder la confianza en ellos mismos cuando el paciente desconfie de ellos, porque va a

desconfiar, casi seguro, y es básico también estar en contacto con lo que nosotros decimos la parte sana de los pacientes, que también está, por mal que esté, la parte sana.

La psicosis además es un trastorno muy particular porque evoluciona como crisis y recaídas al menos durante bastantes años, al menos esa es la tendencia, pero también con mejorías y recuperaciones. Es un trastorno que implica problemas en la vinculación y en el apego con los seres significativos y por eso es tan difícil a veces en tratamiento. ¿Porque? Porque siempre hay conflictos de confianza-desconfianza, de integración-desintegración y de control y descontrol, que les voy a contar a ustedes, que los han vivido estos conflictos de control-descontrol exacerbadamente. Pero todo eso ha cambiado mucho en los 30-40 últimos años. A mí me enseñaron esta idea de la psicosis hace 50 años, que era una evolución que de repente aparecía y que cambiaba la vida a las personas y que no tenía nada que ver con la vida a las personas si no que era, por eso se le llamaba el “brotos” se le sigue llamando el brot, nada que ver con la visión actual, o poco que ver con la visión actual de la psicosis, por ejemplo, esta es la perspectiva de Kohlberg , que durante años, decenios, ha supervisado todos los equipos escandinavos que se dedicaban a psicosis, ya habla de una fase prodrómica, antes de que aparezcan los síntomas de todo un largo periodo de sufrimientos individuales y familiares que es la pre-psicosis, etc., y nosotros incluso hemos descubierto y hemos aportado con otros investigadores, sobretodo también nórdicos, que hay incluso síntomas o señales que comienzan muchos años antes, entre 11 y 12 años antes y que más nos valiera poder estar atentos a eso que ha aparecido y no esperar a que esté tan crónicas las cosas que por eso hay situaciones de violencia y de agudeza, porque esperamos 11 o 12 años en nuestra sociedad.

Y además, para terminar esta parte introductoria, les quería decir que desde esta perspectiva, hay que tener unas premisas básicas, unas ideas básicas comunes a familiares y a pacientes, o al menos eso es lo que a mí me parece, a ver qué les parece a ustedes.

Primero: que no hay pacientes psicóticos, si no pacientes con psicosis, es decir, que siempre hay partes sanas en el momento más trastornado de nuestro familiar. Lo que nos cuesta a veces, son a los profesionales, ponernos en contacto con ellas, ustedes si lo tienen en casa, se tienen que poner en contacto con ellos forzosamente, ojalá nosotros tuviéramos esa capacidad-habilidad

Segundo: que cuando pensamos lo que está pasando en esta familia, piensen ustedes y nosotros que lo que estamos viendo ahora es una metáfora, es decir, reconstruimos lo que pudo pasar hace muchos años, nos podemos equivocar todos, los profesionales incluidos por aquello de que la culpa la tuvo... quién sabe. Hace un mínimo de 10 años que aquello comenzó a pasar, quien sabe lo que está pasando ahora, hemos de ser muy respetuosos, porque además no tenemos que ver los factores de riesgo como eventos causales, es decir, le dejó la novia, usó drogas, se emborracho durante un mes, tal no sé qué, ese es el elemento causal. No!, ese es un factor de riesgo, que si se acumulan factores de riesgo, y esto es lo que hemos visto en nuestros jóvenes que comenzaban la psicosis o que habría riesgo de que la comenzaran aquí en Barcelona, pero en todas partes del mundo que se investiga esto, es decir, aquí, en el norte de Inglaterra, en los países escandinavos, Australia, nueva Zelanda, algunos lugares de estados unidos, se ha visto que hay chicos y chicas en los que los factores de riesgo se van añadiendo, estos son los más vulnerables, mientras que otros les puede caer encima una catástrofe, una tormenta, una catástrofe social, el Sandy, y lo pueden recuperar progresivamente, disminuyen los factores de riesgo. El reclutamiento de factores de riesgo, es decir, cada vez más eso es lo serio, y en donde más podríamos ayudar socialmente.

Y luego por último, insistirles en que incluso lo que ocurre en la psicoterapia o en las entrevistas está ocurriendo decenios después de que los factores de riesgo hayan estado funcionando.

De ahí que no tener en cuenta estas premisas hace que nuestra atención profesional hoy a las familias, adolece al menos de estos cinco defectos desde mi perspectiva. Primero: de desatención, las familias de los pacientes con psicosis, están enormemente desatendidas en nuestro medio en términos generales.

Segundo: a veces es casi mejor, porque hay quien sigue culpabilizando y responsabilizando y entonces yo siempre digo lo mismo, un paciente ingresado que mejora y el psiquiatra del hospital que dice: el paciente mejora, bueno, preparemos la vuelta con su familia, y yo siempre digo lo mismo, y por qué con su familia. A lo mejor el paciente querría ir a otro sitio a lo mejor la familia querría descansar, porque la sociedad no provee, la sociedad española y otras muchas, pero la española y la catalana no proveen de medios para que el paciente pueda ir a otro sitio, a veces es lo que le iría mejor, no ir a la familia, sino ir a otro sitio, esos sitios tienen que existir, existen en los países escandinavos, porque nosotros que somos Europa, aunque seamos un estado de medio estar, no de bien estar, eso que dicen, que nos rompen el estado de bien estar, que va, no se lo crean ustedes, nunca llegamos a un estado de medio estar, los presupuestos para el cuidado de la infancia de nuestro país, por ejemplo, de hace decenios no es de este gobierno, viene hace dos decenios, que son los más bajos de toda Europa. A veces nos ha pasado Bulgaria, por abajo, pero normalmente son de los más bajos, que quede claro esto, los cuidados sociales de la infancia son los más desastrosos de nuestro país. Encima responsabilizar más a la familia, hombre!, si uno piensa, se necesita tener cara para responsabilizarla más todavía.

Idealizar nuestras capacidades, además nos creemos que podemos hacer grandes maravillas con las familias que llevan muchos años batiendo el cobre en su situación, y más que aprender que ir dando lecciones, y claro, todo esto tiene que ver con una falta de formación teórica y técnica que a mi entender y lo siento mucho, pero a mi entender está ampliamente difundida entre los profesionales españoles y catalanes en este campo. Y sin embargo la familia nos ayuda en cantidad de elementos y momentos de nuestro trabajo en estos campos, por ejemplo, en detectar precozmente, que el paciente o sujeto está sufriendo enormemente. En la exploración, el diagnóstico inicial, yo no sería capaz de hacerlo en mi orientación de la psicosis si no fuera por las familias que ayudan inicialmente. Las familias son las que han contenido con el paciente. Existe en nuestra sociedad la idea del primer episodio, fue cuando ingresa por primera vez. Ustedes sí que han tenido familiares en su casa, y saben que el primer episodio y el segundo y el tercero han sido antes del ingreso. Pero hay un narcisismo profesional tan extendido que nos creemos y lo publicamos así, e investigamos sobre el primer episodio, como si el primer episodio fuera cuando el paciente ingresa en el hospital. No, los que atendemos precozmente a estos pacientes, sabemos que, lleva con episodios bastante tiempo y la familia y el paciente sufriendo bastante tiempo, no nos creemos que somos el centro del mundo, que en calidad lo somos bien poco. Es la familia la que nos ayuda a determinar los factores de riesgo, protección y señales de alerta, es la familia la que nos ayuda a que el paciente se hace una narrativa que a los demás no nos gusta, no estamos de acuerdo. Hacer otra narrativa mejor es función de todos, es decir, narrar aquello que pasó y que le ha pasado en la vida, que es tan importante para que un paciente mejore, construirse otra historia vital, que no sea los rayos que me echan desde Montjuïc, o que me están envenenando con las lechugas, sino, construirse una narrativa vital un poquitín más adaptada, eso es un trabajo fundamental, que sin la familia hoy en día es difícil hacerlo. El tratamiento integral es imposible hacerlo sin la familia. Infundir esperanzas realistas, es imposible hacerlo sin la familia, a veces los pacientes empeoran en determinados momentos simplemente porque la familia está desfondada y puede estarlo en varios momentos, es decir, desesperanzada. Es decir, cómo podemos ayudar los no familiares. En el libro del duelo, que antes ha nombrado Angels, yo propongo tres vías diferentes. Una es acompañar, estar ahí acompañando cuando no nos toca ser profesionales de este caso de esta familia. Asesorar, que es dar nuestras ideas profesionales, que a veces es lo que mejor le va a las familias y en algunos casos intervenir, intervenir activamente con los tipos de elementos que sean que van desde los fármacos hasta la psicoterapia pasando por las técnicas cognitivas o conductuales.

¿Qué sistemas de ayuda conocemos hoy que van bien para la familia en estos casos? La exploración y ayuda familiar breve, los grupos psicoeducativos y los grupos multifamiliares, al menos estos grupos sabemos hoy que funcionan. Habrá que estar preparado y prepararse para hacerlos. El grupo psicoeducativo que es orientación inicialmente cognitivo-conductual, y no psicoanalítica pero sin embargo en nuestro servicio los hacíamos habitualmente y es tratar con las familias de una serie de temas para que todos estemos de acuerdo y tengamos una idea común de esos temas que son como aparece la psicosis, que tratamientos ahí, qué papel puede jugar la familia, qué hacer con las dificultades de convivencia cotidianas, cómo prevenir nuevos episodios y luego una sexta sesión en la que hacíamos lo que los asistentes quisieran. Y además si necesitamos hacerlo un poco más intensivo por que la situación de dificultad de la familia o sufrimiento familiar, hay la ayuda familiar que normalmente la teníamos todo lo largo del tratamiento durante 2 o 5 años, la psicoterapia familiar en algunos casos que la familia lo pedía o lo necesitaba y luego la atención individual, que al menos si un familiar o un allegado próximo al paciente quiere decir algo, que tenga un sitio que se le escuche. Eso es lo que llamamos atención abierta. Esto hay que combinarlo de determinadas formas que explicaba en otro lugar, pero desde luego lo que no podemos es estar mirando para otro lado. Que es lo que estamos mirando los profesionales y no digamos los administradores y políticos en este momento. Porque la familia nos ayuda, como ya decíamos, desde los primeros momentos y es imprescindible en esta clasificación de los momentos de la psicosis que es la que nosotros usamos actualmente y nosotros podemos ayudar a la familia en muchos momentos, pero no en todos, hoy por ejemplo se sabe que a los 30 años, muchos de los pacientes, precisamente los pacientes que menos psicofármacos han recibido y que han vivido más insertados en su red social, mejoran bastante y mejoran menos los pacientes con psicosis que han estado más medicalizados y más en contacto con la red social, igual que pasa en los países del tercer mundo donde los pacientes mejoran mucho más que en nuestros países de Europa, que quede claro, es decir, en buena medida la psiquiatría actual está cronificando a pacientes y esto hemos de tenerlo en cuenta, lo contrario es igual, que implica mayores desajustes, mayores incertidumbres, emociones más altas y hay que tener un dispositivo para ayudarles, sino tenemos este dispositivo para ayudarles a los pacientes y a ustedes, no podemos montar esa otra forma de atención pero hay que saber también que la forma de atención tradicional, usual, en muchos países del sur de Europa consiste en cronificar a los pacientes que así dan menos guerra. Dicho duramente, pero no estoy hablando de opiniones eh?, es investigación. Investigación conocidísima de que los pacientes, llega un momento en que mejoran, no significa que decían mis compañeros antes, esa recuperación no significa que de repente se convierta, y algunos si, por ejemplo cada año nos visita John Forbes Nash, que es el de La mente maravillosa, de la película esta, que es un premio nobel de economía, precisamente. Bueno, John Forbes Nash, al mismo tiempo construyo su teoría de los juegos y la decisión por la cual le dieron el premio nobel y la esquizofrenia paranoide que desarrolló y que padeció durante años. El señor viene, le gusta mucho España, y le gusta venir a España y de vez en cuando. Leí una entrevista con un periodista asombrado que le decía: pero usted doctor Nash, con lo sabio que es y lo mucho que sabe, ¿como puede creerse que hay dos personas que le hablan y que le hablan solo a usted? Porque padece este tipo de experiencia inusual, a la que llamamos alucinación de que tiene dos personas que le hablan solo a él, nadie de los demás ve a esas dos personas, y Nash de 86 u 84 años, no estoy seguro, le contestó al periodista: mire usted, es verdad que me hablan, pero cuando yo necesito trabajar o preparar algo, les digo, quietas, quietas, quietas y me pongo a trabajar. Eso se llama disociación instrumental, algo que tendríamos que aprender a difundir los profesionales y no lo hacemos. Lo que hacemos es tapparles la boca a los pacientes con neurolépticos. En vez de estar, este señor, sobrevivió a 20 años, 30 años de tratamientos, bastantes brutales, eh? No pequeñitos, entre otros de electroshocks, eh?

¿Por qué? Todos vivimos en un clima que no es tan fácil como nos lo pintan, es decir todos vamos haciendo transiciones del desarrollo, algunas en la del nacimiento, la deambulacion la autonomia creciente, todo eso son conflictos familiares siempre. Más o menos suaves, pero siempre. Algunos

sufren o sufrimos transiciones, que yo llamo accidentales, que son: separaciones, separaciones de los padres, migraciones, migraciones donde el porcentaje de migraciones y de pacientes hijos de migraciones que tenemos en nuestros servicios, deberíamos aprender mucho sobre eso, ¿no? Y algunos encima tienen duelos complicados, pérdida del padre o la madre, pérdida del hermano, en ese clima, es en el que nos desarrollamos, ahí tienen un cerebro, en realidad es la composición de múltiples cerebros, decir, como crecen la sustancia blanca de los 5 a los 20 años, un compuesto de imaginación cerebral y de tomografías axiales computerizadas y todo ello pasado por ordenador en la universidad de California, Los Ángeles. Miren ustedes, el cerebro de 5 años es así: rojo y verde en el sentido que predominan neuronas. ¿Y durante 15 años qué es lo que hacemos? Relaciones para que predominen conexiones. Depende como sea ese tiempo, el resto de la vida va a ser diferente nuestro cerebro, ya no solo nuestras relaciones si no incluso, nuestro cerebro. Teniendo en cuenta todo esto, ya hace una serie de años, ya lo ha nombrado Angels, se nos ocurrió que había que difundir esta otra idea de la psicosis que tuviera más en cuenta al paciente como sujeto y a la familia como sujetos no pasivos, sino activos. Comenzamos por un libro de John Reid, que es un psicólogo de orientación cognitiva que trabaja en Nueva Zelanda, un libro muy chocante, en la misma colección utilizamos otro libro de una psicóloga que que dirigió durante 22 años los servicios de psiquiatría de Helsinki, en Finlandia, y un libro mío, pero me interesaba más hacerles ver, que progresivamente nos hemos dado cuenta de eso que les estoy explicando ahora. Que el cambio de actitud tiene que pasar por considerar mucho más las experiencias personales de los pacientes y las experiencias personales de los participantes profesionales también. Y en ese sentido publicamos este libro que trata de 20 ingresos en hospital psiquiátrico: cómo lo vive el paciente, cómo lo vive algún familiar de él, cómo lo vive su psiquiatra. Las experiencias que han tenido en Gran Bretaña, este, es un libro más bien, una colección de historias, 20 historias vistas desde 4 lugares diferentes. Este libro después de que lo publicaran, es un libro británico y el Royal College le dio un premio por la calidad del libro, no porque nosotros lo publicáramos, que estaba publicado en inglés, eh? Que conste, es una traducción. Y que tiene una introducción también sobre la psiquiatría en nuestro país y en Chile. En este sentido, de darles protagonismo a las familias, nos hemos dado cuenta de que nuestros sistemas de trabajo estaban muy atrasados y poco tecnificados en este campo de atención a las familias. Hemos publicado este libro que es para profesionales noruegos, ya se ve, solo los nombres ya son complicado. Esto de herksrdj allkdsfur, ya es complicadillo en sí, pero sin embargo el otro es todo lo contrario, es de un psicólogo de otra orientación diferente a la mía, británico, que se dedica a, esto que nos deberíamos dedicar todos, y es hablar con los pacientes e intentar trabajar con ellos, precisamente su parte más afectada. ¿Crees que estás loco? Piénsalo dos veces. Dice Tony Morrison que además es de este estilo de persona, así, directo y humorista. Acabamos de sacar otros dos libros, que son libros de público en general. Uno que trata de desmontar todas las cadenas de falsedades con respecto la psicosis que se han ido montando a lo largo de los años, cadena carísima, por cierto, y esto es lo que demuestra Richard Bentall que es otro psicólogo de la Universidad de Bangor, en el Reino Unido. O estos otros 2 psicólogos zelandeses, austrozelandeses, que directamente investigan profesionalmente el sentido de la locura. ¿Qué sentido tiene la psicosis para el propio paciente, para qué vale? ¿Para qué vale en relación con la familia? ¿Qué es lo que dicen, qué es lo que piensan, por qué lo piensan así? Ese es el sentido de la locura. Y lo que viene detrás es de lo que les estoy hablando, es el trabajo, el libro que yo estoy preparando y que les estoy ya hablando en este momento y les voy a decir una serie de ideas: las más prácticas y tal vez las más chocantes son las que introduzco en este libro. Por ejemplo: principios básicos de ayuda a la familia en la psicosis. Yo parto un postulado básico, algo que habrá que cambiar en nosotros y en las familias y ocho puntos clave.

Uno, el tratamiento debe comenzar cuanto antes. Hay que hacerse a la idea que es continuado, que no puede tener interrupciones impuestas ni por el paciente ni por el familiar ni con los profesionales, pero que hay que ponerse de acuerdo en acuerdos a tres bandas. Profesionales, paciente y familia, en el caso de la psicosis.

Que hay que definir entre todos las señales de alerta y recaída y los factores precipitantes, desde el principio, para intentar evitarlos si se puede, que no siempre se puede. Pero si no se definen, no se va a poder. Pues definición y es la situación actual en gran parte de los casos. Y que es conveniente adquirir unos conocimientos previos. No los que vienen en internet, que pueden ser muy peligrosos, también hay páginas muy buenas, pero un poquitín más esperanzadores.

Otro elemento que yo les recomiendo a ustedes es lo que llamo instigar gramos de duda. Cómo hacer dudar del delirio. El delirio nos lo explicaban hace tiempo, convicción sobre un tema, idea, o complejo de ideas. Resulta que la convicción nunca es total. Y por lo tanto como instigar gramos de duda, fíjense que lo digo en términos muy suavitos, es fundamental. O cuando su familiar les dice que no que no, que me están persiguiendo, me están envenenando, yo no como estás sustancias, porque estás sustancias tienen una o están preparadas por los veganos o están preparadas por los reptilianos o tienen que ver con el grupo Bilderberg o no sé qué. Cualquiera de estos delirios que están más de moda en estos momentos, les estoy hablando de delirios de pacientes conocidos por mí directamente. Y está insistiendo esta pregunta que ustedes se hacen: ¿les damos la razón o no se la damos? Cuándo dársela y cuándo no dársela. Cuándo dársela y cuándo discutir. Y cómo hacer para quitarse de en medio cuando ya no queda más remedio. Yo les propongo la idea de las experiencias alternativas, que luego si puedo les diré alguna cosa. O en la medida de lo posible, modular la emoción crítica, si hay problemas, hablar bajo y no criticar, precisamente porque hay problemas, que lo que nos sale, es gritar más y criticar más. Pues precisamente hacer lo contrario. U otra serie de elementos que tiene que ven con modular lo que se llama la emoción crítica. Y luego por supuesto ustedes deberían participar muy activamente en la creación de otro tipo de servicios que se parezcan mucho más a los servicios europeos, por cierto no, de tipo, Pondialo, del tipo Tiang o el tipo esot. Incluso para ingresos, que son otros modelos de ingresos muy diferentes.

Claro, eso parte de la idea de que no hay familias modelo, cada familia intenta sus adaptaciones como puede y a lo largo de todos esos años, de la idea de que todos cometemos errores en la familia y con los hijos, por lo tanto cuando decimos alguna familia, si partimos de la idea de las que hemos hecho nosotros en ese mismo campo familiar, seremos bastante más suaves y cuidadosos. Porque todos podemos cambiar y mejorar, cualquier familia y nosotros mismos, hasta nosotros podemos cambiar yo creo, hasta nosotros, ya es más difícil, eh? Mantener esos principios no es culpabilizar a la familia al contrario de lo que dicen algunos, o además no necesitamos para crear mecanismos en los que todos sufran menos, que son posibles de crear. Por ejemplo, la idea, lo importante no es lo que pasó y que nos culpabilicemos, si no, haber, que podemos hacer a partir de ahora, para sufrir un poquitín menos, microgramos menos, pero vamos a verlo, en que, y buscarlo entre todos, ese, en que. No hay explicaciones sencillas cuando les digan... hay un gen... ya se sabe que no hay un gen... hay un trozo de un gen... se sabe que no hay un trozo de un gen, también, ¿no? Todo eso son explicaciones supersencillas y había un periodista norteamericano que decía algo así cómo: cuando a un tema complejo, se le da una solución simple, uno piensa, hay que bien te ha dao no sé qué.

Invariablemente es falsa. Una cosa tan compleja como la psicosis, soluciones simples e ideas simples, es la dopamina, es el desequilibrio electroquímico cerebral que está de moda, es la relación con la madre, es... bah, esto son simplificaciones alusivas por definición falsas, como decía Michael.

También otro elemento clave, es tolerar la disociación de algún familiar, que a veces trae graves problemas en la familia. Hay uno que no quiere saber nada y se va a Calatayud, o quien dice se va a Calatayud, se pone a hacer la tesis, o quien dice eso se va a una mina, o quien dice, se va al extranjero y la familia entonces se enfada porque realmente no colabora en una situación muy difícil. Hay que saber cómo manejar ese conflicto, porque a lo mejor, esa persona no sobreviviría si se quedara, pero claro, nos quedamos con menos medios para atender a esta familia. Y recordemos además que la psicosis no es solo un tema de familias y pacientes sino, de toda la sociedad, porque tiene que ver, y eso es tan

importante, por eso es tan importante esas aportaciones a las investigaciones recientes. Ha comenzado muchos años antes, ¿que hemos hecho socialmente para cuidar estas familias esos años antes? Porque luego vienen esas situaciones que primero son discusiones de guante blanco que acaban siendo otro tipo de discusiones y que pueden tener estas repercusiones que ocurre en todos nosotros en todas nuestras familias y por supuesto en las familias en esta situación. Por eso son tan importantes lo que yo llamo los pactos a tres bandas, que es una técnica que les propongo que practico desde hace mucho tiempo, por ejemplo, cuando el paciente se niega ir al centro de día, tomar una medicación, hacer una psicoterapia, no sé qué... ¿cómo hacerlo? A base de gota malaya no funciona a base de insistencia brutal o de críticas tampoco. Yo les propongo el pacto a tres bandas: profesional, pero para eso hay que tener formación los profesionales, ciertamente. Profesional, familia y paciente. Usted tiene que tomar esta medicación o ir al centro o lo que estemos planteando es este momento... ¿está usted de acuerdo? Hay que haberlo preparado y al paciente, son pacientes con psicosis, pero no son tontos. Si lo sabemos hacer, nos lo saben decir que si en determinados momentos, pero luego van a decir que no, eso lo sabemos todos también. Hay que decir, ¿está usted de acuerdo? El paciente dice que sí, pues si lo está quiero otro acuerdo de usted: como sabemos que en más de un momento le costará tomar la medicación y hacer esa serie de cosas, la una sola por pacto, quiero que quede claro aquí y ahora que usted autoriza a su familia a que si no lo hace, se lo recuerde usted mismo hasta un máximo, suelo decir 5 veces, al día y nunca a gritos. Si sigue sin cumplir este pacto, su familia está autorizada a decírmelo a mí, al profesional. Si usted siente que su familia se mete demasiado en demasiadas cosas, puede hacer lo mismo, primero se lo dice a ellos, pero no más de 5 veces al día y nunca a gritos y si no basta me lo dice a mí. Ese es un ejemplo de pacto a tres bandas, que en el caso de las agresiones es mucho más importante. Todos los que estamos aquí sabemos que a partir de ahora se le dice al paciente con familia, familiar y profesional, una agresión va a significar revisión del tratamiento, comunicación a servicios competentes y un probable ingreso urgente. ¿Lo sabes? Seguro que quieres evitar esos sufrimientos para todos, ¿estás de acuerdo? Pues a partir de ahora eso es lo que vamos a hacer, y se hace. No siempre sale, evidentemente, pero al menos el paciente con su parte sana, intenta cumplirlo, porque padece una psicosis, pero no es un desalmado, ni muchísimo menos, intenta cumplirlo, lo cumple más o menos.

O la técnica de experiencias alternativas que les decía. Cuando el paciente o el sujeto insiste en sus experiencias inusuales, particulares, la idea que les decía antes es instigar gramos de duda, pero si la discusión se convierte en algo básico en el día a día, hable de otros asuntos en los que haya acuerdo incluso de los temores y ansiedades del paciente.

En caso de que el paciente insista en discutir, aplique lo que llamo la alternativa a las experiencias alternativas, es decir algo así como decir, mira tú piensas eso, pero yo no. Esa es tu experiencia, pero no la mía, ahora bien, podemos estar de acuerdo en muchas otras cosas, que va a ganar el Barça, que si el Español, que si no sé qué o en él no se cual. Y háblenle bien de aquello, partiendo de que no estamos de acuerdo en esa situación. O la técnica que ya por falta de tiempo no se la voy a mencionar de mudarse al sentimiento. Qué es trabajar con los sentimientos siempre que se pueda, más que con las emociones, más con los dichos, o cuando debería pedir ayuda. Esto es un tema clave en su vivencia. Morrison ha desarrollado una especie de cuestionario para ayudar a pensar al paciente con psicosis. Para ayudar a pensar, ¿cómo te sientes? ¿eres capaz de las cosas que deseas hacer?, etc. Hay personas que han comenzado a señalar que te comportas de manera distinta a la habitual. Hombre pues piénsatelo si ya te lo están señalando y el paciente se da cuenta de esto, solo que no tiene con quien hablar, o un cuestionario aprovechando que a muchos pacientes de este tipo les gusta escribir, las cosas escritas, yo he desarrollado junto con Morrison, un cuestionario para que repase o el propio paciente o mejor con uno de ustedes lo que el paciente hace y no hace durante el día, evito utilizar el transporte público, evito caminar solo por la calle, evito los espacios abiertos, fiestas, por las noches para dormir durante el día fumo porros o consumo drogas, etc.. Una serie de preguntas muy típicas, suna detrás de otra, sobre

eso y que el paciente que le gusta lo que le gusta lo de poner la crucecita, muchos de ellos, y al final se le ocurre decir, si has puesto la cruz en más de cinco de estas situaciones no te parece normal que te miren o te traten como raro ¿Podríamos cambiar esto? Que es una llamada a la participación del paciente, esto es la primera institución de esoteria para decirles que hay otro tipo de ingresos, esto es un lugar de ingresos, eh? Un lugar de ingresos que hay en Berna, en algunos lugares de Estados Unidos, en el norte, en los países escandinavos, con otra forma de hacer el ingreso totalmente diferente. Aquí les traía una serie de elementos, solo se los iba a nombrar, pero no hace falta, sobre en que hay que ponerse de acuerdo, familia y profesionales, como hacer la comunicación verbal, como hacer la comunicación no verbal, como tratar la comunicación inconexa o delirante, como hacerlo en el caso de los pacientes ya más antiguos, que llevan más años evolucionando y sobretodo ya para terminar, recuérdense ustedes de los cuidados del cuidador, esto es fundamente, absolutamente fundamental, sin esperanza en la familia en nuestro país, que le cargamos a la familia con demasiadas cosas, no hay mejoría en el futuro, no hay perspectiva para ese paciente ni para los profesionales que le atienden, y por eso les propongo esta serie de ideas básicas que les iba a explicar más, pero es compartir, no hay un cuidador, eso es malo, si hay solo un cuidador, es que hay un error, hay que replanteárselo. Cuidador o cuidadora. Aplicar los sistemas de cuidados del cuidador, que por ejemplo en esta página web de sociedad de medicina de familia española están, uno de ellos. Buscar recursos personales para relajarse o distraerse, no es pecado ir al cine ni otra serie de cosas, aunque uno tenga un paciente, un hijo con psicosis o un hermano con psicosis. Grupos de ayuda mutua y semiprofesionales funcionan y ayudan y las dos asociaciones de familiares que nuestro país están realizando una labor importante, y más que tendrán que realizar en el futuro. La FEAFES, la FECAFAMM, etc, es decir, poderse divertir y distraer con cualquiera de los sistemas, no es pecado, con las mascotas que funcionan muy bien para los familiares y para los propios pacientes, con los sistemas de ayuda diversos, con la naturaleza, por cierto, que es un buen sistema para este tipo de pacientes, es todo tan hermosísimo, no está tan lejos, es el nacimiento del río Cuervo, está allí cerquita, se puede visitar, se puede ir, se puede caminar, se pueden hacer grupos, hay que pensarse cada cual, piensen, piensen, que les puede ayudar más, que nos puede ayudar más, los profesionales por supuesto que tendríamos que pensarlo también.

Y para terminar unos puntos clave, 1) las psicosis son siempre parciales, 2) hay que amortiguar la explosión emoción, 3) las ayudas psicológicas y psicosociales son fundamentales, 4) recuerden la técnica, las experiencias alternativas, los pactos a tres bandas, la constancia pero sin dar la paliza, el mantener la esperanza en la familia, los equipos profesionales dedicados también a eso. Quevedo, que es este señor de aquí, tenía un problema que a menudo les ocurre a ustedes, que es que, y si cambiáramos de ciudad, de casa de país, de residencia de tratamiento de tal no sé qué. Quevedo en una novela suya, maravillosa que es la vida del Buscón Don Pablos, año 1608 decía esto:

Dice el buscón don pablo a su amante: Determiné con su dolor, con primer a "la Grajales" su amante, de pasarme a las indias con ella a ver si mudando mundo y mi tierra, mejoraría mi suerte. Y fuéme peor, como usted mismo verá en la segunda parte, pues nunca mejora su estado quien muda solamente de lugar, y no de vida y costumbres.

Esto es un aprendizaje del 1608. Cuando el paciente diga: ¿y si me fuera a trabajar a una mina? ¡Y los padres dijeron sí!, ya sabíamos lo que iba a pasar, no lo pudimos evitar, afortunadamente lo protegimos y vino muy rápidamente de la mina porque padecía una psicosis, pero no es tonto ni mucho menos. Pero para eso hay que tener una formación que en los países nórdicos significa 5 o 6 años de formación de los profesionales, financiados además por la Administración, que no financia solo ladrillos. De las 500 personas que dice nuestro gobierno que había en la plaza del Sol hace unos días, la 501 era esta, que pensaba esto y que pensamos que hay que pensarlo, o en la Plaza de Catalunya, están gritando, manos arriba, esto es un atraco, que es en la situación en la que estamos, en un atraco generalizado en la que yo les propongo que se cuiden por favor y conservando su capacidad de indignación.

