

# XIII Jornades de salut mental a Nou Barris

DEPRESSIÓ, CAUSES I EFECTES,  
com intervenir-hi?



8 i 9 de novembre de 2013

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

## XIII Jornades de Salut Mental a Nou Barris

### **Depressió, causes i efectes**

### **Com intervenir-hi?**

Divendres dia 8

#### Acte d'inauguració

#### **José Trujillo Pelegrini, President de l'AFEM de Nou Barris**

Buenas tardes a todos. Autoridades presentes en el acto, señoras, señores, me presento: soy presidente de AFEM, José Trujillo, desde el año 1996. Hoy como es tradición desde hace años celebramos la XIII Jornada de Salud Mental de Nou Barris. Estas jornadas tratarán sobre depresión, causas y efectos y cómo intervenir.

Al acto nos acompañan representantes de las administraciones siguientes: Instituto Municipal de personas con discapacidad, IMD, gerente señor Ramón Lamiel; vicepresidenta de la Federació Salut Mental Catalunya, señora Mercè Martín, y doctor Joan Estany, gerent del Consorci Sanitari de Barcelona. El primero sustituye a Irma Rognoni, regidora del Ayuntamiento de Nou Barris, el segundo sustituye a Xavier Trabado, presidente de la Federación y el tercero, que se encuentra entre el público, viene en representación del Molt Honorable señor Artur Mas, presidente de la Generalitat de Catalunya.

La asociación de familias por la Salud Mental de Nou Barris, funciona desde el año 1996, hace 17 años. Como misiones más importantes están las de reivindicar y defender los derechos del colectivo de la salud mental delante de las administraciones, la red pública de salud mental y de la sociedad. Desde la asociación realizamos soporte de orientación e información, mantenemos relación directa con la red socio-sanitaria e instituciones, divulgación de todo lo relacionado con salud mental, organización y participación de todo tipo de actividad relacionada con la salud mental, formación informática y reciclaje de los miembros de la junta. Como comprendéis todo este trabajo está desarrollado a lo largo de los 17 años por juntas diferentes de padres o familiares que tienen a su cargo un enfermo mental. En el momento actual de todos es conocida la crisis económica en que estamos inmersos, esto se traduce en restricciones dinerarias sin las cuales es del todo imposible que nuestra asociación pueda seguir el trabajo que está realizando. Desde este lugar solicito a las

administraciones que aportan los ingresos anuales para la marcha de la asociación que lo hagan ya, que hay alguna administración que adeuda el año 2012 íntegro. A fecha de ayer el saldo de la asociación es de 89,72 euros, según me comunica el secretario de la asociación. El cuaderno AFEM de Nou Barris detalla con más amplitud la situación por la que atraviesa la Salud Mental en Catalunya, rogamos su lectura y difusión. Con referencia a las XIII Jornadas de Salud Mental de Nou Barris creemos que son necesarias, por el momento crucial en el que vivimos estas jornadas nos darán conocimiento para abordar en lo posible los temas planteados en el tríptico que se adjunta. Gracias por vuestra asistencia y ayuda, ya que sin vosotros no se podrían celebrar estas jornadas de salud mental. Seguidamente paso la palabra a Mercè Martín.

### **Mercè Martín, vicepresidenta de la Federació Salut Mental Catalunya**

Bona tarda a tothom. Disculpeu que estic molt afònica, no sé si se'm sentirà bé.

En primer lloc voldríem agrair des de la Federació a l'associació per un any més haver-nos convidat a inaugurar aquestes jornades i a més a més a participar-hi. Voldria disculpar a Xavier Trabado, president de la Federació que és qui hauria d'estar aquí però per motius li han impossibilitat totalment l'estada i li ha sabut molt de greu i m'ha dit que us ho fes saber. La part positiva... bueno, estic jo i el fet que hagi vingut jo, m'ha donat peu a conèixer una mica més tota la tasca que s'està fent des d'aquesta associació i felicito l'organització d'aquestes jornades tant pel fet en sí com pel contingut que tenen, continguts tots ells molt vigents que marquen i hi posen de rellevància la problemàtica de salut mental i que pot ser ens han d'impulsar molt més a treballar conjuntament i a resoldre al màxim els temes que es puguin.

Es parlen en aquestes jornades de depressió, és un tema realment molt preocupant, sembla ser, que les dades indiquen que al 2020 serà la segona causa de discapacitat i actualment ja hi ha un casi 20% d'augment i un també 10% de situacions d'angoixa, d'ansietat. Ja fa temps que l'OMS i moltes institucions estan avisant que és un tema que s'ha de prioritzar i desgraciadament encara estem una mica a la cua de totes les malalties. Penso que aquesta crisi està afectant evidentment tant a nivell sanitari, professional com a nivell personal, per les situacions que es viuen, tot això evidentment anirà en increment, però també és potser un moment de fer rellevància i d'insistir molt i molt en un treball conjunt, aquí el que m'ha agradat molt d'aquesta associació és que treballen en xarxa amb el que és salut pública, això és ideal perquè no ens hem de solapar, precisament ens hem d'ajudar i col·laborar i justament jo

voldria fer aquí una mica d'insistir en el moviment associatiu, la importància que té, perquè potser des del moviment associatiu que som molts i fem molta força i manifestat a través de la Federació, podem aconseguir a vegades fets que a lo millor els mateixos professionals no poden: mira vosaltres ja teniu sou, encara gràcies que esteu aquí, que ens reclameu més, no hi han diners, tristament, però a vegades sí que fem canvis de gestió, gestionem d'una altra manera els recursos o distribuïm millor els recursos i d'altra banda si les associacions, allà on no s'arriba per la part sanitària, perquè no hi ha prou professionals, prou recursos, som nosaltres, per lo que sí voldria tenir clar que la família i l'usuari no deixin mai d'estar atesos, perquè llavors el problema sí que serà encara molt més gran. Crec que aquí, hem de treure la part negativa de la crisi, que és fer-nos créixer a tots, posar-nos amb molta força i molta empena i tirar endavant i com diu el lema de la Federació amb el nou tema de la Salut Mental, que treballem tots junts i que treballem tots junts vol dir societat, professionals, familiars, persones afectades i tots junts obtindrà els millors resultats possibles, jo crec que si ens unim i fem molta força podrem aconseguir força a pesar de la situació.

Molt de gust, d'estar aquí amb tots vosaltres i cediré la paraula al company Ramón.

**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 tinentes 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 renunciem 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 dóna la cura, el que té cura de les persones i també tots els 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.

Primera taula rodona

## **Prioritzar la població jove en l'atenció als CSMA, programes PSI**

**Paloma Lago Baylin, directora CSMA Nou Barris Nord i Sud**

Bueno, en primer lloc, gràcies a l'associació de familiars de Nou Barris, ja portem un llarg recorregut de col·laboració i no solament amb les jornades si no que gràcies al treball conjunt i a les aportacions dels familiars i usuaris hem pogut repensar durant aquests anys quin, com i quina assistència donàvem, com podíem millorar-la, quins problemes no resolts teníem i de nou, un any més, us intentaré explicar alguna de les reflexions que estem en aquest moment. Em sortirà una mica del tema de la depressió major de la depressió perquè del que us parlaré és de la necessitat de prioritzar

l'assistència a la població jove, us diré per quins motius, què és el que hem fet durant aquests anys, què és el que farem i us posaré com a exemple un treball que hem acabat de fer, que és un estudi de continuïtat assistencial de població greu infantil i jove i del seu pas a l'atenció adulta, a l'atenció al centre de salut mental. Els motius per la prioritització de l'atenció a la població de 14 a 25 anys són diversos, el primer és que abans dels 25 anys s'inicia el 75% dels trastorns mentals dels adults, el segon és que l'inici de la comorbiditat amb tòxics, tabac, cànnabis, hipnosedants, alcohol, cocaïna és a partir dels 14 anys, el tercer és que els estudis d'utilització dels serveis de salut mental especialitzada ambulatoria a Catalunya, mostra, a Catalunya i a Europa, a estudis europeus també, mostra que la població de 16 a 20 anys, utilitza menys els serveis ambulatoris de salut mental que abans i després d'aquesta edat. Amb un estudi que vam replicar l'any passat de l'atenció i que vam fer amb col·laboració el CSMA i el CSMIJ i li dono les gràcies a la Roser Castellprim, vam veure que en un estudi d'utilització de serveis ambulatoris que vam fer a l'any 2012, a Nou Barris era, la caiguda de la utilització de serveis ambulatoris era de 17 a 19 anys. Quart, un altre motiu, l'estudi de taxes d'hospitalització per franges d'edat d'adults ens mostra, i és un estudi que vam fer l'any passat al centre de salut mental, ens mostra que la franja més alta de taxa d'hospitalització per 1000 habitants és la franja de població de 18 a 25 anys, incloent tant hospitalitzacions parcials com totals, amb una taxa d'hospitalització de 1,8 per 1000 habitants, és a dir que a l'any 2012, cada 1000 habitants, tenint en compte que la població de Nou Barris d'aquesta franja d'edat, cada 1000 joves d'aquesta franja d'edat, 1,8 van tenir una hospitalització l'any passat parcial, en el règim d'hospital de dia o total, a aguts o a subaguts. Part d'aquesta, comparant amb altres franges de població més grans, aquesta era la taxa més alta, això ens va preocupar, ho vam analitzar i vam valorar que part d'aquests, com és de la franja de 18 a 25 anys, part d'aquests pacients que havien hospitalitzats, ens arriben per primera vegada al CSMA després d'aquesta hospitalització. Una altre motiu és que existeixen sis xarxes que atenen la franja d'edat dels 14 als 25 anys, pediatria, metge de capçalera, caps, programa joves amb tòxics, CSMIJs i CSMA's i que això suposa una complicació i a vegades uns esforços per articular tot això molt considerables i a vegades uns punts d'ineficiència important dels que som tots responsables. Un altre punt, és la influència de la crisi actual, sobre aquesta franja de població, sabeu i els diaris ho diuen, que en aquesta franja de població l'atur està per sobre d'un 50% i per què és important, perquè moltes vegades és la impossibilitat d'accedir per primera vegada a la vida a un lloc de treball i les inseguretats que crea sobre les seves capacitats al jove d'aquesta edat. Jo me'n recordaré sempre d'una conferència del que és president del Parlament Europeu, que a més fa poc que ha vingut a Barcelona, el

Martín Shulz que deia que precisament el problema més greu per de l'atur d'Europa és com la franja de joves no accedeix a la primera feina i per tant no pot validar les seves capacitats. Una altra cosa, que és important és l'evolució, sabem que els trastorns mentals siguin greus, no greus, menys greus, depèn de la detecció precoç. I un altre, si dèiem que abans dels 25 anys s'inicien els 75% dels trastorns de l'adult, està claríssim que també és un motiu per a la prioritització. Un altre motiu, és que l'evolució dels trastorns mentals depèn dels abordatges que reben i per tant les preguntes que ens hem de fer com a responsables de la salut mental d'un sector són: estem atenent a nivell ambulatori els trastorns mentals... i aquí he posat greus, però no ho són, els trastorns mentals que ho necessiten? Què considerem per criteris de gravetat i aquí no solament la simptomatologia, si no també el funcionament personal per portar endavant les activitats de la vida diària però també la capacitat de fer un projecte personal, laboral, afectiu i sobretot amb aquesta edat i també els vincles familiars i socials i la inserció a la comunitat. Què és un tractament suficientment bo? Aquell i quan parlem d'un tractament suficientment bo, no estem parlant ni de orientacions teòriques si no de quines coses són importants, perquè sabeu que en el món de la salut mental ens hem perdut durant molts anys, històricament en debats que no tenien massa sentit, però què és un tractament suficientment bo? És aquell que reforça recursos de la persona o de la família en un moment del seu cicle vital i un altre aspecte molt important és aquell que crea un vincle de confiança amb el professional, equip, xarxa d'equips, que pot ser en algunes vegades molt breu, una entrevista aclaratòria, o pot ser unes entrevistes curtes, 4 o 5. Es va fer, fa molts anys, jo me'n recordo, quan començava a estudiar epidemiologia psiquiàtrica i utilització de serveis, que la major part de l'atenció especialitzada de salut mental, i eren estudis europeus, aquí ha fet poca cosa d'això, era que els pacients no arribaven a les 4 visites, la major part dels pacients. I si us fixeu, la major part de les vegades, això va ser una cosa que a mi, em va curtir, perquè jo tenia una formació com a psiquiatra, psicoterapèutica, psicoanalista, sistèmica, amb la que, sobretot la psicoanalítica que un pensava en una psicoteràpia prolongada, que això era lo bo. I la realitat et deia que no, que la utilització dels serveis no té res a veure amb això, i d'aquí va sorgir, i de la contenció de costos, tota els models d'intervenció breu. I jo us dic, pot ser molt breu o pot ser breu en els diferents moments del cicle vital i això és una cosa que ens permet l'estar en un centre de salut mental comunitari, i nosaltres ja portem des de l'any 1981, és a dir, portem 32 anys, que podem veure la longitudinalitat dels processos de molt pacients. I això no és una cosa que tampoc sigui una idea meua si no l'associació de psicoteràpia americana parla d'intervencions breus en moments del cicle vital, perquè sabeu que hi ha moments del cicle vital en que davant de nous problemes, de nous reptes a assolir una



persona pot tenir dubtes, descompensacions, etc. O també hi ha pacients que, que serien els mes greus, amb els que fem una atenció continuada durant molt anys i això, sobretot són pacients que tenim al programa TMS, que estan envellint amb nosaltres i o el estudi de continuïtat assistencial que us mostraré com a exemple.

Quines coses hem intentat fer per millorar l'atenció als joves, això era una preocupació i ja des del 2006 amb l'articulació amb el centre infanto-juvenil, amb el CSMIJ de Nou Barris, vam fer una aliança estratègica per muntar un hospital de dia per joves de 14 a 22, 23 anys precisament perquè volíem que els pacients greus que inicien la seva simptomatologia abans dels 25 anys, poguessin rebre una assistència que no comencés per una hospitalització total i jo crec que això va ser un dels objectius de posar-ho en marxa que estem molt contents i després de les xifres que us donaré penso que tenim que estar encara més.

Una altra cosa que vam fer, va ser que ja teníem un equip de PSI, sabeu que l'equip de PSI, l'objectiu primer era per poder apropar a pacients que s'havien desconnectat de la xarxa de salut mental per tornar-los a reconnectar a la xarxa de salut mental o pacients i això vam fer un primer estudi, hi vam treballar amb serveis socials, metges de capçalera, abans preparant el projecte de PSI, després vam poder intervenir amb arrel d'estar muntat l'hospital de dia de poder acompanyar els pacients. L'hospital de dia de joves ens va permetre dedicar part dels nostres PSIs a acompanyar el pacient i a treballar el pacient després d'un alta hospitalària, de l'alta de l'hospital de dia i per tant ens van centrar en una població més jove de la que ens havíem centrat al principi i això va ser un altre moment i això també ens va fer pensar que era important també arrel d'un estudi que també vam fer de l'assistència ambulatoria de Nou Barris per franges de població que vam veure que hi havia una taxa d'abandonaments de tractament en aquesta població de 18 a 25 anys, en relació a les altres franges d'edat. Allà vam pensar que teníem que dissenyar un tipus d'intervenció més adequada que la que estàvem donant i per això va sorgir el programa de joves que intervé en pacients de 18 a 25 anys, amb una intervenció ràpida, breu i intensiva, els resultat és que les taxes d'abandonament han baixat moltíssim i que ha sigut un resultat, una millora que hem aconseguit.

Una altra cosa que vam fer és, l'atenció psicoterapèutica que fem als CSMA's, sabeu que som un equip de psiquiatres, psicòlegs, treballadors socials i infermeria i l'equip de PSI vam dedicar tots els psicòlegs a que poguessin fer atenció psicoterapèutica, van deixar de fer primeres, van començar i actualment per franges d'edat, la població de 18 a 25 anys, els 67% rep atenció psicoterapèutica, o de breu o de forma continuada,

articulada amb psiquiatra o no. Què vam fer a més, una major dedicació del PSI a la població jove que han tingut una hospitalització, ara pacient que surt d'una hospitalització d'aquesta franja d'edat, sigui agut, subagut, conegut o desconegut, prioritzem el poder introduir un PSI per poder canviar el curs de la malaltia.

Una altra cosa, que intentem fer, una major dedicació de la infermeria a la població jove, i una altra cosa que hem començat a fer que és la reorganització de les reunions d'equips al CSM Sud, i en gener començarem al CSM Nord, per treballar per mini equips, sabeu al CSM treballa sempre hi ha un psiquiatra referent que fa tot el treball rep els pacient d'una àrea bàsica i fa tot el treball de suport amb l'àrea bàsica i sempre, històricament havíem articulat el treball amb el CSMIJ a través de reunions, d'interconsultes de casos però com fruit d'una reflexió de pensar molt més en xarxa i en l'articulació de lo infantil i lo adult pensem que el que hi hagi un espai obert, que els companys del CSMIJ puguin fer interconsulta i que sàpiguen que hi ha un dia destinat a això pensen que afavorirà encara més el treball de continuïtat assistencial. Per últim, no m'enrotllo més, simplement us dic l'estudi que hem fet, són dos coses, a l'hospital de dia de Nou Barris, va haver des del 2006 fins a l'octubre del 2013, es van derivar 86 pacients, es van ingressar 81, actualment hi ha 13 usuaris ingressats i usuaris donats d'alta 67, d'aquests 67, dir-vos que pacients que es van donant... ja acabo... simplement llegir-vos aquestes xifres, per dir-vos que usuaris des d'aquell any fins ara, donats d'alta han sigut 67, menors d'edat que actualment tenen menys de 18 anys són 24, majors d'edat, són 43 i d'aquests 43, 26 van ser menors d'edat quan se'ls hi va donar l'alta i actualment són menors d'edat i 19 van ser menors d'edat quan se'ls hi ha donat l'alta i per tant van tornar al CSMIJ, però que ara són majors d'edat, 19. Dir-vos simplement que d'aquests 19 pacients, és a dir que ara tenen més de 18 anys, o que tenen 18 en endavant, 3 estan ser atesos al CSMIJ, uns 2 es van donar d'alta i no han vingut al CSM, 2, se'ls hi ha donat d'alta per abandonament i 12 són atesos pel CSM actualment. D'aquests 12, ens interessava saber d'on havien vingut, quan havien començat i quina edat tenien quan havien començat al CSM, per què ens interessava aquest estudi, perquè aquesta població és població greu, és la població greu en part o va ser atesa de jove i passa al CSM directament per l'edat o població greu infantil que va ser donada d'alta sent menor d'edat i que va passar al CSMIJ però que després arriba a més gran de 18 anys. D'aquests usuaris, d'aquests 12 usuaris, 7 van reingressar a l'hospital de dia i ens van venir a través del reingrés als 18 anys a l'hospital de dia, 2 van ingressar a San Rafael, a aguts i ens van venir als 18 anys, 2 van venir a través del metge de capçalera amb 19 anys i 1 va ingressar a l'hospital de dia a Sant Pere Claver i ens va venir amb 18 anys.

La situació actual què és, i és l'últim tall,, és a dir, que de tota la població que va estar atesa en un moment donat de la seva vida a l'hospital de dia, d'aquests 85 usuaris, el 92% són usuaris actius del 2013 del CSM, el 2 restant un usuari va ser alta per trasllat, per marxar al seu país d'origen i dos casos van abandonar el tractament i es troben en processos de revinculació, és a dir, jo us volia mostrar, simplement, quan un pensa amb u concepte de xarxa i de continuïtat assistencial prioritza l'atenció als joves i els indicadors que tenim de resultats de l'atenció d'aquesta població greu són uns bons resultats.

## **Depressió major recurrent**

### **Antón Zúñiga, psiquiatre CSMA Nou Barris Sud**

Bona tarda a tothom. Faré una presentació breu i sense moltes xifres. La faré en castellà.

Mi presentación es sobre depresión mayor recurrente, simplificando depresiones graves. Dentro de los llamados trastornos mentales graves que son aproximadamente el 2,9% de la población general, tenemos la esquizofrenia, otros trastornos psicóticos, algunos pacientes bipolares, algunos pacientes con trastornos de la personalidad, como los límites, pero dentro de este grupo importante también entran los trastornos depresivos graves cuyo paradigma o prototipo es la melancolía. Ya en la Grecia clásica nos encontramos con descripciones clínicas de la melancolía, como la de Homero, que en la Iliada nos cuenta la depresión de **Veledodofonte** y puesto que por todos los dioses era odiado vagaba solo por la llanura de la leo, royéndose el corazón, esquivando la senda de los mortales. También nos habla de Aquiles como alguien que tenía cambios rápidos de humor. Hipócrates, el padre de la medicina, define la melancolía con la palabra griega que quiere decir bilis negra como una enfermedad provocada por un exceso de bilis negra que provocaba un comportamiento abatido, apático y un manifiesto sentimiento de tristeza. En la Edad Media, la atribución de la enfermedad a causas demoníacas provocó que algunos terminaran en la hoguera. En el s.XVI hacia 1620, hay descripciones ya del profesor Robert Barton, erudito y profesor de Oxford, que escribe en su anatomía de la melancolía, que no tiene una causa única si no que puede tener varias, desde el amor a la religión pasando por la política, la influencia de las estrellas o el simple aburrimiento y que podía localizarse en la cabeza, en el cuerpo o en los hipocondrios, que se acompañaba a veces de delirios o fantasías y subrayando el miedo o la tristeza como síntomas principales. Y varias pueden ser la causas, varios pueden ser los remedios, que van desde la música

a la compañía, después estos autores, no vamos a entrar para abreviar, terminaron de dar forma a la fenomenología, a la descripción del cuadro depresivo grave. En cuanto a la epidemiología, la señalada en este gráfico, que el 20% de la población general tiene algún trastorno mental, en general, incluidos todos, los graves y los no graves. 20%, esto se ha verificado en un estudio muy amplio europeo que se ha hecho hace unos pocos años. Dentro del estudio de la epidemiología de los trastornos graves tenemos que la prevalencia, la frecuencia con que se presenta el trastorno a lo largo de la vida en las depresiones graves estaría situado en torno al 10, 10,5%. En cuanto a la epidemiología podemos decir que la... ya lo hemos comentado la prevalencia del aproximadamente el 10%, la morbilidad, la cantidad de pacientes que padecen depresión sería comparable a los que padecen enfermedad coronaria. Bien, vamos a entrar ya en lo que sería la descripción, quizás lo más bonito de la descripción fenomenológica del cuadro de depresión grave, de melancolía. En una encuesta realizada en EEUU, el profesor Stephen Stahl, destaca que entre los ciudadanos norteamericanos atribuyen la causa de la depresión a debilidad emocional, un 70%; a malas influencias de los padres, un 65%; por culpa de la propia, del propio paciente, de la víctima, el 45%, solamente un 10% de los encuestados piensan que la enfermedad concierne, que la causa está en el cerebro. Seguimos con clínica de la depresión grave, las mujeres tiene el doble de probabilidad de padecer depresión que los hombres, el inicio de las depresiones graves se sitúa en torno a los 30 años, los separados y divorciados tiene tasas más altas, los hombres casados tienen tasas más bajas que los solteros y en cambio en las mujeres es al revés, en las mujeres casadas las tasas de depresión son más altas que en las solteras. Seguimos con clínica, y animada un poco con algunas pinturas famosas, el comienzo, cuál es la historia de una depresión grave. El comienzo suele ser insidioso que decimos en medicina, poco a poco, se va notando poco a poco, el paciente suele estar más cansado físicamente de lo habitual, su interés por las actividades de la vida diaria decrece, aparecen molestias como dolores de cabeza, digestiones pesadas, estreñimiento...luego aparece el insomnio, es un síntoma importante en las depresiones, con este insomnio, un tipo de insomnio que es por despertar precoz y con un insomnio que el paciente se despierta con una angustia muy intensa de localización en la zona del pecho, después el paciente va presentando un ánimo progresivamente más bajo, estableciéndose una franca tristeza, como si quisiera, pero el paciente no puede ya llorar. Hay un deterioro en la actividad habitual y el paciente está progresivamente menos interesado en sus actividades habituales, tanto laborales como lúdicas. Hay un desinterés por la sexualidad, es otro síntoma importante. Suele quejarse de un enorme esfuerzo que tiene que hacer para dedicarse a las actividades que antes le interesaban mucho.

Cada vez va saliendo menos de casa y finalmente siente una imposibilidad a veces absoluta para sentir placer, es como si no tuviera sentimientos, es lo que llamamos técnicamente la anestesia afectiva, después están las ideas de culpa que se pueden relacionar con motivos banales y estas ideas de culpa pueden ser o llegar a ser delirantes, por ejemplo, motivos banales por haber pegado a su hijo tiempo atrás, implica para el paciente, como que lo que le pasa, la depresión, es como un castigo divino. Seguimos con clínica, también disminuye la tolerancia a las molestias físicas, los depresivos, tienen una, perciben de una manera más intensa el dolor, disminución de la tolerancia al dolor, la anorexia, la falta de apetito es característica también en los episodios depresivos que puede ir acompañada o no de pérdida de peso, el paciente no tiene gusto por la comida, come a la fuerza, dice, y sin embargo, en algunos tipos o subtipos que es lo contrario, que es una bulimia, un hambre desaforada. En los cuadros depresivos graves, casi siempre de tipo melancólico, se presentan o se pueden presentar ideas de negación, esta fenomenología de la depresión grave el paciente dice que su cuerpo es distinto, que su cuerpo ha cambiado o puede decir que no tiene corazón o que sus intestinos están putrefactos. Una pequeña referencia a las pinturas de la enferma de amor que era la anterior diapositiva y el cuadro de Wargmun de melancolía porque es interesante decir aquí que el cuadro de la enferma de amor no tiene que ver con una depresión grave, la enferma de amor, como su propio nombre dice se expresa una patología de distinto tipo, no grave como la melancolía. Siguiendo con la descripción del cuadro clínico, completan la ideación depresiva los sentimientos de pobreza, de ruina, los pacientes pueden decir cuando los van a ingresar en el hospital, dónde voy a ir así, no tengo nada de ropa, lo he perdido todo, no podré pagar el hospital, nos hemos quedado sin nada... y pueden también presentarse una agitación marcada o incluso que puede llegar a una inhibición grave, los pacientes pueden desear pasar en la cama la mayor parte del tiempo, también hay unos cambios en los ritmos circadianos, el paciente está, se siente mejor por las tardes que no por las mañanas, que se siente peor y para acabar ya, también pueden presentarse en los cuadros más graves ideas delirantes que pueden ser de temática de ruina, o pueden no tener relación con el humor depresivo y pueden ser de tipo autorreferencial, de perjuicio y raramente pueden haber alucinaciones. En cuanto a los riesgos que hay de suicidio, esto es importante señalarlo porque entre un 20 y un 40% de pacientes con depresión pueden tener conductas suicidas que no son fatales, pero en el caso de las depresiones graves, pueden serlo. Hay un 15% de pacientes depresivos ingresados que intentan suicidarse y un 15% se suicidan. Como factores de riesgo, de suicidio, el riesgo de suicidio aumenta cuando hay antecedentes de suicido consumido en familiares, cuando hay tentativas previas, cuando el paciente

tiene un trastorno límite de la personalidad, cuando hay impulsividad, cuando hay desesperanza, si ha habido sucesos traumáticos en la infancia, cuando hay un gran estrés, los hombres tienen mayor riesgo que las mujeres y cuando hay comorbilidad, cuando hay consumo de alcohol o de drogas. Para acabar, el tratamiento de las depresiones graves, resumiendo, una buena entrevista clínica de acogida, si se verifica que se trata de una depresión grave, por todas las características del cuadro que hemos presentado, incluimos al paciente en el programa de trastornos mentales graves y se hace una acogida por el profesional de enfermería y se instaura un tratamiento farmacológico eficaz y si hay riesgos importantes, se implementa un ingreso hospitalario, también tiene un papel importante la psicoterapia individual.

## **Trastorns bipolars al programa TMS**

### **Esteve Bonet, psiquiatre CSMA Nou Barris Sud**

Bona tarda a tothom. Bueno a mi m'ha tocat explicar, intentaré fer-ho amè perquè és un tema complicat, lo que seria el trastorn bipolar i les implicacions importants que té per al pacient i la família.

El trastorn bipolar, com la paraula indica, és dos polos, el pacient està afectada d'un trastorn de l'ànim on existeix varis estadis en el temps, és a dir, la persona pot estar en un episodi depressiu que duri setmanes o mesos o pot estar amb un episodi maníac. Per fer-ho més curt encara, podem dir un episodi hipomaníac, que seria lo mateix que maníac però de menys intensitat en els símptomes o un episodi mixte que seria una combinació de símptomes d'un episodi maníac i un episodi depressiu, per fer-ho més senzill entenem que la persona afectada de trastorn bipolar, son dos polos, la persona pot estar en un episodi maníac o pot estar en un episodi depressiu. Llavors els símptomes de la mania, ho he fet gràfic per entendre quan una persona està en estadi de mania, que ja dic que pot durar setmanes o mesos, depenent del tipus de trastorn bipolar, que ja ho explicaré. D'entrada el que tenim a dalt es l'alegria, la persona que està en una fase maníaca, l'emoció predominant es una alegria intensa, desmesurada, eufòria, però que a vegades no existeix, lo que tenim es la irritabilitat, llavors quan una persona està maníaca pot estar o molt alegre o molt irritable, s'enfada amb tothom, la resta de constel·lació de símptomes de la fase maníaca tenim un augment de la productivitat, està hiperactiu, fa múltiples coses i a la vegada, el pacient maníac, esta fent moltes activitats, té molts plans, vol fer-ho tot, de seguida i a la vegada. Hi ha una desinhibició, també és característica dels episodis maníacs i pot haver una sociabilitat fora de lo comú en la persona, és família de tothom, s'abraça amb tothom. Un altre

síntoma és una autoestima exagerada, una autoestima molt elevada, la persona es veu capaç de tot, inclús en els estats maníacs molt intensos pot arribar a fer, el que els psiquiatres diem la ideació delirant megalomaniàca, el pacient es veu capaç de curar la gama al món, d'arribar a moltes coses i que és impossible, està en un estat delirant. Mes avall, tenim l'insomni, la persona dorm poquetes hores, dorm 3 o 4 hores i es desperta com si hagués dormit 8 o 10, amb energia i sense necessitat de dormir i aquí a baix tenim la verborrea, la verborrea significa que quan la persona està maníaca no para de parlar, no para de parlar, de tenir moltes idees, inclús no se li pot interrompre, quan està molt malament i moltes vegades es dóna el que nosaltres el psiquiatres diem la fuga de idees, significa que la persona va d'un tema a l'altre contínuament i de vegades no acaba ni les frases, no les pot acabar si no que va d'un tema a l'altre i moltes vegades és impossible interrompre a la persona quan està en una fase així, no se la pot interrompre. El que nosaltres diem la taquipsíquia, que significa que la persona, el seu cap per dins no para de pensar, té un acceleració del seu pensament, té moltes idees i no pot parar i també hi ha un augment de les activitats de gaudir, com poden ser l'activitat sexual, el gasto de diners, una persona maníaca pot gastar molts diners que no venen "a cuento", que després s'adona, quan ha passat la fase, que ha malgastat aquells diners. Aquesta constel·lació seria la fase maníaca que com ja dic pot durar setmanes o mesos si no es medica. Respecte la fase depressiva, que l'ha explicat l'amic Antón, no l'explicaré jo, només dir que és tot el contrari i sobretot l'anhedonia, quan una persona està molt deprimida, és incapaç de disfrutar de res. La meva experiència amb l'anhedonia es veu molt clar quan un pacient té fills petits o té nets, que dius, se'ls atansa als nets i no li fan gràcia, és a dir, el més plaer que hi ha al món, de les coses més placenteres, que són els nens petits, no disfruten gens. Estan tancats a casa, cansament, amb tristesa, les idees de suïcidi, això sigui l'episodi de depressió major o seria la fase de depressió, cap a vall, que ara explicaré del trastorn bipolar.

Per entendre el que és un trastorn bipolar he fet aquest dos dibuixos, això és un termostato, el termostato de dalt és el termostato de la calefacció, que fa nosaltres posem una temperatura a la casa i encara que vingui fred de fora, el que fa el termostato és activar la calefacció per mantenir una temperatura de dins de la llar. Si fa calor, activarà l'aire acondicionat per mantenir la temperatura sempre igual dins de la llar. Aquest és un altre termostato, aquest és el de dutxa, si nosaltres posem un termostato a una temperatura de dutxa, significa que quan nosaltres posem l'aigua no hem d'esperar a que es calenti l'aigua. Sempre es manté la mateixa temperatura. Quedeu-vos amb aquesta idea del termostato, que com el trastorn bipolar es pot

entendre com algo molt biològic, el que entendrem és que en el trastorn bipolar el que falla és el termostato. Llavors aquí tenim la imatge de la normalitat, aquí hi ha un eix d'ordenades en el que està l'estat d'ànim, llavors el que regula el termostato és l'estat d'ànim. Una persona normal, té influències de l'ànim molt suaus, depenent de lo que li passa en la vida, és adir, si per exemple, es casa algú de la seva família, o guanya el barça doncs s'alegra i té un estat d'ànim augmentat sense descontrolar-se, igualment si perd algú o té problemes, es pot desanimar. Inclús sense factors externs, la persona al llarg del temps, això podrien ser dos anys, per exemple, doncs les persones, el seu estat d'ànim, té certes fluctuacions que podríem considerar normal perquè no causa psicopatologia.

Què passa en el trastorn depressiu recurrent o en la depressió major recurrent que ha explicat el company d'abans, doncs que la persona, normalment la depressió major per serà causes externes, doncs té bajones, recaigudes depressives, agafa la normalitat passa un temps i torna a tenir una recaiguda depressiva, això seria el que seria la depressió, sempre el estat d'ànim cap a vall.

El trastorn bipolar, hi ha diversos tipus de trastorns bipolars, que explicaré molt ràpidament i gràficament es podrà entendre. El trastorn bipolar tipus I que és el més típic, el que tenim són fases de mania, que son els símptomes que he explicat al principi, que duren setmanes o mesos, la persona té una fase mania que dura setmanes o mesos, llavors va baixant, arriba a una fase que nosaltres diem eutímia, que significa que l'estat d'ànim està correcte, durant un temps i té una fase de depressió, fins tenir un estat d'eutímia un altre cop i va fent fases cap a dalt i cap a baix, fases agudes, aquí tindríem tota la constel·lació de símptomes o la majoria del dibuix i quan anem cap a val tindríem la depressió forta, potent, de l'anhedonia que us he explicat amb la majoria de símptomes que s'han descrit. Tipus II, el trastorn bipolar tipus II, així com el tipus I seria l'1% de la població, el tipus II es calcula que seria el 0,5% de la població. El tipus II el que té és que les pujades són més suaus i les baixades són igual de fortes, fan hipomania que es diu, és a dir, la persona amb hipomania no arriba a la constel·lació de símptomes tan forta, mai arriben a tenir idees delirants megalomàniques, mai arriben a estar ingressades, tampoc arriben a gastar grans fortunes, no tenen trastorns de conducta, no es peguen amb ningú, perquè clar una persona que està en una fase maníaca molt potent, quan està molt irritable pot arribar a tenir actes de violència, el trastorn tipus II mai arriba a ser algo tan greu i normalment no ingressen. La ciclotímia, la ciclotímia és difícil de detectar i de vegades als psiquiatres se'ns passa per alt, si ve la persona que van passant els mesos i sense raó aparent està més pujada o està una miqueta eufòrica o una miqueta més depre, i



sense tenir a veure els esdeveniments ambientals, però mai arriba a fer depressions majors ni manies. Aquest és un ciclador ràpid, és el més difícil de detectar pels psiquiatres, és aquell que fa manies i quan baixa de manies, ràpidament fa una depressió, mania-depressió, mania-depressió, no fa períodes d'estar bé, d'estabilització i aquests són els casos més difícils de tractar psicofarmacològicament. Aquest són els bàsics tipus de trastorns bipolars i aquí he posat els criteris, més que res per saber que quan un té un trastorn bipolar tipus I que és el més freqüent i important, hi ha una alteració de l'àrea socio-laboral, la persona ha de deixar de treballar quan està en una fase maníaca i que no és causa i això sempre ho hem de descartar el metges, que no és causa de cap substància o droga, ni cap malaltia mèdica com a vegades pot ser l'hipertiroidisme, els estats d'hipertiroidisme de vegades es confonen amb la mania. Preguntes freqüents per les persones afectes i per les famílies, quina és la causa del trastorn bipolar, biològica d'entrada, segurament podem explicar que hi ha una termostato que ens falla, aquest termostato que ens regula l'ànim, a la persona amb trastorn bipolar li falla i això fa una alteració de neurotransmisors, substàncies químiques del cervell lo que passa és que no sabem exactament quines són i després, factors genètics, això també és una implicació. Nosaltres sabem que en gemelos monocigotos, bessons en què un és bipolar, si el bessó és exactament igual de carrega genètica, té el 60% de probabilitats de patir també un trastorn bipolar, és a dir, hi ha una càrrega genètica, el que passa és que no només és un gen si no que hi ha molts gens implicats. Després es parla molt de l'estrès i de la falta de son, és a dir, tenir estrès no causa el trastorn bipolar, el que sí causa són les descompensacions, si no es dorm bé, el que ens pot passar és una descompensació, però no és la causa mai del trastorn. I després, tenim els tòxics, els tòxics també tenen a veure amb la descompensacions, tot i que hi ha estudis que diuen que si una persona consumeix durant molts anys, sobretot cànnabis i cocaïna, pot arribar a desenvolupar un trastorn bipolar. Últimament es fan hipòtesis causals a partir d'un consum molt llarg de tòxics. A quina edat apareix, lo normal és entre els 15-30 anys, i també hi ha un pic en la tercera edat però generalment va associat a factors mèdics, com poden ser tipus de accidents isquèmics cerebrals o altres malalties mèdiques. Es pot tenir més d'un trastorn mental, és a dir, la persona amb un trastorn bipolar pot tenir algun altre trastorn, en algun moment de la seva vida, ara no recordo si un 40 o un 50%, en algun moment de la seva vida pot tenir un altre trastorn comòrbid, sobretot les addiccions, perquè el bipolar és fàcil que es faci addicte a una substància d'abús, al alcohol, sobretot. Normalment hi ha aquesta comorbilitat amb l'alcohol, i també es freqüent el pànic, el trastorn de pànic, que és un trastorn d'ansietat, la fòbia social i el trastorns obsessiu compulsiu. El trastorn bipolar ens fa més agressius o violents, les persones que tenen això són més

agressius o violents, hi ha estudis i ens treuen aquest estigma, no és veritat, és mentida, els trastorns bipolars són iguals que la població normal, sí que és veritat que quan la persona té una fase maníaca, i està molt amunt, sobretot si predomina la irritabilitat, es pot posar violent, però per a res els bipolars són més violents que la resta. Són més intel·ligents i creatius, els bipolars, que això s'ha dit molt, perquè molt personatges famosos que són molt creatius i que s'han dedicat a això, no, no és veritat, però sí és veritat que en fases més maniformes, més maníacques, les persones estan més accelerades i la creativitat, però de totes maneres si la malaltia la deixem anar al lliure albedrío el que ens farà és deterioro cognitiu, deterioro de la memòria, amb la qual cosa la creativitat també baixarà. El trastorn pot ocasionar problemes de memòria, fa anys es pensava que no, actualment es veu que si deixem la malaltia sense tractar, pot causar problemes de memòria verbal i també del que nosaltres diem les tasques instrumentals. Com afecta l'embaràs i el post-part, poden quedar embarassades les dones amb trastorn bipolar, generalment sí, el que passa és que hem de buscar una època en què el trastorn estigui estabilitzat, que sigui una bona època, es pot esbrinar bé què fem, normalment s'intenta baixar la medicació al mínim possible i la mare pot tenir fills, aquí l'únic que ha de saber la donar és que el nen que neixi té una probabilitat que normalment va del 15 al 20% de que sigui un trastorn bipolar també, però bueno és una probabilitat bastant assumible. I que inclús que la mare tingui un trastorn bipolar greu no vol dir que el fill el tingui greu també, pot ser que el tingui lleu. És a dir, és que la mare està molt malalta i el fill també, no... hi ha trastorns bipolars que fan vida normal. Lo que s'ha de vigilar és el post-part, això sí, el post-part, és una època amb els canvis hormonals, l'estrès del crio petit, no dormen les dones... és un moment que el psiquiatra ha d'estar molt atent. Com afecta l'estrès al trastorn bipolar, depèn, hi ha persones amb trastorn bipolar que l'estrès no els afecta molt però generalment sí que amb estresos grans, la persona es pot descompensar, llavors ho hem de mirar. És important el son, importantíssim, dormir les hores el trastorn bipolar en que falla el termostato, els ritmes biològics són molt importants i per tant, dormir bé, dormir de 8 a 10 hores. El diagnòstic, és clínic, a partir dels símptomes, per què es tarda tant en diagnosticar-lo, hi ha estudis que diuen que els psiquiatres ho fem malament, que diagnosticuem poc el trastorn bipolar. Moltes vegades és perquè la persona abans de fer una fase cap a munt, es passa molts anys fent depressions, fins que finalment fan una fase cap a dalt. El altre problema que també és típic, és que quan fem l'anamnesi, és a dir, preguntem al pacient pel passat, a vegades hi ha fases d'aquestes hipomaníacques, en que la persona ha estat accelerada una mica, sense dormir, una mica verborreic, però que passen per alt, al fer l'entrevista ens passen per alt, i per això és important també la família. És adir,

quan hi ha un trastorn bipolar, tenir en compte el que ens diu la família d'aquesta persona, el que ha viscut aquesta família amb ella. Es pot curar, per desgràcia no, la persona pot fer vida normal però l'experiència és que ha de portar sempre un tractament, el nosaltres diem tractament neutralitzant, però es pot portar una vida normal. Es pot prendre cafè, quan estàs maníac no, si estàs bé, un, dos cafès al dia, es recomana que tels pots prendre, no més enllà de les 6 de la tarda. Es pot treballar, doncs depèn de la gravetat, com dic jo, hi ha un gran ventall, però generalment, és una malaltia, que si només és un trastorn bipolar, sí que es pot treballar si et cuides. I es poden prevenir les recaigudes, sí, aquí també és molt important l'actitud de la família, no ha de ser ni sobreprotectora cap el pacient ni tampoc negar la malaltia, ni culpabilitzar el pacient de la malaltia, però sí que quan hi ha una fase que va cap a munt, a vegades, la família és la primera que es dóna compte, sobretot el que nosaltres diem els símptomes prodròmics, que són els que avisen que el pacient està recaient, com pot ser una mica d'insomni, que està una mica accelerat, quan passa això és important conèixer els símptomes prodròmics que a més són individuals de cada pacient, és a dir, cada pacient es comença a descompensar a partir dels seus propis símptomes, i per tant és molt important el treballar-ho des dels psiquiatres. Es poden fer mesures per protegir l'economia familiar, sí, hi ha gent que es posa molt maníaca i comença a gastar, gastar, gastar, què es pot fer, a la llibreta del banc tenir un tope de diners que pot treure el pacient i si ha de treure més diners que tingui la firma d'un familiar, en altres casos més greus, de trastorns bipolars més greus, es pot fer una curatela, la persona no pot disposar dels seus diners, si no que a través d'una fundació o d'un familiar que li administra els diners, en casos molt greus. Què fem si té idees de suïcidi, primer desestigmatitzar, si el pacient parla del suïcidi, deixem que parli, no crea més risc de suïcidi, per parlar del suïcidi el pacient no es suïcidarà, això és molt important tenir-lo clar i evidentment si té idees de suïcidi, corre ràpidament al psiquiatra. Què pot fer la família per ajudar, ni sobreprotegir en excés, perquè hem de fomentar la seva autonomia, però quan es detectin els símptomes prodròmics aquests, sí actuar. Imprescindible el tractament farmacològic, sí, la medicació mata neurones i provoca problemes de memòria efectes adversos perillosos, no, generalment ni mata neurones ni els efectes adversos són molt greus.

### **Juan Carlos Valdearcos, cap d'infermeria CSMA Nou Barris Nord i Sud**

Nos ajustaremos al tiempo si podemos, que creo que no lo conseguiremos. Lo bueno de ser el cuarto en una mesa, hablando todos lo mismo es que lo han dicho todo... es

decir, hay poca cosas que decir, entonces como me lo imaginaba, me he ido directamente a hablar sobre temas de enfermería, vamos a hablar de patrones funcionales cómo desde el TMS abordamos este tipo de trabajo, o cómo nos enfrentamos a este tipo de problemas. El trastorno bipolar es una enfermedad de alto componente genético, es una patología crónica, recurrente y episódica, que puede ser invalidante si no se trata adecuadamente. El 25% de los pacientes presenta gran afectación y no puede trabajar, el trastorno bipolar representa el 20% de los trastornos del ánimo, entre un 10 y un 20% de las personas diagnosticadas de depresión puede que en realidad tengan un trastorno bipolar. Es una enfermedad, como han dicho ya por aquí de muy difícil diagnóstico. La mortalidad en esta patología, en el trastorno bipolar está relacionada con causas no naturales como el suicidio y los accidentes, sobre todo en las fases maníacas y en la fase depresiva, los suicidios; y naturales como los problemas cardiovasculares y endocrinometabólicos, generalmente la diabetes. Es una patología que tiene asociados otros trastornos, como es el trastorno de consumo de sustancias y que tiene la mayor incidencia también en la ansiedad, son pacientes con mucha más ansiedad que otro tipo de patologías. En los trastornos bipolares la mitad de los pacientes no siguen correctamente el tratamiento, suelen ser pacientes con grandes desvinculaciones, hay una gran dificultad para asumir la enfermedad y el estigma que pesa en las enfermedades mentales también dificulta la aceptación de ésta. Luego, los efectos secundarios de los fármacos, usados para tratar la enfermedad, pueden hacer que los pacientes reduzcan la dosis o dejan de tomar los fármacos directamente. Es un diagnóstico TMS y además está incluido dentro de los TMS porque tanto la duración como la evolución de la enfermedad y utilización de servicios es alta. Hay una presencia de discapacidad y repercusiones sociales y familiares importantes y porque en general, en una mayor parte de pacientes los AVD están por debajo de 50. Qué implica padecer un TMS, una expectativa de vida 10 años menor que la población general, mayor riesgo de padecer problemas médicos y en el diagnóstico y tratamiento de estos, alta incidencia de muerte por suicidio, alta conflictividad social y familiar, muy alta tasa de desempleo, falta de recursos y altos índices de dependencia económica, tendencia al consumo de sustancias, importantes secundarismos farmacológicos y estigmatización no solventada. Las áreas afectadas por esta enfermedad serían los autocuidados, la autonomía personal, el autocontrol, las relaciones interpersonales, el ocio y tiempo libre y los funcionamientos cognitivos. En enfermería nos basamos, normalmente, para hacer los diagnósticos de enfermería hay una cosa que son los patrones funcionales, normalmente los de Gordon, 11 patrones funcionales y los vamos a desarrollar aquí, los 11 patrones uno por uno. El primer patrón que sería el de la **percepción, control**

**de la salud**, en la fase maníaca no hay una conciencia de padecer una alteración del estado de ánimo, más bien todo lo contrario, son personas que se encuentran perfectamente, que están perfectas, que están en una fase hiperproductiva, con muchas ganas de hacer muchas cosas, hay un alto grado de distraibilidad y con dificultades de concentración, cuando están en fase depresiva es todo lo contrario, hay una conciencia de alteración del estado de ánimo, pero no siempre piensan que es una enfermedad, hay un sentimiento de minusvalía personal y social, así como sensación de aumento de problemas. En el **nutricional y metabólico**, en la fase maníaca hay un incumplimiento por la hiperactividad de los requerimientos nutricionales básicos, son gente que no tienen tiempo para comer y en la fase depresiva es todo lo contrario, hay un incumplimiento por pasividad de los requerimientos nutricionales básicos, es decir, son gente que para qué quieren comer. La **eliminación**, tanto en la fase maníaca como depresiva, están iguales, el estreñimiento y las alteraciones relacionadas con los desarreglos metabólicos y nutricionales son iguales y luego también existen las diarreas secundarias y los niveles de litio en sangre. El tratamiento de los trastornos bipolares normalmente se hace con sales de litio, a parte de otros tratamientos, como valproato y otra serie de cosas, que requieren controles analíticos. El litio es un fármaco que ha de moverse dentro de unos valores, si nos pasamos puede haber una intoxicación y si no llegamos puede ser que no sea efectivo. En ocasiones, con valores muy altos de litio, pueden existir diarreas. En el **sueño de descanso**, en la fase maníaca el paciente no tiene necesidad de dormir, está muy productivo tiene que hacer cosas, tiene que moverse continuamente y en la fase depresiva estamos con desequilibrios extremos, pasamos de la hipersomnia al insomnio. En la **actividad de ejercicio**, lo mismo de antes, en la fase maníaca, hiperactividad, agitación psicomotriz y en la fase depresiva, pasividad y falta de energía. En el **cognitivo perceptivo**, en la fase maníaca, hay alteraciones psicomotoras, verborrea, taquipsiquia y en la fase depresiva, al revés, lentitud de pensamiento, dificultades de concentración, la pérdida de memoria y la anhedonia franca. El **autoconcepto**, en la fase maníaca, existe una percepción bizarra de sí mismo, sentimientos de grandeza, sentimientos de plenitud, actitud hedonista y narcisista y en la fase depresiva, la percepción pesimista, negativa de uno mismo, minusvalía y culpabilidad. En el **rol de relaciones**, en la fase maníaca, hay una actividad social intensa, conductas extravagantes falta de límites y en la fase depresiva, hay un abandono de responsabilidades y un aislamiento. En el **enfrentamiento y tolerancia al estrés**, en la fase maníaca, hay una alta reactividad emocional, no conciencia de enfermedad y actitudes inadecuadas y en la fase depresiva, existe la inhibición la incapacidad para tomar decisiones, los sentimientos

de impotencia y la frustración. En la **sexualidad**, la fase maníaca cursa con hiperactividad sexual, conductas promiscuas, y de acoso y la fase depresiva, cursa con todo lo contrario, pérdida del interés, anhedonia y anorgasmia. En **valores y creencias**, en la fase maníaca, no existe una alteración de los contenidos de las creencias, lo que sí existe es quizás una verbalización exacerbada, son gente capaz de defender sus ideas de manera realmente exagerada y en la fase depresiva, la distorsión negativa de culpabilidad es lo que prima. Los diagnósticos enfermeros asociados, en la fase maníaca, estaría la alteración (...) aquí los que pongo en negro coincide con la fase depresiva, la alteración nutricional por defecto, el riesgo por traumatismo, la alteración de los procesos del pensamiento, la alteración del desempeño en el rol, deterioro de interacción social, el riesgo de violencia, aquí hay que diferenciarlo, en la fase hipomaníaca o maníaca el riesgo de violencia es a otros, deterioro de la comunicación verbal, incumplimiento del tratamiento, los déficits de autocuidados, alimentación, baño e higiene, la alteración del patrón del sueño y el cansancio en el desempeño del rol del cuidador.

En los diagnósticos enfermeros asociados a la fase depresiva, serán intolerancia a la actividad, déficit en actividades recreativas, aislamiento social, afrontamiento individual inefectivo, riesgo de violencia, pero en este caso, riesgo de autolesiones, la ansiedad, la impotencia y los trastornos de autoestima.

Las intervenciones terapéuticas fundamentalmente irán dirigidas al alivio sintomático, a la conciencia del proceso patológico, al aumento de la autonomía personal, mejor interacción en familia y sociedad, creación de un vínculo terapéutico, fomentar el entrenamiento y desarrollo de habilidades y la satisfacción de usuario y familia.

Al TMS le afecta durante toda su vida una serie de cosas que van a condicionar la evolución de la enfermedad, desde la conciencia de enfermedad, el tratamiento, los déficits de la actividad de la vida diaria, los recursos laborales y económicos, la contención familiar, los recursos sociales, los ingresos económicos y las desvinculaciones, todo esto hará que la enfermedad curse de una manera con mayores repercusiones o con menos repercusiones en la vida del paciente.

Segona taula rodona

**Trastorns adaptatius amb ànim depressiu i depressió neuròtica al programa de psicoteràpia breu**

## **Anna Salós, psicòloga-coordinadora del Programa PSI**

He dividido la ponencia en dos partes, en la primera abordaré la depresión y en la segunda abordaré un poquito desde el programa de psicoterapia breve como lo vamos abordando. Voy a exponer la depresión como un síntoma y voy a hacer una introducción hablándoles de las características generales y seguidamente abordaré las facetas de la vida que se ven afectadas por la depresión como el pensamiento y el afecto.

El término depresión hace referencia a un síntoma que puede darse en estados patológicos y estructuras psíquicas muy diversas, en neurosis, psicosis, psicopatías, pacientes psicosomáticos. En cuanto síntoma, la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimiento de desamparo, siente la persona que su seguridad está amenazada, se siente incapaz de enfrentarse a sus problemas y otros no pueden ayudarle. En las depresiones tempranas o moderadas, el paciente trata de aliviar sus sufrimiento pidiendo ayuda a los demás, trata de resolver sus problemas reconquistando el cariño perdido, pero a medida que la depresión se hace más crónica el paciente va renunciando, tiene la impresión que los demás no lo quieren o no pueden ayudarle y que las cosas nunca van a mejorar. Los síndromes clínicos de la depresión van desde reacciones neuróticas y de adaptación moderada a psicosis graves. La persona deprimida no sólo se siente mal si no que es su peor enemigo y puede servirse de esta expresión cuando se presenta y se describe. Los paciente suelen sentirse muy cansados, fatigados, sin fuerzas, algunos dicen literalmente que se les han acabado las pilas, en casos menos graves, se expresa por un sentimiento de aburrimiento, no pueden encontrar nada interesante ni dentro ni fuera de ellos. En los casos más graves, incluso sienten que la sangre se les ha secado. La persona deprimida experimenta un descenso en el estado de ánimo que describe como angustia, tensión, miedo, culpabilidad, sentimiento de vacío. El paciente deprimido pierde interés por la vida y a medida que la depresión progresa acaba sintiendo indiferencia por aquellas cosas en las que en algún momento sintió placer. Participara de la vida si se le empuja a hacerlo, pero si se le deja a él sólo es muy posible que se retraiga. Las actividades que selecciona son pasivas y a menudo socialmente aisladas. La ansiedad es una característica corriente en determinados síndromes depresivos y es la respuesta psicológica al peligro y este siente que está siendo amenazado y que se va perfilando una amenaza contra su bienestar. En las depresiones graves, la ansiedad puede verse reemplazada por la apatía y el retraimiento. Es un cuadro corriente en aquellos pacientes que han renunciado y se sienten desesperanzados. La persona deprimida está preocupada consigo misma y

con su estado, se lamenta de su infortunio, camina cerca de su pasado y siente mucho remordimiento de situaciones que ha vivido en el pasado. Sus pensamientos presentan un color monótono porque hay mucho dolor. En ocasiones ha estado escondiendo su depresión frente a los demás y a veces también hacia sí mismo y al mejorar este proceso puede invertirse y darse un proceso de recuperación pero que puede conducir a un optimismo prematuro, incluso puede constituir un factor de riesgo. La preocupación de la persona deprimida se expresa a menudo por la preocupación por su cuerpo y su salud física. Las dolencias más corrientes, ya las han enumerado mis compañeros, comprenden en la dificultad de dormir, del despertar, pérdida del apetito, pérdida de la lívido, dolores musculares... los síntomas corrientes relativos a la boca y sistema digestivo se asocian con motivos orales. Me voy a detener ahora en un punto que a nosotros nos parece muy importante en el abordaje terapéutico de la depresión y es la pérdida, la elaboración de la pérdida. La depresión supone un duelo y esto es el dolor psíquico que acompaña ante la separación o a la pérdida. Gracias a ese trabajo que llamamos duelo la persona se puede ir desligando poco a poco del objeto amado. La pérdida de un objeto, la pérdida de un ser querido, es el precipitante más importante de la depresión, esta pérdida puede ser la muerte o la separación de una persona querida, en otros casos se trata de una pérdida psicológica, es decir, que sin haber muerto nadie, siente que no lo van a querer los amigos, o que si lo echan de un trabajo se va a quedar en la ruina, se puede dar también por casos de pérdida de salud o que por un accidente ha perdido autonomía... que han aparecido enfermedades graves o limitantes. En todos estos procesos la persona ha pasado a contactar con lo que le falta, con lo que no tiene, y la pone en una situación de cambio, de tener que elaborar el cambio. El término duelo nos pone en contacto con la necesidad que tenemos de contactar y aceptar el dolor que estamos viviendo y a partir de ahí poder elaborarlo. Es un estado emocional penoso, profundamente afectante para la persona que lo padece y a veces alterna momento de euforia con momentos de ira, desesperanza... tener que aprender a vivir sin el objeto o la persona amada, sin la salud que antes tenía, sin el trabajo, no hacer esta elaboración supone un fracaso y puede llevar a una cronificación, lo que llamaríamos un duelo patológico, claro que el duelo al que se enfrenta la persona va a tener que ver con las elaboraciones que ha hecho anteriormente. En el duelo, es decir, cuando nos enfrentamos a la pérdida de algo que amamos, es un momento de auténtica fractura, y se hace mucho mayor conforme más relevancia y más importancia tiene lo que se pierde. No elaborar el duelo, es tan importante que puede sumir en la desconfianza en la persona y fantasías que están en la base de la depresión, en definitiva no son los acontecimientos de la vida los que nos predisponen o no a una depresión si no cómo la vivencia se codificó,



cómo se percibió, cómo se elaboró y es en falla de esa elaboración donde la terapia, donde puede haber un problema y donde por el contrario la terapia puede ser de gran ayuda. He reducido mucho la ponencia porque como mis compañeros han hecho unas exposiciones tan brillantes, es viernes por la tarde y tampoco es cuestión de cansaros mucho y es de gran mérito el interés que ustedes ya manifiestan por estar aquí. Fundamentalmente era esto lo que quería destacar, sí que quiero comentar un poco acerca del suicidio, todo lo demás sería repetirme. Para algunas personas, hay que contemplar que el suicidio es lo que en un momento determinado la persona nos comunica, de una manera autodestructiva, a algunas personas deprimidas el suicidio puede proporcionar la oportunidad de recuperar una cierta autonomía, un cierto sentimiento de dominio sobre el destino. Antes he dicho que la persona deprimida se deja llevar porque está a veces desesperanzada, siente que no hay comprensión acerca de lo que le está sucediendo, es una soledad muy amarga y además, desde esa soledad cree que la única forma de recuperar una cierta autonomía es a través el suicidio, a veces, cuando ya lo han decidido, hay un mejoramiento en el estado de ánimo y después que ha decidido privarse, en muchas ocasiones, después de haberse enterado, el familiar dice: "No nos lo podíamos imaginar porque últimamente estaba muy bien". El significado psicológico del morir varía de una persona a otra y se relaciona con experiencias que él mismo ha tenido, puede significar aislamiento y soledad, sueño apacible y permanente, reunión mágica con los que ya murieron y cada uno de estos significados puede ser atractivo en determinadas circunstancias. Quiere librar a la familia de una carga tan pesada, siente que no puede trabajar, que nunca se va a poder recuperar y estoy hablando de situaciones por supuesto ya muy límites pero que también veía muy importante comentar, nos están comunicando mucho. En cuanto a la depresión señalaría esto, porque todo lo demás ya lo han comentado y en cuento al programa de psicoterapia breve, con el abordaje que podemos hacer desde la psicoterapia breve, les contaré también de una manera muy breve, no podría hacerlo de otra forma. Porque la idea importante es que los pacientes cuando llegan al programa lo hacen después de haber realizado muchos intentos, han ido al médico de cabecera, a veces escondiendo la depresión por dolores físicos que han podido sentir, que los sienten por supuesto, pero que detrás está la depresión, como les decía, todos han pasado por el médico de cabecera, normalmente todos están en seguimiento psiquiátrico porque están tomando medicación y nuestro principal objetivo es un lugar donde el paciente puede llegar a tener autonomía y puede empezar a plantearse qué me está pasando, tiene su seguimiento con el psiquiatra, con el médico de cabecera para tratar esos dolores que tiene, pero desde la psicoterapia el planteamiento es de esfuerzo, de responsabilidad de trabajo,

normalmente y esto nos ha pasado a todos, uno quiere y tiene en mente, algo me duele y me duele dentro y lo que quiero es que me lo extirpen, que se lo lleven, uno va al médico y dice oiga me duele tal y se toma la pastilla y se le pasa y este sentido médico también a veces lo llevamos hacia la psicología, cuando uno viene, tiene cita con el psicólogo, esto es lo que me pasa, yo quería comentarles esto y a ver si viniendo en unas cuantas visitas y yo diciéndoles esto se me pasa. Es muy frustrante y es un fracaso terrible, ver que por muchas visitas que tengamos no va a haber alivio, el camino es ir responsabilizando poco a poco y además es un motivo también de alegría de pensar que la persona sí que puede hacer por sí misma y que se le brinda la oportunidad. Desde el programa de psicoterapia breve se hace un trabajo breve pero muy intenso, donde a la persona se le va acercando a lo que le duele, a que pueda contactar, a que pueda perder el miedo, a que pueda elaborar y a que pueda descansar y se trata en definitiva de una transformación, no tanto como enfermedad, si no como un posicionamiento que puede ir cambiando para encontrarse mejor. La experiencia clínica nos muestra que con la psicoterapia breve se pueden obtener efectos terapéuticos muy beneficios y perdurables, porque no solamente se reducen a pacientes con depresión leve, si no también más graves. Nos permite adquirir una conciencia de enfermedad, modificar en lo que está en su mano, e insistir en la capacidad e insistir en el concepto de trabajo y de esfuerzo, para la estabilidad de estos cambios necesitamos que la persona se vaya acercando a contactar con lo que le pasa y que haya una cierta elaboración. Muchas veces, ustedes lo habrán escuchado cuando una persona dice ha fallecido un ser querido, dicen ya me han comentado que me tengo que ir de viaje, salir, marcharme, que el tiempo ya lo curara todo pero evitar, nosotros desde el programa de psicoterapia breve o desde la filosofía del CSMA, en algunos casos por supuesto no está reñido que uno se vaya de viaje y que disfrute también, es muy importante que se puede disfrutar, pero de una manera natural, cuando vaya apeteciendo, sin forzar los procesos, sin pensar que escapando es como se van a solucionar los problemas. Vamos a dar un tiempo desde la psicoterapia breve para ir perdiendo el miedo a lo que pasa y que de una manera natural, después de una elaboración, uno pueda salir y disfrutar y contactar con la vida pero no escapando porque el precio de ese escape va a ser muy serio. En la vida al fin y al cabo estamos sometidos a constantes pérdidas y si no las elaboramos, a veces yo les digo, si no lo hacemos hoy habrá que hacerlo dentro de diez años, usted decide, algunos te dicen, pues yo prefiero esperar, pues estupendo, nos vemos dentro de diez años o no, ahora podría estar bien, podría ir haciéndolo, pero de alguna manera, evitar y esconderse de los propios problemas no nos va bien a nadie. Desde la psicoterapia breve es lo que hacemos, contactar y perder el miedo, a lo que nos pasa, que sea

familiar y que sea cercano desde el trabajo que podemos ir ofreciendo, dentro de la limitación de nuestro encuadre. Y me voy a atrever también a decir que el paciente, cuando estamos deprimidos, cuando sufrimos una depresión nos encontramos con sentimientos muy profundos que nos asustan, estamos muy enfadados, hay una irritabilidad importante, uno salta a la mínima, estallamos y entonces pedimos fármacos, ojo que respeto profundamente, una cosa no quita la otra, pero me refiero a que cuando uno experimenta esos sentimientos, claro, cuando estamos hablando de tantas privaciones, de sentimientos tan penosos, de no poder relacionarse con facilidad, si hay tanta dificultad interna, esto produce unos sentimientos de rabia de culpabilidad e exigencia hacia la familia, de exigencia consigo mismo, de intolerancia a la frustración, de exigencia a la inmediatez, pero esto nos pasa a todos cuando somos conscientes que atravesamos un momento complicado en la vida y entonces esto sentimientos es importante que el profesional los conozca en sí mismo para poder identificarlos cuando les pasa a los pacientes porque son muy dolorosos, de hecho cuando no se es consciente de estos sentimientos, vas a intentar alejar al paciente y esto el paciente lo nota y entonces va a producir que el paciente quiera ocultar esos sentimientos hostiles, como que siente vergüenza, como que los tiene que acallar con fármacos, cuando son humanos, cuando son, discúlpenme la expresión son jodidamente humanos y nos tenemos que servir de ellos para poder acercarnos a lo que somos, porque al final parece que todo lo tengamos que solucionar con vías muy rápidas. Las personas deprimidas desean ser atendidas pero un aspecto central es que esta misma patología y estos sentimientos tan dolorosos que tienen ven que alejan lo que quieren conseguir y esto suma más dolor todavía. El acercamiento, la familiaridad con aquello que asusta es lo que de alguna manera desde la psicoterapia tratamos de ir acercando como personas.

## **Diagnòstic i tractament de les depressions en la infància i l'adolescència**

**Alex Rodríguez Quero, psicòleg CSMIJ**

En primer lloc, agrair la possibilitat d'estar aquí i poder parlar, agrair-lo en nom meu i del meu equip. També agrair el fet que sigui la XIII segur que hi ha molt de treball fet, en un moment com aquest el moviment associatiu és bàsic, si ha sigut bàsic per l'establiment de la xarxa de salut, doncs ara pel manteniment també està sent bàsic.

Se'ns convida per parlar de la depressió i parlar de la infància, per poder-ho fer hem de poder especificar d'alguna manera quines són les característiques pròpies de l'atenció en aquest període que es diu infància. En un període que podem dir que no hi

ha estructures fixades a excepció d'evidentment de certes patologies i certs trastorns greus que ja estan com molt estabilitzats o construïts. Parlar per tant de la depressió de la infància es parlar en un període en que els nans estan en un canvi constant, en un desenvolupament continu, tenir en compte que la construcció de la identitat, la consciència d'un mateix, parlar de la separació i de la pèrdua, parlar de dol com a resposta a una sèrie de formes de creixement i de resposta a noves situacions. No totes les expressions simptomàtiques, per tant no totes aquelles formes d'expressar el malestar, com la tristesa, el dol, el plor, responen a un diagnòstic de depressió. Hem parlat aquí abans a les taules anteriors i ho han descrit de forma excel·lent totes les formes, totes les descripcions que podem fer de la depressió, però no tots els elements d'expressió simptomàtica tenen a veure amb una patologia o amb un diagnòstic. Podem per tant, interpretar aquesta especificat concreta com un signe a poder escoltar i poder elaborar i poder parlar amb el nano. En la infància i també en l'adolescència, es donaran moltes situacions, símptomes i formes de patiment com fòbies, angoixes, malsons, dificultats d'aprenentatge i una llarg etcètera. que podríem dir que són alguns dels signes formen part del procés de creixement del nen, on es confronta amb la realitat de la vida com són els estudis, la separació, la soledat i altres qüestions. En ocasions, la visita amb el psicòleg serveix per parlar d'aquestes coses i evitar així, que es transformi en una malaltia, per tant per un cantó tenim expressions de malestar, de patiment, que aquestes no poden ser sempre interpretades en termes de patologia, encara que en algunes ocasions evidentment que sí, que aquestes formes de patir són constitucionals al ser humà i també ho deia d'alguna manera l'Ana. La depressió és una d'aquestes malalties que preocupen i angoixa molt als pares, professor i pediatres. El malestar que té el nen amb patiment i tristesa, angoixa i angoixa molt. Segons algunes formes i avui hem vist algunes d'elles i que no són criticables, jo no les criticaré, però algunes formes d'entendre la malaltia mental, com és la depressió, les podem descriure com a trets biològics específics i que es donen en tota la societat. S'expressen amb símptomes com l'insomni, la manca de gana, la baixa energia, i que aquesta disminució del to biològic i vital és un problema químic, avui ho hem estat parlant, no direm que no, però no és únicament, d'acord, si no que hi ha altres formes també de poder escoltar o sentir. El respondre inequívocament a que sigui un dany orgànic si no que moltes ocasions responen a altres lògiques. Quan escoltem als nens en els espais psicoterapèutics, podem observar que aquest malestar té un significat, que compleix una funció, podem dir que el plor, la tristesa, la llàstima, el dol volen dir alguna cosa. Tot i que els hi generi molt de patiment i és així, tenint en compte això, el que procurem és que el nen o la nena puguin expressar les seves veritats, que amaga el seu malestar per tal que el pugui desenvolupar les

formes d'expressió i que sovint portin a la remissió del símptoma. Per tant, és evidentment com hem descrit abans i la descripció de la patologia es pot trobar evidentment origen i causes i factors de caràcter biològic, però no únicament, també podem entendre-ho des d'una altra lògica, des de la lògica que ens volen dir alguna cosa, que vol expressa algo. Per poder també situar una miqueta la qüestió de la depressió i la qüestió de la descripció i com es poden entendre des d'una altra vessant i no únicament des de la vessant de la patologia i del trastorn, ens anirem a l'ús comú del tema depressió, a com els nens o els joves, en un moment determinat ens poden dir que estan deprimits. Sovint en la nostra pràctica ens trobem amb l'expressió de "estic depre", "una amiga no m'ha dit tal cosa, pensava que era la meva amiga i m'ha demostrat que no", això és el comentari d'una adolescent; el comentari d'una mare "crec que li passa alguna cosa, no m'explica el que té, té coses a dins que no em diu", "el veig trist, no riu", "no té cap expressió de satisfacció", "tot és a rel de la mort de la meva mare", avia del nen, "a mi m'ha afectat molt", "sento un gran buit", això és la preocupació d'una mare respecte el seu fill, jo tinc un buit, s'ha mort la meva mare, l'avia del nen i pensa en el nen amb una sèrie de factors. Un altre, "que no m'agafi la depre si no estaré tot el cap de setmana a casa sense sortir, i això no ho vull", això és un jove. Un altre, "quan estic depre, surto fins a tard per a oblidar-me de tot", "estic malament, molt ratllada, molt depre, ahir vaig tallar amb el meu nòvio, feia dues setmanes que sortíem", "la veritat és que no sé què em passa però em sento fatal". Com podem veure, aquí hi ha com tres elements comuns que podem identificar, un és la separació i la pèrdua, dos una idea o un ideal que es trenquen o que no es pot d'alguna manera sostenir i tres, la situació de dol i separació, com un període en què el nen o el jove busca alternatives, sortir, oblidar-se... també podríem anar al diccionari i jo vaig anar al diccionari i vaig veure sis entrades, però hi han tres que em semblen bastant elegants, una que és una acció, és l'acció de deprimir o de deprimir-se, això és la primera entrada que sortia al diccionari, dos, que és un estat emocional caracteritzat per un afebliment o una disminució de les forces anímiques, intel·lectuals i físiques de la persona, la depressió de les forces, de l'ànim, un estat de depressió de tot l'organisme i la tercera i posant-la al marc econòmic en el qual estem, és una fase del cicle econòmic caracteritzat per l'atur massiu i pel baix nivell de les inversions i dels recursos que amenacen a la producció. Com podem veure aquí, en aquestes entrades, la definició del diccionari es veu que la depressió te a veure amb un efecte, amb un efecte amb una acció que genera un efecte depressiu, un estat emocional entre d'altres possibles i després una baixada dels nivells de recursos, ho posa dels recursos econòmics, que està de moda, però ho podríem dir també que el subjecte pot trobar-se amb falta de recursos per poder sortir-se per sí mateix. Des del diagnòstic

clínic, des de lo comú, des de la cultura, des del diccionari. El diagnòstic clínic d'un malestar d'origen clínic, com és la depressió és un procés que està íntimament compromès amb el tractament que es realitzarà posteriorment, el diagnòstic està lligat a entenem i suposem la manera de com els afecta les coses als nens, quina és la importància que té pel subjecte els símptomes que expliquen, més que una successió de símptomes, signes que defineixen una malaltia, és més aviat com aquest subjecte, aquest nen o aquesta nena, expliquen el seu patiment particular i com es respon a les coses que viuen, pensen i senten. Podríem fer-ho de l'altra manera però també poden veure què està passant de la depressió o dels símptomes, com una manera d'explicar-se i de dir com podem definir els símptomes d'un trastorn com la depressió. Tot símptoma té dues vessants, podríem dir, d'una banda és viscut com un patiment plenament reconegut de forma conscient i l'infant que el pateix vol que desaparegui el més aviat possible, però per una altra part el símptoma és en sí mateix una manera d'expressar-se, és un enunciat, una forma d'enunciar algo, una forma de representar el patiment que no ha pogut ser acceptat i es fa present a la vida del nen i la nena i per suposat, de la seva família. No podem tractar el símptoma com una simple malaltia que resti a veure o a dir el nen o el jove, que ha de ser eliminada el més aviat possible i de qualsevol manera. Si actuem així és ben cert que el símptoma pot desaparèixer però que allò que el produeix, la causa, podria trobar una altra manera de manifestar-se i podria trobar-ho en altres símptomes o en altres formes. El jo vull dir és que evidentment hi ha un patiment i hem de trobar la manera que aquella persona, que aquell nen, o aquella nena, no pateixi tant, i poder ajudar-lo d'alguna manera, però també l'hem de poder escoltar una mica, donar-li aquell espai d'expressió pròpia per poder trobar altres camins i altres formes. Un petit cas com a exemple, evidentment no és un cas extens... res quatre notes... es tracta d'un nen de 8 anys, malhumorat, sempre esquerp i enfadat i amb una sèrie d'afectacions que preocupa a tothom, com la tristesa, els plors i alguna verbalització que la mare identifica com a baixa autoestima. Tot això coincideix amb el naixement del germanet i la recent incorporació del pare al mercat laboral després d'un temps d'atur i en lloc de preguntar-li què li sembla, imposen l'acceptació de la felicitat que suposen aquests fets per a tots. La mare nega que sigui cap problema pel nostre pacient el naixement del seu germanet, dient que sempre s'ha mostrat molt implicat i motivat pel naixement del germà. Suposa que està deprimat per la marxa d'un amic, el seu millor amic de l'escola. El nen ens dóna la seva versió, quan se li permet parlar sense prejudicis ni imposar cap reacció emocional als esdeveniments vitals i respon, després de bastantes sessions, estic enfadat últimament estan passant moltes coses a la meua vida i ningú em pregunta la meua opinió, jo li volia dir Biel al meu germà, però va escollir la meua avia, jo no volia que el

Martí, que és el seu amic, marxés i ningú em va preguntar què volia jo i no cal que el meu pare treballi tant, perquè... qui em portarà al futbol a les tardes. O sigui, aquest jove pacient ens diu quin és el seu estat emocional, en aquest cas, estic enfadat i no deprimat, tot i que venia amb una simptomatologia, una forma d'expressió, un decaïment que podríem dir que estava deprimat i molt trist, però ha pogut, en un moment determinat, poder assenyalar-ho amb l'enfado, més que amb la depressió.

El procés d'atenció, seguint el document elaborat per un grup de professionals multidisciplinars del comitè zona Nord, la ruta assistencial del trastorn depressiu, el procés d'atenció als pacients comporta la descripció del perfil i la determinació de la situació clínica en què es troba el pacient afectat de depressió, el que tenim, a partir d'aquesta premisses la pregunta és, per qui serà atès i com s'organitzaran, només després podem elaborar el com s'atén al pacient. Per tant tenim el que tenim, la descripció de com és, com es presenta, qui el podrà atendre i després el com. També en aquest document s'expressen una sèrie de principis com, el pacient és el centre d'interès inequívoc, dintre d'altres principis, aquest quan estava elaborant el document vaig rebre la carta del president de l'associació i posava que havíeu canviat recentment el nom i que havíeu passat de ser l'associació de familiars de malalts mentals i ara sou l'associació de familiars per la salut mental, Bueno, això va en consonància, de centrar el tema de la malaltia i posar-lo més en les persones, en les persones que la sustenten i que l'expliquen. Per tal de dur a terme una detecció a temps de la patologia depressiva en els menors hem de tenir en compte una sèrie de signes d'alarma, segons es tracti de la primera infància, de 0 a 6 anys, o la infància de 7 a 12 o el període adolescent. Aquests quins podrien ser, l'ansietat, la irritabilitat, l'aïllament, les rabietes freqüents, els plors immotivats, queixes somàtiques, com al de cap o de panxa, pèrdua d'interès del joc habitual. En nens una mica més grans podríem veure tres esferes, l'esfera afectiva i conductual, l'aïllament, l'agressivitat, també en l'àrea escolar, al falta de concentració la disminució notable del rendiment escolar i l'esfera somàtica com poden ser els mals de cap, els trastorns de la son, l'insomni, la hipersòmnia... En aquest context la concepció que un símptoma com la tristesa o altres com hem pogut veure, representa una manera de dir, té com a primera conseqüència que no pot ser considerat com un trastorn biològic o producte de l'educació únicament, no estic dient que no sigui, estic dient que no únicament pot ser considerat així. Per aquesta raó el seu tractament no pot ser únicament farmacològic o reeducatiu. S'ha de permetre que el nen o el jove que pateix el malestar del símptoma, prengui la paraula sobre allò que li passa i que el símptoma representa. No són els altres com els pares, els mestres o els metges o els psicòlegs, amb els seu saber

particular els que han de respondre, és el propi nen amb la seva pròpia experiència del que li passa, el que ha de trobar la seva resposta del que li passa. Tan sols així podrà fer-se responsable del que li passa, d'acord amb la seva edat, i permetre-li a l'infant afrontar els problemes futurs. Els fàrmacs són necessaris i hem de poder treballar amb ells, són necessaris per millorar l'estat de vida dels nanos, i que així pugui continuar fent aquest tipus de treball, no hi ha cap tipus de negació sobre això, tampoc de cada una de les formes reeducatives que un pot establir, pautes de conducta... És que poder complementar-ho amb l'elaboració personal que un nen o una nena pot fer del seu propi malestar amb les seves pròpies experiències. Tan sols dir això, la causa que nosaltres podem dir específica de la depressió, del malestar, del patiment que un nen pot tenir, té a veure amb la resposta singular i particular que ell pot donar.

## **Abordatge terapèutic de la depressió des de la Unitat de Recursos Comunitaris Dr. Pi i Molist**

### **Anabel Luis Ruiz, psicòloga**

Bueno en primer lugar, dar las gracias por la invitación a las jornadas y también comentar que hablaré en representación del equipo de servicio de rehabilitación comunitaria del centro de día de Pi i Molist que somos entre todos los que hacemos el abordaje terapéutico de la depresión, que a continuación explicaré.

Situar primero lo que es el servicio de rehabilitación comunitaria, algunos de ustedes lo conocerán más por centro de día Pi i Molist, es un recurso de atención especializada en el ámbito de la rehabilitación que depende del servicio de psiquiatría del Hospital de Sant Pau que está integrado en la red de salud mental de Nou Barris, atendemos a la población que reside en Nou Barris. Es un recurso que se dirige a personas adultas que padecen un trastorno mental severo y que el principal objetivo de nuestro recurso es dar soporte a la persona para conseguir el máximo nivel de autonomía y poder mejorar así su calidad de vida. Cómo puede llegar una persona al servicio de rehabilitación, nos llega la solicitud de valoración, tiene que venir a través de un profesional de la red de salud mental de Nou Barris, con un informe médico y con informe social, hacemos un primer, una primera valoración desde el informe, se da día y hora y se cita a la persona a este proceso de valoración integral, que consiste en dos o tres entrevistas que se hacen a través de la trabajadora social y la psicóloga, donde recogemos la historia psiquiátrica de la persona, hacemos la exploración de cuáles son los síntomas, de cuál es la parte psicopatológica, el nivel funcional, que para nosotros como recurso de rehabilitación es lo más importante, cómo repercute esa patología en la vida cotidiana de la persona y cuáles son las necesidades básicas a



poder trabajar desde aquí, la historia social y luego una valoración de enfermería. Una vez se ha hecho este proceso de valoración, por un lado el recurso valora si realmente la persona es candidata al programa de rehabilitación y por otro lado también necesitamos que la persona acceda voluntariamente a participar en este tratamiento. Una vez esto ya se ha decidido, la persona pasa a hacer un proceso de acogida que dura más o menos un mes, que es lo que consideramos que la persona necesita para poder adaptarse y para poder diseñar también cual va a ser el programa individual de tratamiento. Una vez pasado ese proceso de adaptación se le asignan los profesionales de referencia, que serían como los tutores que le acompañaran de manera más individual, el tiempo que pueda estar en el servicio. Nosotros, el centro de día funciona desde el año 87, 1987, durante todo ese tiempo, desde la administración lo que marcaba sobre todo era el funcionamiento de centro de día, donde había una filosofía más de tipo ocupacional, donde la persona estuviera como más ocupada y con otro tipo de terapias más lúdicas, se consideraba básicamente la estabilidad y a partir del año 2006, empieza a cambiar el funcionamiento y empezamos a trabajar sobre lo que es el servicio de rehabilitación y este programa estándar de rehabilitación psicosocial y esta vinculación completa, que es cuando nosotros, pues nos llega un usuario y lo hacemos de alguna manera, hacemos un recorrido bastante completo por todos los programas del servicio de rehabilitación. Desde este año 2006 hasta la actualidad, la experiencia y la práctica nos viene a decir que al final tenemos que adaptar el recurso a las necesidades asistenciales que nos van llegando, al final lo que hacemos es organizar itinerarios en función del tipo de necesidades y del tipo de pacientes que nos van llegando. Con lo cual, el año 2011 se puso en marcha este programa específico de soporte a la autonomía personal, donde se hace un abordaje terapéutico en usuarios que tienen una inestabilidad muy fuerte, que tienen muchas necesidades de autonomía, es decir, que dependen mucho de familiares y otras terceras personas para llevar su vida cotidiana y que tienen una evolución crónica. Y a partir de este año 2013, hemos puesto en marcha este programa específico sociocomunitario, que es en el que más me voy a centrar, que es donde abordamos personas con trastornos del estado de ánimo, depresión, trastorno bipolar, distimia y sobre todo personas con dificultades funcionales, lo que comentábamos antes de actividades de la vida diaria. No era habitual que al servicio de rehabilitación llegaran personas con diagnóstico de depresión y que estuvieran afectadas por este tipo de sintomatología, en los dos últimos años ha ido creciendo bastante el número de personas que se derivaba con estas características y es lo que nos ha hecho intentar hacer un itinerario más específico. En estos momentos en el servicio de rehabilitación tenemos 92 usuarios, a mes de noviembre, 62 usuarios están en el programa estándar

en el que tienen la vinculación completa, 15 usuarios en el programa específico de autonomía personal y 15 usuarios que están en este programa sociocomunitario, que es este pedacito rojo que vemos aquí y es el que hace el abordaje más directo del estado de ánimo.

Cuáles son las características de estas personas que nos llegan, ya no tanto por síntomas, si no cuál es el perfil de usuario que nos llega sobre todo inicialmente, suelen ser la mayoría mujeres de una edad media de 48 años, con cargas familiares, hay una convivencia con pareja, con hijos o con hermanos, hay una historia laboral previa, la mayoría de las personas que llegan han pasado por un proceso de invalidez, lo que supone tener para una invalidez, son quince años de cotización, una historia laboral larga, dificultades funcionales, así como en otros perfiles tenemos que trabajar más desde el enseñar al cuidado personal o enseñar las tareas domésticas o que la persona se puede desenvolver, desde este perfil lo que tenemos que hacer es estimular, porque la persona ya, en un momento determinado ha sido capaz, ha sido competente de llevar todo esto y a raíz de esta ruptura que se produce, hay una falta de iniciativa y una escasa motivación en todo lo que tiene que ver de las actividades de la vida cotidiana. En cuanto a la red social, no son personas que estén aisladas, tienen una red social, hay relaciones significativas, pero lo que vemos es que se dan muchas situaciones de conflicto, con lo cual es algo también a poder trabajar. Y a nivel más clínico, la presencia de un trastorno depresivo grave, recurrente y también trastornos de personalidad añadidos. Muchas veces nos llegan con algún trastorno de personalidad límite o con algún trastorno de personalidad dependiente o algún otro tipo de trastorno de este tipo. Son personas que vienen con ingresos psiquiátricos previos, son personas que han pasado por agudos o subagudos o que vienen derivadas del hospital de día que tienen entre 5 y 10 años de tiempo de evolución, desde la primera crisis y que hay una conciencia de enfermedad pero sobre todo lo que hay es una mayor conciencia de las pérdidas de su vida, esa ruptura biográfica que se produce entre lo que podía haber antes y a raíz de esa crisis o de esa falta de competencia en lo que es las actividades de la vida cotidiana, qué es lo que se ha perdido.

Cuál es el modelo teórico o la filosofía de este programa de sociocomunitario, el modelo teórico, trabajamos bajo las directrices principales de la terapia de activación conductual, comentar así por encima lo que nos dice es que la clave para cambiar cómo se siente la persona es ayudar a cambiar lo que hace, vamos a intentar trabajar de fuera a dentro, de alguna manera no necesitamos tener esa ilusión, esa motivación para hacer la actividad, vamos a hacer que esas actividades sean las que nos reporten

esos sentimientos y a partir de aquí poder trabajarlos. Vemos que en un momento determinado se producen los cambios en la vida, pueden llevar a un episodio o a un trastorno de depresión, pero después esa situación puede ser que haya desaparecido o que se haya estabilizado o que haya cambiado y lo que ya mantiene esa depresión es la manera que tiene la persona de afrontar el día a día. Cuando tenemos una evolución de 5 o 10 años muchas veces ya queda atrás el motivo por el cual la persona reconoce que empezó ese episodio depresivo y lo que va manteniendo es su funcionamiento, el estilo en que va afrontando su día a día, es lo que va manteniendo ese funcionamiento más depresivo. También intentamos reconocer cuáles son las conexiones entre las conductas y los estados de ánimo, intentamos ver cuál es la actividad que resulta antidepresiva para la persona y qué es lo que pasa antes y qué es lo que pasa después, para que de alguna manera nos ayude a favorecer esa actividad que comentamos. Hay estructurar la agenda de actividades no en torno al estado de ánimo, si no a un funcionamiento organizado, esto qué quiere decir, que las actividades hay que hacerlas, estés bien o no estés bien, estés más triste o estés menos triste. En el centro comentamos muchas veces, al centro hay que venir al servicio de rehabilitación hay que venir cuando uno está bien pero cuando uno está mal también, no, si solamente esperamos a venir cuando estamos bien, hay algo que no estamos haciendo bien. El cambio es más fácil cuando se empieza por algo pequeño, intentamos hacer intervenciones progresivas priorizando también cuáles son las actividades que a la personas le resultan más satisfactorias, de interés, de afición, todo aquello que se le puede dar bien. El profesional actúa como un entrenador, le da soporte al plan, le ayuda a elaborar las estrategias, a mantener la motivación, pero al final es la persona quien tiene que responsabilizarse y llevar a cabo todo esto. Nosotros no pretendemos ser gestores del tiempo, no venimos a gestionar el tiempo y tampoco a rellenar o a llenar vacíos que la persona pueda tener, al final con esta intervención lo que se pretende es que haya un cambio en la manera de funcionar de la persona, no a que haga muchas actividades que al final nos lleva a tener la misma sensación y la misma frustración y a que esto no acabe teniendo una estabilidad que perdure más en el tiempo.

Un enfoque dirigido a la resolución de problemas, vamos a aprender tanto de lo que funciona, de lo que nos ha ido bien, como de los fracasos o de las cosas que no hayan ido bien, establecemos una programación de tareas y lo que damos a la persona es soporte, seguimiento en esas actividades, para que no solamente dependa de su fuerza de voluntad si no que haya algo más que pueda estirarle y finalmente intentar trabajar los miedos, las inseguridades... con el objetivo de poder anticiparnos y de que

podamos resolver situaciones, pensando en que la estancia en el recurso, también es una estancia temporal, no es para que la persona se acomode si no para que la persona aprenda y podamos elaborar entre todos el plan y a partir de aquí funcionar. Objetivos específicos, cosas concretas, prevención de recaídas, a través de grupos de psicoeducación y autocontrol emocional donde se ponen también en marcha estrategias de afrontamiento, técnicas de relajación, de respiración, todo lo que tiene que ver con la recuperación funcional, actividades de la vida cotidiana básicas, todo lo que tiene que ver con el cuidado personal a través de talleres de salud y todo lo que tiene que ver con el cuidado de la persona. Actividades de la vida cotidiana instrumentales, lo instrumental es lo que tiene que ver con el tema de las compras, el transporte público, la administración del dinero, con todo lo competente a nivel cotidiano, también intervenir sobre el área cognitiva, a través de la recuperación de la memoria, de la atención y la concentración y finalmente uno de los objetivos básicos es la elaboración de un plan vital, lo que comentábamos antes, no vamos a rellenar ni aumentar actividades si no que vamos a elaborar algo que perdure y que de alguna ayude a la persona a conseguir esa estabilidad. El plan vital, vamos a buscar el equilibrio entre las actividades de obligaciones y responsabilidad, aquello que nos puede consumir energía y las actividades personales que son las que nos aportan energía. Como decíamos antes, el perfil donde hay cargas familiares, donde hay responsabilidad, eso lo que requiere es que la persona al final acabe buscando el equilibrio entre lo que es su responsabilidad y también lo que es lo suyo personal. A través del área laboral, las personas que tienen posibilidades que tienen posibilidad de volver al mundo laboral y también el área formativa o todo lo que tiene que ver con el área ocupacional, el ocio y el tiempo libre. La metodología, lo que hacemos es una vinculación parcial de dos o tres días de actividad en el recurso a la semana, nosotros estamos de lunes a viernes, pero pedimos a la persona, bueno, pedimos y limitamos a la persona que la estancia en el centro sea de eso, de dos o tres días, por qué, porque de alguna manera si también estamos diciendo que tenemos que equilibrar con las cosas que tiene que hacer fuera pues tenemos que darle tiempo, no se trata de venir al centro de día y ocupar todas las horas si no de compatibilizar lo que puede hacer allí y lo que también puede hacer en casa con las actividades externas que vamos incorporando. Vamos haciendo actividades en grupo, son grupos de 6 a 10 personas y hay un seguimiento individual también a través de los profesionales de referencia. La valoración de las necesidades y de lo que es el programa individual de tratamiento, por protocolo lo vamos valorando cada seis meses, cada seis meses nos reunimos, volvemos a hacer la valoración, vemos cómo está la persona, qué es lo que necesita la persona en ese momento y establecemos el plan individual de tratamiento de

rehabilitación. Si en algún momento hay cualquier incidencia, se revisa en ese momento, no hay que esperar a los seis meses. Y luego también, lo que son los sistemas de coordinación, para garantizar la continuidad de cuidados y toda aquella parte que desde el servicio de rehabilitación, como es la parte médica no tratamos, lo que hacemos es la coordinación con los profesionales de referencia del centro de salud mental, con los profesionales del CAS, en el caso que haya algún consumo de tóxicos o alguna conducta adictiva y la persona esté en tratamiento, con los servicios sociales de zona o con otros recursos de rehabilitación. Este sería el horario que comentábamos de lunes a viernes con las diferentes actividades y otras actividades complementarias, de forma inicial, en el centro de día, se ofrecen una serie de actividades, se hace informática, o hace dibujo y pintura o hace fotografía, no es con la idea de que allí aprenda y allí se quede, si no es para trabajar estos miedos, inseguridades, o el conocimiento básico para poder hacerlo fuera. Hay actividades en el polideportivo Can Dragó, de tipo artístico, un programa que se llama Suso Espai que se trabaja desde el Museo Nacional de Arte de Catalunya, trabajamos también con un programa de participación en voluntariado, aquellas personas que de alguna manera piensan que el tema de voluntariado puede ser una parte de su ocupación también se trabaja desde el centro de día, en concreto hay personas que están colaborando en Cruz Roja, en un programa que se llama Baixem al carrer, donde ayudan a personas que tiene dificultades para moverse a salir y acompañarlos a hacer trámites. Otro proyecto es el proyecto Compartim, que se hace un encuentro y un intercambio entre las entidades del barrio de Can Perera y colaboración con el Casal del barrio de la Cosa Nostra para organizar conjuntamente todas las actividades lúdicas y por último la organización de actos solidarios como en estos momentos que se está organizando una recogida de alimentos y una chocolatada para poder colaborar en el gran recapte que se hace a través del banco de alimentos. Y por último otras intervenciones que se ofrecen desde el programa a nivel de trabajo social, todo lo que tiene que ver con información, orientación y asesoramiento, tanto a usuarios como a familias, la coordinación de recursos, la búsqueda de ayudas, trámites, también la atención a familias, desde el programa de familias, donde se realiza el grupo psicoeducativo, con una sesión quincenal, un grupo de autoayuda que ya funciona de forma más autónoma una vez al mes y por último, pues el seguimiento familiar a nivel individual.

## **Factors de risc i tractament de la depressió**

**Victor Pérez, director de psiquiatria de l'hospital del Mar**

Buenas tardes noches, desde luego agradeceremos la invitación, he venido alguna que otra vez a estas jornadas y realmente la participación y el interés es increíble, sobre todo a estas horas de la tarde. Lo había hecho un poquitín largo pero lo haré corto.

Cuando hablamos de depresión, y llevan ustedes toda la tarde hablando de depresión, no sé si les contaré algo nuevo, hablamos de la segunda causa de discapacidad en el mundo. Uno de cada 10 euros que nos gastamos los europeos en las enfermedades nos los gastamos en depresión. Estamos hablando de una enfermedad con una carga económica increíble, pero la carga económica es lo de menos, lo más importante es el sufrimiento de estos enfermos y de sus familias, que tiene que convivir con la depresión día a día. Esto es un esquema animado que os lo contaré en breve y que me parece que es con el que más tiempo perderé porque la realidad es que pensar que esto de la depresión es un problema biológico, psicológico, social, reactivo endógeno, hace muchos años que sabemos que no es así. La depresión como la mayoría de las enfermedades mentales, son problemas complicados y no hay ninguna explicación sencilla. Es la suma de diferentes factores que hacen que la persona, en un momento determinado, por un factor determinado acabe teniendo un cuadro depresivo. Sabemos que la depresión tiene una carga genética, desde luego que tiene una carga genética, el 25 o el 30% de la causa de la depresión probablemente sea genética y hay familias donde la depresión es mucho más frecuente que en otras. Otra de las cosas que durante años la gente, yo tengo que reconocer que soy psiquiatra muy biológico y que lo de los aspectos psicológicos no me he dedicado a esto, pero durante muchos años, los psiquiatras más biológicos, o la psiquiatría más ortodoxa se olvidó que lo que nos pasó los primeros años de vida era muy importante, tan importante que en estos momentos se piensa que es más importante incluso que la genética, a la hora de saber quién se va a deprimir y quién no se va a deprimir. Entre la genética y lo que nos pasa los primeros años de vida, acabamos teniendo lo que llamamos el carácter, la personalidad, la forma de afrontar, el qué nos pasa o cómo nos pasa y cómo nos afrontamos a los problemas, y eso es lo que realmente nos da la vulnerabilidad para deprimirnos. Cuando llegaba alguien y preguntaba, esto de la depresión es crónico, bueno esto de que es crónico, pues hasta cierto punto, sí que es verdad que hay un tanto por cierto que evolucionan hacia la cronicidad, la mayoría de los enfermos tienen episodios depresivos y después vuelven a estar bien, lo que no pierden es esa vulnerabilidad para hacer otros episodios depresivos a lo largo de la vida y esto lo determina la forma de ser. Una de las cosas que llama mucho la atención, es que la depresión, a diferencia de muchas otras enfermedades, no sólo no está disminuyendo, sino que está aumentando. Año tras año tenemos más depresión,

no por la crisis, antes de la crisis, mañana tengo una jornada dedicada a la crisis, donde me contarán la repercusión de la crisis en todos nosotros, pero ya antes de la crisis, cada generación se deprime más gente. Cada vez tenemos más conocimientos, cada vez somos más psiquiatras y psicólogos, cada vez tenemos más pastillas y más psicoterapia y cada vez se deprime más la gente. La única explicación que tenemos a esto es que de alguna manera estamos creando personas con una alta vulnerabilidad a la depresión. Si ustedes tuvieran que decir quién se deprimirá de mayor de los Simpson, la mayoría de nosotros diríamos Lisa, pero Lisa tiene unas características que la hacen muy especial, es una persona que no sabe decir que no, que asume la responsabilidad, que cuando hay un problema todo el mundo echa mano de ellas, pues ese tipo de personas son las que acaban deprimiéndose mayoritariamente. Este tipo de personas, ante acontecimientos estresantes vitales, en la crisis o antes de la crisis, muerte de un ser querido, separación, problemas económicos, acaban haciendo un cuadro depresivo y acaban llegando al médico de primaria, que en estos momentos es el que trata un 70% de las depresiones, no nos olvidemos, y aquellos casos que son complejos, pues llegan a la red de salud mental. Tenemos muchos conocimientos y no les voy a aburrir con ellos, sobre cuáles son las zonas del cerebro que tiene que ver con los síntomas depresivos y de hecho incluso tenemos capacidad de modificar alguna zona del cerebro y mejorar alguno de estos enfermos, hay técnicas de estimulación cerebral, se estimulan zonas muy concretas del cerebro y esto hace que estos enfermos mejoren y tenemos una descripción de la depresión que no les voy a aburrir con ello. Lo que pienso sí merece la pena, darle una vuelta más es a los factores de riesgo para que alguien se deprima. Las mujeres se deprimen más que los hombres, no sabemos por qué, yo tengo alguna idea de por qué se deprimen más las mujeres, pero lo podemos discutir después. Suele empezar sobre los 20 años y además siempre pasa lo mismo, o casi siempre pasa lo mismo, en salud mental no hay dos enfermos iguales, igual que no hay dos personas iguales, normalmente el curso natural de la enfermedad es esas personas con vulnerabilidad, que cuando uno está entrenado incluso sería capaz de saber las posibilidades tiene uno de deprimirse, tiene un acontecimiento vital estresante y ese acontecimiento vital estresante suele ser de estos que llamamos callejón sin salida, hagas "A" o hagas "B" la solución es mala, hacen un primer episodio depresivo y a partir de ahí algo cambia en estos enfermos, por lo cual estas personas quedan con una alta vulnerabilidad a hacer un episodio depresivo. La probabilidad hacer un primer episodio depresivo es de un 50%, pero una vez uno tiene un episodio depresivo, el siguiente es un 80% y el siguiente un 90%, de ahí el término recurrente. Después hay una serie de factores que son esenciales, las mujeres en el posparto hay muchas más posibilidades de deprimirse y hay cosas se

comportan de forma curiosa, tienen menos probabilidades de deprimirse los hombres casados que los solteros y en cambio las mujeres tienen más posibilidades de deprimirse las casadas que las solteras. Tampoco hace falta dar muchas explicaciones de por qué es así, pero es que es así. La naturaleza de la depresión es tendente a la recurrencia, no podemos hablar de cronicidad, tenemos que hablar de vulnerabilidad y de una persona que hace más episodios depresivos que otras personas y una vez que uno hace el primer episodio depresivo, las posibilidades de repetirlo son altísimas. Una vez que el enfermo hace un episodio depresivo, si esto es el estado de ánimo normal, esto es la bajada de ánimo, una vez que el enfermo hace un episodio depresivo, es entonces cuando acude al médico de cabecera mayoritariamente y recibe tratamiento antidepresivo, que puede ser tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, en estos momentos la idea general y la evidencia científica nos dice que la psicoterapia bien hecha es tan eficaz como un fármaco. Podemos discutirlo después, el único problema es que los fármacos son más baratos que una psicoterapia eficaz, por eso utilizamos fármacos, porque son baratos, si fuera más barato la psicoterapia no estaríamos hablando de este tema. Normalmente, con psicoterapia y con farmacoterapia el enfermo mejora 50%, 60% de los enfermos mejora con un primer fármaco o con una psicoterapia y este 60% de los enfermos siguen teniendo un tratamiento de mantenimiento, es muy importante recordar aquí que no se pueden dejar los antidepresivos de golpe porque los enfermos recaen. Hay que hacer un tratamiento de 6 meses o 1 año porque si no las tasas de las recaídas son muy altas. Hay algunos enfermos que recaen con mucha frecuencia y aquí hemos de comenzar a hablar ya de tratamiento que no se pueden quitar, cuando un enfermo tiene más de tres episodios, quitar el tratamiento es de altísimo riesgo, con lo cual estos enfermos siguen tomando el tratamiento antidepresivo durante años o incluso a veces para toda la vida. Sobre los nuevos tratamientos antidepresivos, la realidad es que, ésta es la lista de los tratamientos antidepresivos que hay, si alguien tiene curiosidad le puedo enviar información. En la década de los 60, por casualidad, como muchas cosas en esta vida, se descubre que hay una serie de fármacos que mejoran los enfermos depresivos, en esa época los experimentos se hacían básicamente con curas, presos y enfermos ingresados en manicomios psiquiátricos, con estos enfermos se experimentaba y se vio que al probar unas cosas, mejoraban otras. Mejoró la psicosis, mejoró la depresión y a partir de ahí arrancan los antidepresivos. En esos años han aparecido diferentes familias de antidepresivos, les puedo decir que los antidepresivos últimos son más eficaces que los primeros, pues no, no les puedo decir eso, no son más eficaces que los primeros, no tenemos fármacos más eficaces que los primeros, que la imipramina, que tofranil anafranil, los imaos, lo que sí tenemos fármacos que se toleran mucho



mejor, eso qué quiere decir, pues que la evolución de la farmacología ha permitido democratizar los fármacos, los fármacos clásicos cuando tú se lo ponías a un enfermo, sabías por definición que ese enfermo al cabo de unos meses lo iba a dejar, porque le sentaban fatal, porque tenían muchos efectos secundarios y las ventajas de los fármacos que tenemos en estos momentos, es que los enfermos los pueden tomar, no dejan de tener efectos secundarios, los puedes tomar y los pueden tomar durante años sin grandes problemas. Esa es la ventaja que tienen, la otra gran ventaja es que como les he dicho previamente, la depresión es una enfermedad que suele tener un buen pronóstico en el 50 o 60% de los casos, pero hay un porcentaje de enfermos que no funciona bien, hay un 40% de enfermos que con un primer fármaco no funciona y tener un arsenal de fármacos que nos permita probar diferentes fármacos, pues nos da posibilidades de mejorar a muchos más enfermos, combinando medicaciones conseguimos que la mayoría de los enfermos, que el 80% de los enfermos mejores y puedan hacer una vida normal en la mayoría de los casos. No estamos hablando de enfermedades que limitan la vida de una forma muy importante, para la mayoría de los casos. Es verdad que hay un 15% de enfermos que no mejoran, que no van a mejorar y que requieren otro tipo de técnicas y que no tenemos fármacos ni estrategias en estos momentos para solucionar lo que les pasa a estos enfermos. El mecanismo de acción de estos fármacos me lo voy a saltar porque al final y al cabo es aumentar la serotonina y la noradrenalina, es una cosa muy simplona, la verdad. Durante mucho tiempo no sabíamos por qué la gente se deprimía, seguimos sin saberlo, pero aparecen los fármacos que aumentan la serotonina y la noradrenalina y alguien dice hombre, pues esto de la depresión será que tiene la serotonina y la noradrenalina baja, no, los enfermos depresivos no tienen la serotonina y la noradrenalina baja, lo que pasa es que esos fármacos que aumentan la serotonina y la noradrenalina, mejoran la depresión. Sería como decir que el dolor de cabeza se debe a que uno tiene unos niveles bajos de aspirina en sangre, pues más o menos, pero no vamos a entrar en eso, porque no tiene mucho sentido. Me parece más importante recordarles una serie de cosas que vale la pena recordar. Una es que los fármacos antidepresivos son lentos, necesitan entre 2, 6, 8 semanas para hacer efecto. Eso es verdad, normalmente, cuando el enfermo mejora rápido, las cosas funcionan bastante bien. La otra cosa que es muy importante es que no se pueden dejar los antidepresivos bruscamente, porque se encuentra uno fatal y no se pueden dejar los antidepresivos cuando uno tiene más de un episodio porque uno recae y recae, además es una recaída prácticamente automática, hay enfermos que dejan los antidepresivos y al cabo de un mes vuelven a estar mal y eso hay que tenerlo en cuenta, es muy duro tomar medicación sobre todo cuando tienes efectos secundarios pero es que si no

recae. Si es verdad que la mayoría de los enfermos dejan la medicación, la dejan una, la dejan dos, uno asume que es así, y a la tercera recaída normalmente la siguen tomando, no en todos los casos. Por qué la dejan, porque a nadie le gusta tomar medicación, a mí el que menos, yo tengo una gota y la verdad es que lo cumplo religiosamente porque lo dejo tres días y tengo un ataque de gota. Afortunadamente o por desgracia, en la depresión pasan semanas o meses hasta que el enfermo recae. Los enfermos lo dejan fundamentalmente porque no les gusta tomar medicación pero porque tienen una serie de efectos secundarios que aunque sean modernos, los tienen, básicamente el aumento de peso, que es terrible y otro efecto secundario que es muy frecuente es la disfunción sexual. Un 60% de los enfermos que toman antidepresivos tiene disfunción sexual y es lógico y es normal y lo haríamos cualquiera, los enfermos dejan de tomar la medicación y me parece bastante coherente que lo hagan, no lo apoyo. Cómo se selecciona un fármaco antidepresivo, pues básicamente los motivos de selección es que sea eficaz, lo más fiable es que le haya ido bien antes a ese enfermo, que se tolere bien, que sea seguro y algo que tendríamos que empezar a discutir más, a parte de la toxicidad, es que sea eficiente, es decir que se consiga mejorar al enfermo con el menor precio posible. A mí me parece que siempre estamos pidiendo que nos den más y es verdad, yo soy el primero que pido que nos den más, pero si puedes conseguir los mismos resultados con fármacos más baratos, o con estrategias más baratas, me parece una obligación del sistema sanitario porque al fin y al cabo lo que ahorremos en fármacos nos lo vamos a poder gastar en otras cosas.

Hay una serie de técnicas psicoterapéuticas que son tremendamente eficaces para el tratamiento de la depresión, pero tremendamente eficaces, tanto como los fármacos y en algunos casos incluso más, y además yo diría que en ese término que hablábamos previamente de intentar ser eficientes y consumir los menos recursos posibles básicamente, no para ahorrarlos si no para gastarlos en otras cosas, la realidad es que el futuro del tratamiento de muchos de estos enfermos viene por las nuevas tecnologías, en estos momentos disponemos de nuevas tecnologías básicamente asociadas al teléfono móvil, que permiten hacer psicoterapia on line, con lo cual el coste disminuye de una forma muy importante probablemente esa falta de psicoterapia porque es cara se va a poder ahorrar haciendo psicoterapia on line, son programas que funcionan y son eficaces y si yo tuviera que decir dónde está el futuro del tratamiento de la depresión, pues al margen del último tratamiento antidepresivo que haya que va a aportar alguna cosa más y algún efecto secundario menos, diría el uso de las nuevas tecnologías en el tratamiento de la depresión.

Taula rodona

**Efectes de la crisi en la salut mental dels ciutadans**

**Depressió en els infants i els adolescents**

**Marta Prat de la Riba, psicòloga-psicoterapeuta**

Hola, bon dia a tothom, primer de tot agrair a l'Anna Miñarro la possibilitat de poder intervenir avui aquí amb tots vosaltres i jo, com deia l'Anna parlaré específicament de lo que és la depressió en els infants i en els adolescents, però abans de entrar directament en la qüestió de la depressió, m'agradaria contextualitzar quins canvis hi han hagut en aquests darrers anys i com ha influït això en els nostres infants. Abans d'això, molt breument dir, que un nen es construeix com un text circumflex, on entra d'allò cíclic, el caràcter, la personalitat o la manera de ser d'aquest nen amb el cos, amb una genètica i amb tots els antecedents que porten els pares, aquests dos aspectes es relacionen estretament amb lo social, què és lo social, lo social són les característiques d'una societat determinada, el lloc on naixem, on creixem, la família en què neix l'infant, tot això té una repercussió en aquest nen i en la seva constitució. La societat actual, fortament marcada per una decadència de la paraula, del relat, dels ideals i de la llei ha provocat una transformació en lo social, en lo familiar i en el propi nen. Vivim immersos en una societat on la immediatesa i la satisfacció és evident, on d'alguna manera ens han venut en un món sense límits i un convenciment de que tot és possible, el dolor, el malestar i la tristesa han desaparegut, és difícil o cada vegada sentim més com, d'alguna manera el malestar desapareix i hem de ser feliços, hem d'estar contents i no podem estar tristos. Tot això va tenint una repercussió en els nostres nens, el món canvia tan de pressa, que els referents que ja teníem, l'anterior autoritat, va desapareixent i cada vegada ens trobem que existeixen més possibilitats i oportunitats, diferents models educatius, diferents maneres d'entendre la criança i sovint els pares es troben molt perduts davant d'aquest fet. Aquest accent de possibilitats i oportunitats moltes vegades, recau directament en els individus, en els pares i en els propis nens, ja no existeix un estament que marqui què és el correcte, què és l'incorrecte, si no que tenim múltiples possibilitats, un ja no pot equivocar-se perquè sempre hi ha una possibilitat per reparar aquesta equivocació, perquè sempre hi ha una opció que és vàlida. El preu d'això sovint ens trobem amb una constant

incertesa, no sabem què fer o com fer, perquè com tot es vàlid. Els límits i l'autoritat d'alguna manera, és un element clau en la constitució d'un nen, podríem dir que els límits i el no són una vacuna psíquica, permeten separar a l'altre perquè en un primer moment la mare i el nadó formen un cert enganxe i el fet que aquesta separació es produeixi permet que el nen creï la seva pròpia identitat que es pugui anar diferenciant i pugui anar tolerant que tot no és possible. Aquest fet, genera una major tolerància a la frustració, això ho veiem a les nostres consultes, moltes vegades els pares manifesten les dificultats per poder dir no, perquè els nens fan rabietes, ploren i s'enfaden i als pares moltes vegades els hi és difícil de tolerar això i el no es converteix en sí. Cal que hi hagi un certa falta per a que els nens desitgin, quan els nens ho tenen tot, els hi es difícil poder desitjar i voler i això ho veiem en nens que tenen múltiples joguines i que no saben a què jugar ni com jugar. Per a que tots aquests fenòmens es donin, aquests infants han d'estar acompanyats per adults que d'alguna manera es col·loquin en una posició de referents, que transmetin una autoritat, que no vol dir autoritarisme, uns adults que permetin dialogar, que es pugui pactar, que els puguin escoltar, que puguin compartir i jugar amb els seus fills. Hem passat d'una concepció de la família basada en l'autoritat, en els valors religiosos i paternalistes de temps passats, a diferents models actuals i ens trobem amb les famílies monoparentals, on hi ha un pare, una mare, amb famílies de parelles homosexuals i ens podem imaginar moltes més. A aquest fet, li hem d'afegir un canvi important a nivell social, que és la crisi i els seus efectes, cada vegada trobem famílies amb menys recursos econòmics amb menys poder adquisitiu, famílies que han perdut la llar o han perdut la feina i tot això té una repercussió en els nostres infants. Fins fa relativament pocs anys, l'educació i la criança dels fills estava lligada a la figura de la dona, però l'entrada de la dona en el món laboral, ha dislocat tot aquest ordre. En la nostra societat, l'educació dels infants implica una major responsabilitat del pare, de la família i també de l'escola. Però què passa amb la crisi i quins efectes té en tot això, en l'àmbit educatiu, com tots sabem i hi ha múltiples manifestacions, s'han sofert nombroses retallades, tant a nivell econòmic com a nivell de personal, cada dia hi ha menys mestres i van més sobrecarregats en aquest sentit. El rati, el número de nens cada cop és major, els suports que podien tenir i el temps per preparar el material cada cop és menor i l'exigència d'alguna manera de lo social no disminueix. Cada vegada els mestres es queixen que tenen menys temps per acompanyar els nens, per ajudar-los i més quan hi ha nens amb dificultats. I en l'àmbit familiar, què ens trobem, sovint ens trobem que els avis són els principals cuidadors i el principal suport de moltes famílies, tant a nivell econòmic, hi ha famílies on els dos pares han perdut la feina i són els avis, que a través de les seves pensions sustenten la família, però

també a nivell personal, moltes vegades són els encarregats de portar els nens a l'escola, de recollir-los, de portar-los a dinar o al metge, els pares que tenen feina, cada cop es queixen més que és difícil compaginar la vida laboral i personal, és difícil que puguin demanar permisos per poder portar els fills a una visita mèdica o per poder encarregar-se de lo que era fins ara l'educació dels fills. També veiem que fins ara que els pares, lo que era la figura de l'home, cada cop més és qui s'encarrega de la criança dels nens i de portar la casa. Constatem una certa dotització de l'infant, què vol dir això, que cada vegada ens trobem més nens que estan sobreexigits, que ja a P3 tenen deures, han d'estar vuit hores a l'escola, tenen activitats extraescolars a les tardes i que fins a les set de la tarda no arriben moltes vegades a casa, és d'alguna manera, el que observem és que anem adaptant els nostres nens a les nostres necessitats laborals o fins fa poc, eren les nostres necessitats laborals i no tant les necessitats dels infants. I per altra banda, veiem una certa infantilització de l'adult, què vol dir això, doncs que cada vegada més ens trobem amb pares que tenen moltes dificultats per autoritzar-se, per exemple, treure els bolquers als seus fills, amb tot l'ensenyament dels hàbits bàsics i esperen que siguin els mestres qui marquin les pautes. Una mare m'explicava que des de l'escola els hi orientaven què havien d'esmorzar els nens cada dia, com si els pares no tinguessin un cert criteri en aquest sentit. El que veiem moltes vegades és que l'escola es converteix en l'únic espai saludable per aquell nen, perquè aquell nen moltes vegades arriba a casa i es troba amb un espai de molta precarietat, amb pares molt preocupats i amb famílies que disposen de poc temps mental per dedicar en aquest nen. Què passa i quines conseqüències té, doncs que veiem nens amb un cert estat de desemparament, amb una certa desprotecció, nens que passen molt de temps sols davant de la televisió o de l'ordinador o de les pantalles, nens que tenen poc espai per parlar, per parlar de les coses que els hi passen i els hi preocupen i pares que tampoc estan gaire disponibles en aquest sentit perquè estan molt preocupats per poder jugar o per poder disfrutar. D'alguna manera és com la idea de l'infant productiu, on ha de fer múltiples activitats extraescolars, música, dansa, idioma i ha d'absorbir infinitat de coneixement, però tot això per què, això ho hem anat heretant del sistema capitalista, què provoca aquest fet, que moltes vegades ens trobem que acabem etiquetant com a patològic, fenòmens i comportaments que surten d'aquesta tendència, i podríem pensar en la hiperactivitat, en elf races escolar i en altres patologies que en un altre moment segurament no pensariem que són patològiques però que la societat actual i amb les exigències actuals, acaben sent nens etiquetats. També veiem pares molt exigits i que se senten molt fracassats i culpabilitzats quan els seus fills tenen dificultats. Però en tota aquesta conjuntura i en tot el que hem anat dient, quin espai tenen els nens per jugar, els nens

cada cop, i això ho veiem, tenen espais reglats per jugar, les activitats extraescolars, on hi ha referents, on hi ha altres nens, on hi ha activitats clares a fer, però els nens aprenen i coneixen el món jugant i jugar és un element clau en la vida d'un nen i cada vegada veiem més, quan parlava abans del món de les pantalles, que cada vegada hi ha un empobriment d'aquest món, els nens jugant poc, agafar un conte, posar-se a dibuixar, el jugar amb les nines o els cotxes, cada vegada ho veiem menys perquè aquest tipus de joc implica que hi hagi algú que pugui acompanyar-los. Aquesta nova era del consumidor, amb l'actual crisi econòmica social i ideològica, està suposant un gran canvi d'escenari, ens trobem amb nens molt poc estimulats, que han estat poc acompanyats en el primer moment de vida, que hi ha un cert retard en l'adquisició dels hàbits bàsics, a nivell motriu, que comencen a caminar tard, que tenen dificultats de parlar, perquè segurament han estat poc parlats moltes vegades, nens excessivament sobreprotegits, nens que entren a l'escola i encara porten bolquer, porten biberó, que porten xumet o per altra banda, nens que han estat poc acompanyats. Hi ha moltes dificultats a nivell d'aprenentatge i nombroses problemàtiques també de tipus emocional, que avui ens centraren en la depressió. Podríem dir que la infància i tot el desenvolupament de l'ésser humà és un periple de constants pèrdues i de constants guanys. Pèrdues que impliquen una certa elaboració i una acceptació de la tristesa, de la incertesa, de la ràbia i també de la frustració, deixar de ser un bebè té un cost i això ho veiem quan neixen els germanets que els nens poden fer una certa regressió, perquè hi ha un cert benefici a l'estar més a prop de la mare, de tenir una sèrie de cuidados que quan un es fa gran ja no té. Fins a mitjans dels anys 70, no es comença a acceptar i a definir el concepte de depressió com a tal en la infantesa, predominava la idea que els nens no es deprimien, posteriorment apareix la idea de la depressió emmascarada, que era que la depressió en els infants presentava una simptomatologia diferent a la dels adults i es presentava bàsicament en el cos, dificultats en la son, en la gana, en un cert retard a l'hora de caminar o nens molt inquiets, però posteriorment i actualment, sí que s'accepta que la depressió en la infantesa existeix i que té característiques similars a la del adults, però hi ha d'altres que difereixen. Abans d'entrar en la depressió, és important que tinguem en compte que els nens, al igual que els adults, també estan tristos, també estan nerviosos, també de vegades estan preocupats i això no vol dir que tinguin depressió o un trastorn d'ansietat ni que sigui res patològic. Quan és una senyal d'alerta, quan és desproporcionada la causa, quan s'allarga en el temps, quan va acompanyada de símptomes i de problemes que interfereixen en l'activitat escolar del nen, en l'activitat social, o en l'activitat acadèmica i familiar. Com es presenta en els nens o quins trets bàsics podríem pensar que ens donarien un cert indicatiu que aquest nen podria patir

una problemàtica de tipus depressiu, doncs veiem nens que ploren fàcilment, que estan tristos, que tenen poques ganes de fer res, que tenen poques ganes de jugar, que tenen poques ganes d'aprendre, que es queixen d'estar constantment cansats, que es veuen com dispersos, perduts, com desconnectats, són nens que moltes vegades a l'hora del pati es queden en un racó sense jugar, que els hi costen les obligacions bàsiques que moltes vegades apareixen afirmacions com jo no puc, no en sé o qui m'estima a mi. A vegades poden aparèixer també comportaments de fer-se mal o són nens que constantment cauen i tenen ferides i poden tenir unes actituds perilloses de no calcular bé els riscos, també poden aparèixer actituds de passivitat, nens que passen desapercibuts, que l'escola no molesten gaire, perquè no diuen gaire cosa tampoc, o nens molt submisos davant de l'altre, que no es queixen, que accepten tot el que l'altre diu i demana. En lo acadèmic, també veiem que són nens que presenten dificultats, moltes vegades són nens que no tenen interès per aprendre, per les coses que s'expliquen, que estan distrets, o són nens que no havien presentat cap dificultat i a partir d'un moment concret hi ha un desnivell importantíssim en el seu rendiment acadèmic. També solem trobar certa patologia en el cos, què vol dir això, són nens que sovint es queixen, Bueno, solen ser les mares, que sovint tenen poca gana, que tenen dificultats a l'hora de dormir, o que dormen excessivament fent migdiades de dues o tres hores cada dia, que tenen problemes en el control dels esfínters i constants mals de panxa o de cap. També hi ha una altre tipus de simptomatologia vinculada a la depressió, però que seria d'alguna manera la contraposada, en el sentit, o el que nosaltres anomenem una certa defensa a la depressió i apareixen nens molt inquiets, nens amb un comportament oposicionista, que tot diuen que no, que s'enfaden, que estan molt irritables i poden haver comportaments agressius o més delictius en etapes adolescents. Com es manifestaria la depressió en l'adolescència, la depressió en l'adolescència és un problema important, perquè hem de tenir en compte que segons l'OMS, la Organització Mundial de la Salut, és la tercera causa de mort entre els joves de 15 a 24 anys, és una dada alarmant. Però què diuen els adolescents, es queixen d'estar deprimits, d'estar de bajon, de tenir poques ganes de fer coses, el que veiem sovint és que tenen poques relacions, pocs amics, que es van aïllant i l'únic vincle que tenen en el món és a través de les pantalles. També apareixen moltes dificultats en el cos, els mals de cap, mals de panxa, tenir gana, dormir molt o trastorns de la son, que no poden dormir, en lo acadèmic també apareixen dificultats i moltes vegades parlen com d'una sensació de buit, de no tenir sentit la vida que viuen, què podríem dir que tots els adolescents estan deprimits, no, hem de tenir en compte el que dèiem abans, que depèn en quins àmbits afecta, la depressió en un adolescent afectaria en l'àmbit acadèmic, afectaria en lo

familiar i també en l'àmbit social. A aquests elements, hem d'afegir una peculiaritat de l'època, que és la manca de perspectiva que tenen aquests adolescents, quin futur els hi espera, i moltes vegades és el comencem a sentir, per què estudiar, per què preparar-se, mira com està tot, per què ens hem d'esforçar. Podríem pensar que les dades de la depressió han augmentat a causa d'aquests fenòmens, segons el que hem anat constatant, no és que hagi augmentat les dades o el diagnòstic de la depressió en sí, el que sí observem és com d'alguna manera, l'estat depressiu o la depressió dels pares i el malestar que hi ha en les famílies, es va transmeten en aquests infants i moltes vegades ens trobem amb nens petits, de 5 o 6 anys que es pregunten per què la mare està trista o per què el pare està trist, per què està tot el dia a casa o per què els fan fóra de casa seva. Què fer davant de tot això, com poder ajudar els nostres infants i acompanyar, jo pensaria i plantejaria que és important poder transmetre i poder explicar als nens, en funció de l'edat, hem de tenir en compte el vocabulari que fem servir o què expliquem, però sí que és important que puguem parlar, que puguem explicar per què de vegades estem preocupats per què estem tristos i que també puguem preguntar als nens com es troben, què fan, intentar trobar algun espai per poder jugar, i compartir amb els nens, perquè els infants ens necessiten d'alguna manera i no ens podem oblidar que nosaltres som els responsables en aquest sentit.

## **Medicalització extrema de la depressió**

### **Oriol Martí, metge-psicoanalista**

Bon dia, en tot cas, per enèsima vegada des de la seva fundació ens tornem a trobar aquí i en tot cas, un tema que penso que és controvertit i important és la qüestió de l'extrema medicalització de la depressió. Si algú ha seguit la meva trajectòria des de que això es va inaugurar, fa ara molt anys, i va agafant totes les meves intervencions successives, veurà que de fet sense dir-ho aleshores, ni a la primera, ni a la segona, ni a la tercera, ni a la setena, ni a la vuitena i a així successivament, he parlat sempre que les malalties mentals necessiten ajudes farmacològiques i que seria ingenu negar-les però que la seva resolució va mes enllà de la farmacologia en quant la cura, la seva prevenció va molt més enllà de la farmacologia en quant a la indagació social i política. Per aquest motiu, jo em pensava que és molt important reflexionar sobre el tema de la medicalització perquè és com un tema d'una altra variació de l'àrea amb variacions de quan es va començar a parlar quan es van fundar les primeres jornades



de l'associació d'aquí de Nou Barris. Per situar la qüestió i per veure de quina manera a vegades pensem les coses, no per provocar el personal, se'm va ocórrer començar parlant del que diu un traumatòleg de la Vall d'Hebrón, durant molts d'anys ha sigut director mèdic de la Vall d'Hebrón, que fa un reflexió que ens permet entendre la ideologia en la qual estem posats sobre el tema de la medicalització i veurem que, si això passa en traumatologia on es veuen clares les coses i si un té la cama trencada, la té trencada i si un altre té epicondilitis, té un problema i tot això, doncs en les malalties mentals que són molt més revesses, molt més difícils de ser descobertes, de ser estudiades i de ser enteses les coses es deu complicar normalment. Josep Martí i Valls, que no és parent meu, diu en un treball que es titula "La medicalització creixent perjudica la salut": "Quan feia de metge, tenia alguns pacients d'aquells addictes a l'esport, que quan jugaven al tennis venien a visitar-me per una epicondilitis, els que corrien per una tendinitis d'Aquil·les o de l'impacte del dolor al genoll i jo els hi deia a tots els mateix, miri, això és una sobrecàrrega, senzillament està inflammat hauria de fer una mica de repòs de l'esport durant uns dies i ells no ho acceptaven, es rebotaven i em deien doctor, amb totes les avanços de la medicina no hi ha res que em pugui donar o que em pugui fer perquè no em faci mal i poder seguir jugant, o bé, no em pot més ressonàncies magnètiques per veure realment el que tinc, i jo tornava a dir-li, miri si vostè em vingues a veure per un mal al dit molt greu i em digués que se l'està picant amb un martell, la meua obligació seria dir-li, home, primer de tot deixi-se'l de picar". Aquest exemple que el veiem de manera transparent i el vaig a llegir entre els altres, per la seva absoluta transparència, és com un vas d'aigua clara, doncs contrasta amb el problema que tenim la gent que habitualment treballem amb salut mental i amb les coses d'això que diem la ment humana. I segueix dient uns paràgrafs més a vall, el Josep Martí i Valls: "...Molts d'aquests pacients i familiars no ho acceptaven de cap de les maneres convençuts també del poder de la medicina, de la ciència, que inclús podia evitar envellir, sense entendre que l'envelliment és un procés i que la malaltia sempre té risc de complicacions" i fa un conjunt de reflexions sobre aquest tema dient també: "Aquesta actitud de por a no acceptar conviure amb una articulació gastada, podíem dir en el dia d'avui aquí, amb una depressió, que segons com dona dolor, podíem dir aquí que segons com dona pena, patiment, inquietud, molts cops és la por, aquesta por és fruit de que els metges no expliquen prou als pacients, cosa que és certa, però també molt sovint que corre per la societat la idea de que tot es pot arreglar amb una intervenció mèdica senzilla o complicada, però intervenció mèdica al cap i a la fi". I havent dit això que diu el nostre col·lega traumatòleg, pot ser interessant observar també que quan parlem de medicalització, i si seguim amb aquest exemple és perquè tots tenim el mite, la ideologia, tenim posada aquesta idea al cap de que la

medecina ho pot arreglar tot. Si nosaltres mirem, podeu buscar al fòrum de l'Hospital Clínic de juliol de l'any passat, hi trobareu que es fa una primera definició de medicalització que està bé, perquè connecta, entre les coses que d'entrada es relacionen i diu: "Entenem per medicalització un procés a través del qual es converteixen aspectes de la vida quotidiana en patologies amb intenció de justificar la necessitat de l'atenció mèdica i el tractament de les mateixes". Aquí tenim una segona vessant, és a dir, convertir també àmbits de la vida quotidiana, de processos del cicle de la vida, problemes vinculats al naixement, a la menopausa, al creixement, a l'adolescència... en patologies i en conseqüència, justificar l'atenció mèdica directa sobre les mateixes. És a dir, tenim, d'una banda la mitologia que en Josep Martí i Valls ens planteja, si vostè ve amb un dit totalment fet malbé i em diu que se l'està picant amb un martell, primer deixi-se'l de picar, després veurem què fem, segona, la conversió d'àmbits i d'aspectes de la vida si seguim amb lo que diu aquesta definició del fòrum clínic, hi ha llocs, hi ha indrets on la medecina ha d'intervenir perquè hi ha la fixació o hi ha, això ho acabo de dir malament dit, hi ha la cosa de que si intervenim o s'hi ha d'intervenir perquè si no la cosa no anirà bé i coses del cicle de la vida esdevenen aleshores en autèntiques patologies, obro un parèntesi, vivim en un món en el qual hem convertit pràcticament la fàbrica, s'ha convertit en una fàbrica de definició de malalties noves, en això no hi entraré. Però també existeix una altra definició de medicalització, que aquesta també ens pot interessar més en l'àmbit que ens ocupa avui i és que la es la relaciona amb la lògica del moment que estem vivint, de la crisi dintre de la crisi del capitalisme terminal, que ens ha tocat viure i patir, que és voler donar respostes estrictament mèdiques a problemes que tenen les seves causes en qüestions o conflictes de naturalesa social i política i que de manera massa frívola es pressuposa que si actua la medecina, s'aconseguirà la curació. Vostè ha perdut la feina, està deprimat, si es pren la pastilla, si va al metge i li dona un antidepressiu, això ho arreglarà, no va així, el problema és que la lògica de la crisi actual, que és una crisi dintre de la crisi, com allò del Hamlet, el teatre dintre del teatre, el problema no es resoldrà prenent antidepressius, vostè està deprimat perquè ha perdut la feina, no per una altra cosa que pugui passar perquè li faltin determinats neurotransmissors. I això connecta amb una cosa que a mi m'agrada rescatar, que penso que és important rescatar, perquè de fet seria com la línia vermella que connecta les meves primeres intervencions de les jornades des del 2000, 2001 en endavant fins el dia d'avui, que és el problema del model mèdic contemporani.

Què entenem per model mèdic contemporani, entenem per model mèdic contemporani una forma, cada societat pensa que és estar sa, estar malalt, forma part de la ideologia

com concenim què es estar sa, què és estar malalt, com s'intervé en les malalties, com se'ls hi dóna solució, etc. i de la mateixa manera que a l'antic Egipte es veia la malaltia com una mera acció d'un agent extern sobre la persona o una col·lectivitat, doncs aquí en aquest moment del capitalisme terminal, es reflexa en el cos social un conjunt de característiques, que ara descriure brevíssimament, que són el model mèdic contemporani.

La primera és el biologisme radical, que és l'abordatge estrictament biològic de l'ésser humà que arriba en el seu paroxisme en la recerca compulsiva dels gens que produeixen les malalties. Jo vaig donar, no fa gaires mesos, un seminari al respecte a la institució psicoanalítica barcelonina justament, doncs sobre el determinisme biologista que frisa el cretinisme o el surrealisme, se'ns parla de forma discutible del gen de l'esquizofrènia que fa dècades que s'està buscant, per no dir gairebé segles, que no l'han trobat encara, el de la depressió, el de l'ansietat, el de l'agressivitat, el de la hipersexualitat, el de la ludopatia, etc., etc. És aquest biologisme on tot funciona perquè hi ha un determinisme genètic que funciona de manera mecanicista i si tu tens aquest gen, cagada pastoret, patiràs aquesta patologia de forma independentment de la teva voluntat, tu ja no ets tu, tu ets tots els teus gens. Una segona característica del model mèdic contemporani és el mecanicisme, que és derivat de l'anterior, és l'estricta concepció que l'ésser humà funciona com el motor d'un automòbil i que té un motor susceptible de ser obert, de ser canviat, de ser substituït i que aleshores si hi ha una peça que no et funciona, tens problemes amb la serotonina, et donarem unes coses que inhibeixin la seva recaptació de manera ràpida, lenta, semi lenta, més dilatada, més perllongada, més no sé què i això aconseguirà que tu, independentment de si has trencat amb la parella, se t'ha mort un fill, has trencat amb la parella, t'han destruït el bosc de davant de casa... no passa res, tu et prens això i la serotonina funciona d'una altra manera i tot anirà bé. Aquest model mecanicista de motor obert, que ha tingut uns efectes notablement positius durant segles i va ser un motor de producció de medicina orientada a curar i la prova és que a tots ens hem beneficiat directa o indirectament, paradoxalment s'està convertint cada vegada més en un obstacle per a l'autèntica intervenció sobre el patiment humà. Això connecta amb l'anterior, t'inhibiren aquest gen o t'activarem aquest gen, si tu tens el gen de la depressió, te l'inhibirem i així estaràs sempre feliç i content. Una tercera característica és l'individualisme, no estic fent referència al fet que les malalties es viuen a nivell individual, i això la gent que tenim formació psicoanalítica ho sabem bé, no ens estem referint a la bella cita de Maimònides, el gran metge jueu que deia que el metge ha d'atendre sobretot el dolor de cada ésser humà en particular, independentment de classe, raça, sexe, orientació

sexual, punt de vista polític, etc., estem parlant d'una teoria que es va posar molt de moda, sobretot a partir de les teoritzacions dels ultraliberals de Mon Peleren etc., que és el fet que tothom és responsable de la seva malaltia i de la seva salut, això connecta amb els estils de vida, tu pots treballar amb tòxics ambientals o laborals, tu pots estar vivint al costat d'una autopista amb uns nivells de soroll bestials, si no que els hi diguin als de Montcada bifurcació, però tu si portes vida sana i menges vegetals ecològics i tal, a tu no et passarà res. Un quart tret és el del mercantilisme, i és que tot allò de la salut i la malaltia és estrictament vivenciat com una mercaderia, la prova és que Corporación dermoestética cotitzava borsa, i que es regula per la oferta i la demanda, i així doncs, tu pots comprar la teva salut psíquica amb determinats productes, quan un coneix atentament l'acció farmacològica dels antidepressius i que els millors segueixen sent els més antics i que els més antics segueixen tenint un gran valor i que molts dels més moderns, obro parèntesi, i més cars, es fa difícil de vegades escatir si són més bons que els més antics i que en tot cas, caldria fer un màster amb psicofarmacòlegs i coses d'aquestes, per veure què, com i de quina manera. Però en tot cas, cola, i si cola, cola i en tot cas ja has pres el més car doncs endavant que fa baixada. I sobretot el tema és que no existeix una concepció històrica i social de les causes productores de la malaltia psíquica que avui ens porta aquí. El medi ambient i el medi social configuren i determinen la nostra patologia i estar deprimat es connecta molt amb el món exterior i aquest és un fet important i que tot això ens porta al seu extrem, aquest model mèdic ens porta al seu extrem, més greu en les malalties mentals, perquè quan el Pep Martí deia això del cas de la traumatologia, aquí tot és transparent, en el cas de les malalties mentals tot és més difractat, és més emboirat, és més difícil de captar etc. I per això és important, veure com hem de tenir una actitud de docta ignorància i de docta sospita enfront l'intent de medicalitzar una colla d'estats d'ànim diversos que poden connectar amb la tristesa, amb el malestar, amb la irritabilitat, amb la pena, etc. que disten molt d'això que ara es diu i es diu molt que ara és la depressió. Jo m'havia preparat moltes coses per parlar al respecte, com sol passar, però bueno, millor que en sobri que no que en falti, però en tot cas, per dir-ho en termes pràctics, el tema és que vivim una situació en la qual, de la mateixa que de les demències només es parla de l'Alzheimer, que és la que està de moda, és la més mediàtica, és la més guay, es fan jornades a tot arreu, quan hi ha més de trenta tipus de demències, doncs això passa també amb la depressió, tenir canvis d'humor durant el dia és estar deprimat, és ser bipolar, és estar molt deprimat i no puc i tot i que ho havia apuntat amb molt detall, però el temps se'm tira al damunt perquè la vida és dura, el temps passa volant, doncs, realment molts estats de la vida quotidiana o del cicle de la vida, no es pot dir que la persona estigui deprimada, podrà tenir pena, podrà

estar trista, podrà tenir coses d'aquestes però no necessàriament estar deprimida i sobretot que aquest estat anímic sigui necessàriament obligatori medicalitzar-lo, és a dir, tallar-lo medicament o en el seu defecte, situar-lo en procés complex que si vostè pren això, això li desapareixerà. I en tot cas, em va semblar útil preparar en les darreres setmanes això, fer apel·lació a Freud, amb un text dels més clàssics, dels més importants que ha escrit, que poden servir una mica per posar ordre en el caos, una mica com portar la llanterna per saber per on anem i penso que estaria bé per situar la qüestió una mica i després facilitar que la meua intervenció ajudés a obrir més debat, veure que diu en un text clàssic que és "Dol i melancolia" el llegiré en castellà, perquè encara en català no tenim la fortuna de haver traduït l'obra completa de Freud i un ha de seguir del tot la rigurositat de les coses, i dui Freud: "El duelo es por regla general la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga a sus veces como la patria, la libertad, un idealítico -podríem afegir la vivienda, el Trabajo, el entorno- a raíz de idénticas influencias, se observa en muchas personas, en lugar de duelo, melancolía. Cosa muy digna es de notarse a demás que a pesar de que el duelo trae consigo graves desviaciones de la conducta normal en la vida, nunca se nos ocurre considerarlo un estado patológico, una enfermedad, ni remitirlo al médico para su tratamiento, confiamos en que pasado cierto tiempo, la propia persona lo superará y juzgamos inoportuno y dañino remitirlo a intervencions médicas." Així doncs, llegia això perquè d'alguna manera o d'altra, penso que hem de recuperar el fet d'entendre que en la situació actual és lògic que estem bastant tristos i que ens puguem, entre cometes, deprimir, però hem de passar també per l'escalpel, pel bisturí, a les coses separar en quins casos són processos normals, lògics i inclús podríem dir positius per fer front a una vivència a veure com la combatim, d'aquesta altra cosa que és aquesta mitologia contemporània que ens porta a que davant de qualsevol canvi d'ànim que tira cap estar trist o com es diu ara, deprimet, això s'arreglarà omplint-nos la boca de pastilles i això és més que discutible per no dir directament fals i políticament perillós.

## **Salut mental i política**

### **Anna Miñarro, psicòloga especialista en psicologia clínica i psicoanalista**

Moltes gràcies Oriol, ara em toca a mi, a mi ja em coneixeu, sóc psicòleg, psicòleg especialista en psicologia clínica i psicoanalista i com que l'Oriol acabava amb el Freud, per casualitat jo també començo amb Freud, no és per casualitat clar, però volia només encetar dient que Freud anomena pulsíó de mort com la productora del

malestar amb la cultura, i això connecta directament amb el que han estat dient els dos companys. I la pulsio de mort és aquella que està oposada a la pulsio de vida, de fet és per això que quan s'estava parlant del títol de la ponència d'avui vàrem pensar en aquest concretament i el que avui pretenem tant amb aquesta taula com en la conferència posterior seria aconseguir que tots plegats poguéssim reflexionar sobre com és possible que entre tots plegats la pulsio de vida impregni una nova societat més democràtica.

Així, d'alguna manera, amb aquesta presentació, amb la meua, el que volia es convidar-vos a rumiar sobre, ells dos han treballat altres temes, però la meua seria rumiar sobre salut mental i política, tot i que el jo diré només serà un tastet d'allò que més tard us dirà en Josep Moya.

Avui, al segle XXI, podem afirmar sense cap tipus de dubte que com en d'altres ocasions anteriors, estem en una situació de catàstrofe social, i això vol dir que es torna a produir la situació de desemparament on viuen tants i tants ciutadans, que ens du a mostrar com aquell, l'estat, les institucions, que han de protegir el ciutadans no ho fan i com els vincles en conseqüència, es trenquen. La crisi de fet és de la societat, però en la mida en que la societat desempara el subjecte, també el subjecte entra en crisi, per què, l'Oriol deia capitalisme terminal, jo no hi estic tant segura de que sigui terminal, perquè si no estaríem una mica més contents, però sabem que el sistema capitalista porta implícit tot un seguit de períodes de crisi, perquè ho necessita com a forma de reajustar-se i la crisi actual és un altre episodi dels que periòdicament s'han de produir dins del sistema per tal de mantenir el joc del pèndol. Però en aquest país, i en aquest moment, el que presenta aquesta crisi son traces d'autèntica catàstrofe social perquè es qüestiona la manera com s'ha anat construït de manera de bombolla miratge, tots els anys de creixement econòmic i llavors que és el que passa, que tota crisi, tota catàstrofe social, comporta en la majoria, no només en aquells afectats directament, si no en la majoria de la població una crisi personal. I tot això també perquè sabem que el creixement econòmic que s'inicia cap els 50, tot i que ja va presentar alguns episodis de crisi com l'any 76 o el 92, va anar acompanyat per un benestar econòmic i social per un sector de la població, tot i que a l'hora i havia un altre grup de ciutadans que continuava lluitant i que fins i tot van anar recuperant drets fonamentals, com per exemple l'avortament, el divorci i molts avenços a nivell de drets socials. El que passa és que aquest avenç no va assolir, l'assoliment d'aquests drets, no va assolir, l'assoliment d'una altra cosa fonamental, que és desmuntar els privilegis dels que gaudien les classes dirigents, el que sí va fer és suavitzar les formes i vàrem deixar de parlar d'aquest tema. Per tant, la democràcia va passar a ser més formal

encara del que intrínsecament és i podríem inclús afirmar, que la suposada transició, en aquest cas com diu el Francesc Navarro, va ser més immodèlica que modèlica com en alguns llocs es diu. D'altra banda, i com sempre passa, el creixement econòmic deixa de banda, deixa a la cuneta abandonats, una bossa important de marginats, però sobretot de situacions i ciutadans en situació d'una fragilitat extrema i els deixa fóra del sistema, mentre un altre sector no miràvem, aquest serviria el poema del Bertolt Brecht que mentre li passa a aquell de la cantonada, com que no és a mi no em preocupo, quan li passa al meu veí, tampoc em preocupo, perquè és el meu veí, quan li passa al meu fill, tampoc no gaire, però quan em passa a mi, resulta que tothom ha caigut i ningú em pot ajudar. Per tant, es va deixar fóra del sistema una quantitat de ciutadans important mentre l'altre vivia en el miratge de l'ascens social sobre el cavall del creixement econòmic. Quan parlo de ciutadans marginats i fóra del sistema, parlo també d'un sector important d'immigració i d'exili que serà molt difícil que trobi mai més una feina digna, és a dir, que no només tenim aquells que l'han perduda, sinó que aquells que en funció de la seva edat i de les seves característiques, i això alguns professionals de serveis socials que estan avui acompanyant-nos ho sabem, mai més no trobaran una feina digna i passaran a ser obligatòriament usuaris, amb aquesta paraula tan lletja, usuaris de serveis socials per tota la vida, amb el que significa de suposada tristesa, de suposada depressió etc., etc. Per tant la crisi actual, afrontada únicament des d'una vessant financera, el que ha fet és degenerar-se en una crisi social que el que fa és destruir la identitat del subjecte i així el que fem, és tornar a repetir una història de maltractaments importants. El subjecte, el ciutadà, dubta de la comunitat, no de l'estat, de fet del que mai no s'ha refiat, si no que dubta de la comunitat quan pensa que aquesta tampoc no el recolza i llavors és quan apareix que és això que els altres dos companys parlaven de depressió o de tristesa, un sentiment importantíssim de desemparament i de solitud, s'instaura també ho deia l'Oriol, l'individualisme, com a suposada forma de supervivència i tots sabem que el discurs individualista és totalment mortal, no només per aquell que ho fa sinó per tota la comunitat. És per això que els grups d'autosuport, la mobilització, en general, permeten entendre que no estem sols, sigui la seva gran proliferació i no només perquè la gent estigui indignada i amb ganes de manifestar la seva ràbia, si no també per restaurar, de recuperar i d'establir vincles comunitaris. Tampoc no clar oblidar que la crisi social és més profunda com a conseqüència de la crisi de la família, entre cometes, gran. La família gran era un referent i en una societat petita, en la que el subjecte es veia implicat i emparat però els moviments importantíssims, la migració del camp a la ciutat, com a conseqüència de la misèria que va generar el franquisme, va fer desaparèixer aquesta família gran i fins i tot, algunes famílies que es van mantenir

en el seu camp, els nous fenòmens de globalització, l'han fet desaparèixer fins i tot allà. I per tant, la fragilitat, la depressió i la tristesa ha augmentat, sense aquesta família gran, sense aquest emparament, cal fonamentalment un emparament comunitari, cal solidaritat i cal restablir vincles trencats, conjuntament amb la recuperació de la confiança en l'ésser humà, en canvi, el creixement econòmic, va servir per tapar tota la misèria i maltractament que es va produir durant la dictadura i ho va deixar com un tema latent, pendent de resoldre, va imposar en la consciència de molts subjectes, fins i tot d'algunes classes populars, que la prioritització del lucre estava per damunt de tot i la resta va passar a un segon pla l'atenció a la fragilitat i a la debilitat i per tant, l'atenció a la salut mental. I què va fer, va impedir també elaborar tants dols pendents i sobretot va impedir, en aquest cas, als professionals de la salut mental, escoltar d'una manera adequada, escoltar d'una manera adequada en relació a la realitat de cada individu i així atendre'ls des de la salut i des de la salut mental com hauria calgut. Cal dir, i ho deia abans, que en aquests moments, la crisi social actual, ressitua i accentua la divisió de classes i tendeix a eliminar i a convertir els rics en més rics i a la resta en més pobres i per tant, la quantitat de retallades, si jo soc ric no tindre cap dificultat perquè podré accedir a la medicina privada, mentre que si haig d'accedir a la medicina pública i cada vegada està més retallada, els professionals també estan sent maltractats i tindrem dificultats importants. Per altra banda, totes les notícies sobre corrupció no serien més que formes de distracció de la població i un deixar lastre dels autèntics impulsors i guanyadors, en sentit de beneficiaris, que s'han enriquit en èpoques passades i segueixen enriquint-se en moments de crisi. Hem adquirit hàbits d'individualisme sovint, sense importar-nos el que passava en els altres de la comunitat, només pensant en el seu propi profit i benestar, durant anys i ara mateix, no hi ha hagut prou rebuig social a que en els països emergents no es respectessin drets fonamentals, fins i tot drets humans si no que el rebuig ha tingut el seu fonament en el fet que aquests països en el no respecte dels drets fonamentals estan generant una situació de dumping. Mentrestant hi ha un sector important que pot rebutjar els fenòmens de deslocalització, des de quan, des de l'origen de la crisi han estat moltes les pàgines de diaris, de llibres, de programes de televisió, de tertúlies... que s'han ocupat dels orígens de la crisi i de les seves conseqüències, avarícia sense mesura, manca de mecanismes en la gestió del risc, esclat de les hipoteques subprime, bombolla immobiliària, i mentre nosaltres, els professionals de la salut mental, ens he ocupat de parlar de bombolla asimbòlica i anòmica perquè ara on som, estem davant d'una reactualització de la violència, en una crisi ecològica, en una crisi de repartiment desigual, és aquesta catàstrofe social, té objectius clars, és a dir, fer-nos retrocedir molts anys a molts nivells i què en sabem tots plegats dels efectes de la



crisi en la salut mental, és possible parlar d'una psicopatologia del desnonament, de l'atur, dels sense sostre, és a dir, de la pobresa, de l'extrema pobresa diria jo, de la misèria, de la malaltia, de la malaltia mental que està incrementant-se contínuament i també podem parlar d'una psicopatologia del poder i de l'autoritarisme, o és que són neutrals les paraules, o les paraules també estan carregades de violència, perquè el que sí que sabem és que aquesta catàstrofe social el que pretén aconseguir són salaris baixíssims, professionals maltractats, malformats, joves sense feina, alumnes multiplicats a les aules i d'altres expulsats del sistema educatiu, salut sense atenció adequada i precària, salut mental repressiva i mecanicista i en mans encara avui, 2013 ratllant 2014, en mans d'ordres religioses, pensions ridícules que impedeixen viure dignament, trencament de vincles solidaris, comunitaris i socials, un intent d'homogeneïtzar d'una per totes la llengua i les cultures que es consideren diferents i tot plegat aconseguir fer-nos més pobres, més insolidaris, més covards, més desiguals i més resignats i tot això amb els mateixos efectes de devastació, de terror i d'horror de qualsevol guerra, però amb un enemic molt ben estructurat, que ha estructurat les normes, que ha marcat la duració de les batalles, les estratègies i sobretot les condicions de la rendició. I en aquestes circumstàncies, quines són les obligacions dels professionals de la salut mental, com podem parlar seriosament de la societat, institucions i dels seus malestars actuals, del triomf, del fracàs del capitalisme, de la dictadura del mercat etc., sense tenir en compte quina és la nostra feina, tot ens porta a que els professionals de la salut mental ens preocupem i ens preguntem per què no m'agrada que em toquis, per què és molt més fàcil que nosaltres ens quedem tancats a les nostres consultes, com una gàbia d'or, i ens costi tant de veure d'anar una mica més enllà. Fins que els professionals de la salut mental i els professionals en general, que treballem en l'atenció a les persones no ens permetem d'anar més enllà, no ens demanem per què hem triat aquesta feina, no ens preguntem per què no volem que ens toquin la nostra feina fins llavors, d'alguna manera, no sabem com intervenir, perquè també abans ho començava a dir l'Oriol, que tradicionalment s'ha associat salut a normalitat creant dos pols, anormalitat seria igual a malaltia, però la salut no és la manca de conflictes ni l'absència de símptomes, ni la manca d'adaptació és anormalitat, moltes vegades, la inadaptació a llocs fixos que refereixen al prejudici científic imperant és un signe de salut. El dany psíquic, aquest dany que provoca tot el que hem estat parlant aquest matí, el relacionem amb fragilitat subjectiva i amb símptomes. Aquest, el símptoma és el que té un efecte d'empobriment, és debilitant i incapacitador, per tant, és el que exigeix que els professionals de la salut mental els hi donem atenció. Sabem que el centre i que el camp de la salut mental és molt i molt difícil i que cal que treballem amb moltes disciplines, de fet des de la nostra

perspectiva, podríem dir que la salut mental es troba estretament vinculada a les condicions de vida, al benestar físic, psíquic i al sofriment mental i no, com deia també l'Oriol a la vessant biològica. Per tant, haurem de començar a fer anamnesis ben fetes, haurem de contextualitzar obligatòriament al subjecte dins la seva història personal. Hi ha moltes interferències en la construcció del subjecte, sabem que hi ha moltes interferències i que una de les interferències més importants, a part de la genètica, a part de la situació, a part del vincle amb els pares, són les situacions de catàstrofe social, són les situacions de crisi, i quan una generació com ara, pateix la crisi actual, no podrà o tindrà moltes dificultats per elaborar el dol, per entendre tot allò que ha perdut i això li significarà col·locar-se en una situació traumàtica i un trauma, encara que de vegades es diu, aquest matí, estic traumatitzat, però al final un trauma és una ferida, des de la nostra posició, és una ferida, és un fet en la vida d'un subjecte que es caracteritza perquè la seva intensitat és enorme, la incapacitat del subjecte per respondre adequadament és difícil i els trastorns i els efectes patògens provoquen una desorganització psíquica. Fins i tot la psiquiatria tradicional, defineix el trauma com aquell trastorn que segueix a un estat d'existència extraordinari i es caracteritza, com deien abans per ansietat, per malsons, per agitació i depressió. Aquesta relació l'han estudiat molts psicoanalistes i el que sí que veiem quan això es produeix al psiquisme, la persona queda ocupada pel patiment i es posa en evidència que en aquesta situació no solament corre perill la vida física, si no també la psíquica, és a dir, l'existència. Apareix un sentiment enorme de desemparament i el desemparament encara augmenta si resulta que, des de serveis socials saben perfectament, no podem atendre adequadament als usuaris que venen i ens entestem a investigar com ens enganyem quan 437 euros que podem cobrar per una RMI, després ens entestem, des de i la institució s'encarrega de demanar als professionals que així ho facin, que inventem i sabem si ens enganyem perquè recullen ferralla o perquè treballen dues hores com a senyores de la neteja. Nosaltres sabem que d'alguna manera s'estan produint, i tota aquesta crisi, ens porta sovint a persones, alguns ciutadans a actuacions provocades per la pulsio de mort, que són intents de destrucció i autodestrucció com a retorn a un mateix i aquí he agafat a un autor que es diu Beguestein, que diu que el suïcidi és l'eix sobre el qual gira tot sistema ètic, per tant l'acte suïcida després, durant una crisi, o durant un desnonament que és una crisi important, com a opció forçada i suprema, es pot suposar que suposa com una ultima forma i testimonial de voler denunciar una injustícia i una impotència, donant la vida com a protesta i com a acte de rebel·lia. Al final el suïcida sempre es porta amb ell mateix, la clau de la seva decisió i només ell podrà donar compte d'aquell final. L'habitatge del qual se'l treu no és simplement una estructura física, arquitectònica i

immobiliària, representa i constitueix una cosa d'un mateix, una prolongació del cos, és una part de la vida, del seu entorn, del seu acolliment, de la seva possessió i de la seva seguretat, si em treuen de casa, diuen, de vegades, em treuen la vida, aquests suïcidis i d'altres morts en vida, deprimits, amb un malestar important que sovint no transcendeixen, mostren que hi ha una propietat que no és embargable, que correspon al que representa i forma part del dret i de la vida, estem davant d'una cobdícia que mata sense disparar, com si es tractés d'una multiplicació de la pena de mort. Per tant, tots aquells que estem treballant cada dia amb la clínica, també ens hauríem de demanar quins són els obstacles que ens impedeixen a nosaltres treballar i ajudar a aquests pacients i hauríem de plantejar-nos quines són les millors condicions en les que podem treballar, i hauríem també de preguntar-nos si els psicoanalistes, i això ja ho deia en Freud, no ho dic jo, hem d'estar obligatòriament conscients pel coneixement dels esdeveniments històrics que ens estan passant cada dia i hem de fer, hem de sostenir la temptació de conèixer aquests coneixements, perquè una de les funcions de la salut mental i dels qui treballem, és crear un espai on la veritat s'instal·li i en els casos de situacions inexplicables, com els que comporta el maltractament actual, cal que acompanyem a construir la seva pròpia història i a desenvolupar un projecte de futur que presenti una possibilitat de sostenir-se. Convindria doncs, que els analistes reprenguéssim el nostre propi anàlisi, ens demanéssim tot allò que no ens hem demanat fins ara, i sobretot perquè sabem que de la nostra feina també depèn que s'aconsegueixi parlar, donar als pacients amb els qui treballem perquè sabem que la veritat és subversiva, i també perquè allò que no pot ser no ha de ser, fonamentalment, allò que no pot ser no ha de ser i que hi ha coses que no han d'existir perquè és una qüestió de drets humans.

## Conferència

### **Malestars psíquics i transformacions socials**

**Josep Moya, psiquiatre-psicoanalista**

Moltes gràcies Anna, i moltes gràcies a l'associació de famílies per la salut mental de Nou Barris per haver-me convidat i poder tenir una conversa amb tots vostès, perquè jo ho plantejo com una conversa, jo plantejaré algunes idees i a partir d'aquestes idees anirà bé que puguem tenir un debat.

Parlàvem de malestars actuals i transformacions socials i és inevitable i penso que fins i tot és d'obligat compliment, que faci una breu referència a aquesta situació de crisi econòmica, política i social en la que estem vivim actualment i que ho faci des d'una perspectiva bastant política, i dic bastant política perquè després ho troncaré amb un punt que és el punt de culpes i responsabilitats i penso que hem de començar a parlar dels grans i dels intensos malestars de la nostra societat recordant, i això algunes de les persones presents ja m'ho han sentit dir-ho en un altre fòrum, recordar com es va originar tot aquest desgavell que estem vivint i patint actualment. Tot aquest desgavell va començar, té una data concreta, que és la tardor, el mes d'octubre del 2008, concretament a un edifici de la 7a Avinguda de Nova York i aquest edifici abans estava ocupat per una agència financera que es diu Lehman Brothers. El conseller delegat de Lehman Brothers per Espanya era Luis de Guindos, actual ministre d'economia, a mi sempre m'agrada recordar alguns noms perquè de vegades sembla que la culpa de tot la tenen los mercados financieros, però darrera de los mercados financieros hi ha els noms propis que cal tenir presents. Quan es produeix aquesta davallada a Lehman Brothers, acte seguit comencen a caure una sèrie d'agències financeres, Peer Sterms, Merrill Lynch, Goldman Sachs, Morgan Stanley, i quan comencen a caure totes aquestes entitats financeres arriba un moment que això toca l'economia real, és a dir, l'economia domèstica, i tots recordem que en un moment determinat, després que el president de torn del govern d'Espanya digués que no hi havia cap problema, poc temps després, es produeix l'anunci que s'han de rescatar amb diners públics entitats privades que han estat especulant durant anys i anys, diners públics. I aquests diners públics que han servit per rescatar la banca privada, han deixat sense fons les administracions públiques i a partir d'aquí s'ha organitzat una tangana política i permeti'm que ho digui en castellà perquè com habitualment això sempre es diu en castellà doncs jo també ho diré en castellà, "la culpa de la crisis no la tenemos nosotros, nosotros lo que tenemos que hacer es gestionar las decisiones y los errores del gobierno anterior". És un deliri pensar que el gobierno anterior y el gobierno actual pintan algo en este galimatías perquè la classe política i responc ja una pregunta que em van fer fa alguns dies, tu què en penses de la classe política, jo dic que és una classe captiva, están cautivos, estan captius, estan presoners per les grans entitats financeres que són les que mouen els fils. I no estic parlant d'una conspiració

internacional,estic parlant de miri, nosaltres paguem uns diners, nosaltres... ara que és l'aniversari de l'assassinat del Kennedy, ara s'ha dit una cosa que ja era bastant coneguda però ara s'ha acabat de concretar, s'ha dit probablement qui va tenir un paper més important en l'assassinat del John F. Kennedy va ser la màfia. Saben qui va finançar la campanya electoral de John F. Kennedy? Va ser la màfia i la màfia va decidir tallar pel dret quan el seu germà, Robert Kennedy es va dedicar a perseguir-los i aleshores van prendre la gran decisió. Aquesta és la teoria més plausible que hi ha en aquests moments. Doncs bé, no ens hem d'enganyar, la política en tot cas és el ninot i permeti'm que ho digui així que es mou de manera visible però després hi ha una sèrie de fils que estan controlats per altres elements que moltes vegades estan a la penombra, no són tan visibles. En tot cas aquesta és la idea que jo llenço aquí.

Les respostes polítiques davant d'aquesta situació de crisi, que ha comportat una gran transformació social i en tot cas, després aniré perfilant aquesta transformació social o aquestes transformacions socials en què consisteixen, però davant d'aquesta situació de crisi hi ha dues opcions, l'opció de l'austeritat, de les polítiques de l'austeritat i l'opció de les polítiques de l'estímul. No és un tema nou, quan va esclatar la gran crisi de l'any 1929, a partir de la qual després es va desencadenar la segona guerra mundial, el president dels EEUU Franklin Delano Roosevelt, va optar per polítiques d'estímul, no va optar per polítiques d'austeritat i molts economistes diuen que la situació es va poder anar recuperant a poc a poc gràcies a les polítiques d'estímul no a polítiques d'austeritat. Però si anem a la situació actual, a Europa tenim situacions molt clares, al Nord, ha optat per polítiques d'estímul Islàndia, Dinamarca, Suècia i al Sud s'ha optat per polítiques d'austeritat, Grècia, Itàlia i Espanya. No cal que recordem en quina situació estan els països del Nord i en quina situació estem el països del Sud. Només un petit detall, en els seus inicis la crisi de Grècia no era tan greu com la crisi d'Islàndia, en aquests moments, Islàndia està a molts millors condicions que Grècia, una amiga meva nord-americana que està aquí la Kidmar Ley, em deia, em va recomanar un llibre que porta per títol "¿Por qué la austeridad mata?", que és un llibre que els hi recomano, del David Struckla. És un llibre en el qual explica com les polítiques d'austeritat porten a la davallada, porten al desastre social, si pensem per exemple que quan es tanquen sales d'hospitals, quan es tanquen serveis d'urgències, quan es fan retallades a serveis socials bàsics, etc., també es perden llocs de treball i quan es perden llocs de treball hi ha una disminució dels ingressos per cotització a la seguretat social i per tant, entrem cada cop en una mena de cercle viciós que es va tancant i es va tancant, i tancant fins a l'ofec total, aquests són els resultats de les

polítiques d'austeritat. I tot això penso que provoca grans transformacions socials bàsicament, provoca grans borses de pobresa però sobretot, sobretot, provoca un punt, provoca un fenomen del qual se'n parla però jo diria que no se'n parla prou, que és l'increment de les desigualtats socials, increment de les desigualtats socials, és a dir, les diferències entre els que cobren més, els que guanyen més i els que guanyen menys o no guanyen res, cada cop són més grans. Alguns apocalíptics fins i tot parlen de la desaparició de la classe mitjana, alguns economistes ja ho estan dient i mirin per on, el principal factor de desestabilització de la salut, és la desigualtat social, és la desigualtat social, fixi's que dic desigualtat social, no dic pobresa, que no és exactament el mateix, dic desigualtat social. Per tant podem establir una correlació, a major desigualtat social pitjor salut. Això ja es un tema que està molt estudiat, hi han economistes de la salut que es dediquen a això i ho tenen molt ben estudiat. Hi ha un llibre que parla exactament d'això, de les desigualtats, està fet per dos autors, Wilkinson i Piketon, son dos autors nord-americans i ho tenen estudiat amb molta precisió.

Però per entendre els efectes d'aquesta crisi, hem de pensar també en el model social en el qual es desenvolupa, i aquest model social, és un model transformat. És un model en el qual hi ha múltiples transformacions, podríem dedicar un seminari a parlar de les transformacions socials, però jo en senyalaria una bàsicament en aquests moments, senyalaria una que ha estat molt ben estudiada per un sociòleg anglès que es diu Richard Senett, que té un llibre preciós que es diu: "La corrosión del carácter" i que porta per subtítol: "Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo". I els llegiré només algun petit paràgraf, diu: "Este conflicto entre familia y trabajo plantea unas cuestiones sobre la experiencia de la vida adulta en sí" i fa una pregunta importantíssima, diu: "¿Cómo pueden perseguirse objetivos a largo plazo en una sociedad a corto plazo? ¿Cómo sostener relaciones sociales duraderas? ¿Cómo puede un ser humano desarrollar un relato donde su identidad e historia vital en una sociedad compuesta de episodios y fragmentos?" i segueix: "Las condiciones de la nueva economía se alimentan de una experiencia que va a la deriva en el tiempo, de un lugar a otro, de un empleo a otro" si pudiera establecer el lema de rico, rico" és el protagonista és un treballador d'una empresa nord-americana, d'una multinacional, i ell centra l'estudi a partir de l'experiència d'aquest treballador. "En términos más amplios diría que el capitalismo del corto plazo amenaza con corroer su carácter, (d'aquí el títol del seu llibre) en especial aquellos aspectos del carácter que unen a los seres humanos entre sí y brindan a cada uno de ellos la sensación de un yo sostenible". Tot això està escrit abans de la crisi però ens està plantejant un model social incert,

inestable, ens està plantejant un model social en el qual la pregunta de que, tu què ets, ets fuster, ets administratiu, ets treballador social, ets mestre, ja poc a poc va deixant de tenir sentit i en tot cas ara seria, tu ara, en aquests moments, a què et dediques. Perquè pot ser d'aquí a sis mesos t'hauràs de dedicar a una altra cosa i pot ser en un altre lloc. I tot això anirà configurant un espai, un camp social, de cada cop noves relacions, però relacions transitòries relacions, efímeres, relacions en les quals el jo no es pot construir d'una manera estable en tant que els altres passen d'un manera trànsfuga per davant d'aquesta persona, aquesta és una qüestió a tenir en compte. Però hi ha un altre tema que és com s'ha transformat la pròpia idea de felicitat, ja saben que ara, l'altre dia el Josep Cuní entrevistava aquest individu, dic individu i ho dic expressament, dic individu, aquest economista que és tant amic del Josep Cuní que considera que la solució als problemes econòmics és que la gent que sobra foti el camp, el Niño Becerra diu això, aquí sobra gent, doncs que se'n vagin perquè no hi ha feina per tothom. Podríem dir, doncs comença tu per marxar, però clar, que marxin els altres, ell es queda, els altres han de marxar... sortia l'altre dia aquestes estadístiques sobre quins són els països més feliços, en quins països la gent és més feliç, bé, és una pregunta pintoresca perquè la primera qüestió és en què consisteix ser feliç, en cada moment social, en cada etapa de la història, hi ha hagut una concepció diferent de la felicitat, la idea que nosaltres tenim o la idea predominant que ara hi ha de felicitat, és una idea que està vinculada, per una banda, al hiperconsum, és a dir, a tenir objectes diversos i si no que els hi preguntin als nostres infants, abans la Marta ens parlava dels infants, ara i la companya mestra ens ho recordava, pots anar en metro i trobar-te tot una sèrie d'infants molt petits que estan tots connectats a diverses maquinetes, bastant cares per cert, a partir de les quals obtenen una satisfacció immediata. Tenim doncs, la idea de que la felicitat està associada al hiperconsum, a tenir molts objectes, però també hi ha una idea important i abans el doctor Oriol Martí ho ha deixat molt, ho ha plantejat amb molta precisió i és la insoportabilitat del dolor. Si mirem quins són els medicaments més receptats, per exemple aquí a Espanya, cada any, veurem que la major part d'aquests medicaments són antiàlgics, calmants del dolor i ansiolítics, calmants de l'ansietat, és a dir, tenim un model social que no suporta la idea del dolor, i en tant no suporta la idea del dolor, es genera un clima fantàstic per les multinacionals de la indústria que, com molt bé ha dit abans també el doctor Oriol Martí, proporcionen, fabriquen una sèrie de productes per a què si et fa mal això et prens aquesta pastilleta, si t'apreta l'angoixa et prens aquesta altra pastilleta, si avui no pots dormir perquè has discutit amb la parella prens aquesta pastilleta... és a dir, és el no poder suportar pràcticament cap fenomen vinculat a sentir-se trist, a sentir-se deseparat, a sentir-se desvalgut. Per tant, doncs, tenim un model social que basa la

idea de felicitat, com deia abans al hiperconsum i també a un fenomen i com ha dit molt bé l'Oriol, porta a la medicalització sistemàtica.

I quan dic això de la medicalització i agafant una mica les idees de la Marta Prat de la Riba, seria molt interessant fer un anàlisi, si algun dia algú s'avorreix, es divertirà molt si agafa algunes pàgines, d'aquest manual dels trastorns mentals que es diu DSM-IV, ara es diu DSM-V, on pràcticament cadascú de nosaltres està en alguna de les pàgines del DSM-V, pràcticament ningú quedaria lliure d'estar diagnosticat d'algun tipus de trastorn, veurem que alguns d'aquests trastorns estan definits en termes de dèficits de producció, el fenomen o el trastorn paradigmàtic és el TDAH, el trastorn per dèficit d'atenció a la infància, perquè realment el TDAH es defineix en termes de nen que no produeix a l'escola, és a dir, no fa els deures, no fa això, no fa lo altre, distreu i com que distreu no permet la producció, faig una mica de caricatura, però pensem que sovint o amb certa freqüència, fins i tot la definició dels trastorns mentals es fa dintre de la lògica neocapitalista, és a dir de la producció. I això em permet passar al punt crucial de la proposta que jo els hi faig, que és que una de les, pot ser la gran transformació social que hi ha ara, és la construcció o la emergència o la producció d'un nou tipus de ciutadà, que és el ciutadà neoliberal, i què és el ciutadà neoliberal, el ciutadà neoliberal és el que ha caigut en una trampa, ha caigut en la trampa d'incorporar, de fer seva o de fer seves les idees del discurs neoliberal. El subjecte, el ciutadà neoliberal és empresari de sí mateix, i això té uns efectes devastadors perquè aquest ciutadà analitza la seva pròpia vida en termes de producció empresarial, és a dir, es converteix en un empresari de sí mateix que analitza, jutja a sí mateix en termes de producció. Però no solament en termes de producció si no també en termes de use y disfrute, és a dir, de gaudiment, hi ha una altre text que parla amb molta precisió d'aquest fenomen, és un text que porta per títol "La nueva razón del mundo" i diu per exemple, a la pàgina 21: "El neoliberalismo lleva a cabo una extensión de la lógica del mercado, mucho más allá de las estrictas fronteras del mercado, especialmente produciendo una subjetividad contable, mediante el procedimiento de hacer competir sistemáticamente a los individuos entre sí". Estem en competència constant, aquelles empreses en les quals una part variable del sou està condicionada per allò que diuen, compliment dels objectius, hem de tenir molt en compte que el compliment dels objectius és una manera d'establir competència entre els propis companys de treball, però que els objectius no els cobra tota la plantilla, els cobra només un percentatge, per tant vol dir que hi ha uns que cobren els objectius i uns que no els cobren, per tant, això lo que genera és una lògica de la competitivitat entre les pròpies persones, entre els propis companys. Aquests mateixos autors, no he dit el nom, es diuen Laval i



Dargot, són francesos, ens assenyalen que la racionalitat neoliberal, aquest discurs neoliberal, perquè ens situem, Ronald Reagan, Margaret Thatcher, comença aquí, produeix un nou tipus de subjecte, com he dit abans basat en la competició i en el rendiment, aquest empresari de sí mateix, és un ésser fet per triomfar, per guanyar, ja no es tracta de fer únicament el que es sap fer i consumir allò de que es té necessitat, si no que el que es requereix d'aquest nou subjecte és que es consumeixi cada cop i es gaudeixi cada cop més. Pensen en el anunci de la televisió, pensin per exemple en un anunci, a mi m'agrada citar l'anunci, jo no dic mai l'entitat bancària per a què ningú s'enfadi, però hi havia uns cartells en aquesta entitat bancària que estaven adreçats a la població jove, és a dir a aquesta població que en aquests moments està en un 50% d'atur. I l'anunci deia, en caràcter imperatiu: "No et privis avui o no deixis per demà el que gaudi que pots tenir avui, entra i demana el préstec. Si vols unes vacances al Carib, entra que et finançarem les vacances al Carib, si vols comprar un cotxe, entra i et finançarem el cotxe, no et privis, entra ja", immediatament, i sortiràs amb el préstec, era una campanya que suposa que hi va haver-hi algunes crítiques i aquests cartells van ser retirats al cal de poc temps. Tot aquest binomi del rendiment, de produir cada cop més i de gaudir cada cop més, té uns efectes en la salut mental, produeix uns efectes en la salut mental i l'efecte immediat que produeix és la gran epidèmia de la depressió, però quan dic depressió ho poso entre cometes, és a dir, la depressió és un constructe, en realitat tots els trastorns mentals són constructes, no són aigua, peres o pomes. Els trastorns mentals són conceptes artificials que es construeixen a partir de que una sèrie de persones es reuneixen i diuen a això li direm tal cosa a això li posarem el nom de depressió major, a això li posarem el nom d'esquizofrènia, però no la podem fotografiar, l'esquizofrènia, ni podem pesar-la, ni mesurar-la, no ho podem fer i la prova és que cada vegada que es fa una nova edició dels manuals classificatoris, canvien els conceptes. I això ara com és diu, ara es diu depressió menor i abans com es deia, es deia distímia, bueno... i els criteris quins són, ara s'han fet més restrictius o els hem ampliat i en funció d'això hi ha més o més, no hi ha més històries aquí. Quan dic depressió ho dic respectant la terminologia d'aquests autors francesos, que ells ho plantegen com el reverso de la moneda, quan el subjecte, quan el ciutadà no pot complir amb aquest imperatiu de rendir, de produir, cada cop més o de gaudir cada cop més, el símptoma, la resposta que apareix és en forma depressió, és a dir, sentiment de fracàs. A ningú li podrà sorprendre que ara hi hagi molta gent amb sentiment de fracàs, però no solament amb sentiment de fracàs, si no també amb un sentiment induït, un sentiment de culpa induït, és aquella famosa frase, d'aquella diputada del Partit Popular, que en el congrés dels diputats que va dir "que se jodan, que se jodan los parados". O aquell altre congressista que deia "si hay gente que no

puede pagar la hipoteca, la culpa la tienen ellos porque no han hecho bien los números”, això s’ha dit. I malauradament hi hagut gent que això s’ho ha fet seu i apareix un sentiment de culpa, apareix un sentiment de fracàs personal i un sentiment de culpa. I en aquest sentit, jo penso que justament les nostres intervencions professionals han d’anar en el sentit o en la línia de desculpabilitzar aquests ciutadans, desculpabilitzar-los, fer-los responsables i ajudar-los a fer-se responsables de resoldre el problema però no a partir de la culpa, perquè la culpa és paralitzant, el sentiment de culpa és paralitzant, en canvi el sentiment de responsabilitat ens invita, ens convida a actuar. En l’estudi que hem fet des de l’observatori de persones que han estat afectades per la manca de treball, per la pèrdua de la feina, algunes d’elles ens feien la següent pregunta, què he fet jo malament per a què ara els meus fills hagin de viure pitjor o no tan bé com jo, o molt pitjor que nosaltres, què he fet malament, en què ens hem equivocat. Fins i tot recordo el cas d’un senyor que hem atès nosaltres que va passar de cobrar 3000 euros a cobrar 400, i la seva parella li deia, és que clar, ens hem trobat en aquesta situació perquè tu has gastat massa. Fixem-nos com en les vides privades, en les vides de les famílies, aquest efecte corrosiu d’aquest discurs culpabilitzador entra dintre s’infiltra i genera un conjunt de conflictes. Ja per acabar i ajustar-me al temps, abans ens deia, i que podem fer, abans la companya ens parlava del treball en xarxa, jo el que els hi puc dir i amb l’Anna ja li he dit que hem de començar a fer una mica de moguda aquí a Barcelona, estem fent experiències amb treballadors i treballadores socials de determinats barris, concretament hem començat pel Barri de Sant Antoni, amb persones afectades per la crisi, experiències grupals, seria agafar a aquestes persones i posar-les a iniciar una conversa entre elles, nosaltres diguéssim modulem una mica, però intervenim molt poc, de fet, pràcticament no ens cal intervenir i en aquestes converses què ens passa, passa que la gent poc a poc es va desculpabilitzant, punt u, passa que es van crear vincles de cohesió social entre ells, punt dos, passa que comencen a donar-se suport entre ells de cara a tenir petites iniciatives, ens trobarem a tal lloc, farem coses, ens posarem, ens reunirem amb aquesta agrupació del barri que està fent tal tasca, és a dir, començar a generar unes dinàmiques que ajudin a moltes d’aquestes persones a superar l’estat d’aïllament en el que viuen. Pensem que moltes d’aquestes persones no s’atreveixen a sortir de casa per tal d’evitar trobar-se amb companys, o per tal d’evitar el que ens explicava un pacient, usuari, ciutadà de drets de serveis socials que em deia, mira estava a la porta del pis, eren les 11 del matí, ha passat una veïna i m’ha dit, caram Jaume, com es nota que no tens feina! És un comentari de pèssim gust. I justament per evitar aquest tipus de comentari no surten de casa, o surten a partir de les nou del vespre quan ja saben que la probabilitat que es puguin trobar coneguts queda minvada o disminuïda.

Per tant, donar visibilitat, recuperar visibilitat, recuperar dignitat, recuperar cohesió, recuperar capacitat d'iniciativa, i també generar pressió, en els polítics que calgui, el polítics del barri, els polítics del districte, els polítics de l'administració local i anar pujant. No som ants passius, segurament no podrem tenir incidència en els senyors del club Bilderberg, segurament no podrem fer res amb aquesta gent, aquesta gent ja s'ho tenen ben muntat, segurament no podrem anar a aquell lloc paradisiac on transcorre l'acció de la novel·la del Thomas Mann "La montaña mágica", i que ara és el club de Davos, segurament tampoc podrem fer gaire cosa, a no ser que un dia anem allà i bloquegem la carretera i no puguin entrar, però hi ha una sèrie de coses que sí podem fer, algunes d'elles i em miro la companya perquè... una col·laboració estreta amb serveis socials, i per descomptat, com deia abans l'Anna, sense jerarquies, aquí no hi ha jerarquies, aquí tots estem en el mateix vaixell i per tant cadascú té les competències per les quals s'ha format, però a partir d'aquí posem-nos a treballar tots junts i deixem-nos de monsergues.