

XIV Jornades de salut mental a Nou Barris

Adolescència i joventut: moment difícil
per comportaments, crisis, malalties?



7 i 8 de novembre de 2014

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



Districte de
Nou Barris
bcn.cat/noubarris

Ajuntament de
Barcelona



XIV Jornades de Salut Mental a Nou Barris

Adolescència i joventut: moment difícil per comportament, crisis, malalties?

| | Pàgina |
|---|--------|
| Índex de ponents | 1 |
| José Trujillo, president AFEM de Nou Barris | 2 |
| Xavier Trabado, president Federació Salut Mental Catalunya | 3 |
| Irma Rognoni, regidora Districte Nou Barris | 7 |
| Susana Brignoni, psicòloga clínica Fundació Nou Barris | 10 |
| Roser Casalprim, psicòloga clínica CSMIJ Nou Barris | 15 |
| Paloma Lago, psiquiatra directora CSMA Nou Barris | 19 |
| Ivan Bernús, psicòleg CSMA Nou Barris | 23 |
| Montserrat Lafuente | 27 |
| Aurora Sarasola, CPI Nou Barris | 30 |
| Patricia Puig, CPI Nou Barris | 33 |
| Jaume Claret, psiquiatre director Hospital de Dia Nou Barris | 35 |
| Javier Piris, psicòleg SRC Pi i Molist | 40 |
| Marisa Ara, psicòloga infantojuvenil Servei CAPI | 43 |
| Margarita Solé, metge psicoanalista Escola de Clínica Psicoanalítica | 50 |
| Núria Mata, psicòloga psicoterapeuta Espai DiverPsitat | 54 |
| Enrique González Duro, psiquiatre exconsultor Hospital Gregorio Marañón | 57 |

DIVENDRES DIA 7

Acte d'inauguració

JoséTrujillo

President de l'AFEM de Nou Barris

Buenas tardes, señores y señoras, sra. Irma Rognoni regidora del distrito de Nou Barris y Sr. Xavier Trabado presidente de la *Federació Salut Mental Catalunya*.

Una vez más, como en años anteriores, nos encontramos para realizar las XIV Jornadas de Salud Mental a Nou Barris. Este año versarán sobre Adolescencia y Juventud, ¿momentos difíciles por comportamientos, crisis i enfermedades?. Antes de proseguir quiero realzar que estas jornadas son las XIV sobre salud mental que celebramos la asociación AFEM de Nou Barris, empezamos estas jornadas en el año 2001. La asociación de AFEM Nou Barris, nació en octubre de 1995, y se registró como entidad jurídica de la *Generalitat de Catalunya* en abril de 1996. Actualmente tiene unas 60 familias asociadas. El comité organizador de las Jornadas de Salud Mental de Nou Barris lo formamos Paloma Lago, psiquiatra directora de la *Associació Centre Higiene Mental Nou Barris* y de la *Fundació Hospital de día de Nou Barris d' Adolescents*; Carmen Grifoll, psicóloga clínica directora de la *Fundació Nou Barris per a la Salut Mental* y del *Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil de Nou Barris*; M^a Jesus Abadía, psicóloga clínica coordinadora de la *Unitat de Recursos Comunitaris Dr. Pi i Molist de l'Hospital de Sant Pau*; Javier Piris, psicólogo de la misma unidad; Anna Miñarro, psicóloga clínica, docente, asesora y supervisora institucional y Cristina Ventura psicóloga clínica de AFEM de Nou Barris, del centro de día de la *Fundació Hospital de Mollet* y de Cesc Psicòlegs.

La junta de AFEM de Nou Barris, consensuamos un tema con el Comité, es la forma de hacer las jornadas, que se encarga de trabajar la ponencia, el Ayuntamiento de Nou Barris colabora gratuitamente con el material divulgativo, la sala y la logística, el equipo audiovisual e informático, técnico, personal, etc

La asociación de familiares toca temas como:

- Soporte psicológico
- Soporte asistencial
- Soporte jurídico
- Emocional
- Sensibilización y divulgación
- Aula informática

Las XIV jornadas se celebran los días 7 y 8 de noviembre del 2014. Hoy intervienen once profesionales y mañana lo harán cinco. AFEM de Nou Barris se pone al día en todo lo relacionado en mejoras de salud mental, discutimos la atención sanitaria y de

servicios sociales con la red pública de salud mental y colaboramos estrechamente con la *Federació Salut Mental Catalunya*. Realizamos talleres psicoeducativos, ofrecemos conocimiento de la enfermedad, memoria, etc. Programamos dos salidas anuales, últimamente se ha quedado reducida a una por problemas de dinero. Han asistido usuarios y familiares a Igualada para celebrar el Día Mundial de la Salud Mental. El año 2014 es bastante complicado: sr. Trabado, cuando tome la palabra le ruego nos dé una información del tema que antes les decía de la *Plataforma en Defensa de la salud mental pública de Catalunya*. Todo esto que estoy leyendo está reflejado aquí, muy detallado, en la revista que tienen vdes. en sus manos.

Agradezco a los asistentes su interés por las jornadas, dándoles las gracias a todos por la asistencia, y espero sean de mucho provecho para las familias.

Xavier Trabado

President de la Federació Salut Mental Catalunya

Catorze anys és com l'adolescència, és la temàtica d'avui. Són ja els catorze anys d'aquestes jornades. La veritat és que és un plaer per nosaltres el fet de poder-vos acompanyar. Agrair també a totes les entitats que ajudeu a l'associació a tirar endavant les jornades, tant pel vostre coneixement com per la vostra proximitat personal a l'Associació, a la Fundació i a la Unitat de Recursos Comunitaris.

Bé, la jornada d'avui, el cert és que toca un dels aspectes que més ens preocupen com a federació, que és la salut mental en l'àmbit infanto-juvenil. Tot i que el nostre moviment associatiu, les 63 associacions que tenim a tota Catalunya vénen d'una història, de gent amb problemàtiques de salut mental que ja tenen una certa edat, i que per tant, els familiars encara tenen més edat que en infanto-juvenil, que és una problemàtica que no ens arriba fàcilment a les associacions o que no tenim una capacitat d'atreure aquestes famílies. També és veritat que el model de família ha canviat molt des de la dècada dels 80 o dels 70, quan va iniciar-se tota la desinstitucionalització, ha canviat molt el model de família que tenim ara, on normalment la mare i el pare treballen, on les dinàmiques d'apropament al moviment associatiu també són diferents, per tant nosaltres també estem fent un esforç per treballar amb això i hi tornaré més endavant, quan faci els deures que m'ha posat l'amic Trujillo.

Jo us volia comentar bàsicament algunes idees, en relació a l'infanto-juvenil, la primera ja us l'he dit, la nostra preocupació pel volum, per la problemàtica del nombre de persones afectades, perquè és evident que si som capaços de fer una prevenció i una

actuació molt inicial en la infantesa i la joventut, tindrem un millor pronòstic al llarg de tota la vida, per tant, és molt important que com a societat ens organitzem per poder donar un bon suport a aquests nens i a aquests infants que deriven en problemàtiques de salut mental.

És evident que la societat, i nosaltres com a recol·lectors d'aquesta idea, hi ha molta confusió des del punt de vista d'aquests missatges que moltes famílies que inicien aquest procés reben. Una família igual comença a tenir un problema, aquest problema es detecta en l'àmbit educatiu a vegades, i aquesta família igual comença a ser tractades per algun dels recursos que té el departament d'educació i es deriva a algun EAP (Equip d'assessorament i orientació psicopedagògica), o d'altres recursos que té el món educatiu. Malauradament el nivell de coordinació entre els diferents dispositius, de les diferents conselleries, com a mínim el podríem denominar de flux, si no moltes vegades d'inexistent i moltes vegades aquests recursos no es parlen entre ells i tothom sap que els recursos tenen professionals amb tendències molt diverses i això és un drama per a la societat. El fet que no puguem aconseguir una bona coordinació entre tots aquests recursos i que no es parlin... jo recordo la jornada que vam tenir al Caixaforum fa uns mesos o un any, un director d'escola ho explicava, és que deia, jo encara no he pogut parlar amb el CSMIJ (Centre de Salut Mental Infanto-juvenil) de la meua zona, això ho explicava el director. Afortunadament no passa això a tots els territoris, però és cert que ens està passant molt. Per tant, aquests missatges que rebem de les famílies que algunes diuen que ens estan medicant molt, d'altres que ens mediquen molt poc, jo això ho he sentit dir, doncs de professionals molt reconeguts, ho he sentit dir que som el país que més medica del món als joves i que som el país que menys medica del món, però bé... podeu tenir raó o no o cap dels dos. Però això ens preocupa i ens preocupa també que l'Administració, a tots els seus nivells, no gestioni això en relació a totes aquestes problemàtiques i no creiem que això ens solucioni els problemes i per tant ens interessa que hi hagi molta transparència i molta informació en relació als resultats de salut que hi ha en cada territori, volem saber si un territori medica més o menys que un altre i volem saber quin indicador de salut té cadascun d'aquests territoris, perquè si més no, això ens donarà una certa informació i les famílies sabran en quin territori estan i si volen canviar de territori, doncs igual algun dia decideixen fer-ho. Si més no, creiem que això són coses que haurem d'anar fent el propers anys.

Vinculat a tot això, un missatge vinculat al Pla Integral, saber que el govern del país després de deu anys de posar-s'ho a la taula s'ha aconseguit que hi hagi un Pla Integral i que es va presentar formalment abans de l'estiu i hi ha una sèrie de grups de

treball que estan fent uns avenços significatius, nosaltres estem il·lusionats en relació al potencial que això ens ofereix. És una iniciativa del govern que està presidida per la presidència, els diferents departaments implicats, educació, benestar, família, justícia, interior i economia i cultura, estan sota la batuta de presidència i això es nota i hi ha coses que s'estan movent més ràpid del que es movien fins ara, en concret, properament s'aniran anunciant coses que ja s'han fet. Però per exemple, el departament de benestar, al 2015, ja tindrem tots els serveis sota conveni, que és un pas que necessitàvem i que ens dona més solidesa a tots els serveis que estem proveint des de les diferents entitats.

Hi ha un grup especial del Pla Integral que està abordant tota la problemàtica de la infanto-juvenil i és una oportunitat que no podem perdre i és un grup que necessita que funcioni d'una forma més àgil i amb més potència, per tant, jo us convido als professionals que esteu treballant en aquest àmbit, que a través de Fòrum o les entitats que us representen, us interesseu per aquest grup de treball i que siguem capaços tots plegats d'influir i de posar una dinàmica més ràpida per a que es puguin prendre les decisions per a transformar tot això. Una de les línies que precisament vol abordar el Pla Integral, és això que us deia de la necessitat de coordinació entre els serveis de les diferents conselleries que creiem que és una cosa molt rellevant.

Bé, comentar-vos també la idea de la prevenció. Tothom diu que la prevenció és molt important però al final em sembla que en fem poca i tot i que estan els plans integrals i les estratègies de salut mental de tot els països i de Catalunya i d'Espanya i tal, al final acabem fent, creiem ben poca cosa i si en algun àmbit la prevenció és important, on és realment important és en l'àmbit de l'infanto-juvenil, per tant, tot i que no estigui regulat, a través dels serveis de cartera que ofereixen les diferents conselleries, sanitàries i tal, jo us convido o us demanaria que feu un esforç per potenciar tot el que és la prevenció amb els pocs recursos que tenim, però creiem que serà important.

En aquest sentit, comentar-vos que aquest matí, estàvem a la presentació d'Obertament, que sabeu que es el projecte que lluita contra l'estigma i avui hem presentat una sèrie de kits perquè les entitats puguin fer la lluita contra l'estigma en salut mental. Un dels exemples que s'han posat sobre la taula aquest matí, és una actuació en escoles, és preciosa, és fantàstica, una experiència que s'ha fet a Sant Boi, a través dels companys de Benito Menni i la veritat és que és una actuació on persones amb problemàtica de salut mental a través d'unes dinàmiques molt lúdiques, molt participatives... tenen l'oportunitat d'anar a l'escola amb nens d'entre 10 i 14 anys i allà fer un treball on al final de tot el procés, el nen descobreix que aquella persona té

alguns problemes de salut mental i parla d'una manera molt humana i molt directa, i allà s'estan trencant molts estigmes i a més, sovint amb aquestes dinàmiques, quan el nen o la nena ja ha establert aquesta relació de confiança, apareixen situacions complexes que poden ajudar a identificar problemàtiques, que a l'igual no havien aflorat en l'activitat normal de l'escola. Bé, és una experiència que lligo amb aquest concepte de la prevenció, que és important i que es poden fer coses molt interessants i que tenim una experiència al voltant de l'escola i que la podeu trobar a la web d'Obertament.

Finalment, en referència als dos temes que comentava l'amic Trujillo... el tema de la plataforma és una iniciativa, la Plataforma en defensa de la salut mental pública és una iniciativa de la Fundació Congrés Català de la salut mental, que és una entitat que aglutina professionals de l'àmbit de la salut mental i nosaltres hem estat en el procés de... i estem informats i estem pendents de decidir si donem suport en aquesta iniciativa o no. Comentar-vos que és una cosa que es va iniciar a Madrid, va haver-hi una declaració d'Atocha, fa uns mesos, derivat de tota la problemàtica que hi ha hagut a Madrid de la privatització de la Sanitat. Tota aquesta dinàmica ha generat un enrenou molt fort i la Fundació Congrés Catalana fa aquest relleu i està sobre la taula la possibilitat d'aquest manifest que ja s'ha fet públic i d'alguns grups de treball que volen fer un seguiment de com la sanitat pública està funcionant en el nostre país i posar alguns mecanismes per garantir que no es desvirtua aquest concepte. Per tant, estem informats, a través de la junta directiva, anirem informant dels diferents passos que anirem donant sobre aquest tema.

I finalment, per no allargar-me més, en relació a l'altre punt que apuntaves, del projecte Activa't per la salut mental, fent només cinc cèntims, aquest és un projecte que fa temps que estem ja treballant i que per fi hem aconseguit posar en marxa. L'Activa't per la salut mental és un projecte que volem pilotar durant els tres o quatre anys que bàsicament és poder donar el servei de suport, formació i capacitació a famílies i persones amb problemes de salut mental, és a dir, la funció que fem des de les associacions, que venim fent durant els últims trenta anys, donar-li una volta i fer-la amb més recursos i més capacitats. Creiem que és una cosa molt important, que estem fent des del Departament de Salut, que es vol fer d'una manera molt integrada amb els professionals dels diferents serveis de l'atenció a salut, perquè hi ha una part de la formació i de la capacitació que s'ha de fer des dels diferents serveis sanitaris i hi ha una altra part que té sentit que es faci des del propi moviment associatiu. Al final el que perseguim amb aquest projecte d'Activa't per la salut mental és que el ciutadà, tant la persona directament afectada com el seu entorn familiar, pugui gestionar la

seva vida d'una forma activa i amb autonomia i que tingui totes les eines necessàries per poder-ho fer i aquestes eines passa per formació, per informació i per tenir aquesta autonomia i aquestes eines per poder tenir control sobre el teu projecte de vida més enllà de les problemàtiques que puguis tenir de salut mental. És un projecte que ens fa molta il·lusió, que s'està desplegant a diferents territoris de Catalunya, que s'avaluarà el resultat del projecte durant els propers tres o quatre anys i tenim el compromís del govern de que si els resultats son positius, s'incorporarà a la cartera de serveis d'algun dels departament implicats, ja sigui salut o benestar.

Com està el tema de la reforma discriminatòria del codi penal, moviment associatiu revelat contra la reforma? El ministre de justícia, per motius diversos, ha canviat i esperem que això sigui una bona notícia per aquest procés, l'aprovació del codi penal doncs que posava sobre la taula tota la discriminació sobre les problemàtiques de salut mental, que associava una altra vegada la salut mental i violència i una sèrie de bestieses notables. Esperem que el canvi de ministre serveixi per què hi hagi un canvi de to i que d'alguna forma retirin totes aquestes qüestions que ens perjudicaven com a col·lectiu. No tenim cap novetat especial en relació això. La nostra Confederació a nivell espanyol, amb la qual estem molt coordinats per aquest tema, va fent uns seguiments i esperem que el canvi de ministre ajudi a retirar-ho tot plegat.

Moltes gràcies i desitjar-vos que les jornades siguin molt interessants.

Irma Rognoni

Regidora del Districte de Nou Barris

Gràcies, perquè cada any és un dia important i que a més és curiós que coincideix sempre, justament ahir i avui que teníem al districte l'Audiència Pública del nens i nenes, ho dic perquè tenim aquí la Presidenta del Consell Municipal, i una de les coses que els hi expliquem als nens i nenes, és precisament quan expliquem la Seu del Districte de Nou Barris i està molt connectada amb el tema de tot el que és la salut mental i realment els nens adquireixen la dimensió i també els hi expliquem tota l'evolució que ha tingut i per tant, en aquest sentit destaquem com que Nou Barris ha format part activa d'aquest procés i com vivim avui. La veritat, és agrair molt al José, pel convit i al Xavier per compartir la taula i agrair a l'Associació Centre Higiene Mental Nou Barris, a la Fundació Nou Barris per la salut mental, a la Unitat de Recursos Comunitaris Dr. Pi i Molist de l'Hospital de Sant Pau, als grups de professionals de salut mental de Catalunya, a la Federació Salut Mental Catalunya i l'ICASS (Institut Català d'Assistència i Serveis Socials) del departament de Benestar i Família i després també parlar coma regidora de l'institut municipal de persones amb discapacitat, el

qual també cau sota la meua àrea i en aquest cas soc la presidenta de l'IMD (Institut Municipal de Persones amb Discapacitat), on precisament treballem molt un dels cinc eixos principals, que és precisament la lluita contra l'estigma de la salut mental i treballem molt amb Obertament per veure si ho aconseguim. Fan una gran feina i jo crec que mica en mica anem canviant aquesta percepció.

Per altra banda, el que deia el Xavier, és fonamental, és un dels cinc eixos de l'IMD, és precisament la vida autònoma i independent, per tant, entre tots hem de fer tot el possible perquè això sigui així i que la persona pugui escollir lliurement quin vol ser, com vol dibuixar la seva vida, en la mesura evidentment del possible, amb les ajudes que calguin però que la pugui escollir, que pugui fer ús de la seva llibertat, en aquest cas és d'unes altres característiques que si és mobilitat però que si es comú a tots els àmbits de la diversitat funcional.

I després, per altra banda, una mica el que comentàveu, estem molt preocupats al Districte de Nou Barris per la salut mental entorn els nens i nenes, nois i noies, fins quin punt és així que en el marc d'educació que hem fet el districte, que és un dels primers en que hem aconseguit treballar la transversalitat i també amb totes les escoles i tothom que intervé en el món de la infància, al voltant de l'educació hem posat en comú tot el que teníem fins que hem fet un pla i a més, tot això ho hem fet amb el consorci i evidentment amb tots els agents implicats de l'administració i hi volem donar molta prioritat. I un dels temes és precisament la salut mental perquè ens trobàvem precisament amb allò que heu comentat. De vegades sí que costa establir aquestes coordinacions, pels motius que siguin i sobretot treballar l'aspecte en aquesta fase tant important dels joves, que és el cicle educatiu i tot el que és la salut mental que han de fer un treball realment, hem d'arribar a ser molt àgils. I en concret, això al districte de Nou Barris ho hem volgut accelerar el màxim possible i en aquest cas, el gerent del consorci de Nou Barris, ha fet un esforç molt important per a coordinar tot això. Sobretot, tot el treball amb les escoles a través de l'EAP (Equip d'assessorament i orientació psicopedagògica), CSMIJ (Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil) i després tota la xarxa del voltant, hospitals, centres... Tots els que hi intervenim, segur que si ens coordinem adequadament i amb eficàcia, només amb això ja serem capaços de fer molta feina preventiva i pal·liativa l'abans possible, per tant ja estem reduint les cronicitats, només amb aquesta coordinació, per això és tant important i per això l'hem prioritzat. Hem fet com una mena de prova pilot en el districte de Nou Barris i hem treballat conjuntament en unes sessions importants el CSMIJ amb el EAPs per mirar a veure com ho podíem fer i jo en aquestes sessions no hi era perquè eren molt tècniques i específiques, però sí hem rebut el *feedback* en una

reunió que vam fer a la seu del districte i els seus agents i ens deien que havien sigut unes reunions magnifiques i que la gent tenia unes ganes de coordinar-se impressionants perquè tots veiem el mateix i per tant en aquest sentit, si hem de reformular algun tipus de servei, com pot ser per exemple, el mateix EAP, doncs el gerent del consorci ja està en aquesta línia, per tant, és una acció que ja hem començat, sobretot aquí en Nou Barris, perquè crec que no podíem esperar. Comencem per la prova pilot aquí i si això serveix es pot implementar en els altres districtes i em consta que els professionals del CSMIJ i de l'EAP han fet un esforç molt i molt important i després això anirà repercutint a tots els òrgans.

I després, per altra banda, a nivell de ciutat, específicament no porto l'àrea de salut però sí que he treballat molt amb la delegada de salut, que és com un membre de govern, som les diferents àrees i aquest cas l'àrea de salut la porta la delegada de govern i sí que en aquest cas hem tingut moltes reunions per debatre i després fins i tot, amb diferents visions perquè ens ha passat això, acabes topant amb aquest debat tant intens alhora si volem és un debat molt interessant però hem de mirar d'arribar a conclusions, perquè si no podem estar anys, com ja en porten, aquest debat de si farmacologia sí o no, si un altre tipus de tractament psicològic... Com s'enfoca, aquest és un debat enorme que ens ha portat, jo mateixa vaig llegir uns quants articles que em va adreçar la delegada de salut i el gerent del consorci, articles importants de visions diferents, en aquest cas fins i tot de la batalla oberta que hi ha a EUA...jo crec que a part d'aquest debat, si posem com a centre aquests nois i noies, els nostres nens i nenes, és molt fàcil en funció de les seves necessitats, actuar entre tots de forma el més coordinada possible, el més ràpid possible i el més àgil possible. I si hem de suprimir omplir expedients i omplir expedients i omplir expedients, com dèiem amb el gerent, que treu moltes hores i això fa que no puguem estar atenent els casos i vinga ara has d'omplir aquesta fitxa i aquest escrit de derivació i aquest protocol de derivació és complicadíssim, doncs no cal, si al cap i a la fi podem fer una derivació amb una trucada telefònica, independentment que després adjuntem una fitxa ràpida, doncs millor que millor perquè tot això són hores que guanyem d'atenció i no d'omplir i tot l'aspecte burocràtic que hi ha al darrera, perquè no podem esperar, perquè estem en una situació excepcional, que és, a més a més, l'impacte de la crisi. Que això també és un altre debat si l'impacte de la crisi ha afectat directament a situacions de crisis més a nivell mental i per tant després deriva això en malalties o no, tant en nens com en adults. En nens perquè viuen l'entorn familiar, en situacions límits, d'atur, per exemple, de no ingressos, dificultats en les pensions no contributives, tot això acaba sent situacions d'estrès i acaba repercutint en el nen o en formes de violència o

agressivitat, agafa diferents formes i per tant encara més hem d'anar més ràpid. Per això tots els que estem en el seu voltant, som conscients d'això i per això encoratja treballar amb això i les jornades són potents, molt intenses, molt denses però molt interessants i podreu arribar a conclusions que nosaltres després adaptarem i intentarem adaptar-nos a les conclusions que cregueu més importants, que després nosaltres les aplicarem. Si hi ha camins que trobeu o formes, evidentment les incorporarem en els nostres programes i en els nostres plans de forma immediata aquí a Nou Barris. I per altra banda, a nivell de ciutat, d'acord amb el que hem anat parlant amb la delegada de salut, és que nosaltres ens trobem en una situació determinada, que hi hauran uns canvis al maig, però igualment posarem una manera de treballar en un pla integral o alguna cosa així de salut, de salut mental perquè és molt important per a tots. Per tant, desitjar que siguin unes taules tan ben preparades i per tant molt profitoses.

1ª TAULA RODONA

Adolescències: crisi i trastorns

Susana Brignoni

psicòloga clínica coordinadora del Programa SAR de la Fundació Nou Barris

Voy a tratar de transmitir lo que en todos estos años de trabajar en la Fundación Nou Barris he aprendido de los adolescentes que consultan. Quiero empezar esta charla citándoles algunas frases de pensadores, tres en concreto que hablan sobre las adolescencias y los jóvenes y después de citar las frases les voy a decir quién las ha dicho. La primera de ellas dice así: "Los jóvenes de hoy en día son unos tiranos, contradicen a sus padres, devoran su comida y les faltan el respeto a sus maestros", esa es la primera. La segunda: "La juventud tiene el genio vivo y el juicio débil" y la tercera: "Ojalá no hubiera edad intermedia entre los 10 y los 23 años o los jóvenes pasaran estos años durmiendo, pues todo este intermedio se les va en embarazar muchachas, agraviar viejos, robar y pelear". No quise decir en el primer momento de quiénes son, pero pueden ser frases que podríamos leer en los periódicos o en algún reportaje en este momento sobre adolescentes o jóvenes, porque los adolescentes suelen generar mucha alarma social, pero lo curioso es que la primera la escribió Sócrates, alrededor del 470 a. C., la segunda es de Homero en el s. VIII a. C. y la tercera más reciente es de Shakespeare en 1611 o 1615. Me parece interesante citar

estas frases que son tan antiguas y sin embargo parece que siempre se presentan de la misma manera, porque qué nos enseñan, nos enseñan que lo particular de la adolescencia, lo singular de la juventud, siempre resulta inquietante y molesta a los adultos. Hay en ese período algo que no deja de incomodar tanto a los propios adolescentes como a aquellos que los rodean. Tengo que decirles que tanto desde el lugar de los padres, que muchas veces nos consultan a raíz de un chico o adolescente que les preocupa, tanto desde el lugar de los padres de adolescentes, como desde el lugar, como es mi caso de psicóloga que atiende a adolescentes, el trabajo con los chicos no es sencillo, diré más, no sólo no es sencillo sino que es difícil. También trabajamos mucho con educadores o con maestros, los educadores nos muestran esta dificultad. Los educadores a veces están desconcertados frente a los adolescentes que con sus modos de comportarse parecieran cuestionar toda posibilidad de vínculo. Los educadores dicen que los adolescentes tienen un pedido, una demanda que es paradójica, piden o casi exigen que se les respete cuando frecuentemente, son un poco irrespetuosos. Una de las cuestiones importantes es que la relación con los adolescentes, en general está marcada con los desencuentros, cuando para hablar con ellos hacemos valer nuestra experiencia como adultos, nuestra fuente de sabiduría, cuando les decimos “te lo digo por experiencia” la respuesta habitual por parte del adolescente es el rechazo y por qué, porque nos dirigimos de este modo a los adolescentes cuando nos encontramos una y otra vez que rechazan este modo de intervención, creo que porque en general los adultos hemos olvidado nuestra propia adolescencia, este es un punto fundamental, este olvido es una de las principales dificultades para poder acercarnos a ellos, por qué, qué hay en juego en ese momento de la vida, qué podemos aprender de lo que los adolescentes nos enseñan, entendido por lo que nos enseñan y por lo que nos muestran. Lo que hay en juego es la necesidad de separarse de los adultos, por qué esta necesidad, al menos hay tres cuestiones, una porque el cuerpo infantil ha cambiado radicalmente otra porque tienen que reconstruir su identidad y una tercera que creo que anuda las otras dos y es que las palabras que sus padres les enseñaron para explicar lo que les pasa, son en ese momento de la vida, insuficientes. Estas tres cuestiones son las que están en la base de lo que denominamos crisis de la adolescencia, que justamente en el título ponía crisis o trastornos. Me parece que trastornos podemos encontrar en algunos casos pero crisis es algo estructural. Una crisis, exceptuando la que estamos pasando ahora, no necesariamente tiene que ser mala, en realidad, las crisis están en el origen de muchos cambios, la crisis en la adolescencia es que lo que se había construido en la infancia, eso que los padres les habían transmitido ya no alcanza. Los padres les habían enseñado a hablar y eso era lo fundamental para hacer vínculos con los

amigos o con los maestros ahora, para expresar lo que les pasa necesitan encontrar otras palabras, un nuevo idioma, dicen a veces y es por eso, que vemos en esta etapa que algunos empiezan a escribir poesía, canciones o se encierran en su habitación para inventar un mundo propio. El tema de la habitación es fundamental, se montan su mundo con todo lo que necesitan y sobre todo con un orden propio. Por eso muy frecuentemente los adultos no podemos o ni nos atrevemos a entrar en esas habitaciones, cuando entramos les pedimos, les exigimos y después terminamos gritando que hagan orden, pero es un pedido, es un modo de pedir que vuelvan al orden que nosotros les hemos enseñado. Frente a esta cuestión de la habitación propia hay dos noticias, una mala y una buena, la mala, es que ellos ya no volverán al orden anterior por más que les gritemos, les pidamos o les exijamos y la buena es que crearán un orden propio que con el tiempo ya no será el desorden que muestran en la adolescencia, es decir, que es pasajero. Tenemos que pensar el desorden de la habitación como el reflejo de su propio desorden interior, pero también aunque no se note demasiado como el reflejo de un tiempo de búsqueda, de hecho esa podría ser una definición de la adolescencia. Se trata de un tiempo de búsqueda por eso a veces observamos la figura del adolescente errante, es decir, estos adolescentes que están en una errancia por el mundo, tal vez nos están mostrando que algo están buscando. La crisis implica un momento de cambio, de duelo sobre lo anterior pero también de creación y para poder crear a veces se vuelven muy desconfiados de lo que los adultos les decimos. La crisis en las adolescencias se muestran a partir de dos preguntas principales, una de ellas es quién soy, eso implica una crisis de identidad y la otra es qué quiero, es decir, una crisis del deseo, y hay que sumar a estas dos crisis que padecen los adolescentes la crisis que ellos introducen en el mundo de los adultos, cuando los adultos sentimos que no entendemos nada de lo que les pasa, es decir, una crisis en el saber. Es decir, que tenemos la crisis de identidad, la crisis del deseo y la crisis del saber. Podemos decir que este momento de crisis es estructural, se da siempre, ahora bien, no siempre se presenta del mismo modo y esto es lo importante, para poder entenderlo tenemos que imaginar que es como si fuera que frente a la vida del adolescente se abre un agujero y el trabajo del adolescente es averiguar qué puede hacer con un agujero, es decir, un agujero es algo que no tiene sentido y es algo con lo que se enfrentan. Le llamamos a lo que hace con ese agujero, a lo que inventa para resolver ese agujero, respuestas sintomáticas que son de diversos tipos, desde el armarse una identidad por ejemplo, tatuándose el cuerpo o poniéndose piercings hasta la aparición de trastornos o desencadenamientos de enfermedades. Esto nos muestra lo difícil que puede resultar ese momento vital. Por ejemplo, encontramos una serie de respuestas que podríamos decir respuestas en el

campo del saber, la adolescencia es un momento donde surgen las grandes vocaciones, esto es el mejor pronóstico y el adolescente siente que lo que está aprendiendo en lo escolar le puede servir para tratar todas las dudas existenciales que tiene, pero a su vez está también la respuesta negativa frente al saber, que son los niños que tal vez en la infancia han sido buenos estudiantes pero que al llegar a la adolescencia cae el saber escolar, porque sienten que lo que les ofrecen en la escuela no les sirve para resolver lo que en realidad les aqueja. También puede haber una posición irónica frente al saber que es cuando los adolescentes nos dicen para qué sirve el saber, que es una pregunta que nos hacen frecuentemente y es una pregunta que los adultos tenemos que poner a trabajar porque si bien no tenemos una respuesta universal para decir para qué sirve el saber si sabemos que la ignorancia es inútil. Otra serie de respuestas sintomáticas son del lado de las identificaciones, es un momento, de invención de identificaciones imaginarias o simbólicas y es por eso que se producen los grupos o es el fundamento, por ejemplo, de las bandas de adolescentes. Otro tipo de respuestas se presentan cuando hay una carga muy potente de angustia, esto es algo que parece mucho en la adolescencia, cuando hay una angustia muy fuerte los adolescentes muchas veces intentan resolverla mediante lo que llamamos pasajes al acto. El pasaje al acto es una especie de barrera frente a la angustia, es un intento de huir de la angustia. Esto muchas veces los pacientes nos lo dicen, es por ejemplo, un intento de suicidio, una marca en el cuerpo o un ataque, una expresión violenta a otra persona, hacerle daño a otra persona y muchas veces lo que nos dicen los pacientes es que después de haber realizado ese pasaje al acto se han aliviado, es decir que hay algo que es una especie de autorremedio frente a la angustia. Otro tipo de respuestas es por el lado del oral, que es cuando encontramos las anorexias o bulimias, es cuando se pone en juego la transformación del cuerpo infantil y lo que aparece en muchas chicas es el rechazo a ese cuerpo que se transforma. También tenemos las respuestas toxicómanas y estas respuestas las encontramos muchas veces en chicos que están diagnosticados de trastorno mental grave y que lo que nos dicen es que a veces el tóxico les sirve para aliviar la presencia de alucinaciones. Y por último, una que es más bonita, que es la solución por el amor idealista o el amor platónico, no hay que olvidar que la adolescencia es ese momento adonde se pone en juego la sexualidad y muchos adolescentes testimonian que no saben muy bien qué hacer con eso y cómo acceder a eso y a veces, el amor platónico es una manera de poner distancia a esa dificultad y darse tiempo, con lo cual no es muy recomendable precipitarlos, hay que dejarlos en ese amor platónico durante un tiempo.

Desde el equipo donde trabajo en la Fundación Nou Barris, hace unos años decidimos ir a pedirles a los adolescentes que nos orientaran a saber algunas cuestiones que suceden en etapa, organizamos unos grupos de conversación, en los que los profesionales nos situamos en el lado del no saber, nos presentamos como estando desorientados respecto a lo que les pasaba a los adolescentes. Al principio, era un grupo, unos diez adolescentes, al principio se mostraron indiferentes, pero al exponerles lo que nos había llamado a convocarlos les pareció interesante porque por ejemplo, uno respondió pero todos los demás acordaron que si las preguntas van relacionadas con los jóvenes, no van a ir a preguntarles a los adultos. De allí lo que apareció de manera constante en la conversación fueron dos cuestiones, por un lado que ellos certificaban que viven en su mundo, de alguna manera en primera persona, no tienen demasiado en cuenta los demás, es decir, las cosas giran alrededor de su propio eje, como algo estructural y la otra si al principio, que tienen una demanda muy fuerte de reconocimiento, los adultos creen que no podemos hacer, nos protegen demasiado, siempre escogen por ti y al final no sabrás escoger, exageran en sus preocupaciones, viven esa sobreprotección, esa exageración como una falta de confianza hacia ellos, este es un punto importante, ya que los adolescentes son muy sensibles al lugar que los otros les dan. Y lo paradójico de su demanda es que piden que se confíe en ellos sin de alguna manera, habérselo ganado, es decir, que hay que confiar, hacer un voto de confianza, esto es lo que ellos piden. Quieren ser grandes, pero la dificultad con la que se encuentran es que no quieren ser grandes como los adultos que conocen. El grupo de iguales en este punto, es importante, es un eslabón en el camino de configurar ese hacerse grandes ya que los amigos son lo más importante. Es entre sus amigos donde para muchos se desliza algo de lo que está vivo, en el instituto lo otro es lo aburrido, que es otro de los temas muy fuertes en la adolescencia, lo otro es lo aburrido y captan muy bien cuando alguien enseña sin transmitir. Son implacables. Denuncian al profesor que enseñan sin pasión, siempre, los adolescentes tienen una pasión especial por lo auténtico, denuncian cualquier cuestión que viven como falsa. Pertenecer a un grupo los pone a resguardo del bullying. Al que es acosado, lo ven como alguien con dificultades de relacionarse y al acosador normalmente, dicen que es el que se aburre, los acosadores, es decir, los que no saben qué hacer para dar forma a su deseo de otra cosa. El aburrimiento implica la desconexión y fue unánime de este grupo de conversación, el hecho de que hay mucha incomodidad en el aburrimiento, por eso a veces tienen respuestas violentas, porque es una forma de salir de la mala manera del aburrimiento. Otra cuestión interesante es la idea de que no hay que meterse cuando hay una situación de bullying, incluso el no recurrir al adulto porque les parece que el problema crecerá

excesivamente. Ellos creen que los adolescentes, ellos mismos, hablan pero que hablan de otra manera y se preguntan si nosotros podremos escuchar esas maneras, no están muy seguros. Uno lo expresaba así: “los adultos en vez de escucharnos nos tiran de la correa”, es un modo de decir los obstáculos que encuentran para hacerse un lugar como futuros adultos.

Bueno, me parece que lo voy a dejar aquí, con estos testimonios de adolescentes que nos pueden hacer pensar y también con la frase de un escritor irlandés, Bernard Shaw que decía con un humor irónico algo sobre los adolescentes: “La juventud no se preocupen es una enfermedad que se cura con los años”.

Circuit de la RAD: detecció i diagnòstic dels estats depressius en els adolescents

Roser Casalprim

psicòloga clínica coordinadora CSMIJ de la Fundació Nou Barris

Jo he dividit la meva intervenció en tres punts, procuraré ser ràpida i la Cristina ja em senyalarà que se m'acaba el temps. En primer lloc situar una mica, contextualitzar una mica la ruta assistencial de la depressió, què és i quin és el marc del que prové, amb això intentaré ser ràpida perquè és una mica avorrit segons com, el procés d'atenció als pacients, la detecció i el diagnòstic diferencial qui fa la detecció, qui fa el diagnòstic. Un segon punt que seran unes quantes dades de la Fundació Nou Barris en relació als adolescents, és a dir, podem fer una pregunta de manera divertida, es deprimeixen els adolescents del territori de Nou Barris? Ho veurem a través de les dades i després algunes consideracions generals o reflexions que poden servir pel debat sobre el tema de la depressió o sobre els estats depressius i el suïcidi.

En relació al primer punt, contextualitzar la RAD, què és la RAD i quin és el marc del que prové. La RAD és un pla operatiu que així està definit, abans el Sr. Trabado ha fet menció al pla integral de les persones amb trastorns mentals del 2014-2016, doncs bé, és un pla operatiu que segueix les directius de la unió europea que ha declarat la salut mental com una prioritat, assenyalant que cal enfocar els greus problemes de salut mental des de les polítiques de la salut pública, per tal de prevenir aquestes malalties i afrontar el problemes relacionats amb la discapacitat, l'estigma i l'exclusió social. Segons l'enquesta del 2012-2013 de la salut de Catalunya, la prevalença dels trastorns mentals va ser del 10,71 % en la població de 15 anys i més, és a dir, a partir de 15 anys. Sent la depressió el diagnòstic més prevalent, això anava associat també

als costos que això significa el 0,4% del PIB, per tant majoritàriament causats per la pèrdua de productivitat i no hem de deixar de banda aquesta qüestió. És per això molt reduccionistament parlant que el govern de la Generalitat ha prioritzat entre d'altres aquest pla operatiu sobre la depressió. En el cas de la infància i l'adolescència es considera que és una franja d'alt risc, seguim amb els documents que he consultat al respecte, en quant al desenvolupament dels trastorns de salut mental i que és important garantir la prevenció la detecció precoç i l'atenció especialitzada d'aquest trastorn des d'una visió integral de l'àmbit sanitari, social i educatiu. D'altra banda la prioritització d'aquest trastorn de les polítiques de salut pública va íntimament relacionada amb el tema dels suïcidi, perquè la depressió entesa com una patologia crònica, per tant estaríem parlant de la depressió major, la melancolia, que l'any passat en aquestes jornades es va tractar extensament, per tant la depressió com una malaltia crònica es considera com un factors de risc sobretot en la població adulta i jove. És la primera causa, segons les estadístiques, és la primera causa de mort entre els 25-44 anys, fonamentalment entre els homes. Segons l'OMS, és una de les primeres causes de mortalitat al món en persones joves en persones de 16 a 35 anys i aquí entrem els d'infantil i juvenil. I va molt associada a un trastorn mental concret, l'actualment denominada depressió major, aquí hi ha una prevalença anual a Europa del 6,1 des de els 18 als 65 anys o també lligat amb altres trastorn mentals greus, és a dir, que la depressió pot estar lligada a la depressió major o poden haver episodis depressius que van lligats a altres trastorns mentals. A Catalunya el suïcidi, és també la segona causa de mort en el període d'edat de 16 a 35 anys i es va convertint en un problema creixent de salut pública, jo crec que per això es posa l'èmfasi en això, ja que si bé Espanya té les taxes més baixes de suïcidi que Europa, si bé Europa es va estabilitzant o decreixent, Espanya va augmentant. Com sempre Espanya anem una mica tard. Sobretot no pel suïcidi consumat si no per les temptatives de suïcidi, encara que les estadístiques no registren aquestes temptatives, però s'estimen que es produeixen unes 20 per cada suïcidi consumat. És important destacar, que pel que fa a la infància i abans de la pubertat, el suïcidi entès com un acte amb un resultat letal i també com a temptativa és excepcional, de manera que ja no es comptabilitza per l'escàs nombre de casos es comença a comptabilitzar a partir dels 15 anys. A mi em sembla que això, si bé no hi ha estadístiques, no sé, nosaltres ho veiem al centre de dia si bé també és veritat que com que l'adolescència comença abans... ara ja podem comptabilitzar des dels 12 anys i abans era mes tard, és cert que hi ha algunes temptatives abans dels 15 anys. A part d'algun suïcidi que s'ha donat en aquest territori que tots recordarem a alguna escola però que no eren, recordo un nano i una

noia però que no eren pacients nostres. Caldrà aquí fer una distinció en relació al tema del suïcidi, però ho faré al final a les reflexions.

El concepte de ruta assistencial en depressió o trastorn depressiu que es diu, la RAD és el pla operatiu que explica l'organització de les cures i accions estructurades i multidisciplinàries necessàries dutes a terme per tots els dispositius implicats que intervenim per a la resolució de les necessitats dels pacients en funció de la gravetat i la situació clínica sobre la base de les accions que promouen determinades guies clíniques que s'ha pogut fer una elecció. Per exemple en el centre Nord, s'ha prioritzat una guia en front d'altres que hi ha. És també la conseqüència, aquesta ruta assistencial de la depressió, del pacte dels professionals dels diferents dispositius de salut i socials implicats, per donar resposta pràctica a les diferents situacions clíniques que afecten als pacients afectats d'aquest síndrome depressiu. Té com a objectius generals, només dues coses, millorar l'atenció a les persones afectades de depressió a través de la cooperació entre professionals, la coordinació entre proveïdors d'una determinada zona, l'establiment i optimització dels circuits assistencials i la promoció de la bona praxis atorgat al recurs més adient a la situació evolutiva del pacient. Un segon objectiu general és contribuir a la reducció de la mortalitat i en aquest sentit va lligat a les temptatives o la idea del suïcidi, i també contribuir a la reducció de morbiditat de les persones afectades de depressió procurant millorar la salut i la qualitat de vida.

En quant al 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, qui tenim, quins casos hi ha, quina és la variabilitat de casos, a partir d'això la pregunta és per qui serà atesos i com ens organitzem els diferents dispositius per això i després ve el com, com s'atenen els pacients segons el diferents moments evolutius de la malaltia, ja es tracti d'una depressió, lleu, moderada, greu, major i es tracta de situacions de crisi en que hi ha episodis depressius.

Diré doncs, resumint molt, que la detecció dintre de la RAD està situada en l'atenció primària en la infància i l'adolescència fonamentalment, des de els pediatres, metges de família, tots els professionals que intervenen en la infància, evidentment, el diagnòstic diferencial som els especialistes ja no dic ni els factors perquè voldria anar... passaré a les dades assistencials i algunes reflexions.

De les dades de 2013, les dades de la Fundació Nou Barris i sobre la població adolescent i sobre si es deprimeixen o no els adolescents. Hem extret dades de 12 a 18 anys. Primer de tot, respecte els motius de consulta, si bé els estats depressius no

es situa com a primer motiu de consulta, més aviat com a primer motiu de consulta tenim trastorns de conducta, ansietat, TDAH... se situa en el quart lloc, representa quasi el 5% d'elles consultes que vam rebre al 2013, al 2014 ha augmentat una mica més. És cert que ha anat augmentant progressivament, no tant en la depressió major si no en actituds depressives, baixa autoestima, tristesa, plors immotivats i sobretot lo que ha augmentat més són les conductes autolesives, junt amb ideació de mort i ideacions i gestos autolítics. Això representa d'aquest 5%, representa un 1,25% i això sí que ha fet un ascens de cara al 2011 i 2012. Ara bé en quan a diagnòstic, el diagnòstic de depressió és del 7,47%, diagnosticuem molts més estats depressius dels que realment ens consulten. La seva major part es tracta de depressions lleus o moderades, reaccions depressives breus, moltes reaccions d'adaptació, són reactives a situacions sociofamiliars diverses que generen en l'adolescent i els nens determinants episodis depressius i un 1% correspon a depressió major o episodis depressius associats a altres TMG, psicosis, esquizofrènia, trastorns de personalitat...

Gairebé el 95% dels casos que us he parlat, que estan diagnosticats amb depressions lleus i moderades, majoritàriament evolucionen bé amb psicoteràpia, amb tractament psicoterapèutic i també es treballa amb l'entorn, amb la família i amb tot lo socioeducatiu. Evidentment, al voltant d'un 1% dels casos esta realitzant un tractament combinat, que solen ser casos de depressió major o casos de depressió moderada molt resistent, en aquests casos estan combinats, psicoteràpia, si és possible i fàrmacs.

Alguna reflexió general sobre els estats depressius i sobre el suïcidi, hi ha algunes qüestions que són importants per la població que tenim i dirigit per si hi ha professionals d'altres àmbits.

No s'ha de confondre tristesa amb depressió, un adolescent que diu que està trist no vol dir necessàriament que està deprimat, caldria distingir, entre tristesa patològica i la tristesa que és inherent a les persones, i que connecta a vegades amb el sentiment que som mortals o finits, certs sentiments foscos que en algun moment o altre experimentem les persones i els adolescents, en especial en els moments de crisi de l'adolescència.

Cal diferenciar entre alguns estat d'angoixa i d'ansietat de depressió, lo qual no vol dir que en alguns casos hi hagi angoixa i depressió, de vegades es poden associar i aparèixer en un mateix quadre. En definitiva i dit de manera molt senzilla, podríem definir la depressió, no la depressió major, la depressió, com una caiguda del que ens mou les ganes de viure, com si quedés fora de joc el motor del que ens causa les

ganes de viure i desitjar. Per parlar amb propietat de depressió, cal considerar a més d'una sèrie de coses una pèrdua d'interès, que pot ser des de moderada a inhibició global en les diferents esferes de la vida d'un subjecte. Els pacients ens diuen, ja no tinc ànims per res, no tinc esma, no em queden forces, he perdut el gust per la vida, la vida no té sentit, no té recompenses, veiem que hi ha una desesperança, i això en els casos que són més neuròtics pot creuar com en els caos que són més psicòtics. I acabo, citant una frase, un paràgraf del diari d'un esquizofrènic que pot ser coneixeu que aquest sí que està afectat d'una esquizofrènia, però té un paràgraf que per distingir la depressió lleu de la moderada em sembla interessant, ell no ho va escriure quan tenia 20 anys, ho va escriure posteriorment quan va estar ingressat a un hospital psiquiàtric de Navarra, però ell recordant va escriure el que li va passar als 20 anys, i diu el següent: "me invadió una depresión profunda, no vale la pena vivir de esta manera y estoy realmente preocupado porque no encuentro un sentido a mi vida, los años que me quedan por vivir los veo como una carga, no me importaría nada que la muerte fuese como un sueño en el que dejas de existir, un sueño en el que desapareces, pero la fe me dice que esto no es así y debo hacer lo que pueda en la tierra y esperar lo que encuentre después, en el cielo". Afortunadament ell tenia certes creences religioses, cosa que avui en dia ha decaigut molt, acabaré ara sí amb una pregunta sobre la nostra contemporaneïtat, és a dir, faig un pas de lo clínic a lo social, perquè igual ens permet reflexionar una mica. Com s'entén que cada vegada hi hagi subjectes mes deprimits, la nostra és una època que en genera més, més enllà del quadre clínic, és un dels malestars alentats per la nostra cultura o civilització actual?

La continuïtat i l'oferta assistencial amb els pacients TMG-TMS

Paloma Lago

psiquiatra directora CSMA Nou Barris Nord i Sud

Jo avui voldria parlar de la continuïtat i l'oferta assistencial en els joves, adolescents-joves. La primera qüestió que m'agradaria parlar és que està clar que el nivell de vida d'una població té un efecte directe sobre la salut d'aquella població i sobre la salut mental. Des de i els estudis tant en tota la població adulta com en la població jove, ens ho diu. Des de índex de mortalitat, índex de mortalitat per sobredosi, per suïcidi, pèrdua d'anys de vida etc..Per tant, això i el poder desmuntar mites és un primer pas per poder fer prioritats assistencials. El primer que us volia passar és la realitat dels joves a través de l'enquesta de salut pública de l'agència de salut pública de Barcelona. El punt de partida que era l'enquesta de salut pública que és l'enquesta

FRESC (Factors de risc en estudiants de secundària) sobre la salut dels adolescents joves de segon i quart d'ESO, segon de Batxillerat i alumnes de PQPI (Programes de qualificació professional inicial), que és una enquesta amb la que es defineix per una banda, dos tipus de problemes, un problema que detecta és sentir-se amb tres o més problemes d'estat d'ànim o probable cas de salut mental. Queda claríssim que segon el nivell socioeconòmic on estigui, el barri on estigui l'escola, el nivell de salut dels adolescents joves és pitjor, divideix entre barri alt, mig i baix. Això era una de les coses que us volia comentar. Per tant, el coneixement de l'estat de salut de la població jove i el anàlisi de la utilització de serveis, en aquest cas de Nou Barris, són imprescindibles per definir prioritats assistencials i desmuntar mites. Per exemple, el primer mite és que la població jove de 16 a 25 anys, no acut als equips d'atenció primària, el metge de capçalera ni als CSMIJ-CSMA. Això és un estudi que va fer la Generalitat, però les nostres dades a Nou Barris no són aquestes. Per una banda, un estudi que van fer en col·laboració CSMA-CSMIJ a l'any 2013 i per altra banda, amb les dades del primer semestre del 2014 en la població de joves de 18 a 25 anys que a Nou Barris, 12.639 es visiten al centre de salut mental 424 usuaris i això representa un 3,35% de la població d'aquesta franja d'edat, per tant, primer mite que no és veritat, el joves demanen ajuda. Segona, l'entrada a la xarxa de salut mental dels pacients amb diagnòstic TMS joves és per urgències psiquiàtriques i hospitalització d'aguts. La major part dels pacients diagnòstics TMS d'aquesta franja de població que atenem al centre de salut mental arriben derivats pels metges de capçalera. Sabeu que els metges de capçalera atenen la població a partir dels 15 anys. Tercer mite, la continuïtat assistencial TMG TMS, veiem els pacients diagnòstics TMG quan passen als adults es perden, el que nosaltres veiem en l'estudi fet en la col·laboració amb la Fundació Nou Barris és que els pacients diagnòstics TMG s'havien perdut en l'adolescència i havien arribat al CSMA. La derivació que ens havien fet de tots el diagnòstics TMS que eren diagnòstic TMG en la infantesa, la major part de la derivació prové d'assistència primària sanitària, això, té que veure amb el treball de suport que fem en les àrees bàsiques i amb un treball molt acurat de demanar als metges de capçalera de poder tenir cura especial i una derivació proactiva dels joves amb problemàtica de salut mental. Un altre mite, el fenomen de la porta giratòria, es deia els usuaris amb diagnòstic TMS van passant per les urgències i hospitalitzacions d'aguts amb una taxa de reingressos del 10%. El primer semestre del 2014, jo parlo comparant sempre dades Catalunya, dades Nou Barris, la taxa que nosaltres tenim de reingressos i de hospitalitzacions d'aguts en relació al 10.000 habitants és de les més baixes i en relació als joves, ens apropem a les dades de les taxes d'hospitalització d'aguts de la població d'infantil de Catalunya. Per tant, un altre mite que no és real. Un altre mite, el

usuaris diagnòstics TMS no es vinculen al CSMA i menys els joves. En el primer semestre del 2014, no hem tingut cap desvinculació de pacients amb diagnòstics de TMS atesos al CSMA. Per tant, què és el que ens tenim que plantejar els serveis públics? Per poder contrarrestar els efectes del nivell de qualitat de vida, el nivell econòmic, més baix que en la resta de Catalunya, el districte de Nou Barris, era el districte amb menys PIB per càpita, per tant quin esforç hem de fer en la manera d'organitzar-nos i en la manera de treballar per contrarrestar aquest efecte sobre la salut i sobre la salut mental als serveis de Nou Barris i per tant, la primera pregunta que ens hauríem de fer, ja que som serveis públics seria, els centres i en aquest cas els centres de salut mental de Nou Barris d'adults són accessibles, en aquesta població jove? Nosaltres estem atenent en relació a la franja de població, el 3,5% de la població jove. Una altra pregunta que ens hauríem de fer és, atenem a la població TMS? Sí, estem atenent a un 0,80 de la franja de 18 a 25 anys amb problemes TMS, en relació a la població. Tenim en compte la importància de la comorbiditat en tòxics, en els usuaris i per tant estem realitzant tractament que tinguin en compte aquesta comorbiditat? El primer semestre del 2014, dels 424 joves atesos de 18 a 25 anys al CSMA de Nou Barris, 97 tenien comorbiditat amb abús de tòxics, això representa un 22,87%. Però també ens tenim que preguntar, tenim la nostra capacitat de resolució de problemes com centre de salut mental és adient? Som eficaços? El que fem té uns resultats i aquí ens hauríem de plantejar, realment estem dissenyant tractaments diferenciats segons el nivell de gravetat? i jo us diria, és una de les coses que ens va preocupar al centre, de com poder diferenciar tractaments segons nivell de gravetat i en això ens va ajudar el treball de suport a la primària i el treball en el programa de psicoteràpia breu. Us ho poso com a exemple en els casos lleus o en els casos de trastorns de personalitat o depressions major en el que el nivell de gravetat és més gran que l'abordat en el treball de suport a la primària o el treball amb psicoteràpia breu, tot el treball articulat del psiquiatra amb els programes d'intervenció psicològica, sigui en forma de seguiment o sigui en psicoteràpies més prolongades o en un nivell de gravetat més gran, quines intervencions estem fent en els programes TMS i en els programes PSI, concretament, en els pacients amb diagnòstic de trastorn mental sever. Una altra cosa també que ens agradaria senyalar és que com és important sobretot en l'atenció als joves, que el objectiu del tractament no sigui la disminució de símptomes si no que tingui a veure amb el concepte de recuperació, perquè és un moment en que es juga el projecte laboral i formatiu en que es juga el projecte personal, amb la relacions de parella, amb les relacions amb els parells i en que es juga tot el tema de la reinserció social. Per això, una altra pregunta és cuidem els moments de major fragilitat dels pacients? I en tots els estudis de seguretat dels

pacients de salut mental defineixen que els moments de major fragilitat dels pacients són els moments abans d'un ingrés hospitalari o a l'alta d'un ingrés hospitalari. Què és el que fem nosaltres? Un programa d'acompanyament dels pacients a través de la xarxa de salut mental i drogues i com ho fem? Us dic tres exemples, un és el programa d'acompanyament que fan el infermers quan es desplacen setmanalment a la unitat d'aguts i urgències per veure els pacients ingressats tant si són coneguts pel centre o no i per dir-li que a l'alta els veurem al centre, com és el centre, per començar a generar un vincle perquè en la salut mental el més important per poder obtenir un resultat és la capacitat que tenen les organitzacions i que tenen el professionals per generar vincles de confiança. Què fem dins d'aquests programes d'acompanyament, els programes PSI, tot pacient que ha tingut un ingrés a hospitalització d'aguts, des de ja fa dos anys, de la franja de població de 18 a 25 anys, nosaltres adjudiquem un PSI i per què, perquè pensem que és un moment en que estem jugant amb el futur del pacient. Una altra cosa, que com a serveis públics ens hem de preguntar, estem potenciant els recursos protectors dels joves que són la família, els parells i els centres educatius? I les dues últimes preguntes, ajudem a posar en marxa els projectes vitals del joves a través dels seguiment d'estudis d'inserció laboral, sabeu que les taxes d'inserció laboral de la població TMS a Catalunya és per sota del 8% i amb aquesta població jove és una de les coses importants a treballar. La última cosa és dir-vos que nosaltres hem fet una aposta com a institució de poder prioritzar recursos a l'atenció de la població de 18 a 35 anys, que hem generat intervencions, programes, de joves, l'adaptació del PSI a aquesta població jove, el programa de continuïtat assistencial, perquè si nosaltres derivem un pacient a una unitat de subaguts o a una unitat d'hospitalització parcial, per nosaltres és molt important que el pacient estigui d'acord, que el pacient vagi a l'entrevista de valoració i els canvis estan fets de mesures petites, en tot, en els canvis socials, en els canvis familiars, en els canvis individuals... una de les coses petites que fem és que les nostres administratives truquen al pacient el dia abans per recordar-li, demà tens entrevista de valoració a la unitat de subaguts o demà tens entrevista de valoració a l'hospital de dia, o demà tens entrevista de valoració al centre de dia, això és una acció petita, una altra acció petita és que en el circuit assistencial, ens reunim una vegada al mes amb totes les unitats, però hi ha una cosa que estem molt a sobre i és quin temps d'espera tenen les unitats, és viable per un pacient que per entrar a una hospitalització parcial hagi d'esperar des de la sol·licitud fins a l'entrada 45 dies? O a una hospitalització de subaguts? O a un programa de rehabilitació? i això la única manera de poder treballar en xarxa és deixar de parlar de perfils de pacients i pensar hi ha pacients que els tenim que mantenir i sostenir entre tots.

Intervenció des del Programa de Joves

Ivan Bernús

psicòleg del CSMA Nord

Sé que anem bastant justos de temps, intentarem fer una exposició el més ràpid possible. Consta de dues parts, jo parlaré de dades generals del programa de joves, que portem 4 anys en Nou Barris Nord i després em centraré en intervenció a nivell qualitatiu que faig en l'espai terapèutic i després la dra. Lafuente, parlarà de la coordinació tant interna com externa dels diferents dispositius de joves.

Una primera fotografia del que és el programa de joves, com s'ha dit és la població entre 17 i 25 anys. Va néixer amb la finalitat, la justificació del programa seria que hi havia un buit entre els diferents dispositius de joves amb no enganxaven amb els tractaments de salut mental i es va creure oportú establir un programa intensiu, específic, destinat a atendre a la població jove. S'intenta la derivació des de les àrees bàsiques de salut al programa de joves, que no passi més d'una setmana entre que hi ha la derivació de l'àrea bàsica de salut o CSMIJ si s'escau o qualsevol altre dispositiu amb psiquiatria i després si procedeix oportú, tant a nivell psicofarmacològic com psicoterapèutic, si es valora que el pacient necessita aquest dos abordaments terapèutics màxim han de passar entre la derivació de psicòleg- psiquiatre, 10-12 dies, dues setmanes com a molt. Fem ús d'entrevistes individuals, de parella, de família i també ens complementem amb fer ús de qüestionaris de personalitat, MMPI (Inventari multifàsic de personalitat de Minnesota) o proves com el WAIS IV (Escala d'intel·ligència de Wechsler per a adults), que és un test d'intel·ligència, que en aquests 4 anys, sí que us diria que hem hagut de derivar tres o quatre joves que no complien el requisit per salut mental i sí per retard mental i són eines que també ens ajuden a complementar diagnòstic i a enriquir més l'eina diagnòstica. Aquí veiem les dades generals del programa de joves, més de 420 joves atesos en aquests 4 anys. En els últims dos anys, les altes per objectius clínics la disminució o eliminació de simptomatologia o millora, encara que hi hagi alguns problemes en les seves vides, no ho podem resoldre tot, però el motiu pel qual venien sí que creuen que han rebut ajuda i doncs, estan satisfets, doncs 72 casos per objectius clínics, en els últims dos anys, per tant serien 40 per any. Altes per abandó, que van començar un tractament però després van creure oportú que estaven bé i no van avisar o van decidir, perquè costa molt iniciar un procés terapèutic i obrir-se amb un professional, uns 37 per tant serien uns 18 joves que abandonen durant l'any. I després també que s'ha parlat que és

difícil enganxar amb els joves, hi ha hagut 32 que mai s'han presentat al que era la primera visita i per tant serien uns 16 per any, si cada any atenem uns 110-120, són percentatges bastant raonables, però això no significa evidentment que ens haguem de dormir.

Ara em centraré més en com intervinc, què fem, suposo que donaria molt per parlar-ne però el temps ens apremia, intentaré recollir el més significatiu de la meva intervenció. Crec que el fet la primera entrevista sigui més que una recollida de dades és el pas més difícil que pot haver, per tant, ja que hi ha una recollida de dades per part de la psiquiatra, no torno a repetir el que ja està recollit i el que puc fer és una petita ressenya de com es va sentir la primera visita i evidentment començar a perfilar objectius de treball, quina és la seva demanda, quina és la seva queixa, que es senti escoltat. Evidentment establir un clima de confiança, reconèixer l'esforç que han fet per venir, alguns mig en sèrio mig en broma et diuen que la nit anterior no han dormit bé, m'agrada molt puntualitzar el que és si altres vegades hi hagut tractament psicoterapèutic amb algun altre professional, ja sigui privat, ja sigui al CSMIJ o altres professionals, perquè si em diuen que sí, intento explorar què els va ajudar, què els hi va anar bé i què no volen tornar a repetir. Si és el primer cop que venen els hi ofereixo ajuda i en què creus que puc ajudar-te, quina és la teva principal petició d'ajuda. Un altre aspecte en joves, ja que volem ser intensius, ràpids i eficients, o almenys això s'intenta, m'agrada molt rescatar el concepte de canvi pretractament, s'ha estudiat que entre que ens demana visita i la primera visita, un 65% no només adults i adolescents, persones en general, reconeixen que el fet de sentir-se que rebran tractament o ajuda, indirectament es senten alleugerits i han canviat alguna cosa de la seva vida. Si això té relació amb els objectius dipositats en el tractament, segueixo en aquesta línia per a que tingui continuïtat i que vegi que abans de venir a teràpia, ell ja estava fent teràpia. M'agrada molt fer ús d'elogis sincers, hi ha autèntics herois, hi ha històries que realment m'han impactat molt en aquests 4 anys i crec que per establir un vincle de confiança és oportú dir-li com carai, després de tot el que m'has explicat, com tens la capacitat d'anar a estudiar, de poder arreglar-te, vestir-te, somriure, tenir parella, tenir amics, perquè el que m'estàs explicant és molt dur, per tant crec necessari, no estem acostumats a elogis, validar la creu personal que puguin portar a les seves esquenes. I també, que de vegades em va bé pel nivell terapèutic, explorar hobbies, aficions, interessos que puguin tenir. Després a partir de la segona visita, si s'escau avisar a amistats, altres familiars, parella, gent significativa pel jove que vinguin a teràpia, que poden sumar, que poden crear un clima de superació, que a partir d'aquí que el jove es senti més atès. Normalitzar la simptomatologia, això és bastant comú, no estàs

boig, molta gent, es pensa que ningú de la seva colla va al psicòleg, que ningú de la seva família va al psicòleg i ell sí, i llavors, clíniques d'agorafòbia, clíniques d'ansietat evidentment que molts joves no saben trobar-li la definició i ha de ser així, no són psicòlegs per tant entren aquí i pensen que estan bojos i aquí entra llavors, penso, la nostra labor psicoeducativa, per tal que entenguin que el que els hi passa és més reactiu a situacions d'estrès que no pas a bogeria. Adoptar com a terapeuta una posició down, o sigui, jo no sé res de la teva vida, per tant, explica'm que estic molt interessat en saber coses de la teva vida, molts et reconeixen que de vegades no els hi agrada el fet de trobar-se amb professionals, no diré que vagin d'experts, però sí que els hi diguin què han de fer. Quan hi ha confiança et diuen, em va agradar molt que em preguntessis quines aficions tenia, com em sentia i sobretot el jo no sé res de la teva vida, per tant estic interessat i fins i tot et disculpa, jo no sé si t'he entès bé quan m'estaves explicant això, igual m'equivoco o corregeix-me si m'equivoco, són expressions que intento formular per tal que el pacient no es senti jutjat, si no més aviat acompanyat. Hem de tenir presents els diferents tipus de pacients que poden venir a teràpia, no és el mateix, com heu posat aquí detalladament, un client comprador, jo compro teràpia, jo vinc voluntàriament a teràpia, jo vull sortir d'aquest problema, no és habitual però aquests hi són, per tant aquí intentaré establir prescripcions directes perquè el seguiment sigui efectiu. Després hi ha els demandants, que diuen vostè és el professional, vostè m'ha d'ajudar, jo ho he intentat fer tot però no sé cap on tirar. Tipus de client més queixós, escoltar, contenció verbal i poc més. En joves el quart punt és molt habitual, d'entrada, després poden seguir en tractament però pacients visitants, o sigui, que les veuen a venir, maldades, venen amb molts dubtes, amb molts neguits i no saben de què anirà la teràpia, aquí em limito a escoltar i elogiar. I per últim, no és molt habitual, però ens ha passat en tres o quatre casos que venen de justícia, aquí hem de canviar el registre verbal i adoptar una posició més de col·laboració i què creus que vol el jutge i a partir d'aquí farem i poc més.

Més punts per anar consolidant aquest ball amb el jove, en segons quins moments crec que és essencial, perquè tots els que estem aquí hem passat pels 20, 22, 24... en segons quins moments m'agrada fer ús de revelacions personals, evidentment no revelo tot, però sí que, qui no ha tingut decepcions sentimentals, qui no ha tingut pèrdues significatives d'algun familiar, quan els hi expliques i ells estan sorpresos de que un professional els hi pugui comentar això, us hi asseguro que el clima de la sessió canvia, inclús del que és el seguiment. Parlar el llenguatge del jove, què li ha passat a la vida, quines experiències ha tingut, quines creences té... Com a

terapeutes fer ús del llenguatge pressuposicional, com a professional jo pressuposo que el canvi es donarà, que ell millorarà i per tant els hi formulo una pregunta del tipus, quan hagi millorat què creus hauràs fet diferent quan arribi aquest punt, què creus que t'ha servit per arribar a la millora, qui més s'adonarà que tu milloraràs, en lloc de fer ús del llenguatge condicional, què passaria si tu millorassis, dit així el canvi no és molt segur, pressuposar que el canvi passarà és com crear un escenari futur i en el futur ens podem trobar les respostes i fer ús de llenguatge metafòric, contes, anècdotes...

Per anar acabant, en el procés d'alta, si les coses van bé, no tot és tan fàcil, però si van bé, comencem a espaiar les visites, de cada dos, tres setmanes passem a cada mes, mes i mig. Amb revisió d'objectius terapèutics, allò pel qual venies s'ha reduït, estàs bé, estàs satisfet, què ens hem deixat, què no ens hem deixat per anar consolidant els avançaments terapèutics, per puntuar-ho m'agrada fer ús de la pregunta escala, els hi pregunto de 0 a 10, quan vas venir aquí, si 0 és estic fatal i 10 estic molt bé, quina nota t'haguessis posat, el 2 i el 3 són les puntuacions més habituals i quan estem arribant al final de la teràpia els hi torno a preguntar i el 7, el 8 són les notes més habituals. Per tant, què has fet tu per passar del 2-3 al 7-8 i què creus que hauries de fer-ho per empitjorar-ho, no només per millorar, si no tenir present què no tornar a fer per no empitjorar. No és estrany que els joves entre les fases 2 i 3, o sigui, quan hi ha els canvis terapèutics i la consolidació i ells s'autoproclamin forats i ja no tornen, com que ja podia dormir bé, ja no tenia problemes estomacals, ja no plorava, ja està... ja estic bé i ja puc tornar a fer la meua vida. Bueno, s'ha d'entendre i en tot cas, oferir-li que qualsevol cosa aquí estem. I per últim, també hi ha els altres tipus de pacients joves que ho han passat tan malament que el fet d'haver trobat un espai on explicar les seves angoixes, els seus malestars, els seus secrets, hem de tenir present que som a vegades els primers en escoltar coses que mai han explicat a ningú, això uneix molt i et trobes a joves que de vegades diuen, bueno, l'alta... posa'm cada mes que jo no sé si estic tan bé... evidentment aquí hi ha la negociació per anar espaiant les visites.

I abans de passar amb la dra. Lafuente, dir-vos que personalment, aquests 4 anys, hi ha hagut històries molt dures, però que també és un plaer treballar amb joves, m'ha enriquit moltíssim, com a professional i la veritat és que seguiré endavant.

Montserrat Lafuente

psiquiatra CSMA Nord

Muy buenas tardes, al tiempo de agradecer la invitación de compartir esta experiencia de trabajo en el programa de jóvenes, adultos jóvenes en realidad, también agradecer la confianza que se pone en , los profesionales, porque en realidad dejan en nuestras manos a sus familiares, entonces esto nos honra.

El objetivo que día a día nos ponemos en nuestro trabajo cotidiano es establecer y mantener un vínculo de confianza con el joven, es decir, que se vincule no solo al profesional si no también a la institución que lo acoge, a través nuestro nos ve como equipo. Priorizamos un abordaje terapéutico que sea inmediato, intensivo y limitado en el tiempo. Con frecuencia le decimos al joven que el tratamiento lo hacemos juntos, y que nosotros confiamos en su capacidad de poner solución a la enfermedad o el malestar o la crisis o aquello que le trae a la consulta. Intentamos dar una respuesta lo más adecuada posible a esa problemática psicoemocional o psicosocial que nos presenta con la intervención más breve posible. Objetivo muy específico es el de disminuir la barrera asistencial que en la transición acaece cuando el joven va a cumplir la mayoría de edad tiene que pasar entre el servicio infanto juvenil al servicio de adultos y en esto estamos todavía muy empeñados para que si existe algún riesgo evitarlo, pero estamos con las antenas en ello. Otro objetivo es el de la detección precoz, en general de cualquier problemática, pero especialmente de la patología grave. Nuestro equipo y el trabajo cotidiano es en red. Formamos el equipo un psiquiatra, que es la que habla, Ivan, el psicólogo y una enfermera que no está aquí pero siempre estamos en coordinación y reforzados con otros profesionales u otros programas que con la trabajadora social y otros programas que se expondrán y ya se han expuesto de alguna manera que son el programa PSI, que vendrá explicado sucesivamente y de TMS. Por supuesto la coordinación con los otros recursos de la red de salud mental y la derivación a programas específicos, no los voy a describir porque quien más o quien menos tenemos un poco de conocimiento de dónde están, cuáles son. Lo que sí que quería enfatizar y poner de relieve es que la coordinación se hace siempre en base en función de las necesidades identificadas en cada joven, es el eje a partir del cual coordinamos no es una coordinación administrativa, sino que es una coordinación en función de la necesidad identificada en cada joven. De dónde vienen o cómo nos llegan los jóvenes, fundamentalmente del área básica de salud, porque es la vía administrativa establecida y también porque nuestros profesionales los médicos de familia están muy atentos y son linceos en detectar esta necesidad en la población juvenil. El segundo canal es el propio del CSMIJ y los otros recursos de atención al joven, especialmente en el área de referencia. También hay alguna demanda directa que familiares, padres a veces, espontánea del mismo joven pero los

menos, por supuesto tenemos también la derivación de parte de urgencias y de hospitalizaciones y algunos los menos desde la justicia y DGAIA.

Queríamos hacer un panorama de qué les pasa a estos jóvenes y cómo los catalogamos, si es que sirve la expresión en función del malestar y los síntomas, la expresión de ese malestar psicológico que muchas veces es también psicorgánico, psicofísico y sobre todo social es muy importante el malestar del sufrimiento social en las relaciones con los más cercanos y no tan cercanos a veces. La mayor parte de nuestros jóvenes se presentan con trastornos adaptativos, esto quiere decir trastornos reactivos, como se ha dicho anteriormente, a situaciones vitales importantes que viven con muchísimo estrés. Y ese estrés se expresa fundamentalmente con síntomas de tipo ansiedad, miedos, tenemos unos jóvenes con mucho miedo y con la tristeza y digamos síntomas asociados como irritabilidad etc. También los trastornos propiamente de ansiedad, el vivir con una tensión ansiosa, estar en hiperalerta, temiendo algo malo que va a pasar y que no sabe qué es, los trastornos depresivos, reacciones de duelo, de estrés post traumático vinculados a bullying, mobbing... todo este tipo de situaciones, tenemos trastornos alimentarios, trastornos obsesivos, abuso de tóxicos, control de los impulsos, trastornos psicóticos en un menor porcentaje, simulación y nos quedan además de estas cifras un 20% que están englobados entre algunos que no tiene diagnóstico de este primer nivel porque tenemos que considerarlos más que tienen rasgos de personalidad que les hacen difícil la vida sin necesariamente llegar a tener trastornos de personalidad pero sí que viven con un sufrimiento el día a día o se encuentran en las crisis existenciales que escuchábamos antes y otro tipo de problemática que no vamos a detallar. Entre nuestras prioridades, de una manera más específica tenemos la intervención individual y el trabajar en un formato más sistémico, abrir el espacio terapéutico a la pareja, a la familia y a las amistades más cercanas. Como ya decía al principio tenemos como prioridad el velar por la continuidad asistencial, como por ejemplo, los jóvenes que no han cumplido, que llegan que tiene 17 años y están por cumplir 18 hemos acordado, se ha previsto dentro del programa de coordinación y continuidad asistencial el que se vinculen directamente al CSMA para evitar una transición que sería motivo más de sufrimiento que de alivio.

Y para terminar, hacer alusión a cuáles son nuestros desafíos, nuestro desafío es acercar más todavía el programa a los jóvenes y adaptarlo más a sus necesidades y a sus estilos de vida porque también es cierto que hay mucho sufrimiento que no está atendido. En la investigación de antropología de la Universidad de Rovira i Virgili en unas orientaciones para las buenas prácticas en la atención psicosocial de jóvenes y

adolescentes decían que sólo un tercio de los jóvenes con problemas psicoemocionales solicitaban atención, por lo tanto hay unos cuantos que se nos quedan fuera de esta atención. Y los motivos son muchos, la desinformación es uno de ellos, yo creo que esta labor de hacer prevención e incluso el paso previo de la promoción de la salud si enseñamos a nuestros jóvenes a que conserven su tesoro que es la salud, quizás ya no tendríamos que hablar ni de prevención primaria, secundaria ni terciaria. El joven también tiene autoconfianza en que tiene recursos para salir adelante como lo han hecho sus mayores, e incluso a veces en ese hablar desde la experiencia de los adultos ponemos en apuros al joven porque no puede validar su malestar y nos esforzamos a veces de una manera un tanto poco terapéutica o de poca ayuda les sirve el que le digamos yo a tu edad y suma y sigue, no le validamos su sufrimiento y por lo tanto le dificultamos el que pueda pedir ayuda es cierto, que también prefiere resolver sus problemas con su grupo de pares, con aquellos que forman parte de su red social pero eso puede ser interesante para poner en acción y que sea una vía de solución para sus problemas la resiliencia tanto propia como la colectiva del grupo de pares, puede ser realmente una vía de solución, pero en general, existe evitación de hacer frente al problema o desconocimiento, el joven no tiene necesariamente la capacidad de percibir su malestar, muchas veces llegan al médico general con síntomas somáticos que son muy inespecíficos y después de un periplo de diagnóstico diferencial y de descartar que hay patología orgánica pues nos llegan y bienvenidos. El joven tiene una gran dificultad para expresar las emociones y muchas veces, lo que los padres le entregan no les sirve para decir me pasa esto y tienen una gran vergüenza de sentirse en menos y no ser capaz de responder en general a las expectativas de la sociedad o de sus seres queridos o cercanos y termino con el tema del estigma, del que ya se ha hablado.

Adequació del programa PSI adaptació amb joves

Aurora Sarasola

CPI de Nou Barris

Voy a comenzar esta exposición presentándoles unos casos que he configurado a partir de situaciones y experiencias de la realidad, pero los casos tal y como aparecen son hipotéticos para garantizar así la confidencialidad.

Me referiré primero a Marta, que tiene 20 años, padece una enfermedad mental grave y consume cannabis a diario. Se puso enferma por primera vez cuando tenía 18 años y tuvo que ser ingresada en una unidad psiquiátrica de agudos, al alta no fue posible que se vinculase de forma estable a ningún recurso de salud mental para ser atendida con regularidad. El comienzo de la enfermedad fue muy traumático para ella, no podía aceptar lo que le ocurría y lo mismo le pasó a su familia. No conocemos a nuestra hija decían, es otra persona, decían. Un año después tuvo una recaída y un segundo ingreso en una unidad psiquiátrica de agudos y al alta del hospital se consiguió que los padres se implicaran con el equipo de salud mental y que ella aceptara el tratamiento en el centro de salud mental y la incorporación al programa PSI. Resultó muy difícil trabajar con ella al principio, había una constante ruptura del encuadre, absentismo a las visitas, cambios de fechas y de horario constantes. Las visitas teníamos que hacerlas en una café cercano a su casa que a ella le resultaba familiar, de no ser así, la hubiéramos perdido. Esta flexibilidad, la implicación de su psiquiatra, de la enfermera del programa TMS y la participación de los padres fue fundamental para que poco a poco se mostrara más confiada y dispuesta a trabajar desde el programa PSI. A trabajar esos aspectos deficitarios que son comunes a muchos de los pacientes jóvenes con los que trabajamos. Trabajamos con ella la prevención de recaídas, el vínculo del que se ha hablado ya en las mesas anteriores, al centro del salud mental y al PSI porque ese vínculo nos permitía que viniera y nos permitía trabajar con ella, si una persona no viene no podemos trabajar. Fue poco a poco aceptando que estaba enferma, pero trabajamos con que no se identificase sólo con su parte enferma, fue conociendo sus déficits, sus limitaciones, sus limitaciones, el hecho de que podía cuidarse, y eso tanto ella como sus padres con los que trabajó fundamentalmente, en este caso, con la psiquiatra. Fue entendiendo la necesidad de seguir de forma continuidad el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico y por último, con el trabajo de la trabajadora social del centro de salud mental se estableció una coordinación con una recurso de inserción laboral para que Marta se vinculase a un programa que la ayudase a encontrar y mantener un empleo. Al alta del programa PSI, la paciente había mejorado mucho en los aspectos que he comentado, seguía en el itinerario de inserción laboral, y aunque no había abandonado el cannabis, sí que había reducido considerablemente la frecuencia y la cantidad que consumía.

Les hablaré ahora de un varón, Alberto, que nunca había tenido problemas con los estudios hasta que al comenzar bachiller, repitió dos cursos de primero y tres de segundo. Le faltaban unas pocas asignaturas para acabar segundo de bachiller pero el no tenía intención de terminarlo y sus padres estaban francamente enfadados con él.

Había una situación de mucha tensión en la familia. Siempre había sido introvertido, bastante solitario, y este comportamiento se agravó hasta el punto de que pasaba la mayor parte del tiempo en casa sin verse con nadie, salvo con su familia. Una chica con la que salía desde hacía un año rompió con él y esto fue, como él mismo decía, la gota que colmó el vaso. Se incorporó al programa PSI tras el alta del hospital, que estuvo ingresado por un intento de suicidio, padecía una grave depresión. En el programa fuimos abordando aquellas situaciones que le provocaban más sufrimiento, sus ideas de muerte, que aún continúan, aunque atenuadas, las dificultades de relación son sus iguales y la falta de un proyecto formativo laboral. Las visitas con él han sido y continúan siendo de una frecuencia semanal y a veces más dependiendo de su malestar y de la intensidad de sus impulsos de muerte. Hemos ido trabajando sobre sus problemas de identidad, su autoconcepto, su respeto y consideración a sí mismo, su fuerte agresividad y poco a poco ha podido sentirse mejor en su piel y como consecuencia, sus dificultades de relación con los demás también han mejorado. Cuando llevaba varios meses atendido desde el programa y considerarlo desde diferentes perspectivas y con gran ambivalencia decidió retomar los estudios, por lo que nos entrevistamos con el jefe de estudios del centro de enseñanza secundaria del que todavía era alumno, que supo hacerse cargo de la situación y facilitó las cosas. Le convalidaron alguna asignatura, para otras tuvo que hacer algún trabajo y para otras tuvo que matricularse online para el curso siguiente, situación en la que ahora se encuentra.

Les voy a hablar por último de Thalía, que es argentina, tiene 28 años, sus padres viven en otra ciudad y tiene una pareja estable desde hace 4 años. A la edad de 25 años se quedó embarazada, ella dice que sin pretenderlo y tras muchas dudas y gran ambivalencia, decidió seguir adelante con el embarazo, con el apoyo de Ricardo, el padre. Se maneja bien en lo que concierne a las gestiones de la vida cotidiana pero tiene unas vivencias psíquicas y emocionales que le causan mucho sufrimiento y dificultades para relacionarse con otras personas. Cuando se incorporó al PSI en avanzado estado de gestación, su forma de vestir y su sobrepeso impedían que se apreciase su embarazo. A la tercera visita y dada la proximidad del parto, se hizo necesario hablar de que estaba esperando un bebé y se pudo comenzar a hablar y trabajar terapéuticamente la ocultación de su embarazo. Durante este tiempo se le atendió en despacho, pero cuando nació su hijo, Darío, el lugar de las visitas pasó a ser el propio domicilio de la paciente, generalmente sola con el niño y ocasionalmente con el padre. Nunca aceptó tomar medicación, aunque estaba indicado, priorizando un embarazo y una lactancia que se prolongó durante un año, embarazo y lactancia que

ella decía que quería pasar sin química, sin fármacos. Se han ido trabajando sus miedos, la aceptación de su hijo y la búsqueda de su identidad como madre, se ha contenido su angustia, en ocasiones desbordante, en un proceso en el Thalía se ha comprometido buscando la realidad sobre sí misma y el bienestar de su hijo y su familia, todo ello, haciendo frente a una fuerte destructividad. Darío va dando muestras de una evolución sana y de una infancia saludable, ya hace unos meses comenzamos a trabajar y se la acompañó a hacer las gestiones para su incorporación a un espacio de l'escola bressol del barrio al que acuden dos veces por semana, la madre y el hijo y ocasionalmente el padre.

Para finalizar esta intervención quiero hacer un breve apunte sobre este programa en el que trabajamos Patricia y yo y otros compañeros más y dar unas pinceladas de lo fundamental y que sepan lo suficiente para poder darlo a conocer a personas que puedan beneficiarse de él. El nombre del programa es PSI, plan de servicios individualizados que trabaja con personas que padecen TMS y que no pueden realizar un tratamiento adecuado porque generalmente están desvinculadas de cualquier servicio de la red de salud mental. Somos un programa del centro de salud mental de Nou Barris Norte y Sur y la forma de acceso a él es mediante derivación de los profesionales del equipo, de los recursos de la red de salud mental y de los recursos comunitarios. Trabajamos fundamentalmente, como he intentado ilustrar en los casos que les he presentado son las necesidades del paciente, tratando de facilitar su vinculación al centro de salud mental y su incorporación a otros recursos rehabilitadores de la red de salud mental o de la comunidad. Como las necesidades de los pacientes son muy variadas, también lo son los perfiles profesionales de los componentes del equipo, dos enfermeros, una psiquiatra, una psicóloga, una coordinadora trabajadora social y psicóloga y una supervisora que es psiquiatra y que es directora de los centros de salud mental. Y como también han podido comprobar la atención que prestamos, la hacemos desde los diferentes encuadres, que va desde dispositivos hosteleros, a los parques de la zona o hasta el propio centro de salud mental o el domicilio de los pacientes, o el hospital cuando ellos están hospitalizados, porque lo esencial del programa es trabajar en aquel entorno que facilite una mayor flexibilidad, accesibilidad y disponibilidad para evitar el desamparo de los pacientes, evitar que se pierdan y queden sin atención y abandonados a su dolor.

A continuación, mi compañera Patricia les va a explicar de una forma estructurada las actuaciones concretas que se realizan desde el equipo con los jóvenes y les presentará la evolución y los datos cuantitativos más relevantes correspondientes a este grupo de edad. Muchas gracias.

Patricia Puig

CPI de Nou Barris

Passaré a explicar-vos les adaptacions que hem realitzat des del programa PSI a la població de gent jove. El nombre de joves atesos ha anat augmentant en el 2007 hi havia 21 casos de joves entre els 18 i els 21 anys i hem passat actualment a uns 33 casos. Sent un terç de joves atesos més avançat que no pas en el 2007. En el següent gràfic podem veure el percentatge de la població jove en comparació a la població general atesa la programa PSI i podem anar veient l'augment gradual dels joves percentualment. En un altre gràfic, mostrem la mitjana d'edat de la població general que atensem als PSIs i com ha passat de ser una mitjana global de 44 anys a una de 36. Algunes particularitats de la població jove del PSI, trobem que hi ha una poca o nul·la consciència de malaltia, hi ha una manca de vinculació amb els professionals de la xarxa de la salut mental, una manca d'adherència al tractament farmacològic, problemàtiques sexuals, consum de tòxics, relacions dificultoses amb el grup d'iguals, dinàmiques familiars conflictives, manca d'inserció social i laboral i tractament de més llarga durada en el PSI. Les eines de treball que utilitzem des del PSI, primerament i com a més important tal i com s'ha citat en d'altres xerrades és el vincle terapèutic que es realitza amb visites individualitzades, siguin a medi obert com a despatx i així com acompanyaments a diferents dispositius, ja siguin a visites, valoracions, ja sigui a recursos de la xarxa. També tenim un telèfon mòbil, cada PSI, on el pacient pot trucar ja sigui perquè té una crisi emocional, un dubte, un canvi de visita o simplement per escoltar una veu coneguda d'un referent. I per últim, durant el tractament intentem introduir l'ús de l'agenda, perquè així el pacient pugui gestionar millor els seu temps lliure i treballar així la seva part més adulta. Dels casos del PSI, les diferents particularitats que ens trobem en quant a la consciència de la malaltia, el que intentem és vincular aquests pacients, siguin els professionals del CSMA i com de la xarxa i les tasques que realitzem son acompanyaments, recordatori de visita i posterior seguiment i introducció de l'agenda. En quant a l'adherència del tractament farmacològic, treballem molt de ma a ma, tant amb el psiquiatra referent com a nivell d'infermeria, per treballar sobre els efectes secundaris de la medicació, informacions sobre una dieta sana i equilibrada i la possibilitat fins i tot que puguin realitzar esport. En aquest apartat volem esmentar que alguns casos abandonen o no prenen adequadament la medicació, fet que pot acabar amb alguna descompensació i amb algun nou ingrés, sigui a la unitat d'aguts o de subaguts. La tasca del PSI serà anar a visitar al pacient en el dispositiu on estigui ingressat, la coordinació amb els professionals que siguin els referents en aquest moment i l'acompanyament i suport

als familiars. En quant a temes de sexualitat, ja sigui per acompanyar, per prevenir, per informar, treballem molt amb infermeria i també en alguns casos deriven a CJAS, que és el Centre de joves d'atenció i anticoncepció i sexualitat de la xarxa de salut mental. En quant a consum de tòxics, sempre que sigui de manera esporàdica i recreativa, quan ja trobem que hi ha una addicció o una patologia important es deriven als recursos especialitzats en drogodependències, el que fem és o bé derivar-los als grups psicoeducatius, o bé al CAS (Centre d'atenció i seguiment de las drogodependències). En quant als familiars, tenir en compte que treballem en tasques de contenció, d'escolta activa, d'informació, els derivem a algun professional de la xarxa si es valora necessari i es fa un acompanyament en el procés de rehabilitació del familiar al qual atenem. En quant a la conflictiva del grup d'iguals o bé a les dinàmiques familiars, el que intentem treballar amb els pacients és l'obertura de pensament, buscar alternatives, pensar quins són els detonants dels conflictes, que es facin responsables de les seves actuacions i així com de les seves conseqüències, treballem també l'empatia, doncs a vegades les pròpies angoixes del pacient o les males experiències dels pacients els condiciona a posar-se en el lloc dels altres i per últim estratègies de contenció d'impulsos. Aquests mateixos aspectes es treballen també en l'àmbit familiar més en temes de límits i responsabilitat del pacient.

En quant a la reinserció social i laboral els acompanyem a vincular-los als diferents dispositius de la xarxa o de la comunitat, remarcar que sempre treballem des de les capacitats del pacient, intentant sempre fomentar l'autonomia i la part adulta. I per últim comentar-vos els objectius d'alta: que siguin responsables del seu tractament, que facin les visites regulars al CSMA, que tinguin millor autocontrol i millor gestió de les emocions, que tinguin una prevenció de recaigudes, que s'hagi fomentat l'autonomia i la millora de la qualitat de vida, que tinguin més insidie i obertura de pensament, disminució de la conflictivitat i en el grup d'iguals si s'ha detectat anteriorment i inserció social i laboral.

Intervenció amb adolescents des de l'hospitalització parcial d'Hospital de Dia

Jaume Claret

psiquiatre, director Hospital de Dia Nou Barris

Després d'aquesta experiència de 7 o 8 anys, vull compartir amb vosaltres quatre coses, el primer tema és que els nostres pacients entren tots en la definició de trastorn

mental sever o trastorn mental greu. Jo he plantejat el tema de trastorn mental complexa, perquè el tema de la complexitat em sembla que és important. És un tema epistemològic, però també és un tema que es planteja en la psiquiatria, com la psiquiatria planteja els diagnòstics, com la psiquiatria planteja el coneixement dels trastorns mental i com la psiquiatria planteja l'abordatge i el tractament d'aquests trastorns. Hi ha hagut i hi ha des de fa uns anys, i no només a nivell de França si no també a Anglaterra, moviments de psiquiatria crítica que no té res a veure amb l'antipsiquiatria de fa 30 o 40 anys, que es centren, que comencen a plantejar diversos temes, només citaré dos coses, una el tema de la complexitat del diagnòstic i la freqüència del reduccionisme diagnòstic i l'altra punt important que ens afecta molt en l'adolescència és justament la complexitat que representa el camp de la psicopatologia i el camp social, perquè això el que estem vivint és que hi ha franges on coexisteixen aquestes i que la coordinació, òbviament necessària, i és el primer pas, però no és suficient, jo sempre plantejo que és una problemàtica del tractament de l'abordatge de les patologies complexes, és com passar de la coordinació a la integració, no és lo mateix, la integració necessita la coordinació però la coordinació planteja alguna cosa més i això és un tema que des de l'hospital del dia se'ns planteja en el nostre equip multidisciplinar, el psiquiatre, el psicòleg, l'educador, la infermera... En determinats moments són plantejaments que cal poder integrar què vol dir això i després a nivell de la xarxa fins arribar al pla integral, encara més i s'afegeixen dades polítiques més complexes. Però les dades polítiques, les dades econòmiques, no treu que hi hagi un plantejament de com pensem la realitat complexa, jo per això citava a l'Edgar Morin, perquè això és un tema que és responsabilitat de tots, no només de les persones que decideixen grans processos econòmics i socials si no també de cadascú de nosaltres, del nostre petit àmbit, en el nostre cas de tractar joves amb problemàtiques com les que estem veient a l'hospital de dia.

El tipus de població que tenim, he fet tres espectres, m'agrada la paraula perquè vol dir que no és unitària, hi ha diverses dimensions de la problemàtica. Aquí he fet tres eixos, només en parlaré d'un. Un és l'espectre autista, he posat l'espectre autista perquè el DSM-V ha posat el que abans eren les psicosis infantils i els trastorns del desenvolupament, jo no l'he obert el DSM-V, no el conec, no m'hi posaré. L'altre és l'espectre esquizofrènic, és un espectre clàssic i complicat que tenim a l'hospital de dia molt i és molt important en la problemàtica esquizofrènica d'introduir, abans us parlava del diagnòstic categòric, d'introduir també, articular-ho al diagnòstic dimensional, al temps i a la crisi, cal entendre la crisi esquizofrènica que dura un any, dos anys, tres anys, i aleshores és una caiguda i una problemàtica molt seriosa amb cert risc de

suïcidi, etc. on aquest factor temps és important. Però jo més que res volia desenvolupar una miqueta el que poso l'espectre conductual depressiu greu i desorganitzat, que jo poso el 50%, poden ser el 30, el 40, però jo aquí he fet una miqueta... fixeu-vos que he posat trastorn de personalitat en aquests temes de trastorns de conducta i afectius. Què passa? Que ens trobem a nivell de la xarxa i ara parlo de la coordinació dels diferents serveis de salut mental, com hi ha una sèrie de nanos que venen diagnosticats de trastorns de conducta, òbviament aquest és un diagnòstic simptomàtic. I aquests diagnòstics poden persistir després d'ingressos, poden persistir després de seguiments de diversos mesos o anys. Aleshores aquest grup a la classificació francesa, és una classificació de trastorns mentals del nen i de l'adolescent que no s'utilitza avui a nivell de comunicar amb altres professionals, però que nosaltres a l'hospital de dia jo la recomano molt, perquè ens ajuda, si no a comunicar amb els altres, ens ajuda a pensar en la psicopatologia que estem tractant, i aleshores per què toca defensar ja en aquestes edat 15, 16, 17, 18 anys el diagnòstic de trastorn de personalitat segons la classificació francesa, perquè aquí estem fent el diagnòstic de trastorn de personalitat, no el diagnòstic DSM-IV, ni el diagnòstic típic que es diu 13 personalitat si és introvertit, si és histèric... no, parlo de personalitat com una funció adaptativa, evolutiva i de desenvolupament cognitiu i psíquic del nen i que com a tal existeix des dels 2, 3, 4, 5 anys i que aquestes dimensions per poder parlar de trastorns de personalitat amb un adolescent que fa dos o tres anys que té bàsicament dos eixos, el aquí i ara, la dificultat de gestionar el seu món intern i el seu món relacional extern i l'altre, uns trets evolutius i unes dificultats educatives que es poden trobar perfectament bé. Els de Sant Joan de Déu, sense parlar de trastorns de personalitat, perquè no entra en el seu àmbit, sí que van trobar un nom maco que era Trastorn de conducta repetitiu de llarg recorregut, justament aquí està, aquesta repetició i aquest llarg recorregut, que té relació. Aleshores, aquí justament és la complexitat a tres nivells, la complexitat clínica, hi ha els propis símptomes, com els situem i aquí és el que en medicina diuen el síndrome, que en síndrome no només hi ha un símptoma, si no que hi ha dos o tres perquè veus que tenen relació i nosaltres aquí amb els nanos, amb aquests trastorns de conducta veiem la importància dels trastorns depressius, la depressió en l'adolescència dels nanos que veiem és molt important, el que passa és que com plantejava la Roser, la depressió no és la tristesa, la tristesa acompanya la depressió. Però la depressió, quant més greu és, la tristesa ja no hi és. I aleshores la depressió és un petit desordre de la personalitat que altera la relació amb el propi cos, comencen a dormir malament, a no menjar... altera la relació amb la resta i altera la relació conductual en general. Aleshores, nosaltres aquí hem vist i torno al tema dels diagnòstics categòrics, que a vegades condueixen a errors, jo

he tingut dos o tres pacients amb un diagnòstic que es van haver d'ingressar a aguts, i van sortir evidentment amb el diagnòstic de bipolar. Si ens atenem a la gravetat de la depressió, el risc suïcidari, la necessitat d'un ingrés, la necessitat d'un tractament antidepressiu amb el qual jo estava plenament d'acord, faríem aquest diagnòstic, però al mateix temps, jo des de l'hospital què veies, veies al costat de depressió, veies una problemàtica psicològica identitària, de vinculació fusional amb la mare, veies esdeveniments traumàtics, des d'abús sexual, bulling a l'escola, veies un quadre clínic més ric, sí que veies depressió, però és que a la vegada veies això i això, i resulta que aquesta història, encara que tu la situïs al 15 anys, hi ha un patiment important, encara que no hagi donat símptomes ni manifestos des dels 4, 5, 6 anys. Òbviament, per veure això necessites un temps, un espai d'observació i això és una de les coses interessants de l'hospital de dia, no solament de tractament si no també d'observació, de fer uns diagnòstics complexos que et permet d'incidir bé d'un cantó o de l'altre.

El mateix que us deia del diagnòstic de bipolar, a mi és un diagnòstic que em fa molta por perquè anem avançant i estan buscant nanos de 9 i 10 anys per fer-li aquest diagnòstic, no, a veure, depressió major, però hem de veure altres factors que ajuden i que juguen, la causalitat cal buscar-la, cal buscar aquest factors que poden incidir.

Els trastorns paranoïdes, els veiem molt freqüentment, és la desconfiança, és la ràbia, és la indignació amb la família, amb el món, amb els psiquiatres, amb tot, això és un factor que dificulta la vinculació i és un dels trets que aquests nanos són difícils de vincular. Però a mi m'interessa molt perquè és un factor que dificulta la vinculació però paradoxalment, si es té ben en compte aquest factor, és el que permet la vinculació. Per tant aquest sentiment d'indignació amb el món i amb els altes, és important d'agafar-ho seriosament, i escoltar-los, i si els nanos es senten escoltats en aquest nivell, és un primer lligam, que lo altre, de parlar de sí mateixos, dels seus sentiments, altres que aquests, no els interessa.

Aquí aniré molt ràpid perquè aquí us parlava de la clínica borderline, d'aquesta dimensió crítica i jo aquí poso dos referents històrics que realment són importants i aquests no són francesos, són americans però d'una altra època, els anys 60, que són l'Erickson que va descriure el síndrome de confusió d'identitat i el Masterson que va escriure el triada borderline a l'adolescència.

No parlaré d'això però sí dels diagnòstic d'aquestes crisi que jo he dit de breakdown, m'agrada l'expressió perquè break és trencament i down que vas cap a baix. I molts d'aquests nanos, il·lustra bé el tema, que hi ha algo que peta i estem baixant i no sabem cap a on tirem i aquí està una miqueta el tema de contenir-los a veure què

passa. O sigui, hi ha aquestes nocions de ruptura evolutiva, la dimensió traumàtica, és molt important l'hiperreactivitat i la dependència, són nanos que veus que tenen un dèficit d'autocontenció psíquica, l'insight, estan sempre molt pendents de l'entorn, hiperreactius a l'entorn, ja siguin els pares o ja siguin els nois o les noies. En aquest cas, l'amor platònic, pot ser diferiria una miqueta és molt perillós, jo quan puc el desaconsello perquè normalment, són coses que acaben en suïcidi moltes d'elles, cal controlar una mica aquests temes si es pot.

Aleshores, el que us parlava, els antecedents a la infància, realment és una dada molt important. D'antecedents a la infància n'hi ha de dos tipus, molt evidents, a part dels clínics que pugin haver-hi TDAH, trastorns del caràcter, trastorns d'adaptació escolar... però hi ha en molts antecedents, el tema dels traumatismes, això sempre, a tota la literatura s'ha parlat molt d'abusos sexuals, hi ha un gran percentatge d'assetjament sexual, però hi ha una altra cosa que és molt important i que aquí la veiem molt i que cal donar-li molta importància i que és el tema del bullying. El tema de l'assetjament escolar, realment és algo que pot ser molt traumàtic per aquests nanos perquè a més veus que l'assetjament escolar va acompanyat d'un gran sentiment de solitud, són nanos que arriben als 15, 16, 17 anys i no han tingut mai cap relació emocional propera, un amic, una amiga, no ho han tingut i això és una de les funcions de l'hospital de dia, de poder trobar un par per poder identificar-se i estar amb ells.

Això és una mica el plantejament diagnòstic des de la complexitat, després està el tractament, com que hem d'anar ràpid, aquí només us diré un planning de tractament que per nosaltres és molt important i és el primer període, el període de vinculació, que d'alguna manera aquests nanos puguin quedar-se a l'hospital de dia.

El procés de la valoració diagnòstica pot durar un mes, dos mesos... i es fa al mateix temps que el tractament, no es fa la valoració, després el diagnòstic i després ja tractarem. Com a símptomes hi ha el negativisme, la desconfiança, la impulsivitat i a sota poso el breakdown, aquest sentiment de caïda lliure i de patiment, i aleshores és important tenir-lo en compte perquè els nanos no et parlaran directament i cal saber deixar anar i venir, i el període de vinculació també és un període que de vegades deixen de venir, és important anar aguantant. És important la modalitat que jo li dic el vincle erràtic, perquè en un principi dius, algú erràtic no es vincula, no, cuidado, anem veient els moviments erràtics que fa. Hi ha nanos que van i que tornen, que van i que tornen, és com l'etern adolescent que diu coses molt interessants, que era Baudelaire, que deia que la carta dels drets humans que eren la llibertat, igualtat, fraternitat, tot això està molt bé però us heu deixat dos, un el dret de contradir-se'n i dos el dret

d'anar-se'n. Per això m'agrada molt la icona de l'hospital de dia que és una caixa oberta, es una caixa buida en la que pots estar, però també te'n pots anar i això mentalment pels nanos també és important.

Áquí entrem més a fons amb un nano que està a l'hospital de dia i seria la complexitat de l'abordatge, el que poso de consultes psicoterapèutiques individuals, això és la sala de màquines, allà s'ha de visualitzar, fer la hipòtesi del que anem a treballar perquè tot a nivell de l'hospital de dia, una cosa és coordinar-nos i altra integrar el que fem, a dintre de l'hospital de dia moltes vegades hi ha conflictes, maneres d'entendre una nano, un és més maternal, un altre és més explosiu, els educadors... no es pot pretendre de dir, integrarem això i que tinguem tots els mateix discurs i la mateixa manera de pensar, això és un error. La integració, i aquí està la dificultat de la integració és integrar coses diferents, integrar actituds i maneres de pensar diferents i l'educador està en una situació que no és la mateixa que el terapeuta, la distancia no és la mateixa i això s'ha d'entendre, per això jo us posava que des de les consultes terapèutiques hi ha dos moments forts, un és l'institucional o el treball de l'educador i el tallers que això és una cosa que anem treballant des de fa anys, és molt interessant i no tinc temps de parlar-ne i l'altre que em sembla molt important és el treball amb la família, això és bàsic, perquè de la mateixa manera que l'educador és a les trinxeres i algun psiquiatra també s'hi posi, les famílies també. I que les famílies entenguin, a nivell de poder-los ajudar en el funcionament d'aquests nanos és bàsic. Perquè les famílies també han d'aprendre que aquests nanos han d'anar i tornar i en ells cal ajudar-los a trobar el seu lloc, a tenir paciència i per ser agents terapèutics de primer ordre.

Projecte de vida en el Servei de Rehabilitació Comunitària

Javier Piris

psicòleg de la Unitat de Recursos Comunitaris Dr. Pi i Molist del Servei de Psiquiatria de l'Hospital de Sant Pau

Disculpar a M^a Jesús Abadía, que por temas personales no ha podido venir y sí que asegura que mañana como asistente estará en las jornadas.

Yo soy Javier Piris, el psicólogo de la unidad de rehabilitación comunitaria de Pi i Molist. Explicaros primero lo que es un servicio de rehabilitación comunitaria, el nombre clásico es centro de día, el nombre cambió, se tecnicizó hace unos años y es el usamos actualmente. En principio es un servicio especializado de salud mental que atiende población de 18 a 65 años, con un diagnóstico de TMS, aunque con esto cada vez somos más flexibles y con necesidades a nivel de autonomía, del cuidado de la salud, del control de los síntomas ocasionados por la enfermedad mental, ansiedad, contacto social, dificultades cognitivas, ocupación del tiempo libre o la falta de un plan de vida, que son precisamente las áreas en las que más trabajamos y en las que más incidimos. Tendemos a trabajar por programas y son las áreas principales que trabajamos.

La pregunta es, si atendemos población en principio adulta, a partir de los 18 años, que incluso de 18 es difícil que lleguen porque hay otros recursos, qué hacemos en unas jornadas que van sobre adolescencia, la explicación está en el inicio de una enfermedad mental, de una enfermedad mental severa, sobre todo, que es frecuente que se pueda producir en la adolescencia o en el principio de la edad adulta, que puede suponer una ruptura biográfica, que pueda alterar los planes que llevaba la persona, los planes de futuro que tenía, que puede provocar que la persona tarde en adaptarse y al final el proyecto vital quede parado o tenga que replantearse o incluso que quede cerrado o en el aire. Algo que es muy típico de la etapa de la adolescencia pero que la gente que nos llega a veces arrastras esta etapa. Explicar que nosotros nos basamos en dos modelos teóricos sobre todo, por un lado el modelo de recuperación y por otro el de empowerment. No explicaré mucho sobre los modelos, quizás me quedaría con la frase que da mucha importancia al hecho que es necesario para la recuperación, el reencontrar un sentido de ser de estar en la vida, tan importante como el alivio de síntomas o el nivel de funcionamiento. Podemos pensar que es muy importante, por ejemplo, que una persona aprenda a vivir sola, pero si el hecho de aprender a vivir solo, no entra dentro de su plan vital, no entra dentro de sus planes, no servirá de mucho que nosotros insistamos, todo lo que trabajamos tiene que conectar con lo que la persona quiere o tiene en su proyecto. El empowerment, el empoderamiento que es como una ampliación de este modelo, lo que recalca es la necesidad de que sea la propia persona la que controle su propia vida. Quizás me quedaría también con el penúltimo punto, que incluso se ha llegado a demostrar que el control sobre la propia vida es un factor protector, protector ante el estrés o ante la enfermedad.

Esto nos hace pensar que el trabajar el proyecto de vida, un proyecto de vida puede ser importante, ya lo veíamos desde los 80 o antes, pero en el 2013 la OMS lo remarca y marca como un objetivo prioritario que los servicios de salud trabajen sobre proyectos de vida que la propia persona haya decidido. Incluso nos dan una serie de recomendaciones, son varias pero se podrían resumir en que el proyecto de vida por un lado tiene que ser relevante, tiene que ser importante para la persona, no se puede imponer desde fuera, ha de salir de la propia persona, que se necesita tiempo y una metodología flexible para que la persona lo pueda desarrollar y que además ha de ser planificado, ha de ser medido y no algo improvisado. Ante esto, reflexionando un poco sobre la importancia que en un proceso de recuperación, de rehabilitación, un proceso de mejoría haya un proyecto sobre el que la persona tenga un cierto plan, hicimos un pequeño estudio en el 2011 en el centro para ver la gente que nos llegaba si ya tenía un plan definido o no y lo que nos encontramos que por lo general no era así. La mayoría de la gente, no tenía ningún proyecto o el proyecto que tenía no era muy definido, era como muy ambiguo, era escaso el número de gente que lo tenía más elaborado. Con lo cual, desde nuestro centro, que aprovecho para poner la foto que es muy bonito, empezamos a ver como podíamos adaptar los procesos que teníamos a estas ideas. Antes explicar que el servicio de atención comunitaria no es finalista, no es para toda la vida, está pensado con un inicio, un desarrollo y un final, normalmente hablamos de un tiempo, aunque también esto es flexible, pero durante este tiempo hemos intentado incluir el trabajo sobre el proyecto de vida. Un poco, a modo de ejemplo, lo que hacemos es en el momento de inicio, que una persona entra en el centro que es momento de más valoración, de conocer más a la persona, de acompañarla más, de introducirla un poco en todo este modelo teórico, que si no puede ser un poco complicado de entender, lo que respecto al proyecto de vida lo que hacemos, es conocer qué expectativas, qué ideas, qué planes tiene la persona y ver hasta qué punto son viables, que podemos recuperar, en qué debemos ayudar a que la persona se replantee.

Cuando ya la persona ha empezado, en el centro, cuando lleva un tiempo, intentamos trabajar su autonomía que pueda conocer mejor su enfermedad, que recupere capacidades cognitivas, que tenga mejores habilidades sociales, hábitos más saludables, despertar nuevos intereses de ocio o través de la expresión artística con lo que intentamos, no es trabajar tanto el proyecto de vida, si no que en unos inicios intentar ampliar sus posibilidades, que no se quede en el margen más o menos restringido que podía tener la persona y que este sea lo más amplio posible. Progresivamente vamos dejando cada vez más protagonismo a la persona, una vez ha

ampliado intereses y tiene algo más definido, lo que intentamos hacer es que la persona se integre lo máximo posible en la comunidad, o al menos promocionarlo, que tenga un rol más activo, que pueda conocer los recursos que existen como ciudadano, que pueda participar de ellos y el proyecto de vida cada vez se va haciendo más explícito. Se dan los primeros pasos, ya se ha definido un itinerario, se intenta acompañar a la persona hacia él, las indicaciones del profesional cada vez son menores y se intenta enseñar a la persona a que sea ella misma la que lo vaya reelaborando.

Siendo una jornada organizada por la asociación de familias, cómo no comentar que también trabajamos muy activamente con las familias, consideramos que las familias tienen un papel clave en la recuperación de la persona y que por mucho que haya un proyecto que el usuario considere relevante y que a nosotros nos parezca bien, si la familia no concuerda con él, si no lo acepta, si no lo integra, de poco va a servir, por eso trabajamos para intentar coordinar este proyecto de la persona con lo que la familia también desea o espera, de forma que al final no sea un proyecto individual si no que sea un proyecto incluso, un poco familiar.

Entorno al final, cuando la persona está acabando ya su paso por el centro de día o por el servicio de rehabilitación, lo que intentamos ofrecer es reducir los miedos, es un momento en que la persona ya es bastante autónoma, el proyecto que lleva ya lo puede desarrollar por sí solo, lo que intentamos hacer es una revisión de este proyecto, de los cambios, acompañar y reducir este miedo que uno puede tener de cara al alta, incluso la palabra a veces da miedo. Ofrecemos incluso un seguimiento post alta para comprobar que este proyecto que hay se mantiene. Un poco la mayoría de los usuarios que vienen al centro, sus planes de futuro suelen pasar por este tipo de itinerarios, desde la reincorporación o la incorporación de nuevas al mundo laboral, a veces pasa por lo formativo, por lo comunitario, por lo ciudadano o a veces por lo más social y personal. A lo mejor una persona su plan es estudiar, otra trabajar y a lo mejor por participar en un centro cívico o en un gimnasio y algunos simplemente por recuperar roles familiares que no habían desarrollado que tenían que recuperar.

Y hablando de planes de futuro, cuál es el plan de futuro de nuestro centro, tal como lo veo yo, creo que la adaptación a estos modelos teóricos ha sido adecuada, satisfactoria, progresiva, creo que tenemos que seguir en ello, creo que tenemos que dar más protagonismo cada vez más a los usuarios que participen activamente incluso en las decisiones del centro, favorecer el voluntariado interno, que los usuarios que están acabando proceso, puedan colaborar en los mismos grupos que desarrollamos,

fomentar las asociaciones, la colaboración con otros recursos e integración con la comunidad, intentar que los programas sean cada vez más específicos para que se adapten cada vez mejor a cada una de las personas y por supuesto la lucha contra el estigma que es algo que ya ha salido en otras ponencias.

Daros las gracias y como final dejo una frase que parece muy poética, de novela, pero sin embargo es de la OMS, que es quizás una de las instituciones que más incide en lo del proyecto de vida y es esta: “Una persona esperanzada cree en la posibilidad de que el futuro cambie y mejore y por el contrario, realizar un esfuerzo sin meta puede parecer no tener sentido”.

DISSABTE 8

Què hi ha de normal i de patològic en l'adolescència?

Marisa Ara

psicòloga infanto-juvenil psicoanalista, coordinadora de l'Àrea de Psicologia Clínica del servei CAPI, Infància i Adolescència, de Cornellà de Llobregat, i assessora en temes d'interès educatiu pel Departament de Polítiques de Família de l'Ajuntament de Cornellà de Llobregat

Em toca emmarcar l'adolescència, què passa a l'adolescència, tant des de la vessant de la normalitat, què és viable, què és possible, què és normal que passi a l'adolescència, com per acabar la meua ponència emmarcarem també per diferenciar quan sí que hi han les dificultats. La meua xerrada intenta entendre l'adolescència com a moment de la vida en el que passen moltes coses i pot ser teoritzar respecte a aquestes coses que passen. Molt centrat en una vessant més didàctica o per pares.

Comencem per centrar què és l'adolescència, és un moment molt important de la vida i que justament ajuda o el que fa l'adolescència és el moment en que passem de la infantesa cap a l'adultesa, per tant és una etapa de crisis en el sentit de canvi, de mutació i de transformació. De fet s'inicia quan el despertador biològic que tots tenim, que és l'hipotàlem i la hipòfisis comencen a produir les hormones sexuals, però aquesta és la part física i la causal de tots els canvis físics que comporten els aspectes primaris i secundaris de l'adolescència, però nosaltres no parlarem de la part física, si no de la part més psíquica, de tots els canvis emocionals que estan més relacionats amb aquest canvi corporal i una de les coses que és interessant parlar és perquè

l'adolescència té tanta entitat i la té perquè justament ja no és el moment puntual que es feia fins fa 60 o 70 anys, en què el canvi físic comportava el pas de la infantesa a l'etapa adulta i per tant era un tall concret, no hi havia una etapa de l'adolescència, justament des de fa uns 60-70 anys, l'adolescència està adquirint cada cop més entitat i ara sí que és una etapa molt important que a més no només és important si no que a més s'està allargant bastant, que diguem quan comença i quan acaba l'adolescència, de fet l'adolescència acabarà quan aquest nen d'alguna manera s'ha transformat en adult, per tant responsable, capaç de fer-se càrrec de la seva pròpia vida, però això en aquest moment comença cap els 11, 12 anys i acaba, que és el problema que tenim, cap els 20, 25, 27, quan de veritat ens fem càrrec de la nostra vida, doncs ara s'està allargant molt i aquest també és el tema de per què l'adolescència està tenint tant entitat. En la meua xerrada emmarcaré també una cosa, dintre de l'adolescència d'aquest període més llarg que tenim a la vida, la vida s'ha allargat més per tant l'adolescència s'ha allargat més perquè l'esperança de vida és més llarga, però dintre d'aquest moment parlarem de pubertat pròpiament dita què és el moment més del canvi corporal. La pubertat s'emmarcaria entre els 11,12 fins els 16 anys i l'adolescència seria tot el procés que hem de fer per arribar a l'adulthood. Per què és tant important l'adolescència, és tant important perquè justament gràcies a l'adolescència tenim l'oportunitat de fer allò que serà lo propi i individual de cadascú i tenim l'oportunitat de transformar i crear noves formes de funcionament a nivell social. Gràcies a l'adolescència cada generació es renova i es regenera i per això és una etapa en que passen coses molt importants per la vida d'un ésser humà. A partir d'aquí, ja començaré amb la part de definir què passa més a nivell psíquic. L'adolescència és una etapa de canvi i transformació i tot canvi i transformació comporta, totes les crisis de la nostra vida, comporten una pèrdua del que hi havia fins a les hores i un guany després d'aquesta pèrdua, d'aquest canvi. Si definíssim l'adolescència d'alguna manera m'agrada molt aquesta definició: és la pèrdua definitiva de la condició de nen. Per tant és veritat que els sentiments i les vivències que es barallen en aquesta època, tenen relació amb aquesta paraula, amb la paraula pèrdua i tota pèrdua, per a tots els éssers humans significa dols, hem de fer una sèrie de dols, hem d'acceptar les pèrdues per a guanyar l'adulthood, però durant tot el temps de l'adolescència estem entre mig, perdem i encara no sabem què guanyarem a canvi d'aquesta pèrdua i per definir-la millor, sempre es diu que l'adolescent ha de realitzar tres grans dols, un és el dol pel cos de la infantesa, un altre el dol per la identitat de nen i un altre el dol pels pares de la infantesa. Ara anirem a definir què passa quan estem perdent tot això. Dintre del dol pel cos de la infantesa, també m'agrada fer l'exposició dient què passava fins a llavors, què era el cos per un nen i què canvia, per

què perd, per tant anirem des de la pèrdua fins el que canvia. Una de les qüestions molt importants què passa a partir de la pubertat amb aquest canvi corporal, és la pèrdua d'una qüestió que és interessant valorar-la. Durant la infantesa, el cos, el nen no es preocupa directament del cos, ell utilitza el cos. De fet el nen, habitualment, utilitza el cos en el sentit que no el coneix, és un aprenentatge la forma física tant interna com externa, però a més no es preocuparà de les malalties, o de les coses que li passen a aquest cos de manera responsable i pròpia, qui es preocupa d'això són els pares o els adults que l'envolten que cuiden i mimen aquest cos, però el nen utilitza el cos i si li diuen des de fora que està guapo, que el seu cos és bonic, ell ho sent d'aquesta manera, perquè sent el cos des de fora, no des de dintre i només el fet de que un nen tingui una malaltia o tingui una diferència corporal que sí marqui algun punt moment de la seva vida, el nen utilitzarà motriument el seu cos, les habilitats físiques que va guanyant a mesura que va passant de la infantesa a la primària i efectivament tot això ell sap com funciona aquest cos i té una bona relació amb el cos. Justament és una de les coses que canvia més a la pubertat, l'inici de la pubertat s'inicia a parir del moment en que el cos comença a ser la gran preocupació de tot púber. Una de les coses que hem de dir és que serà el moment de major transformació física que realitzarem al llarg de la nostra vida, després ens sortiran canes, tindrem arrugues, envellirem, engreixarem o no, però mai hi haurà una transformació tant important de la forma física com passa a l'adolescència. També una de les coses que m'agrada molt senyalar és que sempre el canvi corporal és més ràpid que el canvi psíquic per això és veritat que la pubertat és el moment de major canvi corporal i l'adolescència seria tot el moment que necessitem més llarg per fer el procés psíquic d'aquest canvi. Un dels elements que notem molt de per què ha començat l'adolescència és quan un nen o una nena, parlem en genèric comença a mirar-se al mirall de manera específica, el cabell que és una de les coses que es preocupen molt, comencen a pentinar-se permanentment, comencen a demanar roba pròpia, a canviar-se de roba cada vegada que surten, amb el desendrecament de l'habitació... comencen a fixar-se molt en la seva forma física, per tant és veritat que també és un moment difícil per l'adolescent perquè és un cos en el qual s'ha d'anar habituant perquè es un canvi molt important, de vegades no homogeni, a vegades creixen més unes coses que d'altres, a vegades creixen abans els pits que no els malucs o l'esquena que no l'alçada i és un canvi que comporta sempre un neguit, sempre hi ha formes de transformació que es viuen amb pudor, vergonya, neguit, amb una certa sensació de complexos, sempre hi ha pegues amb aquest cos, tots els adolescents troben que el seu cos té alguna dificultat. És veritat que és un moment que el cos ocupa molt. Una cosa molt important d'aquest dol pel cos del nen és l'inici de la sexualitat, vol dir que el nen o l'adolescent a partir del

moment que s'inicia l'adolescència s'inicia també la genitalitat i per tant de l'augment de l'excitabilitat i de les sensacions corporals, per tant és l'etapa dels enamoraments, en el sentit més adult de la paraula, perquè no només és un enamorament psíquic si no justament hi ha la part de l'erecció del partener o de l'objecte sexual, per tant és veritat que també és una cosa que implica i que importa molt a un adolescent en relació amb el seu cos.

Un altre dol, el canvi que es fa respecte a la identitat de nen. Durant la infantesa, en aquest seguiment que fem de què passa abans i després, el nen no té un sentiment d'identitat com allò que és propi, de fet la identitat infantil està feta d'allò que el nen va comprnent que els adults volen d'ell, és a dir, el nen arriba a entendre força bé com s'ha de portar, no dic amb èxit total, quines són les coses que agraden o desagraden als adults que els envolten, com per exemple els pares, el professors, és una identitat impregnada de les expectatives que el nen entén que els adults posen sobre ell. És una etapa amb molta seguretat a nivell d'identitat no perquè la tingui de manera pròpia si no justament perquè la seguretat ve des de fora, jo sé com he de ser, compleixo i per tant em sento molt segur. Aquest és un gran canvia partir de l'adolescència i sobretot a la pubertat apareix un sentiment que a vegades és molt difícil i dolorós de no saber qui soc, de fet no se sap com s'és, el que sí se sap a l'inici és que sí que sé com no vull ser, no vull ser nen, no sé sap què arribarà a ser, aquesta manca d'identitat. A l'inici, els 12, 13, 14 anys, el que fa un púber és senyalar molt que no volo ser tractat com un nen. I amb això conviuen coses molt interessants, amb això del whatsapp, en aquesta etapa que no volen ser tractat com a nens, perquè lo pitjor que li pot passar a un adolescent en aquesta etapa és que la mare l'acompanyi a l'institut, que li doni un petó davant dels seus amics, o coses d'aquests tipus que abans eren habituals... curiosament dic que conviuen coses interessants perquè en el whastapp es posen fotos de quan eren petits o comencen a mirar molt les fotos de quan eren petits o a demanar molt jo com vaig néixer, a qui em semblo, digue'm coses de quan era petit, perquè estan justament fent el procés d'aquest dol, encara no saben com seran, no volen ser nens però per recuperar o reiniciar una nova identitat volen saber quina ha estat la seva història passada. Per tant, per definir-ho d'alguna manera, hi han tres processos que farem a nivell de la identitat en l'adolescència, que serà la primera etapa que no sé encara quin serà el canvi, però sí sé que no vull ser un nen ni tractat com un nen, que és l'etapa dels 11-14 anys, més o menys, que és l'etapa més propera al canvi corporal, després passa a una nova etapa on ja es comença a definir la identitat però no tant per una qüestió pròpia, que no la tenim, sinó per què es comencen a fixar en ídols, ideals que els hi donen una certa resposta, vull ser com,

vull semblar-me a, i aquesta etapa dels 15-16 anys, més o menys, és l'etapa dels grans ídols i ideals, entra molt la vessant social, ídols més socials i no tan familiars i això s'encamina i desemboca que a partir dels 18, comença a definir-se la identitat, com una identitat pròpia, s'inicia més la identitat adulta, vull fer de, vull dedicar-me a, vull ser i amb aquesta configuració de vull ser s'inicia la identitat adulta en la efectivament si ens fixem els adults, quina identitat tenim, doncs també del recull de les qüestions que estem veient, la de la família, la que hem triat a nivell personal de les idees, a nivell social i també la que ens configura a través de la tria de la professió, de la dedicació que hem volgut fer a la vida.

El tercer dol, que ens toca a tots com a pares, una de les coses molt interessants és també pensar com són els pares per a un nen i que canviarà i què començarà a passar a partir de l'adolescència. A la infància els pares ho podem tot, sempre es diu que son omnipotents, per un nen de 5-6 anys, som els reis mags, ho aconseguim tot i un fill acaba sentint que amb els pares hi ha una seguretat absoluta de que totes les coses estan resoltes i si no del tot gairebé del tot. A l'adolescència és una de les coses que mes canvia, és la pèrdua del sentiment d'omnipotència dels pares, els pares deixem de ser omnipotents, perfectes, meravellosos, màgics i al principi no només deixem d'estar aquí si no que caiem molt molt a baix, al principi hem de suportar un moment que estem al final del pou, però el més profund de tots, la caiguda és molt important. Hi ha la necessitat de qüestionar, de revelar-se, d'assenyalar les faltes, per què aquesta necessitat d'assenyalar les faltes, a més l'adolescent no ho fa de qualsevol manera, com que ens coneix perfectament al llarg de tota la seva vida, farà allò que es diu ficarà el dit a la llaga, no dirà qualsevol cosa, sabrà molt bé que és allò que a nosaltres ens importa o ens danya o ens fa mal, perquè ha captat molt bé les nostres incoherències, les nostres dificultats i efectivament, asenyalarà aquestes. Aquesta caiguda de la imatge ideal és justament perquè tots els ésser humans per desenganxar-nos, només ens desenganxarem d'aquesta situació si sentim que no la necessitem, per tant com que l'adolescent el que ha de fer es desenganxar-se de la vessant més familiar perquè al final de l'adolescència pugui fer un procés personal d'inici de la seva pròpia vida, crear la seva pròpia família i entrar d'una manera adulta a la societat, doncs es desenganxarà remarcant molt el fet que ja no et necessito, llavors sentirà que ja no necessita els pares per desenganxar-se. Les frases són les típiques, tu no comprens res, tu què saps, tu ja no saps res, és que tu has canviat molt, els pares han canviat molt, i els que estan canviats són ells, i aquestes frases són les més suaus que rebrem per part d'un adolescent. Sí que diríem que és molt important que hi hagi una rebel·lia, un qüestionant i un rebuig, perquè per molt que

sigui dolorós pels pares, seria bon senyal que aquest adolescent esta fent un bon procés, per fe runa vida pròpia ha de rebel·lar-se, ha de desenganxar-se i ha de qüestionar el que tenia fins a les hores. Com sempre, també el que passa a l'adolescència és que no només els fills estan fent un canvi i un procés de canvi si no que aquest canvi es pertoca també als pares, què ens passa als pares quan un fill és adolescent. La primera qüestió que és molt important com a pares, és que nosaltres també hem de viure unes pèrdues, la pèrdua de la situació que el fill té vers nosaltres ens pertoca a nosaltres en pèrdues personals, la primera que és molt significativa és la pèrdua del tipus de relació que tindrem amb l'adolescent. Durant la infantesa la relació amb el fill es cos a cos, que està feta de mimos, carinyos, petons...moltes vegades es solucionen més les coses a través de l'afectivitat i aquesta via més cos a cos, en canvi en l'adolescència, hem d'acceptar aquesta pèrdua, aquest nen al qual mimaven, acaronaven, ja no voldrà mimos, no voldrà petons i per tant canvia la relació, començarà a ser una relació més intel·lectual, de paraula, de racionalitzacions i questa vessant com a pares, és una vessant de pèrdues, de pèrdua d'aquesta relació que teníem amb aquesta personeta tant important per nosaltres perquè forma part de la nostra vida. Després, quan el fill ens qüestiona, deixem de ser omnipotents, deixem de solucionar-ho tot, aquesta caiguda de l'ideal que teníem pel nostre fill també és una pèrdua narcisista per nosaltres, i de fet a vegades ens fa qüestionar-nos les nostres pròpies idees, perquè quan un fill ens qüestiona ens suposa una nova trobada amb certes coses que no havíem pensat o esperat. Després una altra pèrdua que hem d'acceptar és que totes les expectatives que havíem posat davant un fill, amb el desig com a pares, què volem que sigui, que faci... l'adolescència és un moment de realitat respecte aquestes expectatives, tant a nivell intel·lectual com a nivell físic o personal perquè el fill comença a dir jo sóc així, el meu cos és d'aquesta manera, intel·lectualment puc fer això i com ja hem d'acceptar i entendre que la tria del que farà i decidirà a la seva vida és seva, doncs és un moment de realitat per nosaltres, les expectatives les hem de no baixar però sí reconduir a que la realitat és la seva, no la que nosaltres desitjàvem per ell. Després també és veritat que habitualment l'adolescència d'un fill coincideix amb un moment vital dels pares en el qual nosaltres també ens fem grans, com els adolescents, ells cada cop més guapos, van avançant en la vida, i nosaltres no cada cop més guapos ni avancem si no que arriba el sentiment d'envelliment i que habitualment coincideix amb la pèrdua dels propis pares que també és un moment molt important a la vida de totes les persones. De vegades, quan el fill és adolescent estem entremig, del fill adolescent i dels pares que pot ser també necessiten un altre tipus de cura. També aquest fill que havia ocupat tant d'espai vital, tant de temps a la nostra vida, en tots els aspectes, que era reconduir la

seva pròpia vida, quan el fill es tanca a l'habitació i no vol venir amb nosaltres o no vol venir, o és més gran i té la seva pròpia vida i ja no ve fins i tot a vegades, quan té 18 o 20 anys ja no ve a dormir a casa, queden espais de temps buits que hem de reorganitzar, tant a nivell de parella com a nivell personal. L'adolescència no és només la vivència del que passa a nivell del fill si no tot el procés vital que els pares hem de fer durant aquest temps o que reorganitza la nostra vida.

Per anar acabant, parlarem de què és lo normal a l'adolescència que és el que no és patològic, què és el que està dintre d'aquesta paraula, que la va donar un psicoanalista, síndrome normal de l'adolescència, què hem d'esperar. Sembla no tenir personalitat pròpia, perquè aquesta identitat encara no està formada i depèn molt de lo social, sobretot a l'inici, perquè de les 6 a la 8 de la tarda t'ha canviat l'esquema o el planning durant 4 vegades i aquestes 4 vegades dependran de les 4 trucades dels amics, i un pare des de fora dirà, però què passa, si tu has dit una cosa per què has canviat ara 4 vegades d'idea fins que al final quedes com havia dit no sé què... la rebel·lia i les reivindicacions, aquest sentiment d'incomprensió, la tristesa i certa actitud depressiva que també conviu amb canvis bruscos de caràcter i d'estat d'ànim, una desorganització habitual, l'habitació de l'adolescent és desorganitzada i també certa desorientació a nivell temporal, això és molt important, perquè viu en el temps d'una manera tant psicològica que no coincideix amb l'hora cronològica. De vegades, un excés de racionalització, començar a racionalitzar-ho tot i començar a enraonar-ho tot.

Per acabar, quan sí que hi hauria dificultats, quan és veritat que ens hem de preocupar perquè això ja no pertoca com una cosa normal o dintre del síndrome normal de l'adolescència. Jo emmarcaria les dificultats en dos grans blocs, una que seria que no poden fer el canvi, són els adolescents que no poden fer el canvi perquè hi ha una dificultat en iniciar aquest canvi, es queden darrera de la barrera que es manifesta sobretot amb bloquejos, inhibicions, dificultats per relacionar-se amb l'entorn i absència d'amistats. És molt important que l'adolescent ha de tenir amics, si no ens hem de preocupar, perquè són el relleu dels pares, és el que ajuda a un adolescent a entrar en lo social i és molt important el fet de tenir amics. El no poder pensar ni estudiar, fracassos escolars que s'inicien en aquesta etapa, perquè hi ha una inhibició del pensar, les fòbies, trastorns hipocondríacs, que reverteixen a malalties, por a la mort, trastorns en relació a la imatge i corporal, trastorns de l'alimentació, com pot ser l'anorèxia i la bulímia i la pèrdua en el contacte amb la realitat i després l'altre grup seria el contrari, no quedar-se darrera de la barrera si no mimetitzar-se amb una identitat adulta quan encara no pertoca, no suportar el procés de canvi de dolor i

pèrdues que requereix l'adolescència i entrar en una vessant adulta quan encara no pertoca, és molt important perquè es mimetitzen en lo més agressiu, en lo més descontrolat i impulsiu de la vessant adulta, que seria tot el camp de les conductes que parlaríem més disruptives, l'agressivitat exacerbada, les conductes de risc, com l'abús de drogues, l'absència de límits, horaris inadequats, absentisme escolar, i moltes vegades la precipitació de l'inici amb una identitat en una sexualitat adulta quan encara no pertoca, aquesta necessitat de no poder esperar el temps que toca per poder tenir aquesta sexualitat adulta, que si voleu després parlem al diàleg. Però de vegades hi ha un inici que no poder suportar el temps d'espera en el qual el cos i la ment fan aquest canvi i arriba fins al final.

Solitud i dificultats de comunicació entre adolescents, família i societat

Margarita Solé

metge-psicoanalista i docent de l'Escola de Clínica Psicoanalítica de Nens i Adolescents

Ens trobem a davant d'una etapa d'una profunda transformació, transformació que tant és de l'adolescent com de la família com de les relacions que s'estableixen entre ells. L'adolescència és una gran canvi, per tots aquells que l'envolten i sobretot demana evolucions i innovacions en la quotidianitat. Com tota transformació comporta pèrdues i dols, i això són a nivell individual i familiar. Hi ha molt escrit de quant difícil és l'adolescència i si afegim una malaltia psíquica aquesta dificultat és encara bastant més gran. El púber intenta deixar enrere la infantesa entre molts altres canvis que ja ens han parlat ens centrarem en aquells que afecten a la relació familiar. L'adolescent entra en una crisi de qüestionament dels pares que fins ara eren un model ideal per ells i sobretot qüestionaran la seva llibertat. Els pares viuran la pèrdua del fill infant, es comencen a trobar quasi davant un estrany, allò que era familiar, aquell en que era el seu nen, de cop i volta es va transformant i un no l'acaba de reconèixer, un quasi estrany que els hi reclama noves situacions en la relació. La sexualitat comença a parlar fort i l'obertura que fa el jove a la societat, demana noves regles i acords entre els pares i ell. Les lleis que fins ara imperaven a la casa, ja no serveixen i a més a més tot és posat en dubte pel jove. Els grup d'amics es torna encara més important i el jove vol estar més amb ells i fora de casa que amb la família. Tots heu passat per l'experiència, tant com a pares i com a fills de les lluites en quant als horaris, que si una hora més, que si una hora menys, que si qui ets tu per posar-me límits, que si tots els meus amics surten fins aquesta hora... tot l'enrenou que es forma al voltant de tot

això. També els rebutjos sobre els reclams dels pares, l'habitació és un desordre, els pares s'apropien de l'habitació i volen posar-la en ordre, el fill no vol posar-la en ordre i aquell fill que fins ara parava la taula, de cop i volta no arregla ni la seva habitació, hi han canvis importants i a més et posen en qüestió, hi ha demandes, reclams, queixes... és l'època de les aventures, d'experimentar el món i de provar coses noves, que seran viscudes com a més excitants quant més perilloses i prohibides siguin. El jove ha d'experimentar els seus límits i els del seu entorn. S'ha de posar a prova i ha de trobar el seu lloc, ni és fàcil per ell ni pels pares. Els fantasmes de la sexualitat, de la nit, de les substàncies tòxiques, dels accidents... apareixen amb força. A més, a tot això s'afegeix que l'adolescència i la seva crisi es un període a on la fragilitat psíquica provoca un trencament. La malaltia que freqüentment ha pogut passar desapercebuda per ser silenciosa es mostra amb tota la seva força, sorprenent a la família i al jove. Si ja la comunicació entre pares i fills és difícil, en aquesta època, quan hi ha una malaltia és quasi impossible. Si ja de per sí és una època de malentesos on l'adolescent es sent lluny dels pares i incomprès per ells i els pares senten que el fill els rebutja i tots experimenten una sensació de desconcert davant d'allò que abans era familiar es converteix en estrany, quan hi ha malaltia psíquica, la sensació de solitud per part de tots més forta. Amb l'arribada de la pubertat i l'adolescència, moment de crisi que posa a examen tot l'anterior, els ciments fràgils fan aigua i dificulta lidiar amb el que la crisi requereix. És un moment on les dificultats de relació entre fills i pares que han passat desapercebudes en la infància, retornen i retornen amb força. Fa uns mesos vaig llegir a un diari que les agressions a fills de pares gairebé es quintuplicaven en cinc anys, us preguntareu per què faig esment en aquest moment. Com tota crisi, com tot canvi important en la vida, no es pot produir sense una certa violència, violència que quan no és massa gran dona la força necessària pels canvis i es pot reconduir d'una forma creativa, per exemple, en els estudis, en els esports, en la cultura, en la lluita social, però quan hi ha malaltia, aquesta violència augmenta i el psiquisme no conta amb els mecanismes per poder-la utilitzar creativament, aleshores aquesta violència surt en estat pur i quins poden ser els destinataris, els que estan més a prop. El dolor només pot sortir amb aquells que estan a prop. Jo sempre recordo un chiste, a mi m'agrada molt la Mafalda, on el Guille, el germà petit va agafar unes galetes i en el moment en que agafa les galetes, cau i es va un nyanyo, aleshores agafa la cadira i es posa a l'entrada de la casa i quan entra la mare comença a fote un bram. No hi ha expressió del dolor, sigui des de plorar, sigui des d'un atac violent, si no hi ha algú que pot acollir aquest dolor, per això es sol produir cap a les persones que més a prop estan. Aleshores les agressions són el cas més extrem de l'expressió d'aquest dolor. Per què en parlo, perquè jo crec que és el cas més flagrant de solitud i de problemes de

comunicació entre els pares i els fills. Els fills han de sentir-se protegits pels pares per poder enfrontar-se als requeriments del creixement i una de les proteccions necessàries es que els pares representin els límits amb la seva autoritat. Els pares no poden exercir aquesta autoritat ja que per poder-ho fer, han de sentir que el fill no sobrepassa certes barreres de rebel·lia, com podeu imaginar, les agressions dels fills als pares siguin físiques, siguin psicològiques amb insults o xantatges emocionals, trastoca la jerarquia generacional, necessària per a una bona funció dels pares com a tal i necessària pel canvi que han de fer els adolescents. Aleshores, la relació perd aquesta verticalitat necessària per tornar-se horitzontal. Però per què es produeix aquest fenomen, quan es desferma d'aquesta manera la violència, la violència va lligada a un malestar que no es pot contenir ni reciclar amb els mitjans que tot psiquisme té, sigui perquè el malestar es massa gran o sigui perquè el psiquisme és massa precari. Els joves amb un psiquisme minvat es troben sense eines per poder lidiar amb el malestar propi del creixement, amb les frustracions pròpies de la vida i del fet que el ser humà és un ser social que viu en continu contacte amb els altres, o sigui que els altres són les nostres fronteres. Durant la infància, en molts casos, el nen pot acceptar la protecció i autoritat dels pares però en aquesta època el rebuig que han de fer de tot sentiment de dependència, fa que de vegades no acceptin cap de les dues. Estem davant d'un drama personal. Quan més precarietat, més dependència, quanta més dependència més aferrament a una il·lusió de independència i més imperiosa es torna el rebuig del que es necessita. Els pares heu passat per aquesta experiència, aquell nen, aquella nena, que eren bons fills es tornen intractables, irascibles, violents, exageradament demandants o massa distants. Els fills també heu passat per aquesta experiència, aquests pares que eren savis, forts, ara es viuen dictadors, poc empàtics, carques, comença una època de malentesos i a voltes tots es senten desbordats i sense saber com contenir i aturar l'escalada de despropòsits en que la relació pot entrar. Quan hi ha una malaltia psíquica parlem de púbers i/o adolescents que estan atrapats en una greu espiral, per una part són extremadament dependent i que per l'altra banda es senten independents i viuen qualsevol signe de dependència com una dolorosa ferida. Fet que els fa renunciar amb violència tot allò que els apropi a sentir la seva fragilitat. Es freqüent que s'afegeixi un altre fet, per mantenir aquesta il·lusió i lluitar contra el malestar, moltes vegades recorren a consumir alcohol o altres drogues ja que els hi costa acceptar la medicació, la que viuen com un enemic imposat per debilitar-los, com quelcom que els hi posa l'etiqueta de bojós i que els adults la utilitzem per a sotmetre'ls a la seva voluntat. En canvi, amb les drogues es senten falsament propietaris del seu consum. Senten que formen part del seu desig sense adornar-se que molt aviat el consum ja no és desig, si no que els hi ha atrapat molt

més en aquesta dependència de la que volen renegar. Veiem el cercle viciós tremendament dolorós en el que estan ficats. M'agradaria fer un símil perquè poguéssim entendre què és per a ells aquesta precarietat psíquica i el dolor i la indefensió que suposa, i jo que crec que entendre disminueixis la solitud i obre espai per la comunicació. El símil que a mi em serveix és la pell. Imagineu-vos per un moment sense pell, un tros del nostre braç, qualsevol carícia per suau que sigui serà tremendament dolorosa, és gràcies a la pell que delimitem una frontera entre l'interior i l'exterior, aquesta frontera regula els intercanvis amb el que ens envolta i a la mateixa vegada ens protegeix, també té la funció de delimitar el dolor que ens produeix el contacte fins i tot amb l'aire. Ara traslladem això al psiquisme. Una bona pell psíquica ens permet regular les nostres relacions amb l'exterior, quan no està ben formada el contacte amb l'altre es torna dolorós, encara que aquest sigui com una carícia, quan no hi ha una bona pell, sentim la proximitat com una invasió i la distància com un abandó. Les sensacions són més fortes, tant que són doloroses i per suportar-les podem posar en marxa dos mecanismes, l'expulsió o l'anestèsia. La relació entre el que té pell i el que no la té és una relació que està abocada a la incomunicació. Vosaltres com a pares, a tots els que tenim pell ens costa entendre com aquesta actitud que no està que no vol fer mal o que no vol molestar pot despertar tant de rebuig sigui des de la violència o sigui des de la indiferència, aquell que no té pell no pot no rebutjar degut al gran dolor i desconcert que provoca el seu contacte amb la resta. Pensem que estem rodejar d'estímuls, tant interns com externs, ara us invito a imaginar que tinguéssim uns grans amplificadors que ens amplifiquessin mil vegades més el volum, la intensitat d'aquests estímuls, dels sorolls, de les paraules, de les mirades, dels nostres pensaments, de les vergonyes, de les sensacions d'humiliació... ens sentiríem atordits, marejats, insegurs i amb un malestar que no podríem ni comprendre ni explicar. I si seguim amb aquestes metàfores, també podrem entendre la incomunicació amb la societat, de com les característiques de la societat actual es tornen perilloses per a ell, ens parlarà el dr. Enrique Gonzalez, però a mi m'agradaria senyalar com en aquell moment la societat no és una gran contenidora, fracassa en la seva funció de continent, més aviat és tot lo contrari, ens omple d'estímuls visuals, auditius molts d'ells exageradament sexuals, mala cosa si no tenim una bona pell i si tot ho sentim amb amplificadors. És una societat que ens diu que tot és possible i no tenim perquè fer dols o renúncies, mala cosa per dialogar i anar renunciant a aquesta falsa sensació d'omnipotència i de que tot és possible, que lícitament té tot adolescent. A més a més, ens omple de por, de desconfiança cap a l'autoritat de sentiments de manca de valor i d'ideals, no ajuda gaire al diàleg que s'ha d'establir entre fills i pares per recol·locar l'autoritat generacional. Una societat que ens demana que estiguem

contents i sans, que ens omple d'etiquetes per qualsevol malestar que podem sentir i que al mateix temps, i per això estem aquí i existeix aquesta associació, ens deixa massa sols alhora d'oferir-nos eines i contenció quan volem reparar. Per acabar voldria recordar que la pubertat i l'adolescència són períodes de crisi i que com tota crisi pot servir per tenir una segona oportunitat. Les crisis poden ser l'inici de modificacions i amb un bon tractament poden ajudar a que pugui créixer la pell. Per això és tant important un recolzament familiar, i d'això ens parlarà la Núria Mata, per ajudar a la família a entendre i fer la seva funció de contenidor i facilitador del creixement, per ajudar a restituir la llei generacional, que recordem va en els dos sentits, l'acceptació per part d'uns de l'autoritat, autoritat no poder, per mi hi ha una diferència clara entre l'autoritat i el poder, l'autoritat és exercida per una persona que està en un lloc on és el representant d'aquesta autoritat, accepta les lleis i assumeix la responsabilitat, el poder és aquella persona que creu que ell és la llei i la resta han d'acceptar la seva llei i ell està eximit d'aquesta llei i de responsabilitat. I també l'acceptació per part dels altres que la vida va cap endavant i que hem de respectar la subjectivitat.

Acompanyament familiar durant i després de la crisi

Núria Mata

psicòloga-psicoterapeuta directora d'Espai Diversitat (centre sanitari d'atenció psicològica, recursos psicosocials i prevenció)

Les meves companyes ha dit moltes coses i molt ben dites i jo tinc por de no donar la talla... sobretot amb aquest títol Acompanyar a les famílies durant i després de la crisi. Penso que està bé que ho digui perquè crec que això és una de les coses que passen a una família especialment durant l'adolescència i amb això entrem ja en aquesta situació de no tant què li passa o a l'adolescent o als pares si no al conjunt de la família. Voldria dir coses molt senzilles, fem coses molt senzilles que es tracten d'intentar acompanyar els processos normals d'evolució que van bé i acompanyar quan no van tan bé i restituir d'alguna manera i recordar i veure on hi ha algun indici d'alguna cosa que es pot recuperar o que es pot generar de nou. M'agradaria deixar alguna imatge, com la Margarita ens ha deixat la imatge de la pell, que penso que és molt gràfica, em va semblar mentre estava preparant què podia dir, em va venir un record que volia compartir perquè igual hi ha persones que han viscut alguna cosa semblant i igual pot ajudar, per una banda, ens apropem als sentiments d'estranyesa que tant els pares com els fills poden viure durant l'adolescència i especialment si en

aquest moment hi ha una malaltia mental, l'estranyesa és més gran, el record que em va venir és un record relacionat amb els miralls... i és que quan jo era petita sortíem a passejar i sovint anàvem a una botiga on venien vidres i miralls i les criatures gaudíem molt mirant aquells miralls perquè hi havia tres miralls, un que tornava la teva imatge normal i uns altres que la distorsionaven, en un et veies molt gras o petit depenent si t'allunyaves o apropaves i en un altre podies veure't molt alt i prim i jugàvem, jugàvem amb aquestes imatges i rèiem, ara voldré ser d'aquesta manera i ara voldré allò i ara tindrè el cap petit i la cama llarga i competíem entre nosaltres, sí però jo, fer no sé què, i rèiem molt amb això però també és veritat que quan acabàvem aquell joc, tornàvem al mirall que ens donava la imatge real, era com, Bé, ara podem marxar perquè ens dóna la imatge de sempre, no estic distorsionat com m'han ensenyat les altres imatges. I també és veritat que alguna vegada passava que alguna d'aquelles criatures no se sentia bé aquell dia, o l'havien renyat molt o feia dies que l'escola no li anava bé, o se sentia trist per alguna cosa, anava com més carregat per dintre i aquell dia no volia jugar igual, o de seguida s'espantava i deia jo d'aquesta manera no em vull veure i em sembla que aquestes són imatges que poden ajudar a captar aquesta inquietud respecte la nova imatge d'un mateix quan un entra a l'adolescència, la nova imatge dels pares que ens adonem que la diferència generacional sempre hi ha sigut però ara és més real, els fills van cap a un món i nosaltres anem més avall, no sabem si us podem protegir com voldríem, entren en un món diferent per l'edat que tenen però per un món molt nou, per nosaltres també, no tenim experiència d'aquest món nou i tal i com acaba de dir la Margarita és un món amb una societat poc previsible i poc acollidora, ens acompanya molt poc. Tots ens podem sentir sols i partits en moltes imatges que no sabem com ajuntar. Em sembla que la paraula crisi que estem parlant la podem posar a l'adolescència, a la família i també en aquest situació de naufragi, no podem acabar de reconèixer res del que estem tenint i sovint ens passa una cosa molt empipadora que es pot ser el que veien aquest nens que aquests dies no es trobaven tant bé que deien no jo avui això no ho vull veure que és que anem carregant la part lletja del que veiem, se'ns fa més difícil veure una part esperançadora, nosaltres com a pares se'ns fa difícil reconèixer un avanç, un encert, més aviat, els fills ho fan amb els pares, però els pares també ho podem fer amb els fills, els hi veiem el que ens hi sembla negatiu això fa tensió dintre de la família i fa la sensació d'una mena de naufragi o de catàstrofe, que tot es parteix en trossos i per tant això fa dolor, requerim temps i acompanyament i força per acompanyant-se mútuament i d'on la podem treure aquesta força i en què consisteix aquest acompanyament. En que consisteix aquest acompanyament, dit molt casolanament, si ens imaginem que ha passat una explosió i una catàstrofe, és començar a recollir trossos, què ens queda, què tenim, doncs el

mateix, d'aquestes imatges que ens queden partides, desconegudes, algunes lletges i no volgudes, com podem anar recuperant trossos per fer una imatge nova de cadascun dels nostres fills, de nosaltres i de la relació que ens uneix. Un naufragi, una catàstrofe, una crisi pot tenir una part molt dolorosa, però pot tenir i té, si la sabem aprofitar bé, una part de potencial nou, podem fer un món nou, amb aquests trossos que tenim podem fer uns lligams diferents que facin que la família es torni a sentir unida, però no de manera massa rígida, asfixiant per tots i tampoc d'una manera dispersa que no ens puguem acompanyar si no que d'alguna forma, cadascú pugui tenir una mica més d'individualitat i aportar coses. Una part de l'acompanyament es fa espontàniament, una situació de malestar sigui perquè s'ha mort un dels avis, sigui perquè hi ha una situació en que s'aguditza una crisi de la malaltia mental, sigui perquè com a pares recordem la nostra pròpia adolescència, que a lo millor en algun aspecte ens va resultar dolorosa, sigui pel que sigui, tot això es transmet amb paraules i sense paraules i quan es trenquen aquests miralls, es quan surt la imatge d'allò que volien amargar i que no en parlàvem, però surt en algun comportament, en alguna paraula que a lo millor no volíem haver dit i l'hem dit i ens surt la imatge lletja que volíem guardar de nosaltres mateixos i ara no sabem que fer, ens podem barallar, podem barallar-nos amb el nostre fill i també podem dir, què podem fer amb aquesta imatge, que la veiem tan lletja i a lo millor no és tan lletja, a lo millor ara la podem reciclar, en el moment que tenim una crisi econòmica i social, a lo millor podem reciclar imatges i sentiments nostres i amb això ens ajuden molt els adolescents, en podem fer coses noves, costa un esforç, un dolor i un procés i amb això la societat tampoc ens acompanya perquè vol que estem contents, feliços, que ho fem tot immediat i això vol temps. Necessitem com nuclis concèntrics d'acompanyaments, a dintre d'una família, pot passar que hi hagi un dels membres de la família, pot ser un avi, un pare, una mare, un fill que a lo millor ho sol·licita en un moment en que la família està aclaparada per la tristesa i aquell es com l'encarregat d'alguna manera espontàniament de facilitar que hi hagi més consol que aquella tristesa no es desbordi o de porta un moment d'alegria que ajudi a transformar aquesta tristesa, és una manera d'acompanyar. Un altre està com especialitzat en quan hi ha moments d'enuig, en poder estar present d'alguna forma. És interessant per poder acompanyar una família que aquests papers que cadascú fa espontàniament, que puguin fer-se rotatius, perquè si es queden molt encarcarats, son un sobrepès per a cadascuna d'aquelles persones. En la mesura en que ens podem adonar, podem ajudar a la persona que per exemple aguanta la seva tristesa perquè així aguanta la dels altres, tingui el seu espai per plorar o per mostrar-se desanimada en algun moment. Però això no ho podem fer si no hi ha un altre centre concèntric que ens ajudi una miqueta a pair aquests

sentiments, és a dir, no podem donar el que no tenim i no podem modular lo que no sabem modular en nosaltres. En aquest sentit, ens falten moltes més maneres des d'un punt de vista veïnal, d'atenció a la salut mental que puguem fer espais grupals d'acompanyament. Podem esperar que ens els donin o també podem, en la mesura que tenim una associació de familiars, doncs dir, busquem alternatives, pensem de quines són les maneres que aquesta mateixa associació ens està ajudant i com podem enfortir aquestes maneres, com podem fer que siguin més reconegudes, que el barri o l'escola o altres institucions, també se'ns doni suport. Aquestes són formes de poder acompanyar que són importants però que normalment estan per construir. La crisi de l'adolescència és una crisi de construcció, una crisi de dir necessitem si volem seguir vius, no anquilosats, hem de fer coses per estar flexibles, i estar flexibles vol dir també inventar noves maneres d'estar junts i aquest és el repte que ens plantegen els adolescents i a vegades ens el plantegen d'una manera molt incòmoda que és a partir de la seva malaltia. La malaltia és un llenguatge desconegut pel mateix malalt però que és una mica, porto dintre una sèrie d'imatges, com les del mirall que us deia, que desconec, que poden sortir d'una manera bruta, que molesten, que m'espanten i que poden destruir les relacions però que si ens poden acostar sense gaire por i sense que s'encomanin i sense que les haguem d'empresonar d'alguna manera, les podem domesticar, dulcificar, les poden incloure en algun tipus de relació que millori la capacitat d'estar junts, que aquesta és la salut, la possibilitat d'estar junts sent diferents.

El risc de viure dels adolescents: segle XXI

Enrique González Duro

psiquiatre i ex-consultor de l'Hospital Gregorio Marañón de Madrid

Lo que yo pretendo decir es un poco complicado, pero precisamente es hacerlo más sencillo e inteligible y eso es a lo que yo aspiro, establecer una especie de contexto para que ese contexto enriquezca más los discursos anteriores y pueda entenderse en un sentido más general y voy a empezar a hablar nada más y nada menos que de la postmodernidad, vaya palabro para empezar. Yo creo que todo el mundo sabe lo que es la postmodernidad, todo el mundo la ha oído pero nadie sabe lo que significa. Suena algo cursi, la prueba es que los autores le han cambiado el nombre varias veces, modernidad líquida, segunda modernidad, pero yo se lo voy a definir en muy pocas palabras, la postmodernidad surge como una etapa de la humanidad o de la sociedad occidental, surge como consecuencia de la modernidad y cuándo se acaba

la modernidad, no hay una fecha exacta pero hay una serie de hitos que marcan el que la modernidad ha fracasado, la modernidad no era ni más ni menos que esa creencia que estaba más fundada en la fe más que en la ciencia, que la ciencia llegaría un punto en que arreglaría todos los problemas de la unidad y el progreso siempre era progreso y tal, todos los problemas que la humanidad tuviera se iban a arreglar con los avances científicos y durante siglos funcionamos así.

Yo diría que queda algo de esa mentalidad, de que el progreso va a arreglar. Cuando empiezan a aparecer fenómenos en donde el progreso científico, no solamente no se ve por ninguna parte, si no que produce efectos secundarios terroríficos. Por ejemplo, la bomba atómica.

Pero no solamente la bomba atómica, producen efectos secundarios, o los avances científicos. Los fertilizantes producen intoxicaciones, efectos tardíos. Hablando de las medicaciones, hay una serie de efectos secundarios que aparecen 10 y 12 años después, como la llamada Disquinesia tardía, es decir que nuestra fe en la ciencia nos hace ver que podemos tomar todo aquello que nos digan que tomemos, sin considerar que científicamente está demostrado que un producto nuevo, y hay tenemos otro, la Talidomida, recientemente, sangrante ejemplo, fue un medicamento que se tomaban las mujeres para el embarazo, era un tranquilizante simple, sencillo. Bueno, los efectos han sido catastróficos, es decir, si conviene decir esta introducción porque estamos todavía fiándonos en una ciencia que han producido resultados tan nefastos. Y en el terreno que estamos ahora, resulta que hay montones de psicofármacos o como queramos llamarle, que al cabo de los años, nos hemos o se han dado cuenta de diría, efectos secundarios. Por ejemplo, uno muy corriente, la disquinesia tardía. Se descubre 10 años después, del comienzo de su utilización de que produce unos efectos tardíos, bastantes irreversibles y casi prácticamente incurables. Para eso tienen que pasar 10 años para que nos enteremos de esto. Y yo me pregunto; y por qué demonios no esperamos a esos efectos secundarios, qué prisa había, por qué había que dar el medicamento de última hora, que suele coincidir con el movimiento marcado. ¿Por qué esa prisa? Pues resulta que es que si no nos vamos, yo diría que los pacientes bastante menos, pero desde luego, los familiares si lo exigirían, y los médicos lo recetarían. ¿Y porque tanta prisa los médicos? Que nos hemos caracterizado siempre por ser más cautos. Vamos a esperar a conocer el producto, el medicamento en concreto, que efectos produce, su modo de actuar, su funcionamiento, ¿por qué tantas prisas?, pues voy a decir simple y llanamente, porque los médicos son sobornados. Es decir, que la única razón por el cual, se dan medicamentos caros y muy rápidamente antes de conocerlos en sus bondades y en

sus maldades, es porque alguien, que es una industria farmacéutica que está empeñada en ganar dinero como sea. ¿Y eso como lo van a hacer? Resulta que la talidomida, han tardado en dar una solución al problema, del orden de 20-30 años, resultado negativo, ustedes todavía ven las imágenes de los resultados de la talidomida, ¿y qué ocurre? Que no hay responsables, porque en una sociedad como la que vivimos, ganar dinero está muy bien, lo tonto es que yo haga algo sin ganar dinero, a no ser que pretenda santo. Pero como vivimos en la postmodernidad, eso de ser santo, tampoco se lleva, es otra cosa pasada de moda. Estamos en la postmodernidad que se caracteriza por haber perdido la fe en la ciencia. La ciencia no es fiable y lo siguen demostrando los ecologistas y otros que trabajan diversos ámbitos, y yo creo que la ciencia no es nada segura, y por tanto hay que ser muchísimo más prudente, y por tanto, introducir un elemento que es poco consumista, pero que es bastante realista y bastante eficaz, poca medicación y escasas dosis. Yo lo digo desde mi larga experiencia. A mí me han dado tan buen resultado o más pequeñas dosis que altas dosis. Cuando yo al entrar aquí hoy he oído una cosa, “hay enfermos que no han podido venir porque se han quedado dormidos”. ¿Cómo que se han quedado dormidos? ¿No queremos rehabilitarlos? ¿Por qué damos medicaciones que además son carísimas, súper caras, para que se queden dormidos y así rehabilitarse antes, más pronto y mejor? ¿No convendría, diría la simple lógica, estimularlo? Y darle más vida, y mejor modo de comunicarse con los demás. Bueno, ahí hay una responsabilidad que yo lanzo y que la he lanzado todas las veces que he podido y que no ha pasado nada. Nadie me ha acusado de que eso sea incierto, es decir, los médicos son sobornados desde hace años por los laboratorios farmacéuticos, son pequeños sobornos, pero son sobornos, porque un médico a mí me tiene que pagar un viaje a Tahití, ¿a cambio de qué? Yo, aunque tardé algún tiempo en enterarme de cómo iba esta publicidad tan absolutamente agresiva, porque antes teníamos una publicidad, pero bastante más moderada, te informaban de los productos y conocías el medicamento, lo utilizabas como prueba, lo veías, y cuando estabas seguro de cómo funcionaba realmente, entonces, es cuando empezabas a utilizarlo, y si el medicamento te funcionaba bien, no había que buscar uno nuevo, te presentan uno nuevo con la única razón, ¿es que es mejor el último? Pues ni siquiera está demostrado eso, la ciencia ha demostrado que los últimos no son los mejores.

Estos medicamentos que presentan como un magnífico medicamento porque hace los mismos efectos que hace los mismos efectos de un medicamento bastante acreditado de hace tiempo, que es el..., no recuerdo el nombre, pero ese tenía muchos efectos secundarios. ¿Cómo evitar los efectos secundarios que se pueden producir? Se

saben, se sabe hace mucho tiempo, porque es un medicamento muy antiguo, para mí es el mejor neuroléptico que existe y además no duerme a la gente, un detalle muy importante.

En tiempos de modernidad, se ha instaurado, por llamarlo de alguna manera, la sociedad del riesgo. Claro, es lógico, una sociedad que pierde la fe en la ciencia, se siente asustada, cualquier cosa puede ser nociva. Me tomo unos tomates, o una ensalada y resulta que puede estar intoxicada por unos fertilizantes de mala calidad. Y entonces me tengo que preocupar de mi salud y de lo que como y dejo de comer y hay varios expertos que van al supermercado y conocen el omega, el H, los biooxidantes... uno tiene que ser experto también en alimentaciones. Y si no, hay cantidad de libros que se pueden comprar. Bueno, pues esta historia de la modernidad, la gente no cree en la ciencia, yo tengo que hacerme la ciencia. Oiga, usted que paga el mejor médico, ¿como es posible esto, no sería él el experto, o qué estamos haciendo aquí?. Estamos cambiando las historias. Es el médico el que tiene que hacer de paciente. Pues yo me temo que en muchos casos si ocurre así, es decir el médico aprende del enfermo, que toma el preparado ese que engorda, no me acuerdo del nombre (els assistents van dient noms fins arribar al Zyprexa), que me negué. Me lo ponen de sustituto del otro medicamento, que para mí en mi propia experiencia, es un medicamento bueno, pero que tenía efectos secundarios sobretodo en la serie hemática, producía trastornos y tal. Me dijeron que era magnifico, y yo me había fiado de este visitador y lo que me decía lo tomaba en consideración, y naturalmente hice el cambio de medicación, de todo e inmediatamente tuve que ponerle el medicamento anterior, que llevaba en el mercado 20 años. Este era el nuevo.

Bueno, pues siempre me lo ha reprochado, que porque no le compraba el Zyprexa...

Una visitadora que me engaña no me va a comprar con ninguna cena. Tú me dijiste una cosa y yo te creí. Y ya no pasará más eso.

Y luego al cabo del año, los enfermos son los que enseñan a los médicos que este es un medicamento que engorda. Oh, encima a engordar! Otro problema de la sociedad actual, la gente encima puede engordar con los medicamentos. Yo no he tenido esos problemas porque no lo he utilizado, siempre he preferido medicar poco, he preferido siempre aumentar las dosis y no disminuirlas, siempre es mejor que el paciente acepte la enfermedad, acepte que el medicamento su sentido es que produzca un beneficio inmediato al paciente, que no lo tenga tirado por los suelos, ni durmiendo, ni sin interés, sin estar por nadie ni para nada. Por tanto, siempre tengo tiempo, si mantengo una buena relación con ese paciente, de hacerle venir a los pocos días y decirle que

este medicamento que te he dado a escasas dosis, pues resulta que no ha dado resultado, bueno, pues subimos la dosis. Es mejor subir, que bajar, porque el medicamento que hay que bajar, ese medicamento ya no creará más el enfermo. Y tiene derecho, y tiene derecho a que su intimidad a que sus sentimientos se le tengan en consideración, si este medicamento me sienta mal, me sienta mal. Y no me venga usted con leyes extrañas de que hay que inyectar a un enfermo en la calle. Que según me han dicho, esa ley, yo no sé si existe, he tratado de seguirle la pista, no sé si la ley existe o no existe, pero el hecho, si que parece que existe, hay ciudades españolas, no sé si en Barcelona, en donde efectivamente, va gente por allí, pinchando a la gente, como si fuera una película de marcianos, una cosa espantosa. Van para evitar el internamiento, porque la cama, ya saben que con los recortes, están escasas, por tanto, hay que inyectarle en la calle. Como pienso yo, por lógica que un paciente al que yo le tengo que dar un medicamento a la fuerza, me va a aceptar ese medicamento, tendré que darle un medicamento que él perciba que efectivamente que mi intención era ayudarlo, que me puedo equivocar, pero puedo corregir, que él me puede enseñar y que yo pueda aprender. Y por tanto no tiene nada que temer de mí. Si no, todo lo contrario y estoy dispuesto.

Bueno, estaba yo hablando... estoy en la primera línea, no he pasado de la primera línea.

Y cuando yo soy asaltado por esta historia, porque yo vengo de trabajar de otro sitio, donde había hecho labores de dirección de un centro y por tanto, tenía poco contacto, me pase 2 años sin tener contacto con los medicamentos, afortunadamente, eso que gané. Y ganaron, algunos, más. Bueno, pues yo no conocía esta historia, esta publicidad farmacéutica tan agresiva, y entonces, una chica, que por cierto, que pueden ser unas chicas muy jóvenes, muy guapas, muy insinuantes, que te invitan a café, y con lo cual tienes que prevenir, es decir, *“no no, yo te invito a un café, yo me tomo un café contigo siempre y cuando pague yo. Que queden las cosas claras, tú a mí no me vas a comprar por un café”*. Entonces me dice, *“oiga, es que hay un simposium en Madrid y en tal medicamento que ha salido”*, esa moda yo aún no la conocía, y yo francamente me enseña el programa y los tipos que hablaban allí no me interesaban lo más mínimo. Ni el tema, pero bueno, por educación le dije *“pues no sé si voy a ir o no”*, no pensaba ir, pero por no decirle bruscamente que no, me dice *“ah no no, me lo tiene que decir porque esto está para una gente selecta”*, era al principio. Y digo, *“ah sí, ¿tengo que definirme ahora mismo? Eso es fácil, no voy”* *“Por qué?”* *“Ah, por qué? Porque el tema no me interesa, porque los ponentes me los sé de memoria y van a decir lo mismo que han dicho sobre otros medicamentos, que*

credibilidad me pueden ofrecer a mí unos médicos que hablan exactamente lo mismo de un medicamento que de otro. Porque les pagan, y les pagan bastante. Y tercero. Si tengo que ir a cenar, prefiero ir con unos amigos y pagarme yo la cena, no estoy tan hambriento como para que ustedes me inviten a cenar. No necesito ir". No lo intentaron más. Se corrió la voz y a mí no me han molestado los visitantes porque decían, este no, este no funciona, ni viajes ni nada. Pero alguien se equivocó y me dice *"yo soy cortés con los visitantes, no soy maleducado, los recibo o atiende en el despacho, lo atiende lo mejor posible y pretendo que me dé una información"*, hasta que me di cuenta que ellos no tenían ninguna información, que tenía yo más información que ellos, ellos tenían propaganda, lo que querían era mandarme la propaganda. Como funciona esto, que efecto, que acción fármaco-cinética tiene, que tiempo de eliminación. Ni idea. Bueno, yo aparte de eso, lo atendía amablemente y entonces me dice *"a usted no le hemos regalado nada"*, *"pues no, no he tenido el gusto"*. Y dice *"pues hay una cosa que se llama, un libro muy famoso que tienen todos los psiquiatras" era un manual de psiquiatría* bueno, y cuando la chica me oye decir que sí, que ese libro me interesaba, los ojos ya le echaban chiribitas, ya lo he cogido. digo *"efectivamente, ese libro no lo tengo"*. Era de un americano, no podría ser de otro sitio. Y digo *"pero yo tengo en mi casa 14 o 15 mil libros y si no lo tengo, por algo será, no me interesa lo siento, muy agradecido"*. No me han molestado. Yo no me quejo de los laboratorios porque ellos me hayan hecho la vida imposible, pero si han asistido inevitablemente a esta historia, esta especie corruptela generalizada y lo he denunciado siempre que he podido, de porque los médicos tal... está estadísticamente estudiado, se sabe que cuando paga un viaje a un congreso, pongamos en San Diego, California, que no sé porque los psiquiatras españoles han de ir a San Diego, a ver marinos- El caso es que, van y además curiosamente te enteras de que la mayoría de servicios públicos, le dan permiso y están vacíos. Cómo es posible esto. En el complot este, hay más gente metida.

Y hacer otra pregunta ingenua, que es la tercera. *"¿Y por qué son tan caros estos medicamento si realmente su composición no es cara?"*, *"Hombre, es que tiene muchas fases en experimentación"* Digo *"mentira, tienen ustedes la cuarta fase"* y ahí los dejo KO. Tienen la cuarta fase que es promocional, que se llama reclutamiento, tenemos el preparado y ahora tenemos que conquistar a los médicos para que nos lo receten. ¿Cómo? Haciendo trabajos falsos de investigación. Es decir, se está falseando la ciencia. Estamos en la postmodernidad, no hay que fiarse de la ciencia. Y sobre todo de esta ciencia que venden mercaderes. Yo no pensaba hablar de esto, pero ha salido así. Lo que yo iba a decir que en esta época de la postmodernidad,

caracterizada por el discurrir de la ciencia, no hay que fiarse, y que cuidado con los efectos secundarios de la ciencia. Se ha creado lo que algún sociólogo ha llamado sociedad del riesgo. Y que la Thatcher que era mucho más bruta que el sociólogo alemán llamado Ulrich Beck, que todavía vive, pues dijo, no hay sociedad, solo hay individuos, eso lo dijo muchísimas veces. Si ustedes piensan eso, la filosofía que eso encierra, vivimos en un universo en donde no hay sociedad, solamente hay individuos, y como conozco yo a los individuos si no hay sociedad y por tanto no hay grupos sociales. ¿Como conozco yo a los individuos? No hace falta que los conozcas, con que se conozcan ellos a sí mismos tienes bastante. Y entonces ocurre en que la gente tiene que espabilar, tiene que aprender por sí mismos, le vamos a hacer complacientes, no vamos a aprisionarlos con los dogmas religiosos, las culpas, vamos a hacer una sociedad destradicionalizada, sin apenas tradiciones, eso no quiere decir desorganizada, eso no quiere decir que hacienda no se paga, pero no funciona con los valores tradicionales del pecado y tal, es una sociedad que coincidía con la sociedad del consumo, y ¿como puede ser pecaminoso lo que es placentero? Entonces la sociedad de consumo se viene abajo, por tanto, hay que buscar una moral nueva. Y no hay sociedad, el individuo se le arroja a la calle y el se forma libremente como le parece, según sus saber leer y entender. Yo me preguntaría que demonios tiene un niño pequeño de saber leer y entender, él tiene que elegir entre distintas opciones y tú eliges las cosas, y lo curioso del caso es que los niños eligen, o ¿eligen los padres? Lo planteo como interrogante.

Yo he sido niño, yo no me reconozco en muchos niños de ese afán que tienen de consumir a tope. Yo me pregunto muchas veces cuando veo a los padres tan entusiasmados con los juguetes de los niños, me pregunto ¿no son los padres los que hacen consumir a los hijos? Tratando de olvidar su negra y triste juventud o infancia y confundiendo con los hijos, infantilizándose y convirtiendo a unos niños y quitando a esos niños algo absolutamente importante, y aquí hay varios especialistas en psiquiatría infantil o psicología infantil, como la comunicación, como el juego, como el descubrimiento, la inventiva, o como la travesura. Ahora resulta que la travesura, me acabo de enterar tomando un café, es una cosa que en Barcelona, exigen a los niños para darles una beca o no sé qué demonios, una plaza no sé dónde, resulta que la travesura es también una enfermedad, pues ¿que felices son los niños no? Y ya de pequeños cuando jugaban en el colegio y eran un poco traviesos... ahora no, ahora tienen una enfermedad, TDAH.

Y como se explica eso, una sociedad destradicionalizada, en donde ha quitado de su panoplia moral, todos los pecados que hacían sufrir a la gente. A tratado de hacer vida

fácil, cualquiera puede tener un objeto de consumo, te lo ponen en las manos... cómo producen niños tan desgraciados. Se puede pensar que un niño que pasa 8-10 horas en una consola, puede ser feliz, lo planteo como interrogante, o ¿es la madre que es feliz porque deja de darle la lata? Entonces tendríamos que cambiar esto, darle un vuelco, esto no puede ser, aquí quiénes son los enfermos? Cuando yo era muy joven, se decía siempre, nos enseñaban entonces que cuando éramos niños pequeños que tienen una cierta patología, o una cierta conducta alterada, veremos a la madre. Porque ahí, nos vamos a enterar de algo. Y digo a la madre, por no decir al padre, porque el padre no aparecía nunca, no digo que el padre estaba libre de... porque no hacemos un estudio más conjunto y lo que veamos que pasa con unos niños, unos padres, que interaccionan, que interactúan, y pregunto ¿Qué están juntos? ¿Cuándo están juntos? Los niños se quejan de la cantidad de tareas que tienen hacen en el colegio, de que tienen clase de ballet, clase de fútbol, clase de no sé qué. Y los padres trabajan los dos generalmente, la familia se ha reducido, las abuelas van con el imerso, van por ahí, y entonces ¿que hacemos con los niños? Malditas las vacaciones, porque ahora ¿que hacemos con los niños? Los niños se aburren, los niños enferman, los niños se mueren de asco. Y esto, cuando hay una enemiga en la sombra que es la Margaret Thatcher, que anuncia y no solo anuncia, si no que instala el dogma de que no hay sociedad, por tanto, eso quiere decir en la práctica que arréglenselas como puedan. Y usted va a ser dueño de hacer lo que le dé la gana, nadie le va a tener que decir nada, el niño es feliz, hombre, puede hacer lo que le dé la gana, pero claro, las opciones que le dan son muy pequeñas, eso es un decir, hacer lo que le dé la gana, entonces pues habría que cambiar esto un poco. Juntar a los padres con los hijos, ver qué pasa, como interactúan, porque la madre o el padre dice una cosa y al día siguiente dice la contraria, por ejemplo, que es una práctica muy normal y corriente. ¿Saben ustedes porque no se hace eso? Porque las asociaciones de familiares de enfermos mentales, no quiere. Y lo digo en el campo enemigo. No, esto es una recomendación de un grupo de asociaciones muy potente que hay en estados unidos de asociaciones de familiares de enfermos y ellos han prescrito o han, no recomendado, la terapia familiar. Pues la terapia familiar era un recurso que estaba con Franco en experimentación empezando con un resultado magnifico, que daba un resultado extraordinario, que estaba llevado a cabo por gente muy preparada y sabiendo muy bien lo que hacía y haciendo un trabajo, inaugura una terapia familiar que es absolutamente eficaz. Entonces toca los intereses de la sociedad americana y dice: Prohibido a todo miembro que utilicen ese tipo de terapia familiar o sistémica como se le llamó posteriormente antes, y ahora ya no hacen aquello que preocupaban tanto a los padres, que son los niños psicóticos, los jóvenes psicóticos. La terapia

familiar, yo la he practicado todo lo que he podido, era absolutamente eficaz, por no haber tratamiento más eficaz que yo conozco para la psicosis esquizofrénica, con una ventaja para los pacientes, o con varias ventajas para los pacientes. Primero, se da la menor medicación posible, si es posible ninguna, ninguna. Se parte de la base de que quien está enfermo, no es lo que ellos llamaban el paciente designado, es decir el que le han colocado el rotulo, la etiqueta, sinó que, lo que funciona mal, es todo el grupo familiar, ese quien dijo la Thatcher que no existía, y ese grupo familiar, ahí funcionó mal como grupo, no es que nadie tenga la culpa, es lo que fácilmente se dice, si no que ese grupo está mal estructurado. Bueno, pues a lo mejor resulta que los padres no se llevan bien, y este es un tema de los que quería tocar, los padres no se llevan bien, la estructura de la dinámica de la familia no funciona bien, pero no tiene la culpa nadie, es evidente que todos los miembros familiares quieren ir bien para todo. No se trata de culpabilizar, se trata de ayudar a todos en la práctica, no dando un consejito moral del que se quejan todas las asociaciones familiares que yo conozco, los médicos no nos dicen nunca lo que tenemos que hacer, ahí tampoco. Pero si hablan con ellos, y si lo consideran como personas que están sufriendo a un nivel distinto del psicótico, pero están sufriendo, y lo dicen en los congresos. Qué pasará con nuestros hijos cuando muramos nosotros? Terrible esa frase. Sacrifican su vida, inflan de medicamentos a sus hijos, sus hijos no mejoran, y hacen barbaridades, entonces un grupo de ustedes se dedicaron hace unos 20 años a incapacitar a los enfermos mentales, eso fue otra complicación de las muchas que hay, y aparece de pronto la asistenta sociales, que creo que es un oficio que tiene un origen nazi y de pronto empezaron a proponer la incapacidad de la gente.

Oiga, ¿pero si ustedes quieren rehabilitar a su hijo, como quieren incapacitar a su hijo, qué es la muerte civil de una persona?. Entonces surgen otros problemas, las pensiones. Que pinta la asistente social, que no te dice nada y te encuentran con un enfermo que te han incapacitado, como va a rehabilitar eso, le va a dar Zyprexa a manta, es que haciendo dormir al paciente todo el día lo vas a curar, Y yo que me gusta seguir el libre pensamiento hasta el final, yo me pregunto, ¿curar, dormir, dormir, más que dormir y digo, y porque no matar? Esto es tremendo, pero esto lo hicieron en este continente super civilizado llamado Europa, lo hicieron los nazis hace 40 o 50 años no sé exactamente, liquidaron a 300.000 que se sepa, enfermos mentales, porque eran bocas improductivas, vidas indignas de ser vividas y tal. Por ahí, por ese camino vamos, no digo que lleguemos a eso, pero este camino nos lleva por esa dirección. Y eso que ya ha pasado. Cuando se incapacitan, cuando se esteriliza a enfermos mentales, y eso es una ley legal en España desde el año 1988, siempre que

naturalmente que no se haga como hacían los nazis, que era de una manera masiva, pero si, con el consentimiento de los padres. Hay que esterilizarlo en contra de su voluntad, el proceso es muy fácil, es el mismo, se le incapacita y en el mismo acto jurídico, se le da el permiso para la esterilización, de manera que mucha gente está esterilizada.

Rehaga usted la vida familiar de este muchacho o esta muchacha. Rehabilitelo, haga, conviértalo, haga lo posible para que sea una persona normal, que haga lo que otra gente hace y quieren hacer. Lo curioso con la esterilización de los enfermos mentales que ya digo que es legal en este país desde que se modificó el código civil, en el año 1988, o sea, que hay llovido, así que si contabilizamos, habrá ya, miles de enfermos esterilizados, que no pueden tener hijos. En la Generalitat de Catalunya, que me parece que está en la cabeza del progreso humano, ahora está proponiendo la esterilización de los presos, y la está practicando, y la gente se calla y pide medicación y pide medicación, dicen es que este es el único tratamiento, oiga no, este es el único que el médico que a usted le trata sabe, pero hay afortunadamente otros muchas formas de tratamiento que son bastante más eficaz, pero que no se han llevado a cabo, porque lo más fácil del mundo es mandar medicamentos, porque si tiene efectos secundarios y hace dormir a la gente, ya saben estos enfermos como son, se duermen... y los que no se duermen, pues habrá que dormirlos.

La inseguridad que esto produce en la ciudadanía el que, lo de que la ciencia no es fiable y te pueden envenenar fácilmente, y que pueden haber cantidad de catástrofes naturales o provocadas, y que nadie hace caso, y que te apañes como puedas, y tu te olvidas de eso. Y resulta que el globo terráqueo podría desaparecer ya, ya hay potencia suficiente como para destruir el mundo entero... no, no te preocupes por eso, preocúpate por cosas más inmediatas, más reales, más cotidianas, pero no consiguen engañar a todo el mundo, porque noticias aparecen una tras otra, y entonces dicen, bueno, hay hastío... la gente no está preocupada por la bomba atómica, del crecimiento cero, etc... pero ahí está. Y los que son psicoanalistas, saben que el subconsciente está operando. Y ahí una sensación de hastío, y una sensación de desafío, una sensación de que para que... esto en gente joven. Y entonces la psiquiátrica, que ya es una ciencia malvada, se inventa una palabra que se llama narcisismo, violando a Freud de arriba abajo. Ahora es un trastorno narcisista, muchísimos narcisistas no son narcisistas, la gente puede pensar que si buscas en el diccionario narcisista es una persona presumida, un tipo guapo o guapa, que presume y está muy bien y puede ser simpático... el narcisista sufre horrores, porque nada más y nada menos que siente que tiene incapacidad para querer y para ser querido. Que

peor se puede ser en este mundo. Y hablaría de ese efecto individualizador de la sociedad que hablaba la Thatcher, donde la sociedad ya no existe prácticamente. Existen regulaciones, multas de tráfico, sanciones, etc... Pero ya no existe esa cosa represiva, que tradicionalmente existía. La gente está sola y como está sola, se junta, porque eso todavía no está prohibido, la familia, pero se lo están poniendo difícil, como armonizar el que los dos trabajen, como armonizar eso o que uno de ellos no trabaje, quien cuida a los niños? Por primera vez hoy en la TV hace poco, habíamos superado el número de muertes que el de nacimientos.. Dónde va una sociedad así... Entonces, aquello es una melee, cualquier persona que pensara un poco, pensaría que el matrimonio, que la familia, es un oasis de paz, que la gente se lleva muy bien y que bien llegar a casa... es el infierno, si contabilizamos un poco... si, hay momentos buenos evidentemente, y donde se entienden, pero hay momentos malos, hay hastío, hay un montón de cosas, familias desechas, desestructuradas, un hijo de dos padres, o de dos madres, hay un follón tremendo, y hay sobretodo un porcentaje más alto de seres humanos que viven solos. Pero del orden de casi de 40%, estoy hablando de la sociedad supuestamente civilizado. Yo pregunto, acaso la solución es que nos quedemos solos Porque no nos vamos a pelear con nosotros mismos... estoy tranquilo en mi casa... me acuesto cuando me da la gana... No hay gadgets suficientes en el mercado de tipo sexual para satisfacerse. Bueno, es una satisfacción un poco pobre, pero menos da una piedra, por lo menos no crea problemas. Y luego los hijos... cada vez menos, cada vez la gente se casa más tarde o forma pareja más tardíamente y es evidente que eso tiene que ver con las circunstancias sociales, es decir, la Thatcher no mentía. Y cada vez el número de niños es menor. Y qué va a pasar con estos niños. Hasta ahora se le ha ofrecido un juguete, cosas gratificantes... y a partir de ahora que se le va a ofrecer. Qué credibilidad tienen los padres a la hora de decir, tú descubre lo que quieres, ingeniero de caminos, no tienen credibilidad ninguna, es decir, dependen de ellos mismos. Tú lo que tienes que ser como dice Rajoy, es un emprendedor, como dios manda. Lo que no se cuentan son las mentiras de Rajoy, y no hablo por ejemplo de los falsos autónomos, de los falsos emprendedores, por ejemplo. Bueno, pues entonces que se las compongan ellos, que espabilen, y los niños son más sanos de lo que debían ser. Reaccionan bien, se adaptan bien, en general, no se hunden en la miseria, se percatan de la realidad, saben cuándo los padres trabajan o no trabajan, esta estupidez de los reyes magos de oriente, de contarle a los niños cuentos chinos es tratar a los niños de tontos, y no me extraña que los lleven a los psiquiatras con tanta frecuencia. Los niños son más listos que ellos, hay que estar ahí... pero no hay más que ver como habla el lenguaje que utilizan los niños con los padres en casa que el que usan en el colegio, no se parecen

en nada, parecen idiomas diferentes, quiere decir que tiene que construirse y tienen suficiente capacidad para hacerlo en el colegio una realidad diferente que es más gratificante, porque juegan por lo menos en el recreo, encuentran otros niños, etc... Pero en definitiva el panorama es bastante lamentable.