

XVI Jornades

de salut mental

a Nou Barris

1986-2016, trenta anys de la reforma psiquiàtrica

On som?



11 i 12 de novembre del 2016

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



Ajuntament de
Barcelona



XVI Jornades de Salut Mental a Nou Barris

1986-2016, trenta anys de la reforma psiquiàtrica. On som?

Israel Molinero, president de la Federació Salut Mental Catalunya

Bona tarda, seré breu perquè les taules institucionals han de ser breus per donar pas a fer realment el que és important, sí que vull dir una qüestió més personal: M'ha fet il·lusió poder venir i intervenir en aquest acte perquè jo he estat deu anys presidint AREP, que està aquí mateix respecte on ho estem fent avui, tot i que pertany a un altre districte, el de Sant Andreu, doncs està aquí a un pam, de fet he anat a dinar al mateix lloc on anava sempre... per mi m'ha fet molta il·lusió, he pogut fer una visiteta ràpida. Des de que he assumit la responsabilitat de la Federació, pobres companys de la meva associació, des de que vaig incorporar-me a la salut mental, els tinc una mica abandonats i avui ha estat una ocasió i em congratula poder fer aquest acte avui aquí i la segona raó és que crec que tinc una molt bona amistat amb el Josep, que malgrat no pot estar avui amb nosaltres, perquè té un problema de salut el seu fill i bueno, la veritat és que contem amb ell, el tenim aquí present en alguna d'aquestes cadires que no s'ha ocupat, però sí que podia reconèixer espero que li transmetreu, ja li he dit moltes vegades però sempre és millor fer-ho amb un altre públic, doncs el seu paper dintre de la Federació, que m'està ajudant a mi moltíssim a poder fer una tasca tant desbordant com és la de fer de president de la Federació de Salut Mental de Catalunya. Em demana moltíssim, jo que no hi treballo en el sector, ni sóc psiquiatria, ni sóc psicòleg ni treballo en el món de la salut mental, si no que tinc una feina completament diferent, a la muntanya, al Montseny. Doncs necessito algú altre que em doni recolzament, li ha tocat moltes vegades anar a Madrid, a suplir-me a mi mateix quan no ho puc fer, representar-me en el **cocarmy** amb els altres discapacitats i sense ell la veritat és que m'hagués estat molt difícil incorporar-me en aquesta faceta i moltes vegades jo no ho he reconegut perquè ell només és una persona més de la junta de la Federació, però que realment fa la meitat de la feina de la presidència. Només ho reconeix quan estem a casa seva que crec que és un moment de fer-ho, per tant, doncs, queda dit i espero que quedi gravat en algun lloc i si no li transmeteu vosaltres.

Aquest acte, és una acte que s'ha agafat com a excusa el fet que porten ara 30 anys de la reforma psiquiàtrica i m'ha semblat que la intervenció podia anar una mica per aquí, jo no tinc perspectiva personal per parlar d'aquell moment històric, home ja tinc una edat,

però en aquell moment, no hi estava vinculat al món de la salut mental al que m'he incorporat com a familiar, concretament com a germà d'una persona que ha patit un trastorn de salut mental, per tant, en aquell moment com això no s'havia donat jo no hi tenia res a veure, per tant no vaig viure el moment de la reforma psiquiàtrica, però sí que m'he trobat, molts anys després, sí m'he trobat amb les conseqüències de no haver resolt correctament, o amb les mancances o amb tot allò que no es va fer bé quan es va enfrontar la reforma psiquiàtrica i creiem, almenys des de la Federació que després de 30 anys, tenim masses reptes pendents, masses, masses reptes pendents.

Ens vam enfrontar a la reforma psiquiàtrica i ens vam deixar pel camí moltes coses a fer, que no hem resolt fins ara, per exemple, creiem que hem d'acabar amb quasi 2000 places a dia d'avui, de llarga estada psiquiàtrica, lo qual creiem que no és de rebut que després de 30 anys de la reforma encara tinguem moltíssimes places de llarga estada repartides per Catalunya, en aquest cas no parlo de la ciutat de Barcelona. Creiem que hem d'aconseguir, encara a dia d'avui, una perspectiva dels drets en tots els àmbits de la salut mental, vull dir aquesta perspectiva del drets està en l'àmbit sanitari, també en els serveis comunitaris, també hi ha a les pròpies entitats, com les nostres, també en altres àmbits socials, com les escoles, les forces de seguretat. També tenim pendent enfrontar un debat per substituir, per exemple, el tema de les contencions mecàniques dels centres hospitalaris. D'això, aquesta mateixa setmana hem tingut una jornada tècnica de la qual estem molt satisfets, que hem organitzat la Federació de Salut Mental Catalunya, conjuntament amb la Federació Déus, i en aquesta jornada hem parlat profundament sobre el tema i sobretot hem portat exemples, exemples d'altres països on s'ha pogut aconseguir en alguns hospitals, eliminar les contencions mecàniques, això és possible; fàcil, no, no ho és, ningú està dient que ho sigui, però en tot cas hem d'obrir el debat per veure com ho podem aconseguir o com a mínim com podem anar disminuint de forma efectiva les contencions mecàniques en els centres psiquiàtrics. També cal una visió més transversal de la salut mental, això no ho hem aconseguit encara, hem aconseguit una la salut mental per tots i totes, per tos els professionals que s'hi dediquen, per tots els que tenim un vincle, doncs tingui una visió molt més transversal. Necessitem molts més serveis comunitaris, no tenim prou, segurament la ciutat de Barcelona no és on hi falten més, al territori català hi ha un clar desequilibri territorial però a la ciutat de Barcelona també falten molts serveis comunitaris, falten moltes llars amb suport, falten serveis prelaborals, programes respir... Ens cal encara, eliminar moltes barreres d'accés al mercat laboral ordinari, tenim centres especials de treball però molta gent pot integrar-se en el mercat laboral ordinari i s'hi troba moltes barreres i això hem d'aconseguir eliminar-ho. I ens cal acabar amb l'estigma i ja que tenim tot el

projecte d'obertament, endavant, que ens ha unit a tota la salut mental en un únic projecte, doncs estem començant a superar algunes d'aquestes barreres estigmàtiques, però ni de lluny estem... Estem al principi del camí hem de superar molt l'estigma social. Des de la Federació de Salut Mental de Catalunya estem esperançats i ara han baixat molt al territori de Barcelona, en el pla de salut de l'Ajuntament de Barcelona, estem molt esperançats, estem molt contents, en com es va enfrontar l'inici, d'una manera molt participativa, que nosaltres hem pogut participar, i per tant nosaltres estem molt satisfets, estem contents amb l'ambició que té finalment el pla, i creiem que és ambiciós i per tant creiem que és ambiciós i arriba allà on li deixen les competències municipals, som molt conscients d'on arriben les competències dels ajuntaments i per tant no demanarem més que això i fins i tot que el pla de vegades, sobrepassa aquestes competències i per això el veiem ambiciós, però també hem de tenir molt clar que s'han creat unes expectatives i estem delerosos de veure-les complertes. Hem de tenir clar que som un col·lectiu que fins ara ha estat molt pacient, portem 30 anys i ara estem parlant de tot allò que no tenim resolt, però també és veritat que estem apoderant molt aquest col·lectiu que hem aconseguit que s'activin molt les persones que pateixen un trastorn de salut mental que aquestes a més a més, s'estan organitzat i que moltes d'elles s'han convertit activistes i per tant ara jo crec que no estem en una situació de tanta paciència. El col·lectiu de familiars i també les persones que tenen un trastorn mental ara necessitem més resultats. Insisteixo, estem molt molt, animats, estem esperançats, amb aquest pla de salut, esperem que en un termini raonable comencem a veure resultats que no demanem que sigui més dels que poden ser.

Janet Sanz, regidora del Districte de Nou Barris

Bona tarda a totes i a tots, en primer lloc agrair-vos que em doneu la oportunitat d'estar avui aquí, en nom del districte però també en nom de tot el govern municipal. Com a regidora de Nou Barris em fa especial il·lusió que ja siguin 16 els anys que organitzeu des de l'AFEM, amb el suport de la Federació i de totes les persones que esteu implicades i les famílies que feu aquestes jornades, que permeten anar avançant i anar treballant en molts d'aquests reptes que tenim conjuntament a sobre de la taula, per tant, per mi és tot un honor poder estar aquí i compartir amb vosaltres aquest espai i per tant podem compartir també algunes reflexions que l'Israel situava i estic segura que amb el programa que teniu per davant, que d'ara en endavant anirant sortint però sobretot això que com a districte de Nou Barris, és un honor que acollim sempre com a territori aquest espai perquè volem parlar de totes aquestes qüestions que tenen a veure

amb la salut mental i volem ser també un espai i un territori constructor precisament d'aquest nous reptes i precisament en el marc de tot el que és el pla de salut, pla de salut general i pla de salut mental, el districte Nou Barris té una presència important i té una presència grandíssima, no només en equipaments, si no també en recursos i per tant creiem que és molt necessari que el districte també es situï com a territori coneixedor d'aquestes qüestions que es presentaven com un element apoderador d'aquestes propostes. A més a més, perquè aquí tenim una entitat, l'AFEM, que fa moltíssim temps que fa una feina molt valuosa, que té un treball fonamental a l'hora de poder desenvolupar aquestes estratègies, que no tindríem el pla de salut mental que tenim, si no fos per entitats com aquestes que han participat i com nosaltres des de principi, a nivell de la regidoria i la comissió de salut, que hem impulsat tot aquest procés perquè fossin de primera mà les persones que treballen, que coneixen i pateixen totes aquestes injustícies vinculades a tractar la salut mental diferenciada des de la perspectiva dels drets, com deia l'Israel, doncs que contessin, tinguessin veu des del començament a l'hora d'articular les solucions, les propostes, les millores. Per tant, jo crec que sent conscients de tota aquesta feina i de la oportunitat del moment, el fet que 30 anys després, són tota una vida per mi, crec que 30 anys després d'esperar i anar construint, que en aquell moment va simbolitzar tota una lluita, i tota un guany, un benefici, evidentment de començar a treballar en relació a l'estigma, de començar a posar sobre la taula el treball integral, l'abordatge integral i també des de la perspectiva comunitària de les persones que pateixen algun trastorn de salut mental. A partir d'aquí és evident que tenim aquest moment d'oportunitat de revisió, de fer balanç de tot allò que ha passat i de tot allò que no ha passat, però com deia l'Israel, crec que tots hem de ser conscient que ja anem tard, en moltes de les qüestions i per això la voluntat de l'Ajuntament de Barcelona ha estat situar aquesta com una prioritat indispensable fins i tot sobrepasant de vegades les nostres competències, com ja fem en altres coses que també considerem que han de ser inajornables, per tant, la ciutat de Barcelona, vulgui demostrar un compromís clar i ferm amb les famílies, amb les persones afectades, per dir som aquí i tenim molts instruments, de vegades no tots, però volem ser un actor al costat vostre, dels professionals, de les famílies, de totes aquelles persones que porteu tants anys lluitant per aconseguir que aquestes reivindicacions siguin una realitat i ens volem posar al vostre costat i per tant anirem allà on calgui i anirem fent aquest camí conjuntament. Per tant jo valoro les paraules del president de la Federació, perquè també ens permet seguir impulsant i treballant i sabem que no estem sols, sinó que ho fem conjuntament. Jo crec que ja us ho han explicat i ja ho heu parlat a nivell de salut, amb la comissionada, però sí que vull destacar que aquesta és una estratègia que nosaltres ens ho plantegem, que vagi molt més enllà del mandat municipal actual i per

tant que a partir del següent mandat, hagi qui hagi, que segueixi impulsant l'estratègia i per tant hem vingut perquè el tema de la salut mental es quedi i generem unes dinàmiques i unes pràctiques internes a l'Ajuntament que siguin pràcticament impossible de desfer i per tant ningú s'atreveixi a desfer-les i té quatre línies estratègiques que crec que són importants de remarcar: l'abordatge dels determinants socials, en relació a l'afectació de la salut mental, la garantia dels serveis i de l'atenció de forma accessible per a tothom i sobretot per les persones més vulnerables, perquè totes les famílies no són iguals, això també ho hem d'integrar a l'hora de plantejar aquest projecte, també hem de garantir el respecte als drets de les persones amb més risc i amb trastorn mental i finalment també la última de les línies importants seria l'assegurament dels mecanismes que garanteixin també una bona governabilitat i fer-ho de forma participada sempre com s'ha començat tota l'elaboració. Nosaltres, ho deia abans, aquest pla no seria el que és sense vosaltres, sense la vostra mirada, sense la vostra aportació, precisament el pla el que planteja és superar moltíssimes d'aquestes dinàmiques sectorials que a vegades sembla impossible que es posin a treballar de forma conjunta i per tant aquí el que fem és potenciar la idea dels drets socials també en aquesta proposta i per tant, combinar drets socials, habitatge, salut, educació, joventut... una sèrie d'àrees que tenen a veure en algun moment en el desplegament del propi pla. Hi ha moltíssimes actuacions, hi han moltíssimes propostes, hi han molts recursos, comencem amb una proposta molt ambiciosa, també de recursos econòmics, més de 50 milions per l'any 2016-2017 i per tant això implica també aquest compromís, no només de paraula o de paper si no de recurs econòmic, això a l'administració és bàsic, que tot es tradueixi en propostes també de desenvolupament i per tant jo crec que el que us vull traslladar és que volem ser i estem construint aquest camí també des del districte Nou Barris però també a nivell de ciutat volem ser un aliat en totes les persones que treballeu per garantir aquests drets de les persones i de les famílies i dels professionals, amb trastorn mental a l'hora de poder desenvolupar accions però també de poder exigir a qui li correspongui desenvolupar unes determinades accions. Ara l'Israel feia referència a tota la qüestió també de desequilibri territorial que hi ha a Catalunya, nosaltres sabem que som privilegiats perquè a Barcelona, en relació a moltes altres parts del territori, som conscients dels recursos que tenim i tenim camí per fer encara, però és evident que en comparació amb altres llocs, estem més endavant, per tant també volem treballar en la lògica del reequilibri territorial i aportar, davant les altres administracions, tota la força que té l'Ajuntament de Barcelona per reivindicar tot això. Tenim pressupostos a la vista que és una oportunitat que des de l'Ajuntament, fem pressió per a què es visualitzi, no només de la nostra si no també d'altres administracions, aquest compromís econòmic en totes aquestes qüestions. Moltíssimes

gràcies, que tingueu una jornada que ens servirà moltíssim a totes i a tots els que estem treballant en nom de l'administració, jo em poso al servei per tots vosaltres, poso al districte també al vostre servei, per tot allò que necessiteu i moltes gràcies per haver comptat amb nosaltres.

Iván Sánchez Moreno, del Grup d'Història Can Basté

Hola bona tarda, se m'ha demanat que sigui breu, ho intentaré ser en la mesura del possible, això no estava contemplat en el programa. Com veuran, efectivament estem envoltats d'una sèrie de plafons, aquesta és una exposició que vam fer el grup d'història de Nou Barris l'any passat, el 2007-2015, per commemorar dos efemèrides, una és que complia el grup d'història de Nou Barris, la nostra entitat, 20 anys d'història i l'altra és que es complien 100 anys des de la fundació, des de la inauguració oficial de l'institut mental de l'Hospital de la Santa Creu, que avui el que queda, el que encara resta en peus d'aquell gran edifici enorme en quant a dimensions és la seu del districte, la Janet Sanz, prou que coneix, precisament aquelles dependències. Aquests són els dos principals motius pels quals vam organitzar aquesta exposició, que està organitzada com poden veure en 10 plafons més un altre que introdueix una miqueta quin serà el context. Els marges cronològics d'aquesta exposició precisament són pertinents per les jornades que ara ens ocupen, perquè comencen amb els fonaments de la necessitat d'una assistència social cap els malats mentals fonaments ètics, morals, científics, mèdics, administratius, sobretot, i acaba precisament amb la fi de la reclusió dels mallals mentals que estaven allà tancats, el que podríem dir ja el desmantellament de la seva funció psiquiàtrica del propi edifici. Tot just llavors, mitjans dels 80, és quan comença la reforma psiquiàtrica a Catalunya, sobretot a Barcelona amb més força. Precisament, això, parlant-ho amb el Josep Aguilar, de l'AFEM, va considerar que efectivament poder presentar aquests preliminars d'on surten aquestes necessitats de la reforma psiquiàtrica podria ser molt pertinent per d'alguna manera introduir aquestes necessitats, què ha passat després d'aquests 30 anys d'història de la reforma psiquiàtrica, que ha quedat, què no ha quedat i seria pertinent en tot cas poder-ho discutir, poder-ho posar en diàleg amb el exposem en aquesta exposició. Veuran si després volen mirar-s'ho amb més detall, que d'alguna manera intentem reflectir no només la història, la crisi, podríem dir, perquè va ser una història bastant feixuga administrativament parlant, va arrossegar una crisi econòmica des del moment en que es va posar la primera pedra fins pràcticament els últims anys., de la seva història. Veuran aquesta història de l'institut mental i paral·lelament també tot el creixement, tot el canvi social, polític, que va

desenvolupar la ciutat de Barcelona. La fi de l'institut mental, va ser també, podríem dir, l'inici de Nou Barris com a barri, coincidint, precisament amb el moment que aquests murs que tancaven els malalts mentals s'enderrocaven per començar a integrar-se no només els propis malalts mentals com a ciutadans més del barri, si no que la pròpia ciutat havia enfosquit, havia ja per fi absorbit aquesta marginació que de manera urbanística fins a llavors havien patit. He estat breu, en la mesura del possible, en nom del grup d'història de Nou Barris, vull agrair a la gent de l'AFEM que ens ha donat la oportunitat de compartir amb vostès aquesta exposició.

Cristina Ventura, psicòloga de l'AFEM de Nou Barris

Comencem la primera taula rodona. Aquest any les jornades es titulen 30 anys de la reforma psiquiàtrica. On som? Com veiem es compleixen 30 anys de la llei de la reforma psiquiàtrica que va significar el tancament dels manicomis i va oferir la possibilitat que les persones dificultats, amb trastorns mentals poguessin ser tractades com a qualsevol altra persona dins el seu entorn social i comunitari. Es tractava de posar una llei en marxa que ens equiparava a la resta d'Europa i que volia ser una revolució. Durant aquets anys s'han aconseguit millores fonamentals en l'atenció a les persones amb trastorns mentals però també sabem que queden moltes coses a fer. En aquestes jornades, entre avui i demà, s'intentaran exposar programes i projectes que s'estan realitzant tant a la xarxa de salut mental de Nou Barris com fóra i esperem que siguin interessants.

La psiquiatria, una visió des de fora de l'especialitat

Victòria Martorell, cap Desenvolupament de Serveis Hospital de Santa Creu i Sant Pau

Bona tarda. Agrair-vos de donar-me la oportunitat de poder compartir idees amb vosaltres. Explico el meu perfil professional perquè si no és possible que el meu discurs s'entengui pitjor, jo sóc metge, mai he volgut ser una assistencial, vaig sortir de la facultat dient que em dedicaria a ser especialista en gestió i planificació sanitària i vaig tenir la sort d'aconseguir-ho i la meua altra branca professional des de fa 20 anys s'ha centrat en temes de bioètica, són les dues coses en les que m'he anat movent. En el camp de la gestió he tingut càrrecs diferents: des de la atenció primària a l'atenció hospitalària i en aquest moment, en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, entre d'altres coses però esmento dues perquè en algun moment les lligaré, sóc la responsable de temes

organitzatius de salut mental d'una manera molt explícita o més intensa perquè té una dinàmica paral·lela de tots els recursos comunitaris que tenim instal·lats i esmento una altra cosa perquè la lligaré després en els raonaments, també porto tot el tema de malalties minoritaris, que són malalties rares poc freqüents, que tenen també una dinàmica pròpia. Tinc altres càrrecs, però bàsicament ho dic perquè això explicarà algun dels comentaris. Si em permeteu, hi ha una cosa que no tenia prevista, però que entenc que per això m'heu donat la paraula saltant-nos l'ordre, el fer aquesta referència històrica... Un sent com s'explica la història de la pròpia institució i nosaltres no la vivim exactament igual, per nosaltres el tancament de l'institut de la Santa Creu és on dic que estem absolutament d'acord amb la desinstitucionalització dels pacients, estem absolutament d'acord amb un model comunitari, però la percepció històrica, el relat que hi ha casa nostra és el d'una pèrdua i que d'alguna manera és un abús del poder del moment que transforma les coses com li convé i que improvisa. A nosaltres ens continuen pesant els 80 malalts que es van traslladar a l'institut, de l'institut mental a un altre centre i que senzillament van morir, a nosaltres ens pesen, perquè es va fer precipitadament i malament. A nosaltres ens continuen pesant el fet que a l'institut mental, jo suposo que tenim present, és una donació anònima d'algú, que no vol que se sàpiga com es diu, però regala al comú, a la societat una edifici que fa 800 metres de llargada per l'atenció a les malalties mentals, que en el seu moment, i cal col·locar-ho en context històric era dels dissenys més avançats que tenia Europa, una altra cosa és que tot es converteix en obsolet i que les coses es van deteriorar, però a nosaltres ens pesa que una administració franquista preferís fer èmfasi en l'explosió urbanística i que el recursos de substitució comunitaris que es possessin fossin curts, pocs i a més a més a expenses d'una lluita heroica del barri i dels professionals, perquè l'administració no es va anticipar, per tant nosaltres en el nostre ADN, en el nostre relat històric això és un dol que segueix present. El dr. Pi i Molist dona la fortuna personal per la cura dels malalts mental i això passa a l'administració franquista en col·laboració de l'Ajuntament de Barcelona del moment, que veu la oportunitat de que no tindrà oposició, perquè tothom està d'acord que els grans dispositius no donen resposta ja, i aprofita l'avinentsa. Nosaltres tenim un propi relat intern, que és el càrrec més antic en el món que té Sant Pau, cuideu-se'n dels orats, és màrtir l'humà, 1402 i que després hi ha unes circumstàncies que passen per sobre, que ens superen i que en aquest moment Sant Pau està, ja fa uns anys, intentant tornar a vertebrar per recollir aquest encàrrec que ja no es un encàrrec de les administracions, és que és un deure, tenim donants anònims que han donat fortunes durant aquests 600 anys, per cuidar de la malaltia mental, una altra cosa és que cada època sap el que sap, té el que té i un les ha d'anar col·locant en context. Aquesta era una mica, ho dic perquè clar, nosaltres quan això surt ens dol,

perquè mai... és una mica una reivindicació, forma part del nostre nervi intern amb la voluntat de tornar una mica a ocupar aquest espai.

Aleshores, el tema està en que a mi m'heu donat la oportunitat de parlar de... és obvi, m'interessa la salut mental i fa anys que m'hi dedico des de fa anys però des de la clínica, lo qual em posa amb una posició atípica, que m'ha semblat agosarat però també un deure, fer un plantejament diferent, que jo us expliqui tot allò en el que ja coincidim probablement no aportarà cap valor afegit, estem d'acord en que hi ha una manca de recursos històric que caldrà anar compensant, estem d'acord en que el model és el comunitari i per tant tampoc.. jo he intentat construir un discurs una mica més polèmic d'aquelles coses que em criden l'atenció perquè com que he estat en altres parts de les disciplines mèdiques i veus comportament diferents, d'aquelles coes que quan tu no ets un directament implicat, si no que t'ho saps des d'una vessant una mica més llunyana o organitzativa, per comparació criden l'atenció, m'ha semblat que podia ser més enriquidor que no repetir tots els punts en els que estem d'acord. Amb això no pretenc dir ni que jo tingui les respostes, ni que jo en sàpiga, però els anys m'han ensenyat que si vols trobar solucions el que millor pots fer és fer bones preguntes i si no fem bones preguntes, segurament no desencadenarem coses. Per tant, insisteixo, jo no tinc les respostes ni pretenc dir-vos que la veritat la tinc jo, jo només parlo de coses que a mi em criden l'atenció per comparació amb altres entorns. Una de les coses que sistemàticament em criden l'atenció i ho lligava a les malalties minoritàries, per exemple, tot allò que hem anat aprenent en els darrers anys, és que tot allò que és complexa, que és difícil, habitualment, no és subjecte d'una sola especialitat ni d'una sola disciplina, quan major complexitat et presenten els temes i els reptes vas aprenent que l'única forma de donar-hi resposta és a través d'una mirada molt multidisciplinar, molt respectuosa dels coneixements dels uns i dels altres i que en el fons si no té algo d'intel·ligència emocional, de respecte mutu i de sumar, doncs el resultat final s'empobreix. Us explicava allò de les malalties minoritàries perquè al ser tan poques, tan disperses i sabem el que sabem, tenim dificultats per armar la part de coneixement i per trobar a més a més com es relacionen els professionals per a nodrir aquest coneixement. Si ho traslado en el camp de la salut mental, a mi em crida l'atenció, tinc més exemples, a mi em crida l'atenció la manca de sintonia entre els posicionaments des de lo biològic, de l'entorn i aquest és un tema que sembla que el portem amb reticència sense portar-lo amb tranquil·litat. Jo em miro per exemple, l'evolució que han fet els entorns de l'oncologia, que fa uns anys enrere ens posicionàvem dient, hi ha aspectes que agredeixen a la persona, que són tòxics i que fan que els cèl·lules es degenerin, el tabac, l'amiant, trenta mil coses, bé, al que hem hagut d'anar integrant és

que a partir del moment en que es posa en marxa el tema del genoma humà, al 1990, es comencen a generar un gavadal d'informacions, us recordo, si no erro, que s'acaba el projecte dos anys abans del que estava previst, que és abril del 2003 i que ens ha tocat aprendre un munt de coses i incorporar-les i els oncòlegs han hagut d'integrar que hi ha una part que és com biblioteca genètica que els humans portem a dintre i ens ha sigut traslladada i que o situació sorprenent i màgica, a vegades aquesta biblioteca és com un llibre que està en una prestatgeria i que mai s'obrirà i que a vegades determinades causes d'entorn, fa que el baixis de la prestatgeria, s'obri i es manifesti la malaltia, i per tant hem d'hagut d'anar fent tota aquesta transició d'incorporar aquesta idea de que els humans som massa complexos com per posicionar-los en aquest extrem o en aquet, perquè probablement hi ha casos molt diferents però farem tot el recorregut. Aleshores a mi això em crida l'atenció, no que es produeixi, perquè cada cas és diferent, en uns casos pesen més uns aspectes que en d'altres, a mi el que em crida l'atenció és que la manca de tranquil·litat amb que ho gestionem en l'àmbit de la salut mental, no estem prou còmodes anant-ho portant i si m'ho permeteu i sé que es generarà polèmica, i per això ho trec perquè sinó, no tindria cap interès, em sorprèn moltíssim quan un tema de coneixement mèdic, com és el protocol dels TDAH, el protocol que fa el departament, que jo en cap cas estic defensant que sigui el correcte, en tot cas és el millor que sabem plantejar ara i el temps dirà, amb les avaluacions pertinents quant d'encertat o desencertat estava, però és el que el coneixement mèdic funciona així i quan no hem funcionat així al llarg d'història, els metges hem fet molt mal, i ara utilitzo el meu coneixement bioètic i per tant, quan no tenim mètode, ordre i prudència, els metges podem ser perillosos i ens ho hem de recordar, això ho acabem plantejant com una discrepància no resolta dintre de la disciplina o del sector i ho trasllem al defensor del poble. Me'n sé uns quants de disbarats que els metges i la societat compartim i no se'ns ha ocorregut fer-ho, per exemple, si entreu en les estadístiques, veureu que el eurobaròmetre que ho mesura tot, diu que l'estat espanyol i de retruc Catalunya, que no és molt diferent, som els majors consumidors d'antibiòtics, que ens cau a sobre un problema rellevant perquè la resistència, el percentatge o nombre de resistències que s'estan plantejant començarà a ser greu perquè ens retirarà armes terapèutiques per atendre la gent i això que és un veritable problema, és obvi que s'ha d'acordar com el gestionem, com el maneguem, on les dues parts estem implicades, on els pacients no entenem ben bé quan serveix un antibiòtic i quan no serveix per res i els professionals que ens rendim o utilitzem criteris massa laxos que comencen... què vull dir, que en l'entorn sanitari n'hi ha més d'un de conflicte, a mi el que m'ha sorprès és que en lloc de plantejar-ho internament i amb calma, anar construint aproximacions, el trasllem i l'aboquem a l'exterior, que vull entendre que amb la millor bona fe, però que se'l

plantejarà des d'una perspectiva legal no des d'una perspectiva de coneixement, deixo la pregunta perquè és algo que crida una mica l'atenció. Aleshores, per anar traient temes que no siguin fàcils, si fossin fàcils no els hagués tret. Aleshores aquesta és una de les reflexions que jo volia fer i volia d'alguna manera fer aquesta mena de crida a la calma, tots hem de ser conscients, és cert, que en salut mental hi ha coses que no tenim i que ens dificulten la comprensió mútua, quan tu li dius a un pacient, tens la glucèmia aixecada, com que li dius un nombre i un interval en que és normal i un interval en que no, la comprensió es facilita, en el cas de salut mental, aquests indicadors encara no els tenim i mica en mica s'anirà generant coneixement, estic convençuda, ens permetrà d'alguna forma, ser més capaços de parlar en aquesta transició des de quan et falla la biologia o quan té molt més pes tot l'entorn, els teus aprenentatges o les teves circumstàncies, perquè és un recorregut continu i ens facilitarà l'espai, jo el que demanaria, el que faria és una crida a la calma, no passa res, el coneixement científic sempre ha sigut molt complicat d'assolir, d'avui per demà no aconseguim coses, coses que semblaven hipòtesis de treball terriblement sòlides, després, has d'admetre que no funcionava res, jo l'única cosa és insistir en la prudència. L'altre dia vaig sentir una frase que em va agradar molt en una entrevista d'Iñaki Gabilondo, que deia que els acords, les construccions mitges no existeixen prèviament a sentar-te a una taula, les construeixen els membres de la taula a partir d'aquesta voluntat d'anar aproximant. En aquest sentit, seria la meua primera reflexió, sé que no és fàcil i que és polèmica, però precisament, us trasllado que m'ha cridat l'atenció de quan ho comparo amb altres dinàmiques de grups de treball que també manegen coses complexes i que amb dificultats, sempre amb dificultats, però han hagut d'anar construint espais comuns i que això no es fa sense voluntat de crear-los, seria aquesta. Hi ha una altra cosa que m'ha cridat l'atenció històricament, i que per sort ara, l'altre dia en les jornades vaig veure que es plantejava, però clar és el tema, per exemple, de les dificultats que hi ha a l'entorn mental, lo malament que ens sentim, lo incòmodes que estem amb tots els temes de valoració d'incapacitat. Jo aquí volia fer dos comentaris, per dir-ho d'alguna forma, l'àmbit de salut mental no és l'únic àmbit on es produeix la... persones que circumstancialment, transitòriament o definitivament, han perdut les seves capacitats, és bastant freqüent, en l'àmbit de la geriatria, en l'àmbit de la geriatria és el pa nostre de cada dia que hi hagi una persona menys competent o més competent, sempre hi ha un cas polèmic, però habitualment aquesta és una valoració que acostumen a fer els personals de la **UFI**, multidisciplinària, mai feta per una única persona, ja hi ha un protocol de cura, però en general no és un tema que generi molta polèmica. Llugo aquesta intervenció amb un tema que sempre m'ha cridat l'atenció, que me n'alegro que es comenci a parlar, però just es comença i és el tema de les voluntats anticipades, la llei

de l'autonomia del pacient és de l'any 2000, és de l'any 2000, han passat 16 anys, jo he tingut la oportunitat, amb l'observatori de bioètica, no només vaig ser un dels redactors del document de la imitació d'esforç terapèutic, si no que després una de les conseqüències d'aquestes, era un tema tan difícil en aquella època com era la negativa dels testimonis de Jehovà a rebre sang i els galimaties que ens emportàvem de si t'havia de respectar els drets, no te'ls havia de respectar, com ho feien els professionals que es negaven, perquè ho vivien com abandonament de pacient, els jutges que deien cadascú el que creia més adequat, o sigui, era una situació... A partir del moment de l'aparició de la llei, la feina feta amb els testimonis de Jehovà i dic que és complexa perquè quan les coses surten malament, li va la vida a algú, que voluntàriament ha decidit que aquell és el límit terapèutic que marca, aleshores no vull insistir més però clar per mi hi ha un camp obert absolutament necessari, però que a més a més dóna oportunitats de desfer malentesos entre professionals i pacients, que és anticipar el format de les voluntats anticipades per arribar a aquest consens de escolta, si en algun moment no sóc competent perquè estic en una crisi, les meves valoracions són aquestes, la meva persona de confiança és aquesta, pactem, m'ho invento que baixo la dosi del medicament i si jo no m'adono de que començo a tenir simptomatologia, la persona de referència és aquesta, els meus límits seran aquests, dóna molt marge, no ho soluciona tot, és obvi que no, però en dóna, de la mateixa manera que insisteixo, en el cas dels testimonis ens ha permès tenir un escenari, comprensible per a tots, i no dic que no s'hagi hagut de treballar molt amb els clínics, per a què fossin respectuosos amb l'autonomia del pacient, però fent feina, notes clares millores. Evidentment, el consentiment, les voluntats anticipades no ho solucionen tot, hi han coses a les no et donaran resposta, que facis demandes il·legals o quan hi hagi tercers implicats, però bueno, tot això es pot treballar i avançar, francament sorprèn que un sector com el de salut mental, una eina parcial, amb limitacions però una eina, no l'haguem desplegat al 100 per 100 de la seva capacitat, és una cosa, que sorprèn, és un pendent però en aquest cas costa més d'entendre, que ens els hospitals d'aguts l'haguem anat imposant, que en els testimonis ho haguem aconseguit i arribar a un acord i aquí ho tinguem, per tant, era l'altra reflexió que jo volia aportar.

I la tercera és personal, això ja no té res a veure amb el currículum, té a veure amb les experiències personals, jo crec que les administracions han de vetllar sempre per estar al darrera quan els individus veiem superades les capacitats per gestionar el que sigui que la vida ens porti, però m'agrada a vegades, mirar-me les coses des d'una perspectiva una mica més distant, jo estic criada a pagès i per tant la meva cultura no és la urbana i de fet hi segueixo vivint, clar jo quan em llegeixo el pla de salut mental a

la ciutat de Barcelona, que em sembla la mar de bé, em queda una cosa per dir, i crec que vostès són interlocutors privilegiats en l'entorn però clar, jo crec que hi ha moltes coses lligades a la prevenció que surten de la societat civil i del nervi amb que nosaltres organitzem el nostre cada dia i la xarxa social que establím en el viure. Sé que les ciutats son un element estresor en front de les malalties mentals però clar, depenent de com la ciutat es vertebra i s'arma es fa front de manera diferent i els que som de pagès això ho tenim més clar, hi ha una dita que diu: "Més val un veí que un matí", si resulta que he de perdre tot un dissabte per ajudar en el d'allà, no em puc permetre no importa que voti el mateix partit polític que jo, que li agradi un equip de futbol diferent, és un tema de lleialtats establertes, d'ajudes mútues, de coses que saps que ell hi serà i que tu hi seràs, i això que és complexa, jo crec que és una de les coses que a les societats urbanes s'està afeblint, no en general com a societat, la societat catalana és capaç de donar respostes nerviüdes, la marató de la TV3, una societat que és capaç d'aplegar un munt de diners per a la recerca, és una societat nerviüda, però en canvi en la trama urbana, a estones un té la percepció de que perd coses. Si em permeteu un exemple, ho dic perquè a mi m'ha servit i aleshores a vegades quan parles amb gent et dones compte, és un exemple de mon pare, el meu pare era pagès i pagesos no massa sobrats de recursos, però una anècdota que recordo és que en el Maresme sempre hi ha hagut falta d'aigua i calia enfonsar els pous i trobaven prou aigua, evidentment, diners per dir-li als minaires que vinguessin i fessin el pou no n'hi havien, per tant això es funcionava de tal manera que una colla de pagesos que enfondien tots junts un pou i com no havia diners ens ho fem nosaltres mateixos. Jo recordo el pare que ens crida en els fills i ens diu nois anem a aprofundir el pou, hi ha un marge de risc, ens pot fallar algo i es pot enfonsar el pou, lo just és que vosaltres teniu 17, 15 anys , per tant lo just és que jo sigui els que estigui a 50 metres de fundaria, perquè vosaltres tirareu endavant, ja us he explicat què fer, ja ho sabeu, els altres, tenen fills de 6 anys, no tiraran endavant. Quan el pare t'ho planteja entens la justícia, el risc, el com s'ajuden... però clar, m'interessa una altra cosa, aquests pagesos que feien el pou amb el meu pare, els ha heretat el meu germà i ara és el meu germà, perquè ells són grans, que col·labora arreglant les aixetes o coses mecàniques que ja no es manegen tan bé i de retruc ells els hi tornen els millors tomàquets del món i d'aquests tomàquets que hereta el meu germà algunes em cauen a mi, i què retorno jo a la xarxa, que de vegades et porten un informe mèdic que no han entès del tot o no s'han atrevit a preguntar algo, o algo que ja devien saber però que ho han oblidat, què vull dir, jo tinc la percepció que això ens allunya de la soledat, ens protegeix mentalment, oferta coses que van més enllà del nucli familiar, al meu pare no li agradava llegir, però tenia amics que llegien molt. Jo vaig aprendre a llegir dels amics del meu pare, em passaven llibres, si em tanco en mi mateix, si espero

que tots em vinguin a cuidar, però jo no avanço, si no hi aquest entramat com de pacte previ, per tant torno una mica a l'inici, no es que jo cregui, no em malinterpreteu, que les administracions no han de fer el que toca, és que no és mostra al 100 per 100 en mans de l'administració i com a societat civil hem de pujar un cert to i aquest to, aquesta mena de poder el tenim si anem junts, si anem travats en les coses quotidianes, en com ensenyem el menjar als nens, en les eines d'interacció social que els hi trasllem, poder jo no sóc molt competent en algo i no li traslado a la meva filla alguna cosa, però poder un amic meu li traslladarà i ja no tinc més temps. Espero no haver ofès a ningú.

L'atenció als infants i joves dins la xarxa de salut mental: perspectiva històrica i actualitat

Carme Grifoll, directora CSMIJ Nou Barris

He centrat la meva intervenció en quatre punts, el primer és una mica els antecedents històrics, el segon és una mica com hem crescut, els hi aportaré també unes dades assistencials per a què ho puguin visualitzar i després faig unes propostes i unes reflexions. Quan una mica, tenim en compte el tema de les jornades, i al començar pels antecedents històrics, els hi diré que el que jo avui relataré es centra molt en la meua experiència dintre de la Fundació Nou Barris, abans no era Fundació i en els elements històrics que van fer possible els que som fins avui. El que som fins el moment d'avui, hem tingut des de sempre l'ajuda de l'Ajuntament del districte, ja en els seus orígens i la història, una mica els antecedents que jo situaré no són una història particular, la particularitzaré perquè estem a Nou Barris, però no és una història particular perquè és una història de molts professionals, que abans de la creació de la xarxa de salut mental, van fer possible una mica amb lo que deia la Victòria, van fer possible amb ajudes de l'administració, amb altres ajudes, a la creació de la xarxa. Amb quina idea, de la xarxa pública de salut mental, amb quina idea, amb una idea de voluntat de servei, amb una idea de poder copsar, poder recollir les necessitats que en el cas del que jo represento, la infància i l'adolescència, dels nens i adolescents d'aquest districte, llavors no és una història... particularitzaré, però és una història que segurament la poden compartir i la compartim amb tots siguin fundacions, associacions de salut mental infantil i juvenil, d'adults que van fer possible la conformació del que és en l'actualitat la xarxa de salut mental que en aquests moments pot recollir en diferents àmbits. Aleshores, en el programa posem 30 anys d'història, partim del 1986, però abans del 1986, en aquest districte va haver-hi un grup de professionals que estaven preocupats per alguns temes referits a la infància i l'adolescència, com podien ser el fracàs escolar, com podien ser

problemes amb la conducta, fonamentalment en alguns districtes, com eren Vallbona i Ciutat Meridiana, en aquell moment amb l'ajuda i el suport de l'Ajuntament van crear una petita unitat assistencial que estava formada per un psiquiatre i un psicòleg i es van començar a desplaçar a Ciutat Meridiana, per donar resposta a dues qüestions, una mica detectades les necessitats de la població infantil a dos nivells, un nivell de la psicopatologia i un altre nivell del fracàs escolar i del que pensaven es van traslladar allí perquè el que veien és que aquests pacients eren molt vulnerables i tenien moltes dificultats per poder accedir als llocs, perquè Ciutat Meridiana era un lloc molt aïllat, en aquell temps, jo recordo haver anat algun temps a Ciutat Meridiana, que em traslladava allí i realment la carretera era molt complicada i a vegades en dies de pluja un pensava si passa algo et quedes aquí parada, perquè els accessos estaven molt tallats. Aleshores, al 1980, es va crear l'associació Centre d'Higiene Mental Infantil i es va crear el Centre d'Higiene Mental Infantil i això va ser possible gràcies a un grup de professionals de la salut mental que estaven implicats en aquell moment en els moviments comunitaris i que defensaven una salut mental i la necessitat que hi hagués una salut mental i una salut pública. Al 1985, llavors va ser l'inici del que va ser el Centre d'Higiene Mental Infantil i Juvenil del barri de Nou Barris. La seu ens la va deixar en el 1985, el consell del districte i ens vam ubicar en el C/ Almansa, igual molts de vostès ho coneixien, el que van ser les galeries Granada i en l'actualitat nosaltres ara tenim, amb una aliança amb l'associació centre d'Higiene Mental del servei d'Adults, la dra. Paloma Lago que el representa, tenim el nostre Hospital de Dia, que aquí també està la nostra directora. Aquell edifici es va tirar i després ens van anar d'allà perquè hi havia aluminosi i estava en dolentes condicions i de vegades fèiem broma dient que aquí estem de manera solventant la salut mental però un dia se'ns caurà una biga i estem tots en perill. I gràcies al districte i a l'Ajuntament del districte, ens van ubicar, abans que fos la seu del districte, ens vam ubicar aquí i vam estar durant molts anys, vam estar tant el servei d'adults com el servei d'infantil, vam estar ubicats a lo que ara és la seu del districte.

Aleshores, això va ser al 1985, teníem un petit recolzament econòmic en aquell moment, per part de l'Ajuntament de Barcelona, però en el 1985, es va retirar aquest recolzament econòmic i vam dir els professionals diríem que estaven, jo en aquell moment encara no estava aquí però he anat als arxius històrics per recollir, jo em vaig incorporar una mica després del 86. Aleshores el que vam aconseguir, perquè no teníem recolzament econòmic, el que no podíem era seguir la nostra tasca assistencial, aleshores el que vam aconseguir, és va parlar amb diferents pintors catalans, puc citar Tàpies, Guinovart..., fins a 14 pintors i vam fer un fons d'art i aquest fons d'art el van presentar a la Caixa i la Caixa el va adquirir i amb el que va adquirir ens va subvencionar durant 4

anys, i això va permetre que poguéssim continuar la nostra tasca com a Centre d'Higiene Mental Nou Barris. Nosaltres en aquests moments estem aquí al C/Lorena i com a recordatori d'aquell moment tenim unes petites reproduccions d'aquests pintors que ens van permetre en aquell moment, lo que la Caixa va fer i vam continuar la nostra activitat assistencial, això per una banda, i per l'altra, l'Ajuntament, una vegada més, va cedir a les famílies, beques per a que es poguessin continuar tractant nens i ens va cedir els locals del C/Almansa en aquell moment per a poder estar-hi. Del 1986 anem al 1989 i llavors el Centre d'Higiene Mental que desenvolupava la seva activitat assistencial amb els nens del 0 a 18 anys del districte, amb diferents nivells, les demandes podien ser múltiples i molt diverses. He volgut fer referència a que es va crear un Centre de formació i estudis en Ciències de la Salut Mental i vull fer menció a això perquè en el seu inici nosaltres vam detectar unes necessitats que estaven molt ubicades a Ciutat Meridiana, fonamentalment, també que ha sigut una quota que a nosaltres ens ha portat a desenvolupar, a presentar a l'administració programes i a desenvolupar la nostra tasca, copsar a través de la nostra tasca assistencial quines son les necessitats que van presentant els nens, els adolescents i les seves famílies. Això, d'alguna manera és un eix que té a veure amb la Fundació Nou Barris i he volgut destacar això que va fer en el seu moment el Centre de formació i d'estudis en Ciències de la Salut Mental perquè un altre eix actual de la Fundació Nou Barris és el de la formació, la docència i la investigació. En aquell moment van fer aquest centre de formació amb dos objectius, un era poder nosaltres fer una formació continuada a professionals diferents de la psiquiatria, psicologia i altres disciplines, això per una banda i per una altra banda, formar en temes específics de la salut mental a diferents professionals de la xarxa i reprenc això, que en l'any 89 vam crear això i vam fer un conveni amb la universitat i durant uns anys va ser un postgrau. Aleshores, el 15 de febrer de 1990, s'estableix el primer conveni amb la Conselleria de Sanitat i aleshores el Centre de Salut Mental es fa càrrec de la població del districte de Nou Barris, aquest conveni amb la conselleria que és del 15 de febrer de 1990, és el "pistoletazo" de sortida de la creació de la xarxa igual que nosaltres, molts més altres centres, institucions en diferents districtes de Barcelona, donen servei especialitzat en salut mental per a nens i adolescents. Si bé la creació de la xarxa, està coberta en el centres de salut mental infantil i juvenil, si bé hi havia una planificació de poder fer extens arreu de Catalunya aquests centres de salut mental això va tenir una evolució lenta i després en l'actualitat hem de dir que a vegades nosaltres, els d'infantil i juvenil diem que la xarxa no està del tot desenvolupada i per què ho diem, per dues qüestions, òbviament falten recursos, però falten recursos fonamentalment en relació als nous reptes que ens plantegen els nens i els adolescents en l'actualitat, falten recursos en relació a dues vessants, una vessant que sobretot falten recursos i tenim

que pensar coses en el traspàs dels nens als 18 anys, en el moment que els nens deixen l'escolaritat, que és un moment de risc, en el moment que no tenen el graduat per dificultats de la seva pròpia psicopatologia i es queden molt despenjats i aquí és on encara hem de seguir fent esforços per veure quines respostes podem donar a aquestes necessitats. El 21 de març del 95 en aquell moment, nosaltres érem un Centre d'Higiene Mental Nou Barris, érem una associació i quan nosaltres vam passar a formar part de la xarxa, vam tenir una reflexió al voltant de si continuàvem sent associació o no i en aquell moment ens vam avenir a un marc jurídic que és la Fundació, i des de llavors som la Fundació Nou Barris i com hem dit abans, té diferents directrius, una és l'assistencial que el seu servei principal és el Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil de Nou Barris, amb una coordinadora que està aquí, que és la Roser Casalprim, tenim un altre servei que és un programa, que nosaltres l'hem transformat en un servei, que és el programa d'atenció a nanos tutelats que el coordina la Susanna Brignoni i conjuntament amb mi que faig la funció de direcció, formem part del consell de direcció. I en l'actualitat l'equip està format per 20 professionals, entre psicòlegs, psiquiatres, treballadors socials i administratius que portem no només la tasca assistencial, portem una tasca de formació, una tasca de docència, d'investigació, tenim convenis amb diferents universitats i a més el nostre eix és el treball en xarxa i el treball comunitari i és d'aquesta manera que nosaltres tenim en el centre el nen i les famílies però la nostra intervenció passa molt també, en molts dels casos per fer un treball conjunt, això que també deia la Victòria, d'una altra manera, nosaltres som els clínics però la feina la fem entre tots i això és crear xarxa. Aleshores, el segon punt que vull parlar és que hem crescut, des del 1995, hem crescut amb programes que hem anat congeniant amb el Servei Català de la Salut com en que hi ha un augment de la demanda assistencial en tots els nivells, tenim un augment de la demanda assistencial que ara els hi mostraré i per una altra banda hem pogut créixer amb programes assistencials, que és la manera de fer convenis amb el Servei Català de la Salut i que ens permeten en alguns dels casos donar una atenció més diferencial o més intensa a alguna de les poblacions. Els citaré perquè els vegin, si després algú té interès pot preguntar, en primer lloc, en els seus inicis, vam detectar problemes a Ciutat Meridiana, tenim una antena, un professional es desplaça cada setmana allà i en l'ambulatori treballa conjuntament amb els metges, amb els psiquiatres i atén a la població de Ciutat Meridiana, la nostra treballadora social també hi va i participem de taules i espais que vostès saben que hi ha molta activitat a Ciutat Meridiana. Després tenim el programa de suport a les residències de la DGAIA i és un programa que el tenim des de l'any 1997 i és un programa que conjuntament amb les Corts van ser dos programes pilots a Barcelona i ens vam repartir els centres residencials, meitat les Corts i meitat nosaltres. Nosaltres el que vam veure des de l'inici

és que, per l'experiència que teníem i pels antecedents dels casos de nens que estan tutelats, que teníem que crear un servei per donar atenció als CRAEs i fem dues coses, per una banda donar suport als educadors que es fan càrrec d'aquests nens que viuen als centres residencials i per una altra banda el que fem és assistència, tant farmacològica com psicològica si es cau. El que hem vist en aquests anys, si bé veníem d'alguna manera amb la suposició de que tots els nens que estaven tutelats, és a dir, que la DGAIA es feia càrrec de la seva tutela, perquè per diferents raons no podien estar en l'àmbit familiar, tots aquests nanos eren susceptibles de tenir problemes de salut mental, per tant, tots els nens i joves que estaven tutelats, havien de rebre una atenció psicològica. La nostra experiència ens va portar a dir, a posar interrogants a això, a posar interrogants de tal manera que si bé és veritat que els nanos tutelats tenen una particularitat i és que han estat retirats de la família, no necessàriament aquests nens tenen problemes de salut mental, amb lo qual nosaltres hem intensificat la nostra atenció i el suport als educadors del centre, amb lo qual nosaltres ens desplaçem allà cada quinze dies, cada mes, per treballar amb els educadors a partir dels casos i del problema que ells ens presenten i el que hem vist en tots aquests anys amb la seva implementació, és que els nens venen millor derivats, venien més cribats i venen d'una millor manera, o sigui, que els nens que reben atenció psicològica o farmacològica quan es cau, venen en millors condicions. Simplement els citaré, tenim un programa TMG que es dedica especialment per donar una atenció més intensiva als nois, als nens i adolescents que tenen problemes de trastorns mentals greus. S'intensifica més l'atenció en aquests nens i les seves famílies. Tenim un programa de Salut i Escola des de l'any 2011. Fem suport a la primària, els professionals dels nostres serveis es desplacen als centres de salut, als ambulatoris, als CAPs, per donar suport i treballar amb els casos que plantegen problemàtiques. I també, recentment, des de l'any 2015 recollim les necessitats i a partir del que nosaltres parlàvem amb els EAPs, amb les escoles, amb els tutors, amb la nostra pròpia experiència clínica, vam presentar un escrit a l'administració i aquest escrit ens està retornat en forma de programa d'adolescències en risc i això ens permet, intervenir en quatre instituts del districte. Simplement les gràfiques aquestes, vostès veuran que és del 2002, la nostra activitat assistencial i la progressió dels pacients, ha estat d'un 76%, per a que ho vegin amb pinzellades. Hi ha un augment de l'activitat assistencial, hi ha una progressió en la demanda de primeres visites amb un augment des del 2002 d'un 25%, hi ha un augment de tota l'activitat assistencial d'un 12%, dels actes clínics que nosaltres hem fet a partir del 2012, les dades anteriors són del 2002 fins el 2015 i aquí, des del 2012 al 2015, en 4 anys, hem augmentat un 12%. Hi ha un augment, nosaltres quan els pacients vénen a fer una primera visita, una visita d'acollida, amb un criteri clínic, on determinem quin és el curs

d'entrada al nostre servei, el nostre servei és l'acollida i després determinem les seccions terapèutiques a seguir. Una de les seccions terapèutiques són tractaments familiars, que han augmentat en un 26%. Això ens ha portat a introduir el que anomenaré com a millores, una de les millores que nosaltres hem introduït, és un programa de prioritització de visites. Des de feia anys s'havia fet un programa de llista d'espera, amb l'objectiu de no tenir una llista d'espera cega, és a dir, que nosaltres sabíem en tot moment què és el teníem esperant, tenim 6 mesos, tenim 7 mesos, nosaltres no hem arribat a tants mesos però sí sabíem el que teníem esperant. El que passa és que últimament les derivacions ens venien moltes per caràcter d'urgència i aleshores aquest caràcter d'urgència, per diferents raons, que no venen al cas, ens va portar a fer un programa de prioritització de visites i el que veiem aquí per una banda, hi ha una sol·licitud d'urgències i preferències que ha anat en augment i per una altra banda, que aquest programa de prioritització de visites ens ha permès discriminar el que és urgent, el que no és urgent i el que és una urgència subjectiva. I el que veiem en aquests moments, entre d'altres circumstàncies, sociofamiliars, culturals, del moment, etc que moltes derivacions que venen amb caràcter d'urgència, no són pròpiament urgències clíniques si no que moltes vegades és la urgència de la situació, la urgència subjectiva. Com a millores, simplement us citaré, hem fet un programa de prioritització de visites, tenim el programa d'adolescències en risc, amb la nostra intervenció als instituts, tenim grups de pares, grups d'adolescents, espais de coordinació amb el servei d'adults, que ens sembla que són molts importants i espais de formació interna. Els espais de coordinació amb el servei d'adults en dues línies, una línia que és quan els nois, quan els nostres pacients tenen els 18 anys i són susceptibles de continuar el tractament i han d'anar al servei d'adults, aquest és un moment de risc i un altre, en aquells pacients que estan en el programa de TMS d'adults i tenen fills i llavors ens hem de coordinar o bé nosaltres atenem nens i veiem a pares que tenen problemàtiques, aquests dos àmbits, són àmbits de coordinació, però més que una coordinació el que requereix és un treball continuat i conjunt dels dos serveis.

Per últim, consideracions i reflexions, alguns trets que jo vull dir de la infància i l'adolescència, semblaria que moltes vegades no són escoltats, no se'ls té en compte... els hi he de dir que és una edat especialment vulnerable per la dependència per una banda, envers l'adult i per l'altra banda perquè s'estructura la psique i la personalitat del que serà el futur adult. En l'actualitat veiem que hi ha canvis a nivell familiar, a nivell social, les noves tecnologies, a nivell d'autoritat i tot això afecta a les maneres de relació entre els nens i adolescents, a les maneres que ells tenen d'accedir al saber i a altres qüestions, a qüestionar l'autoritat, a no estar atents a les escoles i un llarg etc i això

porta a diferents simptomatologies, que no vol dir totes psicopatologies, però sí d'alguna manera que porta a una complexitat del que és la infància i l'adolescència que hem de prestar atenció. Què crec que és important, tenir en compte la detecció, la detecció sobretot en aquells problemes, la detecció que podríem dir la prevenció, si prevenim no vol dir que curem necessàriament, perquè hi ha malalties que no es curen, però sí hi ha malalties que detectades a temps i fent un bon diagnòstic tindran un tractament adequat en el seu moment i una millor evolució i el que farem serà evitar la cronicitat, això que es parla amb els adults, amb infants i adolescents no podem parlar de cronicitat, encara no. I a vegades, es fa un traspàs de certes coses dels adults en el camp de la infància i l'adolescència. Per una altra banda tenim en el món de la infància i l'adolescència que l'educació és obligatòria, això porta a una complexitat, si els nens han d'estar sí o no a l'escola a partir dels 3 anys i en aquests moments, veiem que l'escola pateix de molts problemes, de com fer, de què fer, tant és així que l'escola, vostès saben que a Catalunya, s'estan plantejant nous mètodes i noves maneres d'abordar els aprenentatges. Això ho dic perquè ens sembla que hi ha coses iniciades com el pla interdepartamental, però en el pla interdepartamental entre salut i educació encara ens queda molta feina a fer perquè del que es tracta és de que les polítiques es puguin planificar i parlar conjuntament, perquè l'edat obligatòria de l'ensenyament el que obliga és a donar moltes respostes, però hi ha nens sobretot aquells nens que tenen problemes de salut mental greus, que hi ha interrogants sobre si tenen, si poden, si han d'estar o no a l'escola i de quina manera, és aquí on, a partir dels diàlegs, poder pot ser, podem pensar altres formes d'intervenció entre els serveis. Després hi ha un altre apartat que són els espais de trobada entre els professionals, seguint el que deia la Victòria, són fonamentals, perquè és la única manera de, no de crear la xarxa, la xarxa hi és però la xarxa l'hem de fer existir i no la farem existir si no hi ha aquests espais de trobada continuats. I després volia fer un especial èmfasi en el diagnòstic, això que moltes vegades en la infància i l'adolescència ens demanen, quin diagnòstic té, com ve diagnosticat, què li passa, el diagnòstic, tantes vegades demanat pels professionals, és una brúixola, faig servir paraules de la Begoña Román, que és una catedràtica d'ètica, que deia això precisament, el diagnòstic és una brúixola, que ens orienta, ens orienta la cura, ens orienta en les nostres intervencions terapèutiques, ens marca una ruta però mai el diagnòstic, ens ha de servir per posar una llosa a sobre del pacient, per estigmatitzar, els clínics els hem de fer servir per això, però hem de tenir cura dels diagnòstics, i sobretot en el camp de la infància i de l'adolescència, els diagnòstics que poden marcar de per vida.

Balanç de 30 anys i perspectives de futur

Paloma Lago, directora CSMA Nou Barris Nord i Sud

Superats els entrebancs de la tecnologia, que és com una metàfora del que hem tingut que superat com entrebancs en aquests 35 anys de la reforma psiquiàtrica i que després m'estendré amb això, però primer volia agrair a l'associació de familiars de Nou Barris amb la que hem treballat des de fa 18 anys colze a colze amb l'associació de familiars, el centre de rehabilitació Pi i Molist, el CSMIJ i el CSM i que un dels productes d'aquesta col·laboració han estat aquestes jornades, les setzenes. Per altra banda, agrair també al districte que sempre, com ha relatat la Carme anteriorment, ens ha donat suport amb locals, amb propostes, malgrat els canvis polítics, dels diferents regidors, però que des del principi hem trobat una posició oberta i d'acompanyament amb els nostres serveis. També volem agrair al districte i a la representant en aquell moment, que tenim aquí, que és la consellera de salut, pel suport que ens dona amb els projectes presents i futurs. Per què ha passat això de en lloc de 30 anys són 35 anys, 35 anys perquè va començar la primera reforma que va ser la Diputació de Barcelona, que era en el moment aquell la que tenia les competències en salut mental, a fer un document, era el primer document de reforma psiquiàtrica, i amb aquest document, en aquest moment liderava per una banda el diputat, el senyor Agustí de Semir i per altra banda, el psiquiatra que estava al cap de mà, el Dr. Lluís Cabrero, que per mi és una persona entranyable perquè jo em vaig formar, entre d'altres coses al Clínic, amb ell, com psiquiatra i en què consistia, en introduir el concepte de territorialitzar, és a dir, que els pacients tenien que atendre's al territori i teníem que apropar serveis al territori. Com psiquiatria, havia discussions amb altres psiquiatres de quines bogeries feu, què us vull dir, en aquell moment només es van crear 5 centres de salut mental d'adults a Barcelona ciutat i un únic Hospital de Dia, a part dels serveis hospitalaris que estaven en els grans psiquiàtrics, això era el tram de reforma psíquica de la diputació de Barcelona, per tant van començar a treballar en aquell moment, havia metges de primària però no hi havia cap àrea bàsica, en les àrees bàsiques no hi havia històries clíniques. La salut mental estava absolutament aïllada de la sanitat, érem lo que és la marginació que continua, però ha minvat, era la marginació dins de la sanitat, la salut mental, era la marginació dels professionals de la salut mental dins dels professionals, és dir, tu deies soc psiquiatra al costat d'un internista i eres un professional de segona categoria. Ho dic perquè fins i tot quan es parlava dels centres de salut mental i malgrat haver dit lo de l'Ajuntament, jo recordo anècdotes, de com la discriminació existia per l'absoluta falta de coneixement de la problemàtica de salut mental de la seva prevalença, és a dir, de la seva prevalença en la comunitat, recordeu que en aquell moment no havien ni estudis

epidemiològics, en el món, en Anglaterra i EEUU començaven els estudis epidemiològics psiquiàtrics, però en aquest país no hi havia res, per tant es sabia quina prevalença hi havia de problemes amb la comunitat i jo us dic una anècdota, malgrat que l'Ajuntament del districte ens va ajudar amb el local, recordo un comentari del pobre gerent en aquell moment que ens va dir: "...Con tu barraquita..." i jo li vaig dir, atensem 300 pacients a l'any, us ho dic com un exemple d'aquesta ambivalència en relació a la salut mental, simplement és una anècdota. Però que ha sigut això una lluita d'anys, per fer-se un lloc sí. Per tant primer, jo volia centrar en unes pinzellades en què s'entén que és un trastorn mental i simplement diré que un trastorn és un conjunt de trastorns emocionals dels que podem establir un diagnòstic clínic, que es manifesten en episodis temporals, que poden afectar a les capacitats de la persona i que la seva persistència en el temps tindrà a veure amb la predisposició i l'estil personal per afrontar-lo i fer un trastorn mental pot afectar o podria afectar en alguns casos en un àrea o varies àrees de la vida. Però per conèixer una mica la dimensió, 1 de cada 5 persones de la població general experimentarà un trastorn mental al llarg de la seva vida i sobretot l'inici es dona entre els 12-14 i 35 anys. Un altra segona, la manca de coneixement de la problemàtica de salut mental dificulta la identificació de senyals d'alarma per part de la població, per part de l'usuari i per part de la família, i retarda la petició d'ajuda a la porta d'entrada del sistema, cada vegada menys, ja ho veureu, que és el sistema sanitari general. Abans la porta d'entrada més important era a través d'urgències psiquiàtriques, ara la porta d'entrada, des de fa molts anys, és a través dels metges de capçalera. Una altra dada, el 40% dels pacients amb malalties mèdiques cròniques cursen amb una depressió. Una altra dada, un 36% dels usuaris amb diagnòstics TMS, tenen una comorbiditat orgànica, és a dir, a altres malalties orgàniques que algunes poden ser cròniques. La comorbiditat del trastorn mental i abús de tòxics és molt gran, dels nostres pacients amb diagnòstic TMS, un 20-25% tenen comorbiditat amb abús i dependència amb tòxics. La inhabilitat laboral dels diagnòstics TMS és del 70-80%, això no només en el nostre país, si no xifres europees. La mortalitat per suïcidi, amb la crisi ha augmentat. L'estigma social agreuja la dificultat de participació activa i d'inclusió social. Els usuaris amb problemàtica de salut mental, de trastorn mental, tenen hospitalitzacions mèdiques evitables via urgències, això és un estudi fet a Catalunya, per les dificultats del cuidador permanent de la salut. Una altra, els usuaris amb diagnòstics TMS, encara tenen hospitalitzacions psiquiàtriques evitables. Els diagnòstics TMS tenen una expectativa de vida 15 anys menor, això és la salut mental. Això són els trets principals de la salut mental. Si us fixeu aquesta rodona, està posat de major número de persones a menor número de persones, i la població la comunitat que té problemes de salut mental i drogues, si tenim compte 150.000 habitant a Nou barris, adults, són 20.000. els usuaris que van a les àrees

bàsiques i que són detectats com a casos de salut mental, estem parlant de 15.000 usuaris, un 10%. La següent, els que van a l'atenció especialitzada, CSMAS, urgències, CAPS i CSMIJ, després aquí, al CSMA estem parlant de 7459 usuaris, al 2015, que és un 4'97 de la població. Aquí, dins del CSMA, hi ha un grup de població en què donem un suport més especial i amb el que treballem transversalment i és amb els diagnòstics TMS, estem parlant de 2639, és a dir, un 1'97 de la població. I aquí treballem i treballem amb programes TMS, amb programes TSI, amb reinserció laboral, amb rehabilitació, els reingressadors d'urgències, amb un programa de reingressos, quan derivem un pacient a hospitalització parcial i amb continuïtat amb les associacions de familiars. Que és aquesta relació que jo us he dit que tenim des de fa 18 anys i parlem i discutim i ens diuen això hauries de millorar-ho o això m'hauries d'ajudar.. Per exemple, jo fa dos anys, els hi vaig demanar, ens hauríeu d'ajudar amb el tema de l'absentisme i ells ens van ajudar, van enviar una carta als seus socis per presentar aquest problema de l'absentisme i per tant amb l'absentisme estem perdent recursos i és important coresponsabilitzar-nos tots. Una altra són els pacients que van a aguts o subaguts que són dades del 2015, 212 usuaris que és el 0'14 de la població i aquí tenim 12 pacients amb alta dependència psiquiàtrica que són hospitalitzacions de dos anys, intensives amb objectius rehabilitadors i 8 pacients de la Mille, i contesto i continuo amb això que són els pacients que tenim a Benito Menni que estan amb cures paliatives, sense alternativa d'alta. Això és important perquè depèn com es treballi amb els serveis comunitaris, i us ho dic perquè nosaltres des del principi vam fer un registre i això és molt important de tots els pacients de Nou Barris que estaven hospitalitzats a la Mille, vam anar a Santa Coloma i vam tenir tota la col·laboració de tots els hospitals, a Benito Menni, etc. Per tant dels 5000 llits o 2000 llits que deies, de Nou Barris hi ha 8 i això és l'efecte de treball d'anys amb intervenció dels serveis que atenen Nou Barris i quan parlo dels serveis que atenen a Nou Barris, no només són els centres de salut mental, els centres de rehabilitació, de reinserció laboral, si no també la unitat d'aguts, d'urgències... Gràcies al treball de continuïtat assistencial del que estem molt orgullosos com sector. En aquest sentit, et contesto a tu que realment per poder fer una atenció integrada i una continuïtat assistencial és bàsic que entre tots construïm una xarxa amb respecte i tenint en compte la dignitat de les persones que són els pacients. Aquí si us fixeu, la població amb problemes de salut mental, quan treballem en prevenció, en promoció de la salut mental i una mica que ja ho ha dit molt bé, és la comunitat per l'usuari, la família, fa la seva autogestió dels seus problemes i la seva autocura a través dels amics, de la família del suport i per això els vincles, el suport, el compartir és un mecanisme protector de la salut mental. Les cures generalistes serien les que farien els metges de capçalera, les cures especialitzades serien les que farien els centres de salut mental, els CAPs, el

CSMIJ i urgències, les cures més complexes que requereixen d'una atenció transversal, no només dels programes dels centres de salut mental si no reinserció laboral, rehabilitació, amb suport a la residència, amb serveis socials, amb centres cívics... Després les situacions agudes complicades, serien les que requeririen un internament, una hospitalització i les situacions agudes complicades de llarga durada, seria un ADP. Si us fixeu he recollit dades de l'any 82 del nostre centre, s'atenia poquíssima gent, però no només entre hospital psiquiàtric, si compareu les xifres, seria això. En el primer lloc no se sabia quins problemes hi havia, no havien estudis epidemiològics, ni internacionals ni nacionals. Segon les àrees bàsiques no hi havia, havien metges de capçalera que funcionaven sense història clínica, 2h i mitja, això era la realitat. Tercera, el CSMA, l'any 81 és quan comença, però és al novembre-desembre, hem de fer el projecte, comencem a veure pacients aquell any, el primer any veiem 350 usuaris dels que 70 eren usuaris diagnòstic TMS, un 25%, no és tan diferent... internament, nosaltres ja des del principi registràvem tot vam tenir 250 aguts, però aquí havia 300, en llarga estada, veieu la diferència del que és això i el que és això. Deixeu-me dues coses, quan un fa una atenció integral ha de pensar en set coses, una, que els usuaris tinguin una experiència positiva del tractament. Dos, que prevenim la mort prematura, el suïcidi als efectes adversos de la medicació i la comorbiditat orgànica, per això el treball en risc cardiovascular... Tres, proporcionar la qualitat de vida i el termini, perquè no és com un assaig clínic que es contempla als 3 mesos, aquella persona dins de 5 anys, dins de 10 anys, dins de 15 anys, com serà la seva vida. Ajudar a recuperar els episodis, no és una cosa continua. Tractar la gent en entorns segurs i protegir-la dels perills evitables com moments d'augment de la vulnerabilitat, per exemple, es sap que el major moment de vulnerabilitat d'una persona amb una diagnòstic TMS és just abans d'una hospitalització, durant una hospitalització i els dies posteriors, si nosaltres fem el que ens diu el contracte, que seria que els hem de visitar al cap d'una setmana si estan en programa TMS o 15 dies, al moment de vulnerabilitat no l'estaríem, i no m'invento res, que són estudis anglesos que són els que més treballen el tema de la seguretat del pacient en salut mental. Nosaltres ho fem en 48h i si el pacient no ve, el truquem i donem visita i amb això tenim un 99% de pacients que venen a la post-alta. Estem treballant tenint en compte els moments de gran vulnerabilitat de la persona. Dos coses més, la següent, per què hem de treballar en prevenció de la salut i en promoció, en grups de risc per exemple, vam fer un estudi de pares TMS que tenien fills menors de 18 anys i arrel d'això vam pensar que havíem de fer un grup de pares per ajudar-los a poder desenvolupar aquestes perquè veiem que hi havia molta intervenció de la DGAIA, serveis socials... o per exemple, la detecció precoç o la detecció en fases primerenques. En promoció de la salut, això que s'ha dit que Barcelona està ben dotada, perdoneu, si tenim en compte els determinants socials

augmenten la vulnerabilitat de la població i que els determinants, que uns són determinants socials, psicològics, o biològics, els socials són la pobresa, la immigració i l'aïllament, no tenim en aquest moment a Barcelona una prioritització per barris amb menor renda per càpita, per tant és una cosa que la Federació ha de tenir en compte, que les desigualtats socials produeixen un augment de vulnerabilitat i que per tant ha d'haver més serveis i més desenvolupament de serveis en territoris amb més pobresa. Un altre, els actius de la comunitat, què és, per què... són els que ens poden ajudar a minimitzar els factors desencadenants, perquè una cosa són els factors de vulnerabilitat però una altra són els desencadenants, que juguen en bucle, i això com es fa, doncs a través de la col·laboració amb els plans comunitaris, la col·laboració i amb tot el desenvolupament de projectes comunitaris, per això nosaltres diem que la salut mental especialitzada, és a dir, els centres de salut mental no només fan programes assistencials si no també fan programes de continuïtat assistencial per a construir coneixement i xarxa per atendre els pacients si no també fan programes comunitaris, però per fer això, veureu, que està penjat al consell de salut tots els programes que teniu amb resultats, que són programes assistencials, programes de continuïtat i programes comunitaris.

I parlaré del futur, quins eixos hem de reforçar, si us fixeu, nosaltres contínuament estem treballant en dues direccions, aquí nosaltres estem treballant amb la comunitat, estem treballant donant suport a les àrees bàsiques, estem treballant amb el CSMIJ, estem treballant amb programes de continuïtat, amb urgències, amb el programa de reingressadors, estem treballant amb hospitalització parcial, rehabilitació, amb inserció laboral, amb suport a la residència amb aguts, subaguts, per exemple, a aguts o urgències desplaçem un professional setmanalment de cada centre, que va a veure pacients, el llistat d'ingressos, fa registres... Què és el que tenim que reforçar, i per això necessitem més recursos, i més recursos són més hores de professionals, si no tots podem dir que fem moltes coses i ho fem però per exemple, amb els programes comunitaris, fem alguns però no tots els que us he posat, però són els que considerem que hauríem de fer, no ho fem perquè no tenim suficients recursos. Què és el que tindriem que reforçar en el futur, un, la intervenció comunitària, dos, el suport a les àrees bàsiques, que ja ho fem i ens desplaçem setmanalment, tres tota la relació amb urgència i reforçar-la i reforçar la reinserció laboral, suport a residència tots els programes transversals.

Activa't per la Salut Mental: programa d'apoderament

Cristina Conejo, responsable de l'Espai Situa't de Nou Barris

Bona tarda, primer de tot disculpar a la Machús que és la meva companya que havia d'estar avui aquí però ella està substituïnt un company i jo l'estic substituïnt a ella i enviar una salutació que entre tots i totes li farem arribar al Josep Aguilar, que ha fet molta feina per a que això sigui possible com deia l'Israel i al final no ha pogut estar aquí. I després agrair a tota la gent d'AFEM, de l'associació, que tiren endavant i fan possible que l'associació avanci i que estiguem avui aquí. També volia dir que estic contenta perquè veig cares que conec justament per l'Activa't que ara us explicaré i a part de les persones que òbviament estan avui a les taules, però vull dir entre el públic i que pot ser em poden ajudar a explicar-ho.

Començo a explicar-vos l'objectiu principal del projecte Activa't per la Salut Mental, que seria situar a les persones amb problemes de salut mental i familiars al centre com agents actius, com a protagonistes dels processos de recuperació i ara us aniré explicant com ho fem. L'Activa't és un projecte pilot, això vol dir que s'està avaluant, també us explicaré després com es fa aquesta avaluació per veure si funciona, si no funciona, què és el que sí, què és el que no, la idea era que durés 3 anys, aquesta prova pilot, 2015, 2016 i 2017, però s'ha ampliat al 2018, perquè els resultats finals els tindrem al mitjans del 2018, llavors la idea és no aturar el projecte a no ser que aparegui alguna cosa que ens faci pensar que no està funcionant i que l'hem d'aturar. Llavors l'Activa't s'està fent a 13 territoris de Catalunya, després us posaré el mapa també. Un d'ells és Nou Barris. Aquest projecte s'ha tirat endavant amb una aliança formada per professionals, familiars i persones amb problemes de salut mental, a través del departament de salut de la Generalitat, la Federació Veus que agrupa associacions de persones amb problemes de salut mental, la Federació Salut Mental Catalunya, que agrupa associacions de familiars i primera persona i proveïdors de salut mental, que són els CSMAS, com en aquest cas Nou Barris i les associacions dels territoris, que a Nou Barris és AFEM. Llavors per què aquest projecte, hi ha vàries recomanacions, tant internacionals com europees, que parlen de la necessitat de l'apoderament de les persones amb problemes de salut mental i dels familiars, també de millorar la informació, hi ha el pla d'acció europeu de salut mental que parla de l'apoderament, el sistema nacional de salut, l'estratègia de salut mental, parla de la necessitat d'informació i orientació que això nosaltres ho traduïm en els psicoeducatius, el pla de salut, etc.. també a través de la Federació, que com hem dit és una agrupació d'associacions, sabem que aquesta demanda està a través de les famílies. L'Activa't forma part del pla

integral de salut mental i està format per cursos, que s'ha mostrat la seva efectivitat i els seus resultats positius, el que s'ha fet és endreçar-ho en un circuit que ara us explicaré i que com us he dit s'està avaluant. Tenim que si els resultats són bons, si es mostra eficaç, l'administració s'ha compromès a estudiar la seva inclusió a la cartera de serveis. Aquí tenim el mapa dels territoris on s'està fent l'Activa't, la gent implicada a tota Catalunya, són 454 persones que van fer la primera avaluació, els espais Situa't, que són espais vinculats a l'Activa't, que us explicaré també. Hem atès a més de 1700 demandes d'informació sobre temes de salut mental i també s'han format més de 200 persones voluntàries per dinamitzar grups d'ajuda mútua. Aquesta diapositiva és una mica per a que us feu a la idea de tota la gent que esta implicada per a què el projecte pugui tirar endavant. Aquí tenim el comitè institucional, que està format per diputacions, ajuntament i Generalitat, tenim un equip directiu que està format per representant de la Generalitat, Federació de Salut Mental Catalunya i Federació Veus, el comitè de lideratge assistencial, tenim els centres de salut mental, que està la Paloma, després tenim el comitè assessor d'experts, on hi ha persones amb experiència pròpia, tant persones amb problemes de salut mental, com familiars com professionals, i després tenim l'aplicació als territoris que és la reunió de coordinació territorial que en el cas de Nou Barris tenim la Federació de Salut Mental Catalunya, seria la Machús, la tècnica de l'espai Situa't, que sóc joc, l'associació AFEM, serveis de salut mental, la Paloma, i estem pendents del CSMIJ, que ja veurem què passa i altres com és l'IMV, i el districte amb la Blanca, i després tenim el comitè de finançadors i col·laboradors, que no tenen poder de decisió, però se'ls informa i poden opinar. Aquest ja és el circuit de l'Activa't, deixem la primera bombolleta que és l'espai situa't, que us explico després i anem al circuit, el circuit està format, per tres parts, el psicoeducatiu, el programa d'apoderament i la idea és acabar amb GAMS, el programa d'ajuda mútua, tant per familiars com per persones amb problemes de salut mental. Com ja us he dit, tot això s'està avaluant de diferents maneres i també per una altra banda tenim el tema de les eines virtuals, que paral·lelament s'està fent una web, s'estan fent uns vídeos que col·laborin amb els objectius del projecte. Ara us explico millor les bombolletes, els psicoeducatius són impartits pels centres de salut mental, en aquest cas el clau de re, per persones amb problemes de salut mental, l'imparteix a Nou Barris infermeria, que són 22 sessions, una per setmana. El proenfa són 15 sessions una per setmana, s'imparteix des de psiquiatria. El programa d'apoderament són 4 mòduls, un per persones amb problemes de salut mental, un altre per familiars, un altre per professionals i després tenim una part comuna en què ens trobem totes per compartir, en aquest cas està impartit per iguals, el mòdul de primera persona és primera persona, el mòdul de familiars és un familiar... està coordinat per la Federació Europea i són 22

hores però no es reparteixen setmana a setmana, sinó que s'intenta fer en dos o tres dies, s'intenta fer intensiu. I després acabaríem amb els GAMS, els grups d'ajuda mútua, que ja sabeu que són grups, sense professionals, que sí que hi ha persones que s'han format per dinamitzar grups, llavors ells i elles decideixen si es volen trobar setmanalment o quinzenalment. Dintre de l'Activa't són 12 sessions les que entraran dintre de l'avaluació, després, la idea és que vagi bé que la gent vulgui continuar i que les associacions dels territoris els acullin, que en aquest cas seria AFEM. Aquí expliquem una mica com va el tema de l'avaluació, l'avaluació principal és un disseny experimental i hi ha un conveni amb la Ivàlua, que l'Agència Catalana d'Avaluació de Polítiques Públiques. El que fem és una valuació abans de començar cap tipus de formació i una altra avaluació una vegada s'ha completat el circuit, tenim un grup que passa pel circuit i un grup que no, llavors el que intentem és assegurar-nos que els resultats que tinguem a l'avaluació siguin perquè han passat pel circuit i no per altres qüestions. Les eines que es fan servir, són uns qüestionaris, un és **l'story** que és per primera persona, per avaluar la recuperació, tenim **l'ECZOS** i el **DUU** que valora la càrrega de la cura de les persones cuidadores, dels familiars i també s'avaluaran l'ús dels serveis públics i la medicació, si puja, si baixa... després hi ha altres tipus de valoracions més qualitatives i més diferents que es van fent al territori de cada curs i dels casos que anem fent, el que sí... el tema de detecció d'àrees de millora, de fet ja s'està fent amb els cursos formatius, estem introduint millores, perquè la gent ja ha fet propostes i al idea de l'avaluació és aquesta, si s'avaluen coses que es poden millorar, doncs millorar-les. Això ve a explicar una mica el que ja us he dit, la gent que participa a l'Activa't ve a través dels centres de salut mental, són els professionals dels centres de salut mental els que proposen persones que creuen que són adients i que creuen que reuneixen els criteris per participar, arriben a l'espai situa't, es fa l'avaluació i després es fa una aleatorització, un grup passaria a fer el circuit i un altre continuaria amb el seu tractament habitual, i lo esperable és que la gent que passi pel circuit tingui uns efectes diferents en el sentit de millora, que la gent que queda en el grup control, com veieu es fa l'avaluació inicial que la gent encara no sap si farà la formació o no, perquè s'ha detectat que això és important i després es fa als 6 mesos d'acabar el psicoeducatiu i als 12.

Us explico una mica el què és l'Espai Situa't, és la porta d'entrada al circuit i també joestic a l'espai situa't de Nou Barris, i sóc la persona que acompanya a l'Activa't de Nou Barris. A part d'això és un punt d'informació, orientació i assessorament sobre temes de salut mental per tota la població, això vol dir persones amb diagnòstic, sense, professionals, familiars o qualsevol persona, no cal cap derivació de ningú, un pot venir

a l'espai situa't i picar a la porta i si estic us atendre i si no en un altre moment. Sí que hi ha una especialització en temes de trastorn mental sever, però no és un criteri, ni tan sols cap diagnòstic. La idea de l'espai situa't, òbviament, és complementar i derivar al que ja existeix, perquè hi ha una xarxa molt gran, com ens han explicat la Carme i la Paloma, llavors el tema seria optimitzar-la i que la gent hi pugui arribar, perquè és veritat que ningú té per què conèixer la xarxa si no t'ha tocat, diguéssim. Llavors intentem ajudar en aquest sentit. També tenim convenis tant amb assessorament jurídic especialitzat en temes de salut mental, com en temes de recerca de feina. Com pengem de la Federació i la Federació porta molt de temps treballant, tenim accés a una base àmplia de dades de recursos intentem conèixer també el territori, que d'aquest cas, aprofito, l'Activa't és només Nou Barris, però l'espai situa't atén població del districte Nou Barris, Sant Andreu i Horta - Guinardó i hi ha una altra a Barcelona que atén a la resta de Barcelona. Una mica el tipus de demanda que atenem sobretot és de la xarxa associativa tant en primera persona com en familiars, que de fet nosaltres reforcem que la gent participi a la xarxa associativa perquè hem vist que és útil per la gent, també hi ha varies demandes d'orientació jurídica, per temes d'incapacitació, sobretot i d'altres també i dels recursos de la xarxa, com us comentava abans. El perfil no sé si queda clar amb el dibuix, sobretot serien familiars, també hi ha primera persona i dintre de familiars, sobretot són les mares, les que venen a l'espai situa't i també professionals. Per saber les dades que tenim a nou Barris de l'Activa't actualment, hem donat resposta a 185 demandes des del 2015, 49 al que portem del 2016, més freqüents, del que us acabo d'explicar i les persones que han participat en el circuit, 41 als psicoeducatius, que no he dit l'Activa't a Nou Barris es fa a la zona Nord i a la zona Sud, es fan dos circuits, 11 familiars a la zona Nord i 11 a la zona Sud i 8 persones amb problemes de salut mental a la zona Nord i 11 a la zona Sud. 38 persones han passat pel Prospect, pel programa d'apoderament i 20 persones han fet la formació per dinamitzar GAMS, 10 familiars i 10 usuaris. El futur de l'Activa't i el moment actual és al desembre farem el Prospect, on participen persones amb problemes de salut mental, familiars i professionals, continuarem amb la difusió de l'espai situa't per a què es pugui fer servir i continuarem amb el seguiment de les demandes. S'està fent el GAMS de familiars, amb 8 persones i el d'usuaris amb 12, estem fent la primera avaluació que han passat 6 mesos dels psicoeducatius de la zona Sud i la idea és al 2017 repetir el circuit i que comencin els GAMS de la zona Nord. Els finançadors institucionals i privats, els més rellevants serien diputacions, ajuntament i l'Obra Social de La Caixa, i res aquí teniu les dades de l'espai situa't, estem aquí al costat, al Cap Cotxeres, a la primera planta, porta 36, per si us voleu acostar o coneixeu algú que li pugui interessar.

Col·loqui

Els serveis de psiquiatria a l'Hospital General

Gemma Parramon, cap secció Interconsulta i Psiquiatria Hospital de la Vall d'Hebron

Bona tarda, primer de tot a l'organització que m' hagi convidat i felicitar-los per una setzena jornada que amb els temps que corren és difícil poder mantenir aquestes reunions i més un divendres a la tarda.

Jo us vinc a explicar una part de la psiquiatria bastant desconeguda, de fet som pocs els psiquiatres que tenim el luxe de poder-nos dedicar a aquesta subespecialitat de la psiquiatria que explica una mica del per què dels psiquiatres a l'hospital. Jo sóc molt clínica, pot ser la meua presentació també serà molt clínica, espero que agradi a tothom i que tothom surti amb la idea del que es fa, del que fa un psiquiatre a l'hospital general. Ja des de sempre la psiquiatria ha estat molt deslligada de les altres especialitats mèdiques i això ha estat una constant fins fa ben poc. No és fins que hi ha psiquiatres a l'hospital general, que la psiquiatria comença a ser considerada una especialitat mèdica, i per tant, tots els trastorns mentals són tractats com a qualsevol altra malaltia dintre de l'hospital general i en comunicació amb les altres especialitats. Al segle XV-XVI és quan comencen a fundar-se els hospitals i el primer hospital monogràfic de psiquiatria que es crea és a València, el 1409, que el va crear un sacerdot, el sacerdot Gilbert, aquest hospital era un monogràfic de psiquiatria, ja estava separada de la resta la medicina, sí que en alguns hospitals començaven a veure que hi havia manifestacions psiquiàtriques d'altres malalties, amb el que van començar a sortir departaments de psiquiatria en altres hospitals, per exemple, a l'Hospital de la Santa Creu, al 1904, ja tenia un departament de psiquiatria. I més tard, a Saragossa i també a València, aquets van ser els hospitals, però la idea general era crear monogràfics, i així es va anar fent durant molts i molts anys. Ja hi havia hospitals que sí tenien algun psiquiatre vinculat, però no és fins fa ben poc que es crea la primera càtedra de psiquiatria a Espanya, que va ser a la Universitat Autònoma de Barcelona, que va ser el doctor Emili Mira i López. Llavors comencen a entrar les primeres unitats de psiquiatria dintre dels hospitals universitaris, llavors és quan la psiquiatria ja comença a tenir una visió a dintre. Comença al Complutense de Madrid i a l'Hospital Clínic de Barcelona. Moltes vegades aquests departaments de psiquiatria, no naixien amb una unitat d'aguts, com ara estan i vinculades, sinó que eren psiquiatres que tractaven la patologia psiquiàtrica en pacients mèdics, que això és el servei d'interconsulta o psiquiatria d'enllaç o psicossomàtica. Totes

les terminologies estan reconegudes com a tal. Comença al 1960, o sigui que és molt recent aquesta subespecialitat, que tracta el que he comentat, la morbiditat psíquica, amb el pacient ingressat en altres unitats tant mèdiques com quirúrgiques i ho pot fer a través d'interconsulta que és una intervenció concreta en un pacient, o a l'enllaç que ja implica una entrada del psiquiatra als altres departament amb els que hi ha tot un seguit d'activitats que es van desenvolupant entorn, no només l'assistència si no també docència, recerca i també la formació dels altres especialistes. Què és el que veiem, quin tipus de patologies, què és el que veu un psiquiatra que es dedica a visitar pacients d'altres especialitats, doncs com podeu veure, això és una intersecció entre la patologia mèdica i la patologia psiquiatria, hi ha molt més a dintre de la intersecció que a fóra de la intersecció, això ja indica que la majoria de pacients no només tenen trastorns mentals o trastorns neurològics o trastorns cardíacs... totes les especialitats, si no que tenen dels dos trastorns. I dintre de la psiquiatria dintre de l'hospital general, classifiquem aquestes malalties en diverses categories, són aquestes sis i els hi posaré uns quants exemples, tracta les manifestacions psiquiàtriques de malalties mèdiques, no és estrany que una persona amb una infecció al SNC pugui presentar símptomes com puguin ser una inquietud, una ansietat, idees delirants o al·lucinacions i resulta que és una infecció al SNC que s'ha de tractar amb antibiòtics endovenosos o reaccions psicològiques a malalties mèdiques, totes aquelles patologies que impliquen una pèrdua important per la persona ja sigui de capacitats, ja sigui de salut, etc pot implicar simptomatologia psíquica especialment reactiva, o complicacions psiquiàtriques de malalties mèdiques o de tractaments, molts tractaments que arriben al cervell poden arribar a fer símptomes neuropsiquiàtrics, aquest fàrmac que fa evidents, un fàrmac molt utilitzat en la infecció de VHI, pot produir un quadre depressiu molt important i és aquets fàrmac que està produint aquest quadre depressiu. Aquí tenim manifestacions mèdiques a trastorns psiquiàtrics, és dir, trastorns psiquiàtrics que es presenten a l'hospital però amb símptomes físics, un trastorn factici és un trastorn que es fabrica el pacient pe diversos motius però que es presenta l'hospital com si hi hagués una patologia neurològica, cardiològica, digestiva... La presència de malalties mèdiques que coincideixen amb malalties psiquiàtriques amb el que requereixen el tractament de les dues patologies o complicacions mèdiques de malalties psiquiàtriques, per exemple, poden ser totes les complicacions dels trastorns de la conducta alimentària, les temptatives de suïcidi... la quantitat de pacients, ja ho ha comentat la Paloma, d'ingressats a l'hospital que poden tenir qualsevol símptoma psíquic, és molt alta, pot arribar fins i tot a la meitat, en consultes externes, ambulatories un terç dels pacients. Les unitats de psiquiatria d'enllaç tracten els pacients ingressats, una vegada el pacient surt de l'hospitalització es deriva als centres de salut mental. De tots els pacients ingressat, que seria tota la rodona, un

30% tenen morbiditat psiquiàtrica important, però la majoria estan estables i no requereixen que les visiti un psiquiatra durant la seva hospitalització, però sí aquest 10% de tot el 100% sí requeriria una atenció psiquiàtrica, això és inabordable perquè seria una quantitat de pacients important. Està comprovat que si s'atén al menys al 3% d'aquests pacients, la qualitat assistencial ja és la desitjada, nosaltres abans que parlàvem de dades, de falta de recursos, nosaltres a la unitat d'interconsulta també ens queixem de falta de recursos, però superem el 3% de les interconsultes, això vol dir que som metges eficients que tractem, arribem a tota la població necessària. El tipus de trastorns que nosaltres veiem, és el trastorn mental orgànic, els deliris, els síndromes confusionals que apareixien quan hi ha molta patologia en el pacient complexa, les demències, i tots aquells trastorns que són originats per causes orgàniques, ja siguin intoxicacions, ja siguin efectes secundaris de fàrmacs... El trastorn d'adaptació fa referència a la dificultat d'adaptar-te a una malaltia, això també ho tractem nosaltres, els trastorns afectius bàsicament depressius, trastorns de substàncies un 7% i sense diagnòstic un 13%, a vegades sí que ens avisen i realment no hi ha cap diagnòstic ores que haguem de tractar. Moltes vegades són valoracions, aquest tipus d'unitats també valora la indicació de transplantament, o de cirurgia bariàtrica, o els donants vius d'òrgans... el procés d'interconsulta, per no allargar-nos, com podeu suposar les característiques de visitar un pacient hospitalitzat, amb la falta d'intimitat, amb que el pacient es pot trobar malament, en que quan hi vas està fent una prova és molt més complexa que visitar-lo a consultes externes, amb el que requereix molt més temps i molts més recursos. Els programes d'enllaç que s'haurien de desenvolupar són moltíssims, com us he comentat un programa d'enllaç és aquell que el desenvolupa el psiquiatra en el sí d'altre departament mèdic, per exemple, cardiologia participa en tot el que és la rehabilitació cardíaca, dermatologia, pel fet que la pell i el sistema nerviós provenen i tenen el mateix origen embriològic, en el desenvolupament fetal, provenen de les mateixes estructures, comparteixen molts trastorns, moltes vegades trastorns psiquiàtrics poden donar alteracions dermatològiques i a la inversa, el digestiu, les malalties inflamatores intestinals, les colitis ulceroses, la malaltia de Crohn, l'estrès predisposa a tenir freqüentment algun tipus d'episodis, a les unitats d'obesitat mòrbida, de trastorns de la conducta alimentària, de patologia de tot el que és el trastorn per l'abús d'alcohol, infeccioses el VIH, a neurologia la unitat d'epilèpsia, gairebé totes tenen un psiquiatra vinculat, igual que les demències, els trastorns del moviment a obstetrícia, és molt important que hi hagi un psiquiatra vinculat, perquè cada vegada més persones que estan fent un tractament o que tenen algun tipus d'antecedent psiquiàtric accedeixen a una maternitat i per tant a un embaràs i tots aquets canvis hormonals poden produir un seguit d'alteracions que necessiten ser tractats per un

especialista, és el que anomenem la psiquiatria perinatal o oncologia, tots els serveis d'oncologia tenen un psicòleg mínim pel tractament dels seus pacients, programes de suïcidi també són molt freqüents que es desenvolupin, a pediatria, des de unitats de neonats, fins a adolescents i el maltractament infantil i el prenatal, trasplantament, estem implicats en tots els trasplantaments, sabeu que Vall d'Hebron és l'hospital que probablement trasplanta més, realment tenim molt feina, perquè hem de valorar el pacient que es trasplantarà i també fem un seguiment posterior i un recolzament, a traumatologia per les característiques de l'hospital de Vall d'Hebron té una unitat de lesions medul·lars molt desenvolupada i també hi té un psiquiatre vinculat i també la unitat de cremats.

Llavors, nosaltres vam fer una enquesta, els que ens dediquem a aquesta subespecialitat de la psiquiatria, tenim molt clar la necessitat d'aquests psiquiatres als hospitals generals, nosaltres som els metges que fem un enfoc que no només ens basem a la biologia, si no també en la part més psicològica i més social del malalt, probablement haurien de ser tots els metges que fessin aquest enfoc, però els psiquiatres que ens dediquem a l'interconsulta som els que més ho fem. Estem en un lloc privilegiat per formar la resta de metges i que comencin a fer-ho. I realment és així, nosaltres estem d'alguna manera morint d'èxit, jo quan vaig entrar a la Vall d'Hebron, al 2006, em sol·licitaven unes 300 interconsultes l'any, hi havia molt poca demanda, demanaven 300 visites de pacients nous d'hospitalitzats, quan conteu que és un hospital que té uns 1200 llits. De 2006 a 2016 ara ens demanen 2000 a l'any, han augmentat molt i això, ara us ho explico, aquesta enquesta que vam fer i vam entrevistar a tots els hospitals de Catalunya i ens van contestar un 80%, preguntàvem si tenien un servei de psiquiatria si feien interconsulta, el número de llits que tenien i si tenien programes d'enllaç, era una entrevista molt senzilleta, sabíem que més de la meitat tenien un servei de psiquiatria, i el que feia les interconsultes, o sigui una unitat UPPS o una unitat de psicossomàtica i psiquiatria d'enllaç, són pocs hospitals que la tenen, consideraven que teia que ser una unitat quan hi havia un psiquiatra o un quart del psiquiatra que es dedicava exclusivament a tendre aquest tipus de pacients. Hi ha molts hospitals que no tenen només un professional, el fan és el que està de guàrdia, el que està d'urgències, o el que està vinculat a altres serveis, amb el qual no pot adquirir probablement, un coneixement com algú que només fa allò, és com tots els oficis, com més veus el mateix, més coneixement tens. Encara que hi hagués un psiquiatra que hi dediqués la meitat de la jornada a això ja seria suficient, per considerar que tenien una unitat, doncs aquests eren un 18%. La majoria, la interconsulta la feia un psiquiatra del centre de salut mental, més vinculat a l'hospital, és el que feia aquestes interconsultes i la dedicació era molt

variable i sí que hi ha hospitals que tenen psiquiatres propis, Vall d'Hebron per exemple el servei de psiquiatria actual es va crear 2002, però prèviament hi havia psiquiatres que feien aquesta activitat d'interconsulta.com podeu veure un 7% no hi ha ningú i quan els entrevistaves estaven molt molestos i normalment eren els internistes els que contestaven aquestes enquestes i tenien molt clar que devien tenir un psiquiatre vinculat al seu hospital. Com més llits, més interconsultes, vam demanar quantes interconsultes sol·licitaven a l'any i llavors vam relacionar-ho amb el nombre de llits, com més gran l'hospital, més necessitat de psiquiatria hi ha. Això també té sentit perquè com més gran és l'hospital, més complexa és el pacient i definir la complexitat om més patologies pot arribar a tenir i per tant ens sol·liciten més la nostra ajuda i els hospitals més petits, demanaven menys interconsultes. I també segons la disponibilitat del personal per fer aquest tipus de consultes, els hospitals que tenien un psiquiatra que només feia això li demanaven moltes més consultes, perquè probablement era molt més resolutiu, si tu demanes un servei i t'ho solucionen és més probable que ho tornis a demanar, si tu demanes un servei i no et solucionen el problema, no ho tornarà a demanar i probablement, això té molt a veure a aquesta predisposició que té el psiquiatra que només es dedica a això.

I ja per concloure només acabar amb una idea d'Aristòtil, que al segle 4 a.C. ja sabia el que ara estem parlant, que la psique i el cos reaccionen complementàriament l'un amb l'altre, un canvi en l'estat de la psique, produeix un canvi en l'estructura del cos i a la inversa, un canvi en l'estructura del cos produeix un canvi en l'estat de la psique, intentar separar el que és la ment de la resta del cos és un absurd, perquè som una unitat i probablement aquest influència és bidireccional i fins aquí és el que volia explicar de la feina que fem a la unitat d'interconsulta de l'Hospital de la Vall d'Hebron.

Unitats d'Hospitalització d'Aguts de Psiquiatria: passat i futur

Nicolás Ramírez, cap Àrea de Salut Mental Hospital Sant Rafael

Gracias, buenas tardes a todos, en primer lugar agradecer a l'AFEM, a la organización el que me haya pedido, espero que se oiga bien, tengo la voz un poco tomada porque soy de los millones de personas que han tenido un resfriado en estos días, pero me encuentro bien, podremos tirar endavant. Me han pedido que hable sobre las unidades de agudos dentro de la hospitalización, de los hospitales. Me gusta mucho la mesa, aprovecho para decirlo, la anterior, sobre todo porque hay personas con mucho peso en la zona, yo me considero un nuevo venido, llevo aquí 10-11 años en la zona y un poco haciendo referencia, vamos a echar mirada hacia atrás, pues evidentemente hay gente

que tiene una perspectiva mucho más completa de la situación. Por otra parte yo pensaba, unidades de agudos, da igual que sea de hospitales generales o monográficos, esto es importante, pero unidades de agudos, es un dispositivo que tiene que ser lo más humilde posible, quizás no viene de esa situación, pero que dentro de lo que es los últimos años, y eso sí que es un cambio, el peso de las unidades de agudos, va disminuyendo y yo espero que siga disminuyendo, no sé si desaparecerá, entonces perderé el trabajo y ya buscaré otro puesto de trabajo, pero el peso irá disminuyendo, de entrada, porque la mayor parte de las personas que padecen un problema de salud mental, jamás pisarán una unidad de agudos, en ese sentido las cifras que ha puesto Paloma son muy descriptivas, es un 0,3% de las personas que tienen una enfermedad de salud mental y sin embargo ahí está, tiene su papel dentro del desarrollo. Cuál es el papel que tiene, cuándo se utiliza la unidad de agudos, cuando todo el mundo puede suponer, cuando no se puede estar en la comunidad porque existe un riesgo para esa persona o para otras personas o cuando es muy difícil de hacer un tratamiento se hace difícil o muy difícil el tratamiento ambulatorio, por la toma de la medicación, por una descompensación que puede existir en ese momento, cuando no queda claro y a veces a nivel ambulatorio no existe una observación de 24h y unos medios diagnósticos que pueden ser mucho más rápidos y te permiten a veces descartar si estamos ante un problema psiquiátrico, o un problema médico o de otro tipo, y también lo pongo aquí porque se utiliza cada vez más los procesos de desintoxicación, las toxicomanías que, no ha salido aquí, pero también estaban fuera de lo que era la salud mental, entonces vamos un poco aglutinando, uniendo este tratamiento hospitalario de desintoxicación.

La idea era referirse a la reforma psiquiátrica, que ya hace muchos años y en lo que hace referencia a la hospitalización de agudos, esa reforma psiquiátrica lo que pensaba era saquemos la perspectiva de la hospitalización en monográficos y metámosla en una hospitalización dentro de un hospital general, como bien se ha dicho antes, la salud mental estaba marginada, estaba fuera de lo que era el circuito de salud general y de alguna manera era introducirlo, vamos a normalizar el tratamiento de las personas que tengan un problema de salud mental dentro de un hospital, sobre todo si necesitan una hospitalización. Evidentemente, había otros objetivos dentro de esa reforma psiquiátrica, pensando un poco, algunos objetivos que tenía la reforma psiquiátrica y pensar si los hemos logrado o no, es una evaluación muy personal, la idea era vamos a pensar nuevos recursos con los cuales poder tratar de una manera intensiva ese tipo de pacientes que están agudos, por decirlo de alguna manera, o que se descompensan y no podrían hacerse el tratamiento a nivel comunitario, vamos a pensar en recursos, han habido avances considerables en este campo y lo que queda, todavía... no podemos

sentirnos nunca satisfechos, bueno ya estamos donde teníamos que estar, yo creo que esto nunca sucederá y sería bueno que esto nunca sucediera, sería bueno que siguiéramos avanzando en cómo dar una mejor atención. El crecimiento de recursos intermedios, antes había muy poquita cosa, lo han dicho claramente, estaba el hospital monográfico y poco más, igual el neurólogo de zona, algún psiquiatra que había por ahí perdido y evidentemente se han desarrollado muchas estructuras intermedias entre ambos recursos, evidentemente se puede seguir mejorando. Lo que, desde mi punto de vista, claro, trabajo con ello, veo que existe un problema, es en la atención comunitaria de aquellos pacientes que tiene cuadros claramente severos y complejos, son pocos pacientes, pero me da la impresión que no tenemos alternativas claras, al menos que sean claramente eficientes. La base de un tratamiento de salud mental es comunitario, hoy en día nadie lo pone en duda y ha de ser un eje sobre el que gire el tratamiento pero cuando los recursos extrahospitalarios son escasos y evidentemente a todos nos faltan recursos, es una realidad pero con ello hemos de contar, cuando faltan esos recursos, existe una sobrecarga de la utilización de los hospitales, por eso los pacientes están bien ingresados en la unidad de agudos o mal ingresados, depende muchas veces de la posibilidad que puedan estar fuera del hospital, complicado también por el consumo de tóxicos que es un porcentaje que ha ido creciendo en los últimos años. Por tanto yo creo que sí hay un uso inadecuado de las unidades de hospitalización, las tradicionales que están obligadas a veces, a prolongar estancias cuando no harían falta o a realizar ingresos inapropiados. Muy básicamente voy a pasar por encima, porque tampoco quiero cansar a nadie, ha habido planes de desarrollo de la salud mental, centrándonos en Barcelona y lo luego hablaré de lo que nos interesa que es Nou Barris, ya sabéis que Barcelona está dividida en 4 áreas, Barcelona Norte, y Nou Barris está dentro de esa área integral de salud pero se ha ido poniendo en marcha una serie de reformas en los últimos años, en rojo podéis ver lo que hace referencia a los hospitales generales, integrarlo dentro de la red de atención de salud mental o lo que es lo mismo, meter la atención a la salud mental dentro de los hospitales generales. Se pone en marcha en el año 99 la red de salud mental de utilización pública, con un objetivo, vamos a reconvertir los hospitales monográficos, estamos en el 99, es hace nada, no es la reforma que empezó en los años 70, aquí en Cataluña hemos ido un poco por detrás en este sentido. En el año 2000 se pone en marcha el Consorci Sanitari de Barcelona que es una entidad pública coparticipada por la Generalitat y el Ajuntament de Barcelona y con una serie de prioridades que lo que hace referencia fundamentalmente es, vamos a dotar de recursos suficientes a la ciudad de Barcelona porque los pacientes tenían que ingresar fuera de la ciudad de Barcelona, la mayor parte de los pacientes, Nou Barris en concreto, ingresaban hasta hace no mucho, fuera de Barcelona y luego otros objetivos que me

parecen muy importantes y es garantizar la continuidad asistencial que creo que sigue siendo un problema, más que un problema, un asunto a tener muy en cuenta, todos los recursos que nos ocupamos de la atención. Y promover la integración de los servicios de hospitalización impulsando alianzas estratégicas, esto tiene su aquel porque... hablaré de la nuestra. El plan de salud, que da lugar luego al plan director de salud mental y adicciones, que este año celebra su décimo aniversario. Y los objetivos de la hospitalización psiquiátrica en la ciudad de Barcelona, en los últimos años, por dónde iba, vuelvo a repetir que la hospitalización de agudos se lleva a cabo en los hospitales generales, no en los monográficos, esto todavía está sin cumplirse, creo que no se ha conseguido totalmente, potenciar la integración recursos comunitarios, incrementar la coordinación, yo creo que esto es una medida que todos debemos tener y que siempre estará ahí, siempre podemos crecer en coordinación, que el eje de esa coordinación son los CSMAS y luego el desarrollo que otras unidades que se han puesto en marcha en los últimos años, las unidades polivalentes, que yo creo que no se han puesto en marcha en todos los sitios, yo creo que se ha quedado un poco parado en la Barcelona Norte sí que tenemos, pero en otros lugares no. Y sustituir la Mille por otros ingresos temporales, vamos a hacer un proceso de rehabilitación, no contenedor. Los recursos han ido creciendo, señalo los que hacen referencia a mi tema, que es la hospitalización, han disminuido los monográficos, 1000 camas, en Cataluña y han crecido los hospitales generales, pero han crecido, no ha crecido 1000 camas, ni mucho menos, pero han crecido y han puesto más camas. Tenemos por tanto, un conjunto de recursos que gira alrededor del centro de salud mental, de todo tipo, subagudos, hospitales de día, rehabilitación, talleres, etc. y más que faltan aquí. Desde mi punto de vista, sí que quería incidir en que hay que distinguir entre dos tipos de perfiles de personas que tienen de salud mental, cuando salen de agudos, que son los pacientes, sobre todo cuando se hace referencia a la utilización de los hospitales de subagudos y hospitalización de día, aquellos pacientes que acaban de salir de la descompensación y todavía les falta, necesitan un apoyo fuera ya del hospital, necesitan un apoyo más intensivo respecto a otros pacientes que quizás vienen, me refiero a la puerta de entrada de estos recursos, quizás necesiten otro tipo de abordaje. En concreto, en la zona de Barcelona Norte, que teníamos antes, tres estructuras, Hospital de la Mercè, que sigue estando con nosotros, teníamos el IMPU, por todos conocido, y el hospital de Sant Gervasi o de la rotonda, hubo un proceso de reordenación de la hospitalización psiquiátrica de la zona y ambos dos fueron trasladados, el IMPU se fue al Mar, cerca del mar, al sol, se convirtió en el centro Forum que luego ha tenido otras historias y la rotonda se fue también a l'Hospitalet y ahí sigue. Bueno pues para sustituir eso, crearon esa alianza estratégica entre dos hospitales que sí que estaban ya en la zona, el Vall d'Hebron, en ese proceso

de desarrollo del servicio de psiquiatría y por espacio, las unidades de agudos se ubicaron en el Hospital de San Rafael, que es donde estoy yo, por tanto, ese es el cambio de hospitalización que ha habido en la Barcelona Norte. Por hacer un poco de comparación entre lo que había antes y lo hay después, antes había un servicio de urgencias psiquiátricas que estaba fuera del hospital general ahora hay un servicio de urgencias psiquiátricas que está dentro de un hospital general, atendida de una manera diferente. Antes había dos unidades de agudos, el IMPU, la rotonda, y ahora hay una unidad de agudos, la UIPA, que es la unidad integrada de psiquiatría de adultos. Antes había en total 120 camas de agudos en la zona, 90 del IMPU y 30 de Sant Gervasi, ahora hay 44 camas, es una reducción considerable. Antes había tres unidades de subagudos, San Juan de Dios, que también ingresaban de la zona, el Hospital de la Mercè, y la comunidad terapéutica Llúria, ahora hay dos unidades de subagudos, la Mercè y Llúria. Evidentemente están las cifras de cambio de lo que había antes, de lo que hay ahora pero creo que lo que hay ahora es una integración funcional, una integración mucho mayor en lo que es la hospitalización, también con el resto de los recursos, pero sobre todo en la hospitalización, dar un servicio buscando que sea lo más eficaz. Simplemente esquemáticamente, la unidad que tenemos de integrada está compuesta por tres elementos, el servicio de urgencias que tiene 8 boxes, la unidad de corta estada que tiene 4 camas de apoyo a urgencias de estada corta y 4 camas de desintoxicación hospitalaria, ambas dos están en el Hospital de la Vall d'Hebron y las 40 camas de la unidad de agudos que están en el Hospital de San Rafael. Todo ello perfectamente coordinado, integrado, con un coordinador que es el jefe de servicio del Hospital de la Vall d'Hebron. Por tanto, los objetivos que tenemos en la hospitalización no solamente la integración entre los dos hospitales, son los dos hospitales distintos que hemos de trabajar conjuntamente y eso no siempre resulta fácil, si no también la coordinación con otros recursos asistenciales, eso creo que es algo que queremos que se consiga. Algo a que tener en cuenta a la hora de valorar qué tenemos en la zona es un servicio de psicogeriatría bastante bueno, que está dentro de nuestra área evidentemente no se dedica sólo a nuestra área, pero está dentro de nuestra área, para todos aquellos pacientes que van teniendo edad, psiquiátricos, que tiene patologías orgánicas, demencias, es algo también positivo. Qué nos falta, desde mi punto de vista nos faltan muchas cosas, pero tampoco voy a poner una lista tremenda, el recursos de toxicomanías, salud mental, la patología dual famosa, yo creo que está infradotada, nos falta un recurso de atención a patología alimentaria, y estoy hablando de hospitalización, pero incluso estoy hablando también de comunitaria, tampoco lo hay en nuestra zona, hay unos centros especializados que están en otros lugares de Barcelona y yo creo que la Barcelona Norte está desatendida en este sentido porque no es tan fácil derivar gente

a otros lugares de Barcelona. Y una presión que notamos para ingresar y una dificultad para dar altas. Existe un objetivo que es disminuir plazas de hospitalización, esto ya se ve, hay que disminuir camas, en monográficos, creamos en los generales, pero creamos menos y si es posible en los generales estancias más cortas, estancias más cortas, estancias más cortas. Es una pregunta que me hago, no sé si el objetivo es, el motivo de esto es asistencial, es humano, que la gente no tenga que estar en el hospital ingresada en el tiempo, porque es muy contenedor y es un período de crisis, y se pasa mal, me pregunto si también es un motivo económico, quizás es más barato otro tipo de recursos y en este sentido sí pienso que no se ha hecho, habitualmente cuando se planifican los recursos no se suele preguntar mucho tanto a los pacientes como a las familias, pongo aquí a colación el plan de salud mental que ha salido, termino rápidamente, que al menos en su desarrollo se tenga en cuenta a todos los actores de la sociedad. Pensamos que una unidad de agudos tiene una función evidentemente contenedora, farmacológica, de diagnóstico, de estudio médico, pero no nos podemos quedar ahí nos gustaría tener también un papel empezar a hacer cosas también de rehabilitación, evidentemente en 15-20 días que dura el ingreso no hay tiempo de hacer mucha cosa, no es nuestro papel principal, pero también queremos hacerlo y en ese sentido desarrollamos también programas de psicoterapia grupal para pacientes con psicosis, grupos educativos o talleres de cosas tan diversas como el mindfulness, por ejemplo, que la atención plena con infusiones no es intravenosa de algo si no de té, hacemos una paradita a primera hora de la tarde con té, intentando hacer un poco de mindfulness y ahora se quiere poner en marcha un taller de zumba. Evidentemente insisto en lo de la coordinación de los dispositivos asistenciales, nos interesa mucho que haya una vinculación del paciente de uno a otro, que no se pierdan antes lo decían, la entrada a agudos es un período de por sí, por esencia, complicado, que la salida sea muy vinculada, hemos de tener siempre un plan asistencial compartido y comprometido. Dedicar dos minutos, simplemente al fenómeno de la puerta giratoria, que es un fenómeno que yo siempre lo había oído hablar en la psiquiatría y últimamente lo oigo hablar también en la política y en la economía, yo no sabía que también existía, pero en psiquiatría siempre ha existido, que es el paciente sale, y vuelve a entrar al cabo de poco tiempo porque no se sostiene, motivos podemos entrar a muchos, pero no se sostiene, con ingresos cortos y un elevado consumo de recursos de hospitalización, presento estos datos muy sencillos de un estudio del Hospital Clínico de Zaragoza, donde seleccionaron los pacientes con más de tres ingresos al año que consideraron son los multireingresadores, salían 53 pacientes, con una media a lo largo de toda su vida de 10 ingresos, quizás la cifra que me llama la atención es el 21% de todos esos ingresos de esos 53 pacientes, hay un grupo de personas con enfermedad mental que

no se sostienen y que generan lo del gasto, me parece que no creo que sea la razón ni el criterio de utilizar nunca para nada pero, no se podría hacer algo más, distinto. Hay que pensar en alternativas a la hospitalización e insisto que a mí me gustaría que quizás las hubiera y se fueran creando, mientras tanto sigue habiendo una demanda de ingresar en agudos, me gustaría que hubiera menos demanda, también porque me daría menos trabajo. Simplemente recoger tres que ya se están desarrollando en los últimos años el tratamiento agudo de día, que el típico hospital de día de pacientes psiquiátricos de agudos, el seguimiento asertivo comunitario que tiene como objetivo sobre todo trabajar con personas que tiene una dificultad de vinculación a los recursos comunitarios y la atención intensiva domiciliaria, que está orientada sobre todo a pacientes que están en situación de crisis o situación de descompensación pero buscando y de evitar la hospitalización. En este sentido, yo no lo he conocido, porque no he conocido el IMPU, llegué porque cerraba el IMPU de hecho, pero me contaron que exista en el IMPU la unidad de crisis, era una unidad que utilizaba 10 camas de agudos, que hacían ingresos muy breves, que hacían seguimientos en el propio recurso, que luego se reconvirtió en un hospital de día y pensaba bueno, quizás hay que pensar en una alternativa a la hospitalización, en este sentido y dándole vueltas, una unidad de continuidad de tratamiento pues eso, buscando que la persona esté el menor tiempo posible hospitalizado, que aquella persona valorada en urgencias que dices, va a casa o no va a casa, pues si tenemos un recurso que puede no ser la hospitalización continua de 24h, pues igual puede ser un buen recurso y el apoyo de los recursos comunitarios, al CSMA, hace años teníamos dos puertas de entrada en agudos, que eran urgencias y los CSMA y porque nos faltaban camas, pues tuvimos que cerrar una puerta y dejar solamente la de urgencias, nos gustaría volver a abrir esa puerta si pudiéramos. Un minuto y termino, simplemente que veáis las altas que damos, 700 en el último año han ido aumentando, a mitad de tabla subimos de 28 a 40 camas, se ha producido este aumento con una estancia media que nos vemos obligados lógicamente a ir reduciendo de 16 días en el último año, un índice de ocupación dentro de lo que es la media en una unidad de de agudos, que hemos de disponer de camas para que puedan ingresar pacientes. De dónde viene los pacientes, de urgencias, a dónde se van, pues a todos los recursos, fundamentalmente al centro de salud mental pero también un porcentaje no bajo a subagudos, psicogeriatría, hospital de día, etc. Última imagen ya, la penetración territorial de los centros, me llamó la atención, lo estuve mirando y pensé oye por qué somos más altos nosotros que todos los demás, no tengo la respuesta a esto, pero somos más altos que todos los demás. Qué significa esto, los pacientes que entran a un hospital de dónde son, son de la zona o son de fuera de la zona, nuestro hospital el 92% son de la zona, eso quiere decir que nos dedicamos a la zona, la media

del resto de los hospitales, que seguro que hay razones y motivos, pero está en el 72%, yo también pensaba igual la hospitalización de la zona norte está un poco saturada, no lo sé, no acaben más, todo lo que tenemos lo dedicamos a la atención a la gente de la zona.

L'atenció a la salut mental, nous reptes a les necessitats de les persones

Ramón Cano, coordinador Hospital de Dia de subaguts Hospital Mare de Déu de la Mercè

/.../ Comparecencia y rehabilitación muchos pacientes después del ingreso en agudos, después de una crisis pero también hay que hablar de pacientes pre agudos, más que hablar de pacientes post agudos habría que hablar de sub agudos, son pacientes que están fuera de una situación de crisis, pero que son pacientes altamente vulnerables, pacientes muy frágiles, que todavía no ha habido una plena estabilización sintomática y que hay que cuidarlos, ir a su domicilio, son de alto riesgo. La unidad de estabilización psiquiátrica que la estancia es de uno o dos años y la hospitalización parcial, en psicogeriatría no voy a entrar en detalles, y el programa de atención domiciliaria y los equipos de soporte de padres, para pacientes oncológicos, pacientes cardiorrespiratorios, pacientes que requieren atención en el domicilio, médico, enfermería y trabajador social. También durante los meses de invierno, luego lo que es un anexo del hospital de San Rafael, existe el área de neuropsiquiatría en la unidad polivalente, que cubre toda la zona de Barcelona Nord, y que tiene toda psiquiatría, la hospitalización completa, también tiene hospitalización parcial psiquiatría, y un servicio de SAI, atención integral a la enfermedad de Huntington y demencias. En pacientes neuropsiquiátricos que se atienden en esta red, serian aquellas personas afectas de enfermedad mental junto con trastornos conductuales derivados de algún tipo de lesión cerebral, puede ser una lesión cerebral traumática, neurodegenerativa, tumoral, cualquier subtipo de causa orgánica cerebral. En este caso, la unidad de neuropsiquiatría, abarca, atiende a toda Barcelona, el resto de servicios de recursos del Hospital de la Mercè abarca a Barcelona Nord, Nou Barris, Horta – Guinardó, Gràcia... La unidad de subagudos es una unidad de convalecencia, entre comillas, de pacientes que o bien acaban de superar una etapa aguda, una etapa de crisis, que vienen muchos de ellos, de la unidad de agudos, o bien pacientes que proceden de centros de salud mental que están en una situación de alta vulnerabilidad, de fragilidad porque hay un riesgo de hospitalización inmediata. Un ingreso en subagudos, es un ingreso por un período de dos tres meses, el cual permite tener un control, una supervisión de 24h, a

pacientes en principio con riesgo no tan importante de conductas, de trastornos de conductas graves como serían los pacientes agudos, pero que fuera del hospital no seguirían el tratamiento, no podrían estar. Este hospital de subagudos de la Mercè y sus objetivos son conseguir la máxima remisión clínica /.../ La reintegración de cada paciente, dar soporte a las familias y la continuidad asistencial que se intenta hacer desde todos los recursos. Los pacientes proceden de los ambulatorios, de los centros de salud mental, de la unidad de agudos, también de urgencias, desde el CSMA van acudiendo a urgencias repetidamente y esto ya es una señal de alarma, recuperar estos pacientes. La indicación sería para cualquier trastorno psiquiátrico que esté en esta situación de fragilidad, no de crisis franca, si no de alta vulnerabilidad y que se pueda beneficiar de este recurso. Este recurso estaría contraindicado en personalidades antisociales, por la distorsión para el centro y para los pacientes y también de casos en pacientes que ya disponen de una red específica y que por tanto se pueden beneficiar más de otros programas específicos, como puede ser el caso del retraso mental franco, moderado, grave, las demencias, las toxicomanías... no quiere decir que pacientes con retraso mental o con demencias no puedan ingresar en una unidad de subagudos pero lógicamente si lo que predomina es ese diagnóstico no hay una patología psiquiátrica grave en ese momento, se podrían derivar a su centro más cercano.

Contamos con 48 plazas, 4 de ellas son para pacientes sense sostre, contamos con psiquiatría y psicología, enfermería, trabajo social y fisioterapia. Los criterios de actuación en la rehabilitación sería la integración máxima en el entorno natural, recursos sociocomunitarios externos a subagudos, retomar la autonomía e independencia de la persona, normalización, actitud positiva hacia las potencialidades del individuo /.../ los campos de trabajo serían el fomentar el autocuidado de la persona, de la vida personal, autocontrol, las relaciones interpersonales, la actividad de ocio y el funcionamiento cognitivo, el plan individualizado de rehabilitación psicosocial, un plan de psicoterapéuticas en habilidades sociales, resolución de problemas, terapia ocupacional, individualizadas con entrevistas, la psicoterapia individual e intervención a nivel familiar, tanto individualmente, familia por familia, también en grupos de ayuda mutua, el GAM, se actúa sobre toda la colectividad de familiares, con lo cual entre ellos pueden intercambiar información, etc y luego algunas actividades terapéuticas complementarias como salidas, equinoterapia, en el Hospital de Día, sería un tipo de pacientes parecidos, pacientes subagudos para una estancia de dos, tres meses, pero al diferencia es que el paciente, al no dormir en el hospital, va a dormir a casa, los pacientes necesitan una mayor capacidad de autocontención, con un menor riesgo de

trastorno de conducta y no necesitan una supervisión tan extensa, hay que contar evidentemente, con que hay una buena contención familiar, una cierta conciencia de enfermedad y compromiso terapéutico... los objetivos son reducir la tasa de recaídas y reducir el tiempo de hospitalización. Funciona desde el año 2005, está formado por psiquiatras, psicólogos, la procedencia es similar, las contraindicaciones también lo mismo, la personalidad antisocial y aquellos trastornos que disponen de unos recursos ya específicos y un plan individualizado de rehabilitación psicosocial.

Y ya acabo con el PADES, programa de atención domiciliaria y tipos de soporte que es para pacientes oncológicos, cardiorrespiratorios, y de neuropsicogeriatría, en el caso de la Mercè, específicamente pensando en pacientes psicogerítricos, qué es un paciente psicogerítrico, un paciente con enfermedad mental, más de 45 años y con comorbilidad de pérdida de funcionalidad y también cuadro orgánico, deterioro cognitivo, etc. puede ser un enfermo crónico complejo, habitualmente está en institución o el enfermo crónico avanzado, el enfermo que ha ido involución o un agravamiento. Los objetivos son mejorar las conductas alteradas y mejorar la situación clínica, mejorar la coordinación de servicios y mantener una atención domiciliaria hasta que pueda hospitalizarse en una unidad especializada, un integral multidisciplinar, control de síntomas...

El proceso de intervención es que se hace un contacto telefónico previo con el equipo derivador que deriva el paciente y con la familia, se programa una primera visita en el domicilio, con médico, enfermera y trabajador social, se informa, se ve la situación del paciente y se retorna la información al equipo derivador, se van haciendo visitas sucesivas según las necesidades, la familia siempre tiene la posibilidad de tener conexión telefónica y disciplinares y la coordinación.

Inserció laboral i salut mental: el repte de la inserció dels joves

Jordi Formiguera, pedagog i coordinador Servei Itínere Joves. Fundació Joia

Agrair a l'associació de famílies la invitació i que ens hagi convidat a la Fundació Joia i després sé que ja a aquestes hores, pot ser difícil mantenir l'atenció i per tant intentaré que l'explicació sigui amena, clara i que pugui mantenir l'atenció de tots vosaltres aquesta estoneta. Primer de tot m'agradaria contextualitzar la Fundació Joia, per a qui no ens conegui, ens coneixeu la majoria de vosaltres, però igualment per poder parlar del servei inserció de joves, som una entitat sense afany de lucre, que ens dediquem des de fa anys a la inserció social i laboral, per persones amb trastorns de salut mental i estem a diferents districtes de Barcelona, intentant donar a conèixer les capacitats i les

potencialitats de les persones que atenem amb trastorn mental. Aquí teniu un petit mapa dels serveis per tenir la idea de la feina que fem, dels diferents serveis que tenim als diferents districtes, com a Sants, Gràcia, a Sant Adrià, aquí a Nou Barris, que és un servei específicament explicarem de Itínera Joves i tenim serveis de rehabilitació comunitària, tenim serveis de per a joves, serveis d'inserció laboral a empresa ordinària, que són els serveis Itínera, serveis de coaching, serveis de club social i també tenim un centre especial de treball que és Apunts, que també està a diferents districtes de Barcelona, que la copisteria, missatgeria i reprografia a gran format i com veieu la porta d'entrada a la Fundació és el servei d'acollida que és el que fa una primera valoració, per veure quin pot ser el servei que més s'adeqüi en els usuaris, a partir de la seva demanda, què és el que la persona necessita i es fa aquesta valoració perquè hem d'oferir-li el servei que li pugui anar millor. Tenim la foto de la plantilla del 2010, per a què tingueu aquesta idea de la dimensió que tenim, són 147 professionals, dels quals, 68 persones són persones amb certificat de discapacitat, la majoria d'aquestes persones són del centre especial de treball Apunts i apuntar que si féssim la fotografia d'aquest any 2016, estem a prop dels 170 treballadors, el que pensem que en aquesta situació, en aquest període que ha estat difícil, aquest creixement i evolució és especialment rellevant perquè ens permet augmentar l'atenció cap a les persones amb problemes de salut mental i en aquesta dinàmica estem. I simplement per acabar amb l'explicació de la Fundació, al 2015 vam atendre 1500 persones i d'aquestes, 1323 es van vincular al algun d'aquests serveis que he anomenat.

Bé, específicament el servei Itínera Joves, que és el que tenim aquí a Nou Barris, comentarem una mica el context, vam néixer al desembre del 2014 ara fa gairebé dos anys, és un servei que està destinat a joves dels dispositius de salut mental a Nou Barris i el nostre objectiu és la inserció laboral o el retorn a la formació reglada de les persones que venen al servei. Veurem que és important aquest objectiu, s'ha parlat de comunitat, la Paloma abans també ho ha comentat, de la importància en aquesta franja d'edat de la inserció laboral, del retorn al sistema educatiu com activitat normalitzadora que atorga un sentit i un projecte en aquestes persones, que en la majoria dels casos produeix un augment de l'autoestima, sabent també que la inserció laboral o el retorn als estudis pot comportar certs moments o factors estressors o depressió, però sabem que en línies generals hi un augment d'autoestima i també atorga als nostres joves un espai d'autonomia i independència, moltes de les demandes que ens arriben és necessito autonomia, independència, necessito construir el meu projecte de vida i això és el que intentem, ajudar-los des d'aquí i posar el nostre gra de sorra i evidentment, la ocupació útil del temps. El perfil de joves entre 16 i 35 anys, amb algun trastorn de salut mental

que estiguin en tractament psicològic o psiquiàtric, aquí específicament en el centre de salut mental de Nou Barris Nord i Sud, el projecte està obert, com hem comentat a tots els dispositius de salut mental, però específicament amb aquests CSMAS tenim una aliança estratègica que després explicaré com un element clau del projecte, i que participem en les seves reunions i ja ho explicaré després. En quant a les característiques dels joves, és molt divers, tenim joves amb qualificació formativa diversa, diferent experiència laboral, tenim una demanda d'una reorientació professional, diferents nivells d'autonomia, tenim persones que poden estar elaborant la PTI del CSMA, o persones que fins i tot ja estan independitzades, amb fills, diferents situacions. Sí que ens trobem molts casos en què hi ha poca consciència del trastorn o dificultats per acceptar el trastorn de salut mental, moltes vegades ens arriben joves que són primers brots, després de tenir un primer brot, o que estan iniciant el trastorn, el diagnòstic, hi ha una dificultat per acceptar aquests trastorns i per això hi ha dos elements claus, el treball conjunt amb el centre de salut mental i després la integració a la comunitat que entrarem també específicament. Diferents diagnòstics, tenim trastorns psicòtics, de personalitat, neuròtics... i també una característica important és que molts d'ells no disposen del certificat de discapacitat. En aquest servei específicament aquesta es una característica i considerem que és important perquè sabem que molts dels nostres joves o molts dels joves que es tracten en els centres de salut mental, per la situació i per l'edat, no hi ha certificat i possiblement molts casos no hi hagi ni plantejament de que això es tramiti. Per la inserció laboral hem de dir que moltes vegades ens ajuda i és una porta oberta però també estem explicarem que estem orientats a empresa ordinària i és un element secundari. També perquè tingueu simplement la idea, les activitats que es realitzen son d'orientació laboral, ajuden a la persona a construir un projecte professional i personal, es crea un itinerari de treball i a partir d'aquest itinerari la recerca de feina, treballem el context laboral, que coneuguin com és el mercat de treball, tenim molts joves que no el coneixen o que no han tingut experiència laboral, o la que tenen és molt limitada i que està bé que sàpiguen què és el hi ha en el mercat de treball actualment, què és el que els hi demanaran i per això també destaquem un altre factor de les empreses que permeten donar a conèixer la realitat del món laboral i que el servei, als nostres joves han visitat més de 20 empreses al llarg d'aquest any 2016 i considerem que això és un aspecte molt important, perquè no és el mateix que nosaltres com a professionals i insertors laborals o orientadors laborals expliquem com és el mercat de treball si no que anar a una empresa, tenir la experiència real i que els professionals d'allà ho expliquin i veure les situacions de treball és especialment rellevant. Els ajudem en la recerca de feina a través d'internet, portals web, amb les APPS, actualment de recerca, intentem estar a la última en tot el que és

les portes obertes per la inserció laboral, en la recerca de formació, també en tècniques d'estudi amb ells, i un seguiment i acompanyament a la inserció laboral en tot moment. Per nosaltres aquest element és fonamental, forma part de l'ADN no només del servei si no també de l'entitat, quan nosaltres aconseguim un gestor laboral moltes vegades diem que és l'inici del treball, perquè és un moment clarament complicat i el que ens interessa realment és que aquest projecte que s'ha intentat crear, aquest projecte professional, es pugui mantenir, per això és important mantenir aquest acompanyament que no té durada limitada, és segons les necessitats de cada persona, busquem que cada persona tingui autonomia, que no depengui de nosaltres però sí que si necessita el suport li oferim fins a que sigui necessari. Com us he comentat, el servei anem orientats a la recerca a l'empresa ordinària, el suport i acompanyament de durada il·limitada que acabem de comentar i la recerca de feina basada en les preferències i interessos, tenim un mercat laboral difícil que, de vegades encaixar el que la persona vol amb la realitat no sigui fàcil però sí que pels joves hem de buscar la seva motivació i si ens oblidem del que ens han demanat o del que volen que els intentem acompanyar en aquesta recerca serà difícil la vinculació o fins i tot mantenir un lloc de treball. Tres elements que considerem, que explicarem una mica més és la relació estreta amb les empreses, la integració del servei a la comunitat, concretament estem a l'espai jove de les basses, aquets aspecte és fonament i diferenciador i la integració en els equips de salut mental, en els CSMA's, de Nou Barris Nord i de Nou Barris Sud actualment. En el tema de la integració a la comunitat un aspecte que considerem molt important, com he comentat és que estem allà a l'espai jove de les basses, per a tots els joves, atenem allà a tots els joves a l'espai jove de les basses i això dóna una riquesa molt important, no només a nosaltres com a professionals si no també als joves perquè estan en un entorn normalitzat i és molt complicat moltes vegades atendre a un jove que hem dit que té poca consciència del trastorn, o que acaba de tenir un primer brot o una petita crisi, que vagi a un dispositiu de salut mental quan ha d'anar al CSMA, o al CSMIJ... doncs intentem sortir d'aquí i atendre a la comunitat en aquest espai que com veiem ens permet treballar amb serveis de Barcelona Activa, en la impulsora i garantia social del Soc, amb el punt d'informació juvenil, amb el pla jove, també perquè si no coneixeu l'espai sapiguem tot el que es fa allà, aquest espai també ofereix moltes activitats d'oci, dansa, tallers, esports, teatre i també intentem, ja que la persona i el jove venen allà atendre's, de manera natural, no perquè nosaltres el convidem a mirar activitats que es fan allà, de vegades de manera natural pot sortir aquesta integració en aquest tipus d'activitats que també en molts casos considerem que és molt important. Pels professionals d'això està sent una gran oportunitat, treballem de manera conjunta amb la xarxa de dinamització sociolaboral d'allà, això ens permet compartir ofertes, formació, ens arriba moltes

vegades ofertes de treball o possibilitats de formacions que de vegades no saps perquè no arriben si no és perquè estem allà, Barcelona Activa treu un pla d'ocupació, és difícil tenir la informació, però d'estar allà la podem obtenir, i a la inversa, també nosaltres donem a conèixer ofertes que ens arriben que pot ser nosaltres no podem cobrir i les compartim. Hem participat en el prisma d'observatori juvenil, hem participat a la xarxa d'inserció sociolaboral, hem participat a les taules rodones de treball a l'estiu i treball a l'hivern de Barcelona Activa, vam organitzar les jornades de garantia juvenil per tots els joves de les basses i sobretot les oportunitats pels nostres joves, tenen els recursos del TIG, poden assessorar-se allà, tenen també l'assessorament de la garantia juvenil, del pla jove, és molt diferent si un jove vol fer un retorn a la formació reglada, nosaltres li podem ajudar a fer la inscripció si al final aquest és el camí, però qui és l'expert és el pla jove i el consorci d'educació, i des d'allà ells poden fer aquesta tasca, el mateix amb la garantia juvenil, jo li puc ajudar a fer la inscripció però si hi ha una persona impulsora que és experta en això, és important que aprofiti els recursos, això també dóna una riquesa molt gran pels nostres joves.

Anna Miñarro, psicòloga clínica i psicoanalista

Bon dia a tothom, continuarem amb les jornades, com sempre avui ja fa setze anys que va començar l'associació de familiars de malalts mental de Nou Barris. Nosaltres sabem que venim de lluny, que aquest any ells han volgut commemorar el 30 aniversari, el 30 aniversari de la llei però ja era un moviment que es va iniciar fa molt més temps, un moviment de crítica institucional que és el que també, probablement farem en molts moments d'avui, moviment on es tractava de qüestionar les figures d'autoritat poder vinculades en maig del 68 i que en aquest sentit la idea i el desig era de desinstitucionalitzar el malalt mental i per tant desmantellar, com aquí a Nou Barris ha passat, l'antic sanatori, per tant, era per descomptat una corrent molt i molt crítica. Una corrent tant crítica el que cal es vincular-la i reconèixer-la com una natura, com una forma de política, vinculada a la política de la vida de les persones. Durant molt de temps qui va venir a ocupar la vella institució psiquiàtrica, un conjunt de professionals que confiàvem i que volíem que les coses fossin diferents. En canvi, durant molt de temps, s'ha lluitat molt per aconseguir-ho però ens adonem que aquesta tendència, aquestes ganes de que les coses siguin diferents i de respecte i de vincle, amb una forma de treballar diferent s'ha anat mermant, continuadament, des de fa molt de temps, tot allò que havíem guanyat, sembla que la funció de les polítiques sanitàries, especialment dels pressupostos, en els que les quantitats són cada vegada més baixes es dediquen

més a fàrmacs que no pas a ciutadans. Ens trobem amb una biològització de la psiquiatria que ens ha portat a una aposta fonamentalment pel fàrmac i que en molts àmbits ha passat a ser considerat un recurs entre altres com a referent únic. Avui, a la taula tenim tres autoritats, una veureu una mica canviada i no és un transvestit, ara us explico què ens ha passat, en primer lloc parlarà la Lucia Serra, és una psicòloga clínica, és coordinadora de Ràdio Nikòsia, es membre dels col·lectius alteritat i acompanyament terapèutic del grup esquizo Barcelona i electrodomèstica espai, és una persona amb un excel·lent formació encara que us pugui semblar que és molt jove. Donem primer la paraula a ella. Gràcies Lucia.

Clínica en diagonal, pràctiques transferencials particulars

Lucia Estrella Serra, psicòloga clínica, coordinadora Ràdio Nikosia

Parlaré en castellà. Primerament diré que bon dia i que és un plaer seguir aquí. Agradezco a Ana y a AFEM la invitación a participar en esta mesa, el segundo día de las jornadas de salud mental de Nou Barris, barrio combativo y orgulloso de sus conquistas sociales. He nombrado mi exposición Clínica en diagonal, modos transferenciales particulares con la intención modesta de compartir algunas reflexiones, sobre otras posibles prácticas clínicas centradas en el poder de la palabra, en el saber y la autoridad de las personas afectadas y en el consentimiento singular de los profesionales. Hace 30 años cuando se instauraba formalmente la reforma psiquiátrica en el estado español, yo todavía no vivía en Cataluña y hacía muy poco que había nacido, sin embargo el acompañamiento a personas con sufrimiento mental que comencé al acabar la carrera de psicología, en Córdoba, en Argentina, en un dispositivo clínico que se organizaba a partir de los fundamentos de la psicoterapia institucional, que Tosquelles trazó en los territorios catalán y francés, me llegó a aprender con tropiezos y con dolores de barriga, que la práctica clínica es una práctica política, biográfica, situada en entornos culturales, en relación a un cuerpo sexuado particular, a una clase social y en donde las personas involucradas se arriesgan a una transformación subjetiva. Jacques Lacan, psicoanalista, retomó una anécdota del Talmud, en su seminario La angustia, que nos permite pensar en las prácticas transferenciales de una manera particular y la anécdota es: “Si dos personas bajan juntas por una chimenea, ¿podría alguna de ellas no ensuciarse con el tizne?”, es más compleja la anécdota, pero para resumirla y hacerla más simple. Gloria Leff, que es una psicoanalista mexicana, que vive en el DF, retoma esta imagen en su investigación, en su trabajo y nos recuerda que estar juntos en la chimenea cerca del mismo fuego, de la

relación transferencial no resulta posible sin quedar con la piel tocada por las cenizas, por el tizne, por las brasas que marcan a los sujetos implicados en la experiencia de la relación. Sujetos que son los sujetos implicados en la relación por no decir el profesional y el paciente, loco y no loco, si es que hay un loco, el usuario palabra complicada y que despersonaliza bastante, el analista y el analizante. Recuperar la idea de una transferencia que nos marca, implica una metodología, un marco teórico y una ética que defiende que el punto de partida de cualquier práctica clínica, es la afirmación de que hay un sujeto que desea por encima y más allá del diagnóstico psiquiátrico, por fuera de las categorías psicopatológicas /.../ Como dice el psiquiatra Manuel Desviat, todavía hoy, 30 años después de la reforma psiquiátrica nos encontramos tratando de recuperar el sujeto de la enfermedad mental y siendo testigos de que esos necesarios logros de la reforma psiquiátrica han sido integrados en la sociedad de los marcados. Recuperar el sujeto agazapado detrás del diagnóstico de salud mental es posible desde espacios y territorios que invitan al encuentro, para encontrarse con el sujeto, su deseo, su palabra, su historia, los gestos mínimos, sutiles resultan indispensables, necesitamos estructuras institucionales sostenibles y que funcionen bien, pero también necesitamos pequeños gestos, movimientos sutiles de una micro política que nos acerque desde la mirada y las palabras que reconocen al otro y le proponen un lugar posible que comienza a inscribirse en un saludo con dos besos, en una llamada, en un mensaje de WhatsApp en un momento difícil, en un café que se comparte, en un mechero, en un abrazo. En Ràdio Nikòsia, que es un colectivo del que formo parte hace 7 años, sostiene un dispositivo comunitario que produce una posible otra clínica, abierta, risomática, en diagonal, que se despliega en los territorios de una comunidad electiva que insiste en producir otras verdades, es un espacio flexible que da cabida y promueve la espontaneidad, posibilita encuentros desde la elasticidad de las pautas, en el marco de un caos ordenado, como decía un compañero un caos ordenado que no nos uniformiza si no que busca potenciar el entrevarios y la singularidad de cada persona. En esta zona de frontera apropiada, donde la normalidad vuelve a ser relativa, nos encontramos con la necesidad de resocializar la locura, de que la locura salga a la calle y que la haga suya, que se apropie de la calle, Nikòsia no es un espacio terapéutico pero resulta un lugar de producción de posibles efectos clínicos, pero que no son concebidos de antemano como parte de una terapéutica, si realizamos un taller de artes, por ejemplo, a partir de la demanda del propio colectivo, organizamos un taller de creación artística que es coordinado por una profesional de ese campo, por una artista, donde cada participante tenga o no un diagnóstico, un sufrimiento en salud mental, desarrolla un proceso artístico, como cualquier..... de artes, no es un taller de arteterapia, ni es yogaterapia ni es cocinoterapia, ni es flamencoterapia, que existe la

flamencoterapia. Las relaciones no se establecen desde la jerarquía que caracterizan los vínculos en las instituciones de salud mental, pero son relaciones diferenciadas según la singularidad y la demanda de cada persona, persona que es igual se trate de estudiante que estén haciendo prácticas, de universitarios, formación profesional, participantes de los talleres, familiares que se acercan a buscar algún consejo, personas afectadas, profesionales que se acercan a conocer como /.../ Podemos decir que en Nikòsia ocurren múltiples desobediencias hacia las categorías diagnósticas que convierten a las personas en enfermos totales, como dice el compañero Xavi y también desobediencia a hacia la fría distancia, que se nombra a veces como distancia instrumental, y que se promueve en la formación de los profesionales y las profesionales. En Nikòsia buscamos promover una circulación horizontal del poder y de la palabra, en un encuadre que sostiene el poderío, que no es lo mismo que el empoderamiento, empoderamiento ya implica una disciplina, una obediencia, es como lo estamos entendido hoy por hoy, promueve ña autonomía, la responsabilidad, la libertad el movimiento y otros lugares posibles para las personas afectadas, para los profesionales y para la sociedad en su conjunto como ámbito para la vida. En dispositivos comunitarios, donde el saber, el poder y la palabra pueden circular de manera horizontal es posible sostener otras prácticas transferenciales, otros modos de relación, que configuran, para las personas, todas, otros modos de subjetivación en la atención entre lo singular, lo colectivo y lo social, entre el saber y el no saber, entre la pregunta y las palabras. Deben conocer las complejidades del devenir de la transferencia, en Nikòsia, pero también pasa en otros dispositivos, los escenarios y las relaciones hacen estallar la idea clásica de práctica clínica y cuando hay un llamado a un **estaff** particular, de un lugar y de una función por parte de los profesionales, se hace necesario construir otros escenarios posibles para el despliegue de esa transferencia, de esa relación, por ejemplo, además de la asamblea semanal donde concurrimos más de 30 personas, 40 a veces, cada semana, los lunes por la tarde, o el grupo de politiquero, o el programa de radio de cada miércoles, hacemos dos grupos en donde se produce esta clínica en diagonal, esta otra forma de relacionarnos, el grupo de mujeres y de comisión de cuidados comunes han sido formados a partir de la demanda de algunos compañeros y compañeras y son espacios horizontales de personas que tienen un diagnóstico, personas que no lo tienen, que nos reunimos cada quince días, el grupo de mujeres, en un bar de la C/ Ferrán, al lado de donde está la radio y el grupo de cuidados comunes en la sede de radio Contrabanda, en la Plaza Real. El funcionamiento de los grupos es distendido pero también muy intenso, vamos pensando entre todos los que estamos ahí algunos temas que se proponen, que han sido por ejemplo los cambios y la pesadez que la medicación psiquiátrica produce en el cuerpo, la presión social para

que las mujeres seamos delgadas y jóvenes, bueno las mujeres y los hombres, y comprensivas, la sobreprotección con la relación con algunos familiares, el dilema de si tener hijos o no, la carga vital de tener que demostrar diariamente que aunque se tenga un diagnóstico se pueden hacer cosas que tengan sentido. El escuchar y acompañar el pensamiento y la elaboración de las personas que participan de estos grupos y muchas veces, otras de fuera de los grupos se produce una reconstrucción del discurso que puede ser también llevado al espacio público. Que cada persona pueda enunciar sus propias verdades, que resulte posible compartir y poner en común la angustia misma de la existencia de la libertad y sus contradicciones, de las opresiones del sistema de salud mental y del tipo de relaciones que promueve todavía el sistema de salud mental, estar en el día a día, acoger la palabra aunque sea a la intemperie, acompañar y escuchar la historia del sufrimiento, pensando con el otro, hace parte de una clínica que aparece como una clínica inquieta y en diagonal. Entendemos que si el encuadre clínico es en cierta manera un estado mental, una constante en las coordenadas de tiempo, espacio y relación, que permite el despliegue de una función, es posible pensar en una clínica en dispositivos abiertos que performa otros lugares, tanto para la persona que sufre, su palabra, también su poder y sus posibles, como para el profesional que puede escuchar desde una cercanía en la que su saber, su supuesto saber, no corre el riesgo de resecarse. Están en la misma chimenea nos deja manchadas la cara, las manos, pero en esas mismas manchas, de producto de ese encuentro, es que nos transformamos algo del propio sufrimiento y de las propias marcas se pone en circulación. Esta posición de implicación advertida, también cansa algunas veces, nos pelea con lo que no entendemos, con lo que puede demorar demasiado, también con lo que nos interpela subjetiva y físicamente, porque hay asambleas en las que estamos casi 3 horas hablando, debatiendo el programa y cuando salimos de la asamblea uff, no podemos seguir pensando no, nos duele el cuerpo, nos duele todo, es muy intenso. Pero esta forma de hacer, a veces también nos confronta con tener que poner algunos límites como personas, como colectivo, como institución, nos lleva a tener que batallar la resortividad económica, cada año, a tener que pensarnos como equipo, como personas que formamos parte de un colectivo, como compañeros de lucha también. Y de lucha desde una clínica política se vuelve necesaria porque todavía buscamos recuperar al sujeto de la enfermedad mental, recuperar la palabra del loco y nuestra propia palabra, todavía necesitamos desatarnos y desmedicalizarnos y encontrar la potencia subversiva en cada sujeto y nuestra propia potencia subversiva y éste es un proceso que no se puede hacer solo, no se puede hacer solo. El capitalismo actual, el mundo en el que vivimos nos arroja a relaciones cada vez más frágiles, solitarias y hostiles, en donde la totalidad de nuestra vida se convierte en un producto y nuestro nombre en una marca

que hay que administrar y alimentar del ICS. Nos encontramos incesantemente movilizados y permanentemente fatigados, y ante esta fría situación necesitamos construir y sostener espacios para prestar atención a la vida psíquica, dentro y fuera de las instituciones, que no es la atención a lo biopsicosocial, ni es el psicologismo emocional, ni la búsqueda de consejos para que la felicidad sea rápidamente posible, si no lugares para elaborar, fantasear, disfrutar, atender al devenir de los procesos psíquicos que son pilares de la vida social, y no podemos hacerlo solos, si no junto a otros que nos devuelven y refuerzan nuestras capacidades de resistencia y de transformación, resistencia que es necesaria frente a la medicalización y la patologización de los malestares de la vida. La psiquiatra Laura Martín, de la Revolución delirante, decía hace poco que los manuales diagnósticos están creando generaciones de profesionales de la salud mental que no quieren perder el tiempo hablando con los locos, se apresuran a dar con un diagnóstico y a empezar cuanto antes la prescripción y la medicación. Una compañera de la radio hace poco, hace dos semanas, en el grupo de cuidado, comentaba, pensaba en voz alta, mis padres me incapacitaron y la cuidadora de la residencia donde vivo me controla y me castiga si llego tarde, pero la trabajadora social del Hospital Clínic, me dice que tengo que hacer un plan para desarrollar mi autonomía, y ella se preguntaba cómo voy a desarrollar esa autonomía si tengo que pedir permiso para salir de mi casa. En el mismo grupo de cuidado, el mismo día, la penúltima vez que nos reunimos, hace dos semanas, una pareja de compañeros que viven en una llar de suport, en un piso asistido, hablaban de la falta de derecho a la intimidad que tiene en su propia casa y en el trato que los jóvenes profesionales y no tan jóvenes, tenían hacia ellos, esta falta de intimidad la viven cuando les controlan la cantidad de libros que tienen, la cantidad de CDs, la cantidad de calcetines, la cantidad de ropa interior que puedan tener, o de ropa en general, abren los armarios a ver cuánta ropa tienen, abren los cajones de la mesilla de noche sin pedir permiso... y los compañeros comentaban que estos mismos profesionales, les dicen que si hablan mucho con ellos, sienten que no están haciendo bien su trabajo como referentes y esto a los compañeros les hacía pensar con rabia y con resignación que seguimos dentro de los /.../ manicomiales, entonces necesitamos saber algunas cosas y necesitamos conocer los efectos subjetivos de cosas que todavía no han cambiado demasiado. Cuántos profesionales que desarrollan prácticas de esta otra clínica digamos, hay en Cataluña y hay en España, cuántos profesionales están formados o quieren formarse en trabajar en paradigmas colectivos, comunitarios, horizontales, a cuántos de estos profesionales les es posible incidir en las estructuras institucionales en las que trabajan, cuántas horas de atención clínica de calidad son ofrecidas en los centros de salud mental, si pueden las personas diagnosticadas tomar decisiones sobre sus propios

procesos terapéuticos, por qué los hombres las mujeres, los jóvenes, los niños, consumen tanto psicofármacos en Cataluña, qué hacemos con las instituciones que anulan activamente la posibilidad de la escucha, ante esto y sobre todo en relación recientes declaraciones de la Generalitat de Cataluña, pensamos que no se trata de que la solución sea crear nuevos servicios en la red de salud mental, si no de que los servicios que ya existen incorporen, sostengan y defiendan otros modos transferenciales y otros modos de relación con las personas que sufren desde prácticas políticas y clínicas que escuchen y que incluyan el saber de los sujetos en sus propios recorridos de su recuperación de la salud. Y para acabar, quiero nombrar algunas experiencias que están creando, que ya existen y que defienden estas otras prácticas, en París, o bien pensarse como prácticas clínicas en diagonal, clínicas de frontera o clínicas mestizas. En Cataluña, por ejemplo, en la xarxa GAM, el colectivo de feminismo y salud mental Bucles, la revolución delirante en Valladolid, espacios como el grupo de pensadores que se sostiene desde la fundación congrès català de salud mental en donde las personas se juntan a pensar más allá de su lugar como profesionales, como personas afectadas, como familiares, también los colectivos de escuchadores de voces, las personas que han realizado el congreso entre voces, en Madrid el año pasado, las radios locas que hay en todo el mundo, desde Latinoamérica, Portugal, Italia, Brasil, Francia, en España también hay muchas, la Red Icaria, la plataforma primera vocal, algunos dispositivos de acompañamiento terapéutico en salud mental, algunos grupos de teatro y de performance artístico, **Gulnus** o la compañía Brots, el foro de vida independiente, que la semana que viene cumple 10 años de trayectoria y muchas otras experiencias donde se busca y se rescata la potencia particular de cada persona. Gracias.

Una altra atenció en salut mental és possible

Chus Gómez, psiquiatra cap secció UHR Psiquiàtrica Hospital de Piñor Ourense, Psicoanalista membre AMP-ELP (Ilegeix Joan Pijuan)

Avui hauria estat aquí a baix com a participant, i estic avui aquí a dalt presentant aquesta ponència que m'ha permès en tot cas llegir-la prèviament i per tant, poder transmetre-us a vosaltres aquesta idea que té la Chus, que és una idea en la línia que deia ara mateix la Lucia de tots aquests professionals implicats en el que podríem anomenar una practica política i que n'hi ha, per exemple, especialment m'agraden els professionals vinculats a l'hospital Río Hortega de Valladolid, de Fernando Colina, José M^a Álvarez i

que estan en aquesta línia, doncs passo a llegir aquesta ponència. És molt rigorosa i pot ser un pel teòrica, però crec que s'entén.

Es titula "El poder de la institució y el poder de la falta". Haré una reflexió en voz alta sobre el poder, al estar este omnipresente en nuestro trabajo diario, en mi caso, en el psiquiátrico, con ya un recorrido de 11 años en donde se han producido cambios y conflictos, con el fin de mejorar la atención y el trato y aunque algo menos logrado, aún queda mucho por hacer. De modo gráfico y a buena pluma, un mínimo en resumen que marque los hechos. De dónde venimos y en dónde estamos. Psiquiátrico de Toen, viejo deteriorado y sin condiciones de dignidad deseables y ahora Piñor, lugar amable precioso, cercano y sobre todo digno. Hablaré de lo que ha ocurrido en medio de estos dos espacios y tiempos, intentando formalizar teóricamente el cambio conseguido. Nosotros qué pintamos aquí, es la frase que mis colegas y yo nos hacemos frecuentemente cuando reflexionamos sobre qué tipo de clínica hacemos, qué problemas se nos plantean, qué queremos construir i qué ha cambiado en un proceso en el que ya con cierto recorrido, hay un antes y un después que va fraguando. Un antes en Toen, lo otro, allí, lo viejo; un ahora, en Piñor, esto, aquí, lo nuevo, la página casi vacía pendiente de escribir, sabemos que hay mucho por hacer. Aquí el tema del poder y su microfísica foucaultiana va **desubio** es casi estructural. El ejercicio del poder es universal, aunque ahora en los psiquiátricos su vestimenta sea más dulcificada, menos descarnada y su semblante más light, pero presente. A mí me pasa un poco como a Borges que desconfiaba de las historias y las geografías oficiales, en especial las de su propio continente, por eso, cada uno escribe una historia que es al final su historia. Quizás sea cierto que nuestras geografías e historias son imaginarias e imaginadas y nuestros mapas tienen tenues trazos de tinta evanescente. Si la cartografía de la imaginación y la cartografía de la tierra coinciden solo raramente e incluso entonces apenas un momento, qué decir de las cartografías humanas de la locura, cualquier parecido con la generalización es pura coincidencia. Pero esto no significa decir que nuestros paisajes imaginarios carecen de solidez, tienen la solidez que les aporta el relato que construimos. La locura está enraizada con firmeza en nuestra conciencia desde el principio del mundo y desde que el hombre arrancó a hablar enloquecido en la **baden bíblica**. Para sobrevivir en el manicomio, es necesario tanto para locos como para loqueros haber habitado utopía, mucho antes de que Tomas Moro le diera nombre a la isla. Día a día he de enfrentarme a situaciones en las que, es la cuestión del poder y no otra, la que está en juego y me instan a que la resuelva desde diferentes ámbitos y estamentos internos y externos, en relación a la multiplicidad de cuestiones que van desde lo banal a lo más serio y decisivo para alguien. Me veo confrontada en esta

tesitura siempre difícil de resolver y con el riesgo de las salidas por el exceso o por el defecto sin que exista la anhelada y salvadora justa medida, que me dejen en buen lugar. Como siempre, referencias literarias me ayudan a pensar, me dan las metáforas que ayudan a cernir algo sobre el tema, por ejemplo, recomiendo la lectura de “El museo de los esfuerzos inútiles” de Cristina Peri Rossi y “El desierto de los tártaros” de Dino Kutzari de 1940. Estas dos referencias literarias describen magistralmente la vivencia subjetiva de mi aterrizaje en el manicomio, cada una por cuestiones diferentes pero las dos en relación al poder. Me centraré en el par transferencia e institución para cernir algo sobre el tema. Transferencia e institución es el par clásico en el debate teórico psicoanalítico, es la pareja de baile con la que los que trabajamos en instituciones, en el sentido de institución total de Goffman, más o menos dulcificada, hemos de lidiar. El encuentro entre el psicoanálisis y la institución nunca ha sido fácil. El psicoanálisis no tiene ninguna razón de ser, ni de estar en las instituciones psiquiátricas si el deseo del psicólogo, del psiquiatra, o de cualquier otro que forme parte del grupo de trabajo se reduce exclusivamente a responder a la demanda de curación por parte del otro social, que es en definitiva, lo que se nos demanda. Como dice Bassols, la institución sea cual sea, es la forma social que toma en conflicto intrasubjetivo, que llamamos deseo en sus paradojas con la ley social. Las instituciones, se fundan necesariamente en la represión del deseo particular del sujeto, y en lo que Freud llamaba la satisfacción pulsional. Freud en su estudio sobre las instituciones confirmo que éstas se fundaban en procesos de idealización, de identificación con el ideal del yo, no hay buen remedio para este conflicto que llamamos deseo en su paradoja con el ideal, hay elecciones, hay decisiones, que suponen siempre una pérdida y una ganancia, pero no hay solución al conflicto. En todo caso intentaremos que en cada institución, se pueda alojar la particularidad del sujeto de la palabra, desconfiando de los efectos de la identificación que generan idealización y segregación como producto, amenazas que impulsan a cada paso queriendo hacer un lugar mortífero en la vida institucional. Advertidos de ello, hemos de obrar en consecuencia, en una institución de estas características con sus morrenas y detritus acumulados de años de duración y algunos imposibles hay que bregar, no queda otra. La paciencia se impone a riesgo de ser devorados y fagocitados por ella, todo poderosa e insaciable, en la institución existen formaciones que como en cualquier lugar son las del inconsciente, con sus más y sus menos. De modo habitual la inercia se impone y con ella una feroz resistencia a aceptar cualquier cambio por pequeño que sea, que abra la posibilidad de la pérdida del status quo. En el que cada cual administra su pequeña cuota de poder, como pequeño amo rey de un minúsculo territorio. De modo general, el concepto de institución se entiende como un conjunto de normas, la mayoría escritas y reglamentadas, que hay que respetar, cumplir y hacer cumplir, aunque con

niveles de aplicación diferentes, entrando así de lleno en el barrizal del terreno del poder con frecuencia arbitraria. Normas y reglas que apuntan al horizonte ideal que sería imaginariamente alcanzado cuando su cumplimiento sea total, sin fisuras, sin malentendidos, se trata de hacer existir la ley con lo que de loca tiene esa aspiración. De este modo y derivado de la causa, entendida en el sentido lineal, se intentara domar lo desviado, que llega desde los márgenes de lo social que va quedando en la cuneta como desperdicio. La desviación, entendida como el síntoma que irrumpe para desbaratarlo todo hace imposible lograr la idílica paz social, perdida de antemano pero planteada como meta deseable. Silencio, por tanto, en vez de ruido, pulsión de muerte, en vez de eros, el riesgo de aplastamiento de la singularidad del síntoma de cada uno, lo más particular que cada uno tiene se ejerce bajo la consigna de igual para todos, que pretende aplicarse como un rodillo y que sirve como menú de cada día. La pregunta a formular sería cómo ingeniárselas para que el trabajo en una institución, no de nueva creación si no ya con su historia, puede ser organizado sin sucumbir al goce aniquilador estandarizante que impulsa a cada paso. Cómo maniobrar en las pequeñas o grandes luchas de poder, que tanto vertical como transversalmente, pulsan por emerger para ejercer el poder, que tan enraizado está, no se cuestiona lo más mínimo ni tan siquiera se detecta. Comentaré, como no puede ser de otro modo, mi experiencia en una institución con ya 11 años de recorrido. Se trata de una práctica clínica que no se reduce al consabido archirrepetido trabajo en equipo, haremos las comillas de equipo, con frecuencia, bajo ese par significativo se oculta lo que después la realidad diaria revela como de alto riesgo, el efecto de disolución de la responsabilidad subjetiva de cada miembro en el efecto grupo, que como sabemos se constituye y solidifica bajo el ideal de completud, esto es sin falta. El todo equipo, tiene el riesgo de taponar la aparición del sujeto o bien de aplastarlo en el consenso de lo que el equipo considera que conviene al otro, usando para ello si es preciso el sentido común. Por el contrario, la sunción de la responsabilidad del uno por uno, permite desarrollar entre otras cosas la dimensión de la tolerancia frente a las diferentes opiniones expresadas en la dirección de cada caso. Discutir los enfoques o soluciones singulares que cada uno puede aportar a la construcción del caso, que es el cuál es responsable, para intentar desembrollarse de líos transferenciales que suelen acabar eclipsados en el colapso imaginario, en puntos ciegos, en una serie sin fin de pasos al acto, de cuidados y cuidadores sin saber por dónde tirar. Se tratará de descompletar el imaginario del grupo y poner el acento en la solución singular, que tal o cual sujeto ha inventado para hacer que su goce sea algo más vivible. Obstaculizar la dimensión imaginaria de la transferencia, puede permitir que los sujetos psicóticos ingresados, puedan ponerse a trabajar con su locura para limitar el goce mortífero que pueda evitarlos, aunque sabemos que no siempre será posible.

No se puede decir, en oposición al término trabajo en equipo, que se trate de una práctica entre varios en el sentido que Miller da a este término, al no compartir la orientación psicoanalítica, como referente teórico, todos los que allí trabajamos, sí la responsabilidad, no es algo de lo que poder escamotearse ni zafarse y tampoco es una práctica entre varios, entonces qué es esta manera de hacer de la que hablamos, cómo nombrarla. Me gusta la manera de decir de Antonio Di Ciaccia en su artículo de la fundación por uno "A la práctica entre varios" y Di Ciaccia dice: hay más de una manera de trabajar entre varios y esta dimensión depende estrechamente de ese uno fundador, la articulación entre lo uno y lo múltiple es esencial, es esta articulación misma lo que nosotros llamamos institución. Por tanto, todas las instituciones no son equivalentes como tampoco lo es su historia y la práctica entre varios es diferente según el funcionamiento institucional. Nuestro trabajo entre varios es, diría yo, a nuestra manera, no se me ocurre otra definición, no se orienta por ese uno del amo que si bien lucha siempre por aparecer puede ser agujereado un poco para hacerle perder un algo de consistencia haciéndolo más permeable. Sabemos que el discurso del amo, con su bien y con su mal, desciende como la roca de Sísifo por los peldaños de los diferentes estamentos siempre en pugna con sus convenios en alto para hacerse el dueño y señor de toda la institución. Este es el marco de referencia, no es Freud, vía Lacan de modo global, lo que es una ínfima parte, pero maniobrar con este resto, con este poco, con este no todo, sostenido en el uno del amo que intenta afianzarse sobre el discursos analítico reverso del discurso del amo, será de lo que se trate de modo general sabiéndonos siempre sometidos a cierta precariedad estructural. Bueno, una mica teòric, tot això. Hay que aferrarse al deseo existente, en relación al psicoanálisis y al efecto de la palabra, como a un clavo ardiendo para no sucumbir, se trata de funcionar sin ese uno del amo, la incompletud. Introduciendo así la falta y su manejo y sus declinaciones derivadas. Esto es definitiva de lo que se trata, es un saber hacer por tanto del lado de la posición femenina en relación con la falta. Esto es lo que ha operado a nivel teórico en la reorganización hospitalaria con efectos clínicos y de dulcificación del ambiente de modo general. Poder sí, claro, pero no todo arbitrario, con instauración de la autoridad versus el poder que repercute en la declinaciones correspondientes en todos los aspectos de la vida institucional. En definitiva, ahora el eslogan es más bien "a cada uno lo suyo". Podríamos decir también que se trata de un saber con la institución entendida como el texto de la reglas, de las réquiem, a modo de las tablas de la ley bíblica que dejan fuera que primero fue el verbo. En este punto, a modificar estamos introduciendo que es posible un trabajo entre varios articulados sobre un deseo, en el que tejer una transferencia en red, como una tela de araña sedosa, elástica, pero más fuerte que el acero, bajo apariencia frágil. Haré un resumen de lo sucedido dividido en

tres tiempos lógicos, tiempos de ver, de comprender, de concluir. Primer tiempo, la llegada a una institución marcada por el abandono y la violencia institucional, me confrontó con un real, entendido como lo que vuelve siempre al mismo lugar, que era insoportable para mí y que no era otro si no el poder y la violencia ejercida de modo acostumbrado en estos territorios. Un acto, en relación a un paciente psicótico muy grave, chivo expiatorio de toda la institución, ponía al amo gerencial contra las cuerdas para recordarme que aquel territorio era ingobernable, eso activó mi deseo y puso en juego la ética como analista. Los efectos luego de muchos avatares fueron: cierta pacificación general, la introducción de cierta descompletud necesaria, que generó como efecto el entusiasmo por el proyecto posible y un deseo de saber inédito hasta esa fecha. Segundo tiempo, unos años más tarde, fue un segundo acto el que de nuevo cambió el escenario reorientando de nuevo el rumbo, en esta ocasión, el acto entendido como aquello que produce un corte e introduce un antes y un después, consistió en la denuncia del estado deplorable de las instalaciones a los responsables de las administraciones sanitaria y política implicados, a través de las permanentes cartas y fotos que visualizaban el estado abandonico del lugar. Los efectos transferenciales no se hicieron, esperar fueron demoledores, irrumpieron bajo el paraguas del odio, revestido de buenas intenciones, desde los múltiples sectores implicados, trabajadores, profesionales, partidos políticos, sindicatos y población general, todos se unieron con la intención de disolver desde dentro un proyecto que de manda dignidad y respeto por los derechos de los que allí estaban y trabajaban. La respuesta muy ruidosa en los social y en el hospital y de mucha duración en el tiempo, años, estaba encaminada a intentar captar la falta y la responsabilidad de lo ocurrido, acabo cuajando en un discurso cínico y paternalista, que a la manera de un amo, decía saber lo que el otro mayoritario de la psicosis necesitaba, paz y tranquilidad, paseos, naturaleza y alejamiento del mundanal ruido, negándose con firmeza a admitir, que lo que el discurso manifiesto vociferaba era indefendible, desde el punto de vista de la ética y de una mínima honestidad, estábamos en el discurso de lo cínico. Tercer tiempo, ya el de concluir una historia y empezar en otro lugar, esta vez desde la dignidad de unas instalaciones estupendas, se plasmó en un repetir en fotomatón, sólo el funcionamiento antiguo, si no en traer a la nueva realidad arquitectónica, además del viejo discurso de la segregación y del paternalismo, los malos augurios, que como las plagas iban a caer, al decidir salir de lo natural del camino, como había sido siempre, a pasar por cercanía a un rural más urbano. El cambio sería como presagiaba la madre de todos los vicios y desmanes, la madre de todas las desgracias, atropellos en la carretera, problemas de vecindad y hasta riesgos de otros órdenes pensados pero no dichos y por supuesto la imaginada añoranza del paraíso perdido al que todos querían regresar. Como era de esperar la plaga bíblica no hizo su

aparición, pero fue en la vía de lo administrativo, en el proyecto clínico organizativo necesario para organizar el día a día de la institución en donde el rechazo fue frontal. Decidimos no entrar en la escalada imaginaria, al fin y al cabo no porque esté escrita tiene más valor, frente a reivindicación que todo siga como estaba, como resistencia explicitada, el cambio se introdujo implícitamente, sin hacerlo escrito, en un como quien no quiere la cosa, sin ruido, sin amenazas, sin enfados, sin chantajes... pero sin retroceder. Los varios que trabajan juntos no están unificados, como dice Di Ciaccia verticalmente, como identificación al uno, que es el amo. Aunque la institución fuerza siempre a hacerlo existir, a darle consistencia y cuanto más mejor, si no que al contrario, los varios, son solidarios de la interrogación horizontal y solidaria, que cada uno aporta en su encuentro singular con el otro, con el que habita, está afectado de psicosis en mayor o menor medida y de graves neurosis muy actuadoras y solidificadas bajo el efecto de un discurso, en donde lo educativo y explicable y entendible, es la norma que se ha ido fraguando durante años de circular por muchos y variopintos dispositivos SIP. Desde luego es mucho esperar que puedan evacuarse los fenómenos imaginarios que contaminan la institución y que complican las redes trasferenciales que repartidas entre las intervenciones de lo multidisciplinar, están a cada paso haciendo aparición con sus embrollos y malentendidos permanentes y que en muchas ocasiones, acaba en pasos al acto o en la promoción de locos proyectos e intervenciones orientadas por lo que se supone que es lo que el otro precisa, sin facilitar lo que debe ser deseable cuestionarse con los otros, la propia práctica clínica en donde cada uno está llamado constantemente a ser responsable en primera persona, sin que ninguna coartada sea del tipo que sea. Más allá de las jerarquías inherentes a cualquier institución al uso, como un hospital psiquiátrico, en donde hay multiplicidad de estamentos en los que se trocea y compartimenta al sujeto objeto de cuidados, espacio y terapias varias y que corre el riesgo de llegar a ser disputado, en aras de la intervención de cada uno, alguien en la institución deberá mantener abierto un espacio incicatrizable encarnándolo de modo nuclear. Como dice Di Ciaccia, no pues, amo, ni amo del poder, si no servidor de esta tarea de cada uno de los múltiples del equipo puedan relacionarse en su trabajo con los otros. Es a este punto central, que Di Ciaccia llama el uno de vacío, que despejara las relaciones de los efectos imaginarios, de la rivalidades internas o externas del grupo, y entre varios constituyentes porque sabemos que las rivalidades, lo que generan es parálisis, empobrecimiento del trabajo, aplastamiento del deseo y triunfo del desencanto. Así, cada uno de la institución está llamado a fundar la partir de su propio vacío, vacío que no es otro que el vacío de su propio ser, al que se confronta. Vayamos un poco más allá, estamos inmersos en un lugar que está y precisa de un trabajo en red, con múltiples dispositivos, de modo habitual en la institución, los casos presentan

fenómenos de irrupción de goce con manifestaciones en el cuerpo y en la actuación, consumo de tóxicos o de fármacos en exceso, aislamiento, agitación, etc... El diseño de las estrategias a realizar, no buscan la erradicación de lo disruptivo, como comentaba antes, si no la inserción en un discurso. La institución tiene una función básica, que es la del acogimiento en el sentido de ofrecer hospitalidad, de ofrecer cuidado, protección, limitando en lo posible el goce que desatado acaba en acting o en pasaje al acting. El trabajo en red busca conseguir un punto de anclaje del sujeto que le incluya en un discurso, intentando evitar la marginalidad, la exclusión y la segregación, solidario del registro del síntoma como un valor de verdad del sujeto. Lo que es necesario, lo que se subraya es este tiempo de comprender. La institución debe facilitar el surgimiento del tiempo de comprender para cada sujeto, en una época en la que el intervalo entre el deseo y la satisfacción se acorta cada vez más. Para concluir, tal como Cenoni comenta, en una obra "La orientación psicoanalítica en la institución psiquiátrica", la cuestión a dilucidar es entonces saber si el psicoanálisis puede aclarar, guiar y orientar la práctica hospitalaria como tal, si puede permitir ejercer una acción médica y de asistencia, de ayuda, de albergue, adecuada, para dar lugar a la clínica del sujeto tomando como referencia las diferentes modalidades del retorno de lo real de la pulsión en el contexto de la vida institucional. Quizás también haya que estar empujando a estas otras disciplinas que puedan dialogar con el psicoanálisis para no someterse a un cierto entusiasmo irracional, quizás, es más, casi seguro. Chus Gómez.

La paraula en psiquiatria: és encara eficaç?

Fernando Vicente Gómez, psicoanalista París i Barcelona, col·laborador de Francesc Tosquelles

Por mi defecto profesional me hubiera gustado poder coger algunas cosas que ya he odio, pero tengo que atenerme un poco también a lo que había previsto y digo esto, porque se ha citado dos veces a Fernando Colina, y Fernando Colina es el que escribe el prólogo de mi libro "A propósito de la palabra", pero quería hacer mención a lo que estas señoras de aquí al principio hicieron gestos diciendo que no se oía bien, es decir, primero poder manifestarse, osar manifestarse, y después está el problema complicado, después de manifestarse, es que distancia pone uno con respecto a lo que escucha y ahí está todo el problema técnico de los que estamos trabajando, porque como Lucia decía y también es verdad, a propósito de la manifestación que ustedes han hecho era con respecto a la distancia del micrófono, qué distancia hay que coger para escuchar y para que se nos oiga. Uno de los problemas cruciales dentro de nuestro trabajo y no

solamente del trabajo, dentro de las familias, con respecto a los pacientes, a los hijos o a la gente que demuestra una cierta fragilidad, y desde luego después estar con esta historia, otra que Lucia apuntaba, y era no por llamarse terapeuta o psicoanalista es ahí donde más efectos terapéuticos aparecen. Hay que hacer la diferencia entre el estatuto de alguien que tiene un título e incluso una función y los efectos que eso produce, a veces se producen efectos en el jardín, en la cocina o con el cocinero y con el jardinero y no con el terapeuta más listo del mundo. De ahí, y aquí hay otra cosa que tendríamos para hablar mucho tiempo, que Chus Gómez, introduce a propósito de transferencia institucional, que es lo que ella entiende por institución, recordar solamente que ya los que se llamaban de psicoterapia institucional, que Tosquelles fue el iniciador de esta corriente en Francia, hacían una clara diferencia entre institución y establecimiento, es decir, entre lo que se pone en marcha para que permanezca siempre, Carlos en el coche decía que uno de los defectos de los políticos es que creen que tienen que estar toda la vida y si no se lo creen van a luchar para quedarse toda la vida y otro es institución, donde no se tiene nunca miedo de plantearse la cuestión permanentemente de qué es lo que estamos haciendo aquí, esa es la gran diferencia entre institución y establecimiento que introduce la psicoterapia institucional. La institución es la que no tiene miedo a plantearse continuamente qué somos y qué hacemos y el establecimiento prohíbe cualquier palabra que pueda poner en entredicho la continuidad de ese lugar. Dicho esto, a propósito de la palabra, por cierto, esto de los efectos de la palabra, que veo aquí a Jaime Claret, el día que vino a la presentación del libro me dio miedo porque empieza y dice, yo ya he asistido a algunas reuniones de supervisión y a veces no entendía nada de este señor, así empezaba y después decía pero a veces veía los efectos de esto posteriormente. La mejor definición que me han dado de terapia, es una paciente que me dijo voy mucho mejor y no sé por qué. Dicho esto, como consecuencia de una preocupación diurna de hace tres días, aparece a través del sueño esta misma preocupación como ocurre con frecuencia, en los sueños. Y era que yo salía de un lugar, de una sala, para ver a la gente que había decidido de no entrar a la reunión y es que realmente había ocurrido hacía unos días, no que no entraban, si no que no hablaban. Y yo les decía que por qué no querían entrar para hablar y decían que había otro discurso mucho más científico que tapaba y no escuchaban lo que ellos podían decir. Dicho esto, a pesar de esto, que sí ocurre todos los días, yo me veía intentando convencer que lo importante es que no nos cansemos de seguir diciendo, no porque creamos que nos van a escuchar, si no para seguir vivos y de pie, con respecto a los efectos que en nosotros mismos va a tener lo que tenemos que seguir diciendo. A condición de que al escuchar y aquí todos estamos implicados, que al escuchar aceptemos la diferencia de las formas de decir de cada uno y no quiero introducirme

ahora en actualidades evidentes como es lo del **Gresit** o en EEUU. Es decir, aceptar las diferencias de decir que cada uno, lo difícil es aceptar el hecho de la diferencia, del que dice y de cómo lo dice, de lo contrario, el no poder decir, el acostumbrarnos a no decir porque no se nos escucha, se puede convertir en un hacer, mucho más difícil de acoger para cada uno de nosotros que sea en la familia o en lo profesional. Y de hecho el síntoma es lo que se ha convertido en un hacer por dificultades de un decir. Y tanto a nivel social como a nivel individual, el síntoma aparece en el cuerpo con otro lenguaje que no es el de la palabra y mucho más difícil de tratar, porque cantidad de veces, pacientes que han conseguido, entre comillas, un síntoma en el cuerpo acuden a nosotros para que se lo quitemos, sin sentirse implicados en absoluto en lo que él tiene en la creación de su propio síntoma. No podemos esperar para decir que el de la ciudad, el de enfrente, el otro, lo diga como el del campo o como el intelectual, lo importante es que cada uno pueda decirlo a su manera, pero para ello, en efecto, tenemos que tener la impresión que el que escucha, todos, da valor a lo que el otro pueda decir, y por eso debe estar preparado para acoger siempre decires diferentes. Todo el mundo a veces se pregunta, lo comentábamos antes, se pregunta a veces por qué esto ha sucedido, cuando lo que no hemos querido ver es todo lo anterior que estaba preparando a lo que hoy sucede, no hemos querido ver lo que ya estaba escrito de antemano con otros signos. Y hoy, y en psiquiatría lo sabemos muy bien, hoy que todo se quiere medir y nos están preguntando siempre cuáles son los efectos de la palabra y de la terapia, qué están diciendo, qué están haciendo ustedes, nos plantea un serio problema para quienes medir lo subjetivo es un problema, cómo medir los efectos de una sonrisa, de una escucha agradable, de jugar a algo con alguien aunque sea al pin pon o a las cartas, porque es la única forma de entrar en el otro. Cómo medir lo subjetivo, que por otra parte es la herramienta esencial en nuestro trabajo, donde el sufrimiento viene a veces por esto que llamamos su ruptura de relación con los demás y claro, para esto, los expertos y especialistas nos dicen que, no hay y esto de los especialistas, sean políticos, económicos y muchos psi, porque ahora hay muchos psi para todo, alguien se acaba de morir y dicen un cuerpo de psicólogos, déjeles vivir un momento, que puedan hacer el duelo, déjeles tranquilos. El otro día me preguntaba una señora, enfrente de casa dice, no sé si hago bien, he perdido a mi hija, de repente, un infarto, con 39 años, no sé si hago bien pero no quiero tomar medicación y le digo, si lo aguanta no lo tome, porque lo que es normal es que sufra, estaría bueno que no sufriera por la pérdida de una hija. Y los expertos también nos dicen oigan, que la realidad es la que es que hay que aceptarla, oiga. Dicen, lo mejor es prepararnos para adaptarnos a ella, a nivel político y a nivel psíquico, eso lo repiten con frecuencia, quién no ha oído esto, todos los días. Pero nosotros que estamos en primera fila y sobre todo las familias, que sé que

hay aquí familias y los pacientes, son los primeros expertos en el sufrimiento, en primera línea, y nosotros los profesionales, estamos sólo para ayudarles en ese camino de comprender algo de por qué ese sufrimiento del otro o cómo hacer un poco más llevadero el sufrimiento del otro. Pacientes, familiares y profesionales, pero claro, para ello debemos de estar convencidos, desde la experiencia que nos da a nosotros la clínica, que aunque estén muy enfermos siempre tiene algo que decir, claro, siempre tienen algo que decir a condición de que haya alguien para escuchar, porque antiguamente en los hospitales psiquiátricos se descubrió que había muchos autistas que no lo eran, simplemente se habían acostumbrado a no hablar porque nadie estaba para escuchar. Creemos pues, que la realidad, la cual dicen que es la que es como si nos cayera del cielo se puede cambiar, la realidad es la que hacemos en un momento determinado cada uno de nosotros y sobre todo a nivel político, es la que hacen las fuerzas que en ese momento tienen el poder para imponer a los demás. La realidad en el aspecto psíquico, es la que es, porque sin querer nosotros hemos elaborado de tal forma o no elaborado de tal forma, algunas cosas de nuestra historia que se convierten en síntomas que nos hacen sufrir. Y esa realidad se puede cambiar o al menos y eso lo decimos, es una pena que los políticos sólo vengan a las clausuras y no a escuchar, hay que decir siempre a los políticos que no nos den dinero solamente para curar, si no para tratar, y no es lo mismo la residencias de los pacientes crónicos, que estén acompañados para que su evolución psiquiátrica sea de calidad o que estén en el abandono y en el olvido, donde su sufrimiento y su estilo de vida y su calidad de vida será diez veces peor. Si la lengua y la palabra pueden estar, es evidente también, que sobre todo y en primer lugar, está también para resistir, la prueba de ello, también hoy, entre lo que se dice y lo que se hace, se está convirtiendo el lenguaje para decir todo lo contrario de lo que la palabra debiera de significar. Y en psiquiatría y en nuestro sufrimiento, aunque no estemos muy enfermos sabemos que una cosa es lo que decimos y otra cosa es lo que hacemos al día siguiente. Por lo tanto, la palabra también es el primer elemento de resistencia. Miren, ayer mismo, me daba mucha pena, no sé si está bien que me dé mucha pena, pero es así, venía un joven de 28 años, que venía por tercera vez que la segunda vez ya falló, yo ya sabía el que le podía haber pasado, llorando y diciendo no se preocupe que pagaré y digo oiga, que yo no soy La Caixa, dígame, qué ha pasado y decía continuamente cómo es posible que cuando yo digo que quiero más una cosa, por ejemplo, irme a un piso con mi novia o empezar una entrevista, me emborrache unas horas antes para no estar, cómo es posible que podamos entender que la razón por una parte y el síntoma por otra, qué beneficios puede tener el síntoma en esos momentos para no afrontar lo que decimos que queremos. Es decir, y aquí está lo que comentábamos antes del doble discurso entre la palabra y el lenguaje del

síntoma, que a veces, aunque decimos que queremos cambiar, los beneficios que nos da una enfermedad, una relación al otro, una dependencia con el otro, no estamos muy cerca de quererlo cambiar. El otro día, en una reunión con pacientes, puesto que a pesar de lo que tú dices y es verdad, que hago muchas reuniones y supervisión en París y aquí, he impuesto que yo quiero seguir haciendo reuniones con los pacientes crónicos en las residencias y hago reuniones con los pacientes y el otro día en una reunión de pacientes, hablaban de paciencia, de padecer y alguien que suele deambular y perderse con sus voces y hay uno que dice que es Dios y le digo que se ponga a mi lado, que seguro que lo voy a necesitar, y decía el que estaba siempre con sus voces decía, quiero ser normal, por qué no puedo ser normal, a lo cual otro paciente respondía que no por tener problemas, tomar medicación y estar en una residencia, no eran normales y el otro decía que no era normal porque nadie le quería, ni lo habían querido. La historia responde diferentemente en cada contexto en el que vivimos, de lo que es normal o no, la prueba de ello con cómo cambian las leyes. Pero sí debemos de estar de acuerdo que hay momentos, situaciones y sujetos radicalmente diferentes, sin la aceptación de dicha diferencia y esto también lo digo sobre todo para las familias, que a veces quieren lo más mejor y lo más normal para sus pacientes, para sus familiares, es difícil encontrar algo adecuado si no empezamos a aceptar una diferencia, que dentro de los normales, entre comillas, también lo somos. Incluso hoy para el tratamiento de cáncer no sé si para todo tipo de cáncer, esto me lo comentaban los que conocíais al Pep Fàbregas, una de las últimas veces que hablábamos, que él me decía que le habían propuesto una analítica en Suiza, porque parece ser que hay un tratamiento bastante caro que es como un reloj biológico, es decir, que los tratamientos se ajustan al cuerpo de cada uno de nosotros para que tenga mayor efecto. Deberíamos de saber un poco más de lo específico, de cada uno, que nos hace diferentes y que nos hace sujetos únicos, a cada uno de nosotros. Incluso las neurociencias, últimamente, hablan cada vez más de la plasticidad neuronal y que hasta en el momento de la muerte, el medio ambiente hace que vayamos cambiando incluso a nivel neuronal cada uno de nosotros, en relación con nuestro medio social. Y esto que a nivel de las neurociencias, hoy se acepta, ya Freud lo dijo de otra forma y mucho tiempo antes, a propósito de que todo el material que tenemos en nuestra vida psíquica y en el inconsciente nos hace radicalmente diferentes. Por eso, nunca, nunca, deberíamos bajar los brazos y esto a los familiares, a los que se les deja a veces tan solos, porque es complicadísimo aguantar sin ayuda, lo cotidiano, con los pacientes, a los pacientes y su propio sufrimiento y a los profesionales. El riesgo de su propia cronicidad, porque lo más grave en los equipos, es que podamos caer rápidamente en este tipo de trabajo, en no esperar nada por lo difícil que es acompañar y tratar la enfermedad mental. Que aparezca una flor, en nuestro jardín, que sea

personal o profesional, no es sólo cosa nuestra, porque están las granizadas, pero el regar sí. A los propios pacientes, pacientes, y yo diría que esta palabra habría que aplicársela mucho más a los equipos, de ser pacientes, paciencia, paciencia pero andando, una de las cosas que yo he intentado poner en marcha, no porque a mí me interese, que aparezca una revista con los crónicos, no, que se pongan a escribir una revista y ahora otra revista, están locos, porque les hago que además en trastornos de residencias se les obligue a visitarse unos a otros, que coman, que se vean, por qué, no porque aparezca una revista, para que estén en movimiento, y para que se les pueda ocurrir algo de lo que piensan que ya no pueden. Me acuerdo de un paciente en una reunión de crónicos en una residencia, que se ponía siempre el último, y no decía nunca nada y yo le llamaba el conferenciante, nunca decía una palabra y el día que apareció esta historia de la revista, resulta que un día pregunto en la reunión por qué número vamos de la revista y él dice, por el 5, digo, caramba esto hay que pararlo, si yo quería que participara todo el mundo y él se había puesto a escribir la revista él sólo. Desde entonces, no ha parado de escribir ni de hablar y esto no lo digo como un milagro, porque ni yo mismo sé por qué se ha producido. Pero sí se ha producido porque abonamos unos terrenos donde es posible hablar y hacer y porque creemos que incluso la gente muy enferma puede decir o hacer algo, pero para esto es imprescindible que nosotros creamos en ello, si no nunca podrá aparecer. Y ahora sí que termino, por eso digo que el mejor trabajo entre nosotros debe ser la lucha contra nuestro propio cansancio, desánimo y cronicidad. Una anécdota, una vez vi en la televisión francesa, que estaban haciendo un reportaje sobre arqueología, qué tendrá que ver esto, y había un equipo de arqueólogos cubanos que salían del puerto para ver qué descubrían de los galeones y había gente joven, pero el que más se me quedó en la oreja es, cómo es posible que tenga paciencia para sumergirse cada dos por tres y no subir nada y dice, es que para eso nos tenemos que preparar. Los que vienen creyendo que al poco tiempo vana descubrir el galeón se van, porque no estaban preparados para no encontrar. Lo importante de nuestro trabajo es seguir insistiendo aunque no encontremos, para dar la posibilidad de que quizás el otro, gracias a nuestro acompañamiento, algo pueda encontrar, ésta es la tarea más complicada, para ello no tenemos que tener ni nuestro decir ni el decir de los demás, ni sobre nosotros ni sobre los demás, si tenemos miedo se ha terminado la historia y de hecho, observen alrededor de ustedes, los sabios, yo he tenido la suerte de conocer a Tosquelles, a quien tú comentabas, a Lacan de lejos, a Josin Lefrot de muy cerca, fue mi segundo analista y la gente sabia, deja siempre sus ventanas y puertas abiertas, porque no tienen miedo de que se les vea algo, la gente ignorante lo cierra todo para que pensemos que lo que encierran es de una gran importancia, para que no lo descubramos. Que sean los sabios en el humanismo, que

no tengamos miedo ni de lo que salga de nosotros y sobre todo lo que salga de los demás. Ojalá en esta posición tan difícil y delicada no cedamos a la desesperanza, démonos medios en las familias y demos medios a las familias y a los equipos para escucharnos, sin miedo, aunque aparezcan continuamente contradicciones que es lo propio de nuestro trabajo, lo complicado es crear un clima para que se pueda hablar sin sentirnos acosados por el otro, no temer la dificultad, no sacarla es alimentarla. Ojalá no nos adaptemos a la realidad que nos dicen a la cual nos tenemos que adaptar, la nuestra debe ser siempre otra. Todos los avances han empezado por lo imposible y en ello debemos seguir creyendo.

L'accés a la justícia en la Convenció de les Nacions Unides sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat

Carlos Ganzenmüller Roig, fiscal Tribunal Suprem, Foro Justicia y Discapacidad (CGPJ)

Muchas gracias, en primer lugar a la organización de estas espléndidas jornadas, yo fui invitado particularmente por la asociación de vecinos de Nou Barris de salud mental, por Anna, para poder tener la oportunidad de estar con vosotros para hablaros de una convención internacional de derechos que está todavía en parte por aplicar en España y que va a representar un cambio muy importante en la línea que ya nos han avanzado los anteriores ponentes. Esa línea que es que el verdadero protagonista de cualquier acción que se haga en relación a las personas con discapacidad, son las personas con discapacidad y sus familias por encima de todo y este principio no se puede obviar consiguientemente en todas las actuaciones políticas, jurídicas, sanitarias etc. ese protagonismo debe palpase, ese protagonismo debe reconocerse y actuar en consecuencia. Muchísimas gracias también a los patrocinadores de este curso y yo me pongo a disposición de todos ustedes para cualquier aclaración en relación lógicamente, a la conferencia que voy a dar. Quiero centrarme, primero haré si les parece oportuno, una enunciación general de cuáles son los principios de la convención, para posteriormente hablar del tema principal, que es el acceso a la justicia de las personas con discapacidad, en la convención concretamente su artículo 13, y como la administración de la justicia debe prepararse precisamente para recibir a la persona con discapacidad, comunicarse en primer lugar con ella, para poder entablar un diálogo de mutua comprensión y fundamentalmente, de informarle de sus derechos, de por qué está ante un juez o por qué está ante un fiscal, y bien, si no fuera posible hacerlo directamente con ella, sí con sus representantes legales o con las personas que los

tengan a su cuidado. La convención internacional sobre las personas con discapacidad se promulga el 13 de diciembre del 2006, consiguientemente, dentro muy poco vamos a cumplir el décimo aniversario de esta convención internacional, por eso entendía que era muy muy oportuno hacer también un balance de cómo estaban las cosas en el momento actual. Es una convención que tiene un éxito extraordinario, yo les recomiendo encarecidamente que ustedes lean esta convención, porque es la convención del siglo XXI, es la obra jurídica más perfecta que hasta la fecha se ha emitido en derecho internacional. Supone la consolidación de todos los principios de derechos humanos defendidos desde Naciones Unidas, la inclusión e integración de todos los tratados que nos ilustran sobre los derechos de las personas más vulnerables, menores, mujeres, personas que por razón de su edad son especialmente vulnerables y consiguientemente, vienen a ser la norma de futuro, porque parte siempre del principio de igualdad. Principio de igualdad que se interpreta en relación a todos los miembros de la sociedad a la que concretamente se refieran y consiguientemente supone un paso de futuro necesario en este sentido. Es una norma también de referencia, todos los países que firman la convención y su protocolo adicional que es la fórmula para denunciar los incumplimientos en cada país firmante que pueda haber de la convención, todos vienen lógicamente a marcar la tendencia de protección universal de las personas con discapacidad. Las personas con discapacidad representan ya el 10% de la población mundial y cuando la secretaria general en el 2006 presentó la convención, dijo precisamente que con esta convención se trataba de paliar una deuda pendiente que tenía la sociedad con las personas con discapacidad. Las personas con discapacidad, siempre han estado ocupando los últimos lugares de protección en todos los terrenos, pensemos primero en los derechos del niño, que fueron acogidos muchísimo antes, exactamente igual como los derechos de la mujer y, últimamente la única norma de estas características para tratar a las personas con vulnerabilidad eran precisamente las de las personas con discapacidad. Pues bien, la convención tiene un éxito apabullante, de un total de 193 países que forman las Naciones Unidas, han firmado la convención 158, esto quiere decir que manifiestan su deseo de aplicar la convención a su derecho interno. El protocolo facultativo lo han firmado 92, y lo han ratificado 147, 147, países han dicho que la convención se va a aplicar como principio aspirador y en su derecho interno. En los protocolos de denuncia, se refieren a 82. Una cuestión también sumamente importantísima es que la unión europea ha sido la primera entre el colectivo de países que ha firmado también la convención, esto tiene una importancia enorme puesto que es derecho europeo la convención y el incumplimiento de sus normas puede ser denunciado ante los tribunales de la unión europea. Por otro lado, la unión europea, ha pasado ya el examen de contraste de si en Europa se están

cumpliendo los derechos propugnados por la convención, y ya el año pasado el comité ante el cual también compareció España, y miembro del cual intervine en determinados aspectos jurídicos, ha hecho una serie de recomendaciones necesarias para que se considere este contraste adecuado en la unión europea, en relación a todos los países que lo están integrando. Uno de los problemas que plantea necesariamente es el de los ingresos involuntarios por razones psíquicas, que debe ser necesariamente puesto al día en todos los países de la unión europea en general. En España, como veremos, también es un tema que queda pendiente. Pues bien, dicho esto, como normas generales, cuestiones generales, diremos que es una norma de referencia para la legislación interna en vigor desde el 3 de mayo del 2008, es la convención derecho interno en nuestro país, es una norma de referencia en toda la aplicación e interpretación de leyes y cuando las leyes todavía no se han adaptado, cosa que pasa por ejemplo, en el proceso de incapacitación, que ahora ya la ley de jurisdicción voluntaria hace referencia a ella como proceso de modificación de la capacidad, en estos casos se adaptan las instituciones que tenemos a los principios de la convención, como sucede por ejemplo, con la tutela, que como veremos no es una institución adecuada para el apoyo a la persona con discapacidad desde su capacidad natural, veremos que cambia completamente el paradigma de lo que era precisamente la institución tutelar para pasar a un sistema de apoyos, lo más puntualmente posible que sea necesario. Pues bien, nosotros aquí en España, jurídicamente estábamos muy tranquilos con la legislación española pensábamos que estábamos plenamente a cabeza de las legislaciones europeas y cuando fuimos precisamente a pasar este examen de contraste, el 21 de septiembre del 2010, la comisión, con sede en Ginebra, de naciones unidas, en relación a los derechos humanos de las personas con discapacidad, nos hizo muchas recomendaciones, más de 60 recomendaciones, de modificación legislativa en estos dos aspectos, así como en otros puntos, pero me voy a referir únicamente, lógicamente, a la materia de la incapacitación y del acceso a la justicia. La convención no crea nuevos derechos, lo que hace es la garantía de los mismos, determina esa garantía impidiendo a los estados que lo firman la prohibición de toda discriminación y promoviendo un cambio de actitud social hacia ella. Por qué, porque la persona con discapacidad, como veremos posteriormente, está luchando necesariamente con otras barreras, no es sólo su situación sanitaria la que determina la incapacitación, no, no es la enfermedad a largo plazo, no, es la barrera social que le impide ejercitar sus derechos. Y esas barreras, las tenemos en todas partes, es el no sabe, el no puede, el no quiere, el no debe, ese sentido negativo de la persona con discapacidad que no puede hacer nada, que tiene que estar de alguna manera apartado socialmente. Esa negatividad la convención la supera, completamente, la prohíbe expresamente, como veremos

posteriormente, y des de esa perspectiva positiva de complemento de sus capacidades, de sus habilidades, de sus posibilidades en la vida, para con el apoyo necesario pueda actuar de pleno derecho como cualquier ciudadano. Igualdad absoluta en la ciudadanía inclusive de aquellas personas que por esa barrera ancestral que tenemos, tenemos que superproteger, hasta la anulación de muchas de sus habilidades, en ocasiones, por eso habrá que ir al apoyo específico de las personas con discapacidad, sea mucho o sea poco, pero el que sea y eso lo tenemos que revisar porque no es para toda la vida ese apoyo, como veremos, cambiaran esos apoyos enormemente a lo largo de la vida de la persona. Pues bien, se crea un comité, con sede en Ginebra, como ya he dicho, que es el que evalúa a todos los países firmantes para determinar si realmente se cumplen, en los países respectivos, estas cuestiones y la convención también avala la idea de que para paliar las desventajas mediante la igualdad de oportunidades es necesario actuar con medidas de acción positiva, las justifica plenamente y las incentiva. Quiénes son personas con discapacidad, nos dice el artículo primero que incluye a personas con discapacidades físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo. Esta es la primera premisa, pero sólo esta premisa no implica que una persona tenga discapacidad, es necesario, como he adelantado anteriormente, que en la interacción con las barreras sociales existentes le impiden la plena participación en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás. La convención repite cuando enumera el derecho, determina, define el derecho y su aplicación, termina diciendo que este derecho tiene que ser ejercitado en igualdad de condiciones que los demás. Cuando a mi algún fiscal me dice Carlos, qué hago en este caso, le digo, qué harías, con cualquier ciudadano, harías "a", muy bien pues trata con esta personas de hacer lo mismo y hasta donde puedas, ves determinando el traje a medida que necesita para poder actuar en todos los terrenos adecuadamente, en igualdad de condiciones con los demás. La convención nos quiere también llevar al carácter dinámico de la discapacidad, parece que a las personas con discapacidad las queremos meter en una caja, en una urna, en un sitio para protegerlas, para que no les falte de nada, esa es la intención fundamental, en principio de todo, pero no nos damos cuenta de que la persona evoluciona, la discapacidad evoluciona, es un estado temporal consiguientemente del sujeto, siempre sujeto a revisión, evoluciona en la persona, no es lo mismo hablar de un niño, que hablar de un adolescente, que hablar de una persona ya en edad laboral o bien que una persona con serias limitaciones físicas, mentales... En cuanto a la deficiencia detectada, son todos los avances en medicina, como podemos, por ejemplo, hablar de la nueva farmacología que siempre ahora queda también sujeta a restricción, que debemos potenciar esos fármacos y tal, para ir más deprisa pero luego como nos ha dicho Vicente, tener que volver hacia atrás porque

desconocemos aspectos fundamentales de la personas que sólo nos pueden ellas transmitir a través de la comunicación y el diálogo, por qué, hablamos efectivamente de los progresos de la medicina, en todos los terrenos, en materia de Alzheimer, de Parkinson, estamos viendo que se está enfocando la superación de estas cuestiones. Y también de los sistemas de apoyo, nos creemos que con nombrar a un tutor, bien sea la familia, bien sea una institución, una institución pública, etc ya queda el tema absolutamente cerrado. El otro día vino Víctor, un muchacho, con el cual tenemos mucha relación, en una taller de padres, con síndrome de Down, 50 años y nos dice que ha llegado de hacienda un papel que les dice que les van embargar todo porque no han hecho la declaración del año pasado. Y viene Víctor y dice, mi padre ya tiene 82-83 años y la declaración de la renta nos la hacía un tal padre, por internet, que venía mi primo y se ponía con el padre y nos hacía la declaración y este año no ha venido este amigo y claro, pues no la hemos hecho, era el hijo el que de alguna manera estaba apoyando al padre en todas las actuaciones, es decir, los apoyos cambian, los padres pueden ser muy buen apoyo en un momento determinado de la vida, pero nosotros en los casos que lo han requerido, nombrar a los hermanos, porque vemos que el apoyo concreto que necesita esa persona se realiza mejor. Es decir, todo tiene que ser estudiado, todo tiene que ser tratado, que no haya conceptos predeterminados, es decir, vamos a nombrar un tutor, esto es para toda la vida y hemos cumplido, no, hay que progresar en el tiempo para determinar estas deficiencias y finalmente la propia comunidad, veremos posteriormente como nuestra propia comunidad está cambiando continuamente acerca del concepto y de la enorme aportación que hacen las personas con discapacidad a la sociedad, que no somos capaces nunca de comprender, las personas con discapacidad y sus familiares y apoyos que tienen, que nunca hay que olvidarlo porque van a ir unidos en casi todas las cuestiones. Avanzando un poco, la accesibilidad de todas las personas a todos sus entornos, es fundamental, y consiguientemente la convención estudia todas y cada una de estas cuestiones así como la toma de conciencia social. Esto es muy importante, la sensibilización ante este tema es absolutamente fundamental, porque es el único que nos va a permitir saltar estas barreras, por eso yo estoy aquí, precisamente porque veréis que coincidimos en el 99% de todo lo que vamos a decir todos los profesionales de los distintos estamentos que estamos relacionados con la capacidad y somos muchísimos, los médicos, arquitectos, pensar ahora que cada arquitecto para hacer una casa, ha de hacer un plan de viabilidad, tiene que pensar donde van a ir los ascensores, que los ascensores puedan permitir entrar sillas de ruedas, etc... todos los trabajadores sociales que están haciendo un esfuerzo increíble y que nos apoyan muchísimo, policía, se está concienciando también con unos cursos muy importantes en orden a cómo tiene que recibir la declaración de la víctima, pensar en esa muchacha

con un déficit mental, intelectual, que ha sido violada o que ha tenido un delito, que le han dado un tirón y le han quitado la cartera, etc... cómo el estamento policial tiene que comunicarse con ella, cómo tiene que sentirse muchas veces apoyada por un comunicador para evitar la victimización de la victimización, no podemos agravar el delito de una persona que está en un estado de shock. Todos los sectores que estamos ahí caminamos juntos en las ideas pero separados en los caminos. Y esos caminos de alguna manera los tenemos que cerrar, por eso yo vengo aquí precisamente para crear puntos de encuentro de la medicina, hasta dónde la medicina en la persona con discapacidad se entronca con la necesidad jurídica de darle un sistema de apoyo, un sistema de protección a la persona. El principio de igualdad es el eje del sistema, todos los derechos que enumera que son todos los derechos fundamentales, derecho al trabajo, derecho a la sanidad..., todos los derechos en igualdad de condiciones que los demás y también lógicamente, rechaza el llamado modelo médico asistencial en el sentido que desde la medicina se solucionan todos los problemas de la persona con discapacidad, el enfermo se debe rehabilitar e integrarse él, se sustituye por el modelo social, e inclusión, la persona con discapacidad está incluida, es un problema no de él, es un problema de la sociedad, en la eliminación de barreras que ello comporta. La igualdad y la no discriminación está especialmente tratada y un tema muy importante, la participación activa de las decisiones políticas y programas de las familias de las personas con discapacidad. Pensar que en España, han sido las familias de las personas con discapacidad, las que han promovido toda su protección, de siempre, tradicionalmente, han sido las familias, entonces este factor, como antes decía el compañero, hay que tener en cuenta la historia, puede haber a veces deficiencias en la superprotección que pueden dar, pero por otro lado ese caudal no lo podemos rechazar de ninguna manera. Esta participación activa, cuando estaban preparando la convención surgió el lema de "nada de nosotros sin nosotros", la persona con discapacidad y sus familias tienen que intervenir en todos estos procesos políticos. Es necesario escucharlos, se les da derecho de audiencia, en todas las leyes, lógicamente, representados por las instituciones que los consideran adecuadas y lógicamente, la persona con discapacidad. Y finalmente, el proyecto, el derecho de sufragio que también hablaremos si tenemos tiempo, el artículo 29, el cual implica la participación en la política de la persona con discapacidad en todas las elecciones que se planteen en el país correspondiente. El proyecto de vida independiente viene a culminar toda la amalgama de derechos que protege la convención y que le permite a la persona hacer su hoja de ruta, crear su camino y hacer sus sueños, hasta donde sea posible pero hay que ir allí.

Yo siempre pongo esta fotografía de Charles de Gaulle con su hija, Anne Marie, porque la discapacidad hasta hace muy poco era un tema como secreto, oculto de la familia, una cosa que muchas veces, no... todo el mundo era reacio a ponerlo de manifiesto, no os voy a hablar de De Gaulle, porque lo conocéis todo el mundo, sí me interesa fundamentalmente, la cualidad de ser uno de los artífices de la unión europea a través del Convenio de Roma, consiguientemente, en sus memorias, él siempre ha dicho lo mejor que me ha pasado en mi vida ha sido tener a Anne Marie, ella ha realizado mis sueños y ella me ha apoyado en los momentos más difíciles de mi carrera. En plena segunda guerra mundial, se trasladaba siempre que podía y muy frecuentemente al lugar donde estaba Anne Marie con su madre precisamente para darle las buenas noches, están enterrados juntos en el cementerio de hombre ilustres de París. De Gaulle jamás dijo que tenía una persona o una hija con síndrome de Down, jamás, lo tenía oculto completamente. Esta era una barrera que imponía la sociedad, porque a partir de ahí, parecía que venían todos los males, esta barrera se ha superado completamente. Tenemos que ir, como antes ha dicho Vicente, sin miedo hacia delante, con cautela sí es cierto, pero sin miedo, en muchas ocasiones, estos pasos abren muchísimos caminos. La relación de igualdad con los demás, ya hemos indicado que la convención está protegiendo también a todas las personas con mayor vulnerabilidad, lo que se llama la doble vulnerabilidad, la protección especial a mujeres y niños, artículo 17, la situación endémica de pobreza crónica, el derecho a la vida, la situación de riesgo y emergencias humanitarias, pensar ahora en todos estos terremotos que están pasando en Italia, aquí en España, también en Lorca, qué hace la persona con discapacidad en sus silla de ruedas ante un evento de este tipo... es decir, son situaciones que las prevé y las contempla la convención y luego lo que yo he puesto en rojo, el núcleo duro de protección de los derechos, digamos más sagrados, de la persona, todos lo son, pero evidentemente su libertad y seguridad, la protección contra la tortura y los malos tratos, crueles e inhumanos o degradantes, la protección contra la explotación, la violencia y el abuso y la protección a la integridad personal del artículo 17, todos estos artículos son especialmente tratados por la convención y aplicados a las personas con discapacidad y, finalmente el reconociendo a la diversidad, todas las personas somos diferentes y todos tienen capacidades diferentes, esto es muy importante tenerlo en cuenta para tratar toda esta problemática y luego la accesibilidad, educación, trabajo, salud, habilitación y rehabilitación son también otros de los derechos que trata, así como el derecho político del voto. Como principios generales, se establece el de igualdad entre hombres y mujeres, la lucha contra los estereotipos y el respeto a la evolución de las facultades de niñas y niños con discapacidad, el derecho de participación, se reconoce también a los niños, el derecho de audiencia en el niño, que ya la carta a los derechos

del niño la propugna y ahora ya en todos los procedimientos, de separaciones y divorcios, que es posible, se oye al niño, se quiere saber su opinión, obligatorio con las últimas sentencias del Tribunal Supremo a partir de los 12 años y siempre y cuando el niño tenga la posibilidad de hacerlo. Este derecho de audiencia, el Tribunal Constitucional en las últimas sentencias ya en la del 6 de julio del 2012, como posteriormente las del año pasado del 2015, las recoge como derechos también de las personas con discapacidad. Ya estaban legalmente configuradas pero el Tribunal Constitucional las ha desarrollado en el sentido, que no me quiero adelantar... que no sigo el orden indicado... Y finalmente también el fomento a todos los niveles, del sistema educativo inclusivo, hasta donde se pueda, podrá luego haber excepciones porque en definitiva todo es flexible en relación a la persona, pero en principio, si se puede, hay que intentar necesariamente este sistema inclusivo educativo, que supone además un ejemplo y una forma de ver distinta la vida por parte también de todos los compañeros, esto lo hemos experimentado en todas las clases en las que hay educación inclusiva, los compañeros acogen perfectamente a la persona con discapacidad, la apoyan y se rompen muchas de sus barreras, porque las barreras las tienen también los niños, ahí tenemos que dar siempre un repaso a todas estas cuestiones. De las mujeres con discapacidad, ya hemos hablado igualmente de los niños y niñas, del derecho de audiencia y vamos ya al tema más duro, de la tutela judicial efectiva.

La tutela judicial efectiva está regulada en el artículo 12, referida a la igualdad ante la ley, pero junto a ella a mí siempre me gusta poner como pilar que sostiene esa tutela necesaria, que en algún momento podemos necesitar el acceso a la justicia, si tenemos igualdad ante la justicia, pero no tenemos acceso, no nos sirve de nada. Tenemos que combinar estas dos cuestiones. La convención rompe con todos los sistemas jurídicos anteriormente implantados en los países, basados en el derecho romano de la facultad del pater familia, para tutelar a toda su familia, con una protección total y absoluta y hasta donde él considere oportuno, este sistema es lógicamente el más manu militari, como eran los romanos y lógicamente ha funcionado porque era el más cómodo, sencillamente, se nombra a una persona y fuera, la persona no importaba, no era protagonista, era otro, otros decidían por él, consiguientemente lo que hace la convención es decir no, la capacidad jurídica y la capacidad de obrar se tienen que unir necesariamente, yo puedo tener capacidad jurídica, capacidad de recibir derechos, yo puedo ser heredero, tener alquileres, pero no voy a poder ejercer ese derecho a tenerlos, a disfrutarlos, porque esa ya es la capacidad de obrar, no voy a poder vender, no voy a poder traspasar, no voy a poder donar, no voy a poder hacer lo que yo realmente quiera, necesito del tutor y el tutor va a disponer por mí en lo que él crea

necesario, ni si quiera se le decía que tenía que actuar conforme a las preferencias, a la vida que había llevado, a la forma de ver las cosas, como él hubiera querido, no, no, no ahora es cuando se está asimilando todas estas cuestiones, pero hasta el año 2000 era la tutela pura y dura. Por lo tanto, la convención unifica la capacidad jurídica y la de obrar como un todo, hablaremos de capacidad jurídica y a partir de ahí, proporciona unos mecanismos adecuados para garantizar a la persona con discapacidad su plena capacidad de ejercicio, eso es lo importante, hasta dónde puede llegar la persona en el ejercicio de sus derechos y a partir de ahí se le apoya. Esto es muy importante en el proceso judicial para determinar la capacidad de la persona y el mecanismo de apoyo necesario para que pueda actuar jurídicamente, por lo tanto ese sistema automático sustitutivo tutelar, ese tutor que hace, deshace y decide por mí, queda absolutamente proscrito y sobre todo, termina con todas las situaciones cronificadas, esto también es muy importante, el apoyo debe ser el adecuado en el momento, en definitiva os hemos copiado totalmente y os vamos a copiar, la sentencias no podrán ser unas sentencias para siempre, tendrá que ser una receta médica, vale ahora tomarse esto, esto y esto, y hacer esto, esto y esto pero luego vuelve que dentro de... 6 meses, un año... cuando pueda ser razonablemente, habrá que revisar otra vez esta situación. Y cómo serán estos apoyos, estos apoyos pueden ser los más intensos, muy cercano en la tutela, en el orden de representación, porque lógicamente pues hay personas que no pueden decidir por sí mismas y que son accionistas de compañías multimillonarias y están manejando unas enormes cantidades, depende su voto en los consejos de administración, nos encontramos absolutamente con todo, en este mundo, y consiguientemente, en estos casos será necesario este apoyo más intenso. En definitiva, serán de menos a más complementando la capacidad que tenga en este momento, se dará el apoyo adecuado y para la realización fundamentalmente de actos individuales, no tanto en general, se va a evitar esa generalización de para todo, un apoyo más extenso, no, si una persona con discapacidad recibe una herencia y tiene que aceptar esa herencia, hombre, no la voy a incapacitar, a nombrarle un tutor y le voy a darle la muerte fini en el ejercicio de sus derechos, porque tenga que beneficiar a una serie de herederos que están esperando lógicamente la aceptación de todos. Si una persona mayor con alzheimer, que tiene un piso y que gracias al alquiler de ese piso está en una residencia, si está protegida y está bien, no la voy a incapacitar para que autorice a alguien, para que le formule la demanda de desahucio para que cobre ese alquiler. Vamos a crear esos apoyos puntuales, concretos y determinados, para solventar esto y no vamos a tocar para nada, por la propia dignidad de la persona, sus capacidades y su capacidad. El acceso a la justicia no sólo es esto que ya es grave, es decir la imposibilidad física de que una persona con discapacidad pueda llegar al juez,

aquí está el oficial dándole a la persona con discapacidad, notificándole algo. Qué ocurre, no solamente el acceso a la justicia, el acceso a los locales, es mucho más, es mucho más, el artículo 13 nos dice concretamente que los estados partes aseguran que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con los demás e incluso mediante ajustes de procedimiento adecuados a la edad, personas mayores y menores o para facilitar el desempeño de las funciones efectivas de estas personas como participantes directos e indirectos, inclusive su declaración como testigos en todos los procedimientos judiciales y con inclusión de la etapa de investigación y otras preliminares, es decir, como cualquier otro ciudadano, esto es muy importante y supone lógicamente garantizar el derecho de comunicación a ser oídos. Vamos a pensar que se pueden también nombrar facilitadores, porque muchas veces ya desechamos esa comunicación a la primera, no, esa persona no puede hablar, lógicamente cuando el Tribunal Constitucional nos habla de este derecho de audiencia de la persona, en un ingreso por trastorno mental que lógicamente supone una crisis de su estado mental, en ese momento lógicamente la persona con discapacidad no podrá ser oída, sí lo podrá ser su representante, pero lógicamente hay que informarle luego de por qué está ante el juez, eso es fundamental, usted está aquí por esto, y yo le informo a usted y usted tiene además todos estos derechos, el derecho de información, el derecho de defensa, en muchas ocasiones, la persona puede y tiene el derecho en todas, de nombrar abogado y procurador, que en este proceso contradictorio que se va a plantear en relación a sus derechos, él puede defenderse, ese derecho de defensa lógicamente, hay que atenderlo como sea. Y finalmente, también la accesibilidad, como ya he dicho anteriormente a los edificios judiciales, pero ahí tenemos que colaborar todos, en el procedimiento de menores, se hace cómodamente instalados en una mesa redonda, está el juez, está el fiscal, el abogado el menor, las personas declaran allí en una mesa redonda, en una sala normal, nosotros los estamos llevando a una sala de vistas, una sala de madera, forrada, con estrados, allí lógicamente se siente intimidada, es normal, como yo me siento intimidado y angustiado, cuando voy con unos análisis que me ha mandado el médico, además me duele tremendamente alguna cosa y voy al médico a ver qué tengo, la persona con discapacidad, en definitiva, va a ver al juez a ver qué tiene y a ver cómo soluciona el apoyo que necesita. Por eso tenemos que mentalizarnos que hay que cambiar el sistema, por ejemplo, yo siempre he propuesto, junto en la clínica médico forense que es donde el médico forense por lo menos está informando, puede haber una sala habilitada para que allí el juez visite con más tranquilidad, con más sosiego, en un ambiente mucho más cómodo, sin ningún temor, para la persona teniendo en cuenta que muchas veces las personas con discapacidad se cierran en un momento dado y a

lo mejor requieren una o dos sesiones más, hay que tenerlo en cuenta esto también, por eso necesitamos ayuda, necesitamos peritos que nos informen realmente de cómo debemos comunicarnos adecuadamente con la persona para poder luego oírlos, porque si ya ponemos la barrera en la comunicación difícilmente podremos ir progresando. Y luego el respeto itinerante a la persona, nosotros interpusimos un recurso de casación contra Crónicas Marcianas porque sencillamente en uno de estos programas, llamaron a un persona con inteligencia límite, para reírse de él hora y media y preguntarle si le gustaba las mujeres así o así pues no, el Tribunal Supremo no nos dio la razón y nosotros perseveramos, pusimos el recurso ante el Tribunal Constitucional y efectivamente se reconoció que se había lesionado su derecho al honor, hay que intentarlo. Y finalmente, en relación a todos los procesos, también la privacidad de las diligencias, el consentimiento de la víctima, la celeridad práctica y en definitiva, yo ya he dicho que me decanto por fomentar los protocolos de actuación entre todas las instituciones, no podemos actuar cada uno por nuestro lado, ahí nos tenemos que ayudar todos, sanidad, policía, juzgados, fiscalía, abogados y administración. Es absolutamente necesario, nosotros vistamos las residencias de personas mayores y lógicamente tenemos que estar en contacto con la administración para programar estas visitas, a ver a qué residencia vamos, qué residencias han sido las que administrativamente se han considerado en peor estado, cómo podemos ser útiles, lo que por desgracia, somos muy pocos y no podemos llegar a todas partes, pero sí ordenar y sacar de nuestra organización todo lo más positivo para ello. Y lógicamente, los médicos de cabecera, en todos estos procesos, tendrían que de alguna manera intervenir, informar, muchas veces, el médico forense es el que visita a la persona y carece muchas veces, de informes previos médicos de esta persona. Y junto a ello, el problema de las personas que socialmente pueden incluir también mejoras a las personas con discapacidad, no basta simplemente el diagnóstico médico, hay que ver cómo se incluyen, cómo se integran en la sociedad y esto sólo lo conocemos a través del trabajo de los trabajadores sociales que conocen el ámbito de actuación y la situación de esta persona para poderlo conseguir. Estamos luchando por la especialización judicial, fundamentalmente a través de los jueces, ya son 19 juzgados especializados únicamente en apoyos, en lugar de tutela ya hay que decir apoyos, los juzgados mixtos de familia y discapacitados son 53, las secciones de audiencia especializadas en apoyos son 4 y las mixtas, de audiencia, ya son 20, pero todavía hay muchos juzgados que están servidos por jueces que acaban de llegar, o jueces que no tienen una experiencia más consolidada. Nosotros vemos que sin una especialidad adecuada, como sucede en la medicina, el médico de medicina general hay muy pocos, sin embargo los fiscales, por el contrario, somos fiscales en todas las materias, tanto

vamos a penal, como podemos ir a civil, como podemos ir a cualquier otra materia del derecho. La fiscalía, no obstante, se está organizando porque nosotros intervenimos en todos los procedimientos judiciales de internamientos y de modificación de la capacidad, el de incapacidades y hemos trabajado en la creación de un manual de buenas prácticas del ministerio fiscal, donde el fiscal queda claramente reflejado como un servidor del ciudadano, que a través del derecho de información tiene que necesariamente informar a la persona con discapacidad y a sus familias de las consecuencias del proceso. Tener en cuenta que más del 60%, 65% ya, de las demandas que se interponen, son promovidas por el ministerio fiscal, porque todas las autoridades que tengan conocimiento, autoridades y funcionarios públicos, que tienen conocimiento de una situación que pueda poner en riesgo a una persona, por razón de sus discapacidad tiene la obligación de comunicarlo al ministerio fiscal que abrirá las correspondientes diligencias. En el proceso judicial, ya es un proceso judicial de apoyo, queremos saber para qué y por qué, no por una cuestión puntual vamos a incapacitar a una persona, de ninguna manera, y vamos a fijarnos en sus aspectos positivos, las habilidades que tiene en la vida, independiente, las habilidades económico, jurídico y administrativas, las habilidades sobre su salud, si es posible que ella misma se pueda medicar, si no, es decir, todas estas cuestiones son analizadas en estos procesos para saber realmente cuál es el estado de la persona y qué déficits tiene para ser necesariamente complementados. Y llegamos consiguientemente, a otro término médico, la dosis justa de protección, ni más ni menos, el traje a medida. Vamos a darle lo que realmente necesita, ni nos vamos a pasar ni no y como eso es muy complicado, vamos a procurar que de una vez pongan que estas sentencias tengan una duración limitada. La revisión periódica es también absolutamente necesaria de la situación de la persona y de los apoyos, como antes he indicado. La persona mayor con discapacidad, consideramos que es una de las que necesita también mayor protección y proyectada en las décadas que vienen, el envejecimiento del envejecimiento, va a determinar una masa de personas con discapacidad importante, que no van a poder por sí mismas decidir nada. Qué va a ser de mi hijo con síndrome de down, me decían a mí en los años 80, qué va a ser de mi hijo señor fiscal, cuando yo no le pueda proteger me decía su padre, ahora viene personas mayores y nos dicen qué va a ser de mí, señor fiscal, cuando yo no pueda decidir, no tengo familia, o tengo un hijo en Chile, o en cualquier otro sitio, cómo me van a proteger a mí, yo quiero saber. Por eso las voluntades anticipadas, viene a ser un remedio jurídico básico, yo sí que digo las voluntades anticipadas qué quiero que se haga con mi salud, tratamientos agresivos... lo puedo hacer, eso se puede hacer, se puede ir a cualquier hospital de Cataluña y de España, para formular hasta qué punto quiero yo una intervención sobrevenida de esta manera. En el ámbito jurídico, quién

quiero que me cuide, quiero estar en mi casa, quiero estar en una residencia, quiero tener una red de amigos que entre todos nosotros nos apoyamos y cuando uno no pueda decidir, los demás, ya hemos acordado, que pueden decidir por nosotros, la red de amigos y que ya en Canadá, en toda la cultura de los lagos canadienses, americanos, Chicago ahora también, está muy de moda. Además, precisamente por profesiones, por profesión médica, por profesión jurídica, por el colegio de abogados, están fomentando esta red de apoyos, por qué, porque la familia, por desgracia desde mi punto de vista, está perdiendo el full time.

El derecho de sufragio, fijaros en Ángel Bachiller, que es concejal del ayuntamiento de Valladolid y también el número de personas privadas por una incapacitación judicial de su derecho de sufragio en el año 2011 era de casi 80.000 personas, pero fijaros que en las dos últimas elecciones ya pasaron a 96.000, en las elecciones del 20 de diciembre del 2015 y ya casi rozando las 100.000. La ley electoral es también objeto de crítica por la comisión precisamente en esta cuestión. En definitiva, estamos en las mismas ideas, sanitarios y jueces, fiscales y mundo jurídico, abogados... para una mejor protección conjunta y tenemos que encontrar puntos de acuerdo precisamente para lograr este objetivo final. Recordar que Cervantes era una de las personas que conoció mejor la discapacidad y la privación de libertad. Escribió estas sabias palabras “sólo le falta la libertad e igualdad”, pero era de todas maneras una frase redonda. Muchísimas gracias a todos. Para mí ha sido, una de las mañanas de sábado que mejor he aprovechado. Muchas gracias.

Muchas gracias Carlos, cada vez queda más claro, no hace falta que lo indiquemos, que salud mental y derechos humanos, tienen que ir directamente vinculados estamos obligados a trabajar de esta manera, con lo cual, qui vulgui intervenir demana la paraula...

Hola, buenos días, gracias por la intervención, yo quería hacerle una pregunta como fiscal y un poco aludiendo a lo último que ha dicho, una de las cosas últimas, que era que si alguien veía o creía que había una injusticia referente al tema que estamos tratando, habría que decirlo, no? Yo recibí un WhatsApp de una persona, de mi jefa de laboratorio de neurociencias sobre enfermedades mentales, donde dice: Educación niega el título de ESO a los alumnos con síndrome de down, a pesar de superar las pruebas o ciertos requisitos, eso podemos ver aquí muchas leyes, pero si al final ocurre eso, dónde estamos.

Problemas de personas con discapacidad en el ejercicio de sus derechos hay muchísimos, nosotros estamos tramitando todas las denuncias, esto es un delito previsto y específico en el Código Penal, esto se puede denunciar en toda comisaría de policía como un delito de odio, inclusive, y lógicamente, la fiscalía competente geográficamente interviene, si este hecho ha pasado en Barcelona, serán competentes los juzgados de Barcelona y así sucesivamente los distintos partidos judiciales. Nosotros hemos tramitado... perdona pero por ejemplo, el tema de educación inclusiva, que también hay mucha problemática de padres que consideran que tiene que ser inclusiva y vana especial... está el procedimiento correspondiente administrativo y llega esto finalmente al Tribunal Supremo o a las audiencias correspondientes y ahí se decide realmente, si el derecho se avala y se acepta. Hay cantidad de reclamaciones a CERMI, que se judicializan y están, el metro de Madrid ahora ha sido también objeto de... han llegado felizmente a un acuerdo, la persona que consideró que su derecho había quedado quebrantado y luego hay una ley específica en cuanto a los incumplimientos administrativos, relativos a todas estas cuestiones, esto se persigue y vuelvo a reiterar a través de la fiscalía correspondiente o de la administración correspondiente y finalmente, entiendo yo que se tiene que dar también cuenta, a las asociaciones que protegen a estas personas concretamente, síndrome de down o concretamente salud mental, la que toca, para que ellos tengan consciencia que una de las personas que están asociadas ha sufrido ese dslate, evidentemente o ese delito.

Agradecerle ante todo y luego, preguntarle sobre los ingresos involuntarios, que usted ha dicho que hacía falta una puesta al día, efectivamente, también me lo parece, y me gustaría si nos pudiese hablar un poquito más a su entender lo que haría falta poner al día, tanto en adultos como en niños y adolescentes. Gracias.

/.../ del directo a las 24h , al juez de la llegada de esta persona y también desde ese momento ya el derecho de audiencia y de información se tiene que prestar sanitariamente, con arreglo a las leyes de la praxis médica. El Tribunal Constitucional, en esta sentencia recoge toda esta y luego los derechos que tiene la fase judicial, es decir, dentro de las 72h de recibir esta comunicación, la reacción judicial exactamente igual, garantizar la comunicación y la audiencia de la persona con discapacidad, el derecho de defensa y a efectuar las pruebas correspondientes y la necesidad lógicamente de haber un informe determinante de cuál es la situación que ha provocado este ingreso. El tema está luego, en que no solamente... bueno, ha habido otras sentencias que han determinado como se cuentan las 72h, si es desde la llegada de la comunicación del director al decanato de jueces o por el contrario es posterior... ahí el Tribunal Constitucional ha hecho un desglose perfecto de estos derechos de la persona

protagonista, de la persona con discapacidad y la última sentencia, que es la que ha ocasionado graves trastornos ya, es la de ingresos en residencias geriátricas de personas sin capacidad para decidir y lo que es más, las personas ya ingresadas voluntariamente en la residencias, que pierden su capacidad de decidir, también requieren autorización judicial. El problema es que parece que el tribunal está por acudir a una causa de incapacitación de esa persona y desde la fiscalía pensamos que esa no es la solución, que se puede dictar, porque lo que dice el Tribunal Constitucional es que no se puede volver a atrás, la situación está ahí tiene que ser amparado, porque los jueces decían no, esto es una residencia geriátrica, no es psíquica, con lo cual, aquí yo no intervengo, queda en libertad, aunque la persona que está en una residencia se puede ir, puede coger la puerta y se puede ir, de ninguna manera, tienes que dictar ya una medida de protección para que permanezca bajo la guarda del juez correspondiente. Pero luego no se puede regularizar, no, lo que hay que hace res dictar la autorización judicial de nuevo. Luego hay un tema muy farragoso, de cuál es la solución judicial, si tienen que ser medidas de protección especial, si tienen que ser de interposición de una demanda de incapacitación pero a través de una medida cautelar, en fin, esto es ya más farragoso y requeriría mucho más tiempo. Pero ese es el tema del internamiento y luego la prórroga de cada 6 meses, es decir, la regulación actual de 763, permite cada 6 meses seguir prorrogando la situación de ingreso o internamiento, entonces el tema está si en cada prórroga tienes que volver a informar a la persona sobre sus derechos etc., o no, yo creo que sí y si esa situación se puede cronificar in eternum, como hay casos que pueden pasar. Con lo cual, volvemos a lo de siempre, vamos a poner la dosis justa, esto sirve para 6 meses, luego ya hablaremos, y en caso en que ciertamente, con los informes médicos pertinentes se permita un periodo más grande para su curación etc. pues especificarlo concretamente. Volvemos en definitiva, a todo lo que les pasó a ustedes con la nueva ley de sanidad, que había que apuntar todas las intervenciones que se tenían en el hospital, los cuadros clínicos, el diario que formulaban ustedes en relación, en la avalancha de denuncias médicas que hubo en los años 80, una avalancha e íbamos todos a ver el historial, es decir, en definitiva hay que documentar todas estas situaciones pero no solamente por documentar, no solamente tenemos que hacer justicia defensiva o medicina defensiva, eso de ninguna manera, sino porque la persona con discapacidad pues requiere que luego se le informe de cuál ha sido su situación, desde cuándo está ahí, para qué está ahí y cuándo va a salir, o cuál es el diagnóstico que tiene, cosa que ahora no se hace y luego en relación a las residencias geriátricas si pedimos una modificación legislativa porque no es lo mismo una persona que entra voluntariamente en un centro residencial y luego deviene incapacitada con lo cual, no me hagas regularizar esto en 72h, porque claro tiene que ir

el juez, se tiene que desplazar, no tenemos medios, ahí también entran los medios, pero de alguna manera que se pueda prever esto, a veces, la perversidad del sistema, a veces implica que para obtener una plaza en el centro psiquiátrico necesitas ya tener una incapacitación, o una autorización judicial de ingreso, porque si no se hace al revés, primero se ingresa y luego... involuntariamente, pero lo que hay que hacer es judicializarlo esto antes de que te den la plaza, avanzarnos nosotros acudir a la residencia ya con la autorización judicial, no que te la den ya cuando estás ingresado. Pero esto son temas que dependen también de la legislación.

Argentina es uno de los países miembros firmantes de la convención, pero nos encontramos con el problema del trabajo con personas con discapacidad en donde efectivamente hay una infantilización muchas veces social y que se expresa en nosotros y en los familiares también, sobre todo en lo que respecta a los derechos sexuales y reproductivos en donde muchas veces hay otro que decide por el propio cuerpo de las personas, ligación de trompas... y nosotros en el centro de día, nos encontramos con la cuestión de cómo acompañar a las personas que expresan, se manifiestan, en el sentido de querer ejercer su sexualidad y que necesitan apoyo quizás, pero no sabemos muy bien cómo, por ejemplo, Antonio Centeno, que es una persona que sufre una discapacidad por un accidente deportivo, dice que para tener una vida sexual plena hay que tener una vida plena, bueno, la cuestión es está, cómo acompañamos también pensando en que por ejemplo se han creado nuevas figuras de asistentes sexuales en donde no sé si está muy contemplado legalmente todavía, cómo podemos acompañar a las personas a también muchas veces no sabemos nosotros qué hacer y terminamos no haciendo nada y entonces... cómo hacemos.

Toda esta regulación es ya interna de cada país, aquí en España muy recientemente, concretamente en octubre del año pasado, el Código Penal ya se reguló la esterilización de las personas con discapacidad en el artículo 156 del Código Penal, cuando la persona adolezca de grave deficiencia psíquica. Ya estaba reconocida esta posibilidad por el Tribunal Constitucional y lógicamente requiere autorización judicial con una serie de requisitos muy rígidos, lógicamente, precisamente porque se fomenta la libertad sexual de la persona con discapacidad y en libertad de condiciones con los demás, pues podría también voluntariamente, hasta donde pueda su capacidad de decidir tomar esta opción. Ahora bien, en todo caso, la autorización judicial requiere lógicamente el examen directo del juez con la persona que se quiere someter, perdón con la persona que va a ser sujeta a la esterilización, que debe ser necesariamente pedida por los tutores y en un proceso de modificación de capacidad, es decir, con dos diagnósticos de dos médicos, más todas aquellas condiciones y todas aquellas periciales que requiera el

juez y con la intervención del ministerio fiscal que tiene que informar. En todo caso, va a ser restrictiva y excepcional la medida, que vuelvo a decir, el Tribunal Constitucional en su época dijo que sí, que en base precisamente al derecho de libertad sexual podía utilizarse eso, pero sólo se puede hacer en interés de la persona con discapacidad y ese interés de la persona con discapacidad, lógicamente entiendo yo que se tiene que derivar en relación a el derecho a su salud y no otro. Y por otra parte entiendo, que tendrá que ser la medida de intervención médica la menos agresiva posible y la que más pueda permitir la posibilidad de que pueda reprender en un futuro lógicamente las mujeres, la posibilidad de procrear... Otra cosa son los varones, que también se está pidiendo por parte de los tutores, la esterilización de los varones y ahí también yo entiendo que tiene que ver mucho la edad de la persona, a mí me parece muy grave que estas situaciones se produzcan en la minoría de edad, me parece mí que son contrarias a la convención, a pesar de que se las puede incapacitar en España, a personas menores de edad, lo cual me parece que es contrario a lo que yo he estado diciendo de lo que pretende la convención, crear un apoyo a la persona, tú no apoyas a una persona en estas circunstancias si no que por el contrario, pues es necesario que el menor de edad, que ya tiene a sus padres como tutores, que ahí no cabe una incapacitación, porque ya tiene el apoyo, otra cosa es a partir de los 18 años, que ya tendría la presunción de capacidad, no lo olvidemos, todas las personas tiene la presunción de capacidad salvo que sean incapacitadas judicialmente. Entonces, al menor de edad no entiendo que de ninguna manera.

Hem d'anar acabant ja, només hi ha una paraula, ha arribat ja la senyora Cristina Molina que és la directora del pla director de salut mental i adiccions, del departament de slaut i s'excusa el conceller Gomis perquè sembla que ha estat cridat per algún altre acte polític, pel vicepresident de la Generaliutat, per tant la darrera pregunta i la senyora Cristina Molina.

Una pregunta, ante tal complejidad que yo creí que sólo la teníamos nosotros, pero vosotros también, qué grado de trabajo conjunto tenéis, por ejemplo, con el mundo de la psiquiatría, porque por una parte está la madre que dice que su hija está autista y que quiere que esté en la escuela, porque su hija no está enferma, una madre de aquí me decía antes que su hijo está muy mal pero que no reconoce que está mal y no pide ninguna ayuda y también por las presiones políticas, en Francia hubo un hecho que son los arcos ideomedios, cuando hubo un asesinato, culpando a los enfermos de ser causa de, qué tipo de reflexión conjunta tenéis para ver la complejidad de los casos y no ceder a las presiones.

Vamos a ver, nuestra actuación se divide en la preparación de la demanda de la incapacitación en el momento en que tenemos conocimiento de ello, pero luego lógicamente, pues ya intervienen las partes, porque es un procedimiento contradictorio, esta incapacitación, que yo no sé hasta qué punto tiene todavía cabida la convención, porque obligamos a los padres a demandar a los hijos, ese es el gran problema que muchas veces me encuentro con los padres, por qué no podría demandar usted, cuando a mí me pasaba esto, se me encogía el corazón, y decía yo venga, pongo yo la demanda. Es verdad, imagínese un muchacho, con un déficit mental, que le notifican en su casa, que su padre le ha demandado pidiendo su incapacitación, tenemos allí un problema tremendo, yo entiendo que ese procedimiento, en muchos casos, no puede ser contradictorio e incluso podría hacerse jurisdicción voluntaria, decir oye, vamos a nombrar un apoyo puntual por 6 meses, a ver qué pasa, porque hay un tratamiento que también por 6 meses nos puede ayudar mucho a que este muchacho o muchacha reaccione o tenga otras condiciones mucho más favorables de comprensión y de fortalecimiento en su posición. Ahí se nos abre un abanico de posibilidades enormes, se puede actuar de otra manera por eso son tan importantes los protocolos de actuación, si nosotros fuéramos capaces en los ámbitos geográficos concretos, de tener siempre un enlace judicial o un enlace fiscal, ahora lo va a haber, por lo menos a nivel autonómico el consejo general del poder judicial ha nombrado a los magistrados delegados en discapacidad autonómica, con lo cual cualquier problema que se pueda plantear de coordinación y colaboración se podrá realizar hacia él y también lo vamos a hacer los fiscales pero vamos a incluir también el tema de menores, no tendremos tanta fuerza, porque claro, el fiscal, en definitiva, va detrás del juez, pero entre los dos y vosotros haciendo el triángulo equilátero, podemos adelantar mucho, sobre todo en estas cuestiones que pueden ser de actuación conjunta. Y luego eso sí, incorporaos definitivamente al proceso, en cada juzgado tiene que haber un equipo multidisciplinar que ayude al juez, y que diga es que si no es la demanda pura y dura, el informe del forense y dejamos a una persona sin votar porque el forense dice que no tiene capacidad para decidir políticamente.