

# XVIII Jornades de salut mental a Nou Barris

**Models actuals d'atenció i de suport  
en salut mental comunitària**

Des del respecte als drets i a la dignitat de les persones



**9 i 10 de novembre de 2018**

Sala d'actes de la seu del Districte de Nou Barris  
Pl. Major de Nou Barris, 1



**SMC**salutmental  
Catalunya  
Federació

Ajuntament de  
Barcelona



## XVIII JORNADES DE SALUT MENTAL A NOU BARRIS

### MODELS ACTUALS D'ATENCIÓ EN SALUT MENTAL COMUNITÀRIA

#### Des del respecte als drets i a la dignitat de les persones

Acte d'inauguració

#### **Josep Aguilar, President AFEM Nou Barris**

Sóc Josep Aguilar, President AFEM Nou Barris. Està amb nosaltres Israel Molinero, President Federació Salut Mental Catalunya i Esther Flaquer, Consellera de Salut de Nou Barris. Agraïm la seva assistència com estenem el nostre agraïment a tot l'Ajuntament, perquè sempre ens està cedint espais. Aquest any no ha pogut ser on ho fem sempre, a la Biblioteca de Vilapicina Torrellobeta, per uns problemes tècnics, va haver-hi una inundació... en fi, estarem un temps sense poder gaudir de la Biblioteca. Estem aquí en un lloc molt emblemàtic, molts ja ho sabreu d'altres no, això era l'antic l'Institut Mental de la Santa Creu i Sant Pau. Ara faria 103 anys que estaria en funcionament però l'any 70-80 el van tirar avall. Aquí a les jornades d'avui, d'aquest cap de setmana, parlem molt dels drets de les persones amb trastorn mental i aquí hi ha hagut molt patiment, dintre d'aquest edifici, no era això, no era tan modern, imagineu... allà fóra teniu l'exposició i podeu veure com era. Aquí hi ha hagut molt patiment, encara que era un lloc que era molt modern en quant a tractament, els drets de les persones també estaven per terra. Per sort ara estem treballant tots plegats, tant els professionals com la Federació, com la Federació d'usuaris de salut mental en primera persona, estem treballant molt perquè aquests drets puguin tirar endavant i el pacient sigui alguna cosa més que un pacient, no és un número ni és una persona que li pots dir fes això i fes-ho, també té la seva personalitat, pot dir la seva. I estem en aquest camí. Després ja parlem, el CSMA parlarà dels seus models actuals d'atenció, parlarem de l'Activat per la Salut Mental, com està actualment, un projecte molt engrescador que des de la Federació de Salut Mental de Catalunya, també de la Federació Veus i d'altres entitats que estan col·laborant i són unes jornades que bueno..., a mi de les que hem fet m'agrada pel tema dels drets i més nosaltres com AFEM, hem de fer un examen de consciència perquè portem 18 jornades i mirant programes, hem vist que només en 18 anys, només hem convidat a 4 ó 5 usuaris del Servei de Salut Mental en primera persona, és un handicap molt fort, intentem que a partir d'aquestes jornades, cada any portar... aquest any vénen dues persones, una està aquí, el Javi González de Matissos i demà ve la Bea Pérez de

Activament, intentarem que aquesta línia seguir, perquè ja que hem començat no hi ha dret, parlant de drets, no hi ha dret que en 18 anys hagin vingut 4 ó 5 vegades persones amb trastorn mental. No vull parlar més perquè avui és un dia molt atapeït d'activitats i cedeixo la paraula a Israel Molinero, President Federació Salut Mental Catalunya.

### **Israel Molinero, President Federació Salut Mental Catalunya**

Bona tarda a tots i totes. Per mi és un plaer tornar a ser-hi, porto tres anys com a President de Salut Mental Catalunya i els tres anys, m'ha convidat i he pogut venir, de vegades no és possible i és un acte s'està convertint en indispensable, ja el poso a l'agenda cada any, entre d'altres coses perquè aquesta llibreta m'acompanya tot l'any i és fantàstica. I així tinc un bon record d'una entitat que crec que fa un exercici molt interessant que no fan totes que és aquest tipus de jornada en la que comparteixen moltes coses... familiars però també persones en primera persona, però sobretot molts professionals que hi ha aquí i aquestes trobades en les que podem compartit tots els actors de salut mental no són tan abundants i per tant jo els encoratjo per a que això no ho deixin de fer mai, crec que és molt important que es faci això.

En aquesta ocasió, una frivolitat, ja que el Josep ha començat comentant que era sorprenent que hagueu vingut amb el dia que fa, com que venia molt de gust quedar-se a casa, fins i tot, com que esteu al costat de Collserola, perdona, els que els hi agrada sortir de casa els dies plujosos, estan sortint els bolets per primera vegada, que fins i tot la gent que els hi agrada sortir, també hi ha altres temptacions que fer avui, per tant, els que hi esteu avui aquí, teniu molta vocació, molta passió i moltes ganes per aprendre, per compartir, per expressar-vos i per participar d'aquestes jornades, per tant, gràcies a tots, també en nom de la Federació.

Només un parell de comentaris perquè no em vull allargar molt. Aquesta vegada hem dedicat la jornada als drets conjuntament a parlar de la salut mental comunitària perquè de fet, en dues coses estan molt lligades, aconseguir que els serveis en salut mental siguin veritablement comunitaris, és segurament la clau de volta de tot, sobretot perquè es comencin a respectar els drets de les persones amb un problema de salut mental. De fet ja esmentaven el passat d'un edifici tant impressionant, jo no hi havia estat mai, m'ha sorprès, un edifici tant gran i segurament com bé apuntava el Josep, l'evolució que hem anat fent, sortint d'edificis tancats, d'edificis antics, anar progressant, anar sortint, anar traient els serveis al carrer, és una evolució que ha anat molt endavant i ha fet molts passos però que encara no els ha fet tots, per tant necessitem que el serveis que s'han anat creant els darrers anys o les darreres dècades, cada vegada sigui més comunitaris

i aquest pas final que hem de fer entre tots, és el que ens permetrà respectar i els drets que fins ara no es respecten. En aquest sentit en els darrers anys, parlant ja dels dos darrers anys, s'han fet moltes coses, des de l'Ajuntament de Barcelona que ha fet un pla de salut que va avançant en molts temes d'aquest tipus, també hi hagut iniciatives com el de la Contenció Zero, que ha permès començar a treballar en intentar disminuir i si és possible eliminar, les contencions mecàniques i en aquest sentit s'ha treballat molt i l'any passat es va treballar molt en aquest sentit i trobades i xerrades però encara no hem acabat, és una feina que la vam iniciar l'any passat. També des de la Federació vam fer una feina per intentar elaborar un manual per ajudar en el tema de la planificació de les decisions anticipades, que creiem que és molt important per tal d'acabar de respectar les persones amb un problema de salut mental quan aquesta persona entra en crisi, per tant ja no pot prendre decisions d'una manera encertada, per tant haver fet aquest esforç d'haver... entre psiquiatres i persones i famílies, haver decidit exactament què es vol fer en un futur quan hi ha una crisi creiem que és molt important. Vam estar fent un treball, en el que molts de vosaltres vau estar participant també, veig cares que vaig veure també en aquest procés i per tant, també va en aquesta línia.

Ara la Generalitat ha anunciat un Pla General de la Discapacitat, és veritat que nosaltres tenim una especificitat molt gran quan parlem de la discapacitat, és evident que la situació de la Salut Mental és molt diferent però també hi som, també hem estat cridats a participar-hi, perquè aquest pla també ens afectarà i s'obre tot un període en el que, ja s'ha creat una comissió, que estudiarà una mica com estan els drets en tots els serveis que hi ha en aquest moment en funcionament i en totes les polítiques de l'administració, per tal que després això pugui canviar i ens puguem apropar a allò que demana la Convenció per la Discapacitat. Per tant, estem en un bon moment, en un moment en el que hi ha iniciatives diverses i com ja comentava el Josep, algunes que van més enllà del que són estrictament els drets i que passen ja a intentar que hi hagin iniciatives, en el sentit d'inici, ja d'entrada plenament comunitàries, com pot ser el Programa Activa't, per exemple, però també d'altres programes, ara parlo de programes que fem nosaltres però evident hi ha moltíssims que pengen directament de la pròpia administració, per exemple nosaltres hem iniciat des de la Federació un programa que li diem Xarxa Joves, per intentar que el Joves es puguin vincular més fàcilment en els clubs socials, que fins ara, doncs de vegades els hi costava molt. Per tant, ara tenim tot una sèrie de programes que a més a més estan en fase pilot i que esperem que, un dia no gaire lluny, estiguin en la cartera de serveis i que hi puguem gaudir de més serveis comunitaris, però cal a més, entre tots aconseguir, que aquests serveis no siguin un bolet si no que puguem aconseguir que tots els serveis de salut i els serveis socials del nostre país segueixin un

model molt més comunitari i en aquest sentit, una jornada com aquesta, creiem que es fa en el moment adequat i pot posar un granet de sorra més per reflexionar sobre què més ens cal fer per aconseguir que triomfi aquest model comunitari. Bé, no em vull allargar més. Gràcies a tots i totes per estar avui aquí, jo avui no em podré quedar gaire, em sap molt de greu, qüestions familiars que són imponderables, em quedaré una estoneta, el que pugui, i després us deixaré i espero que feu molt bona feina.

### **Esther Flaquer, Consellera de Salut de Nou Barris**

Bona tarda a tothom i benvinguts al districte, casa vostra. Lamentem no poder-ho fer on sempre s'havia fet perquè va haver-hi una inundació al mes de juliol i encara no hem pogut subsanar tot el que és el subsòl del que agafa la sala d'actes de la biblioteca i el casal de gent gran. Però bueno, aquí som també molt benvinguts. Volia felicitar i donar les gràcies a l'AFEM, perquè cada any ens està convidant i de totes maneres felicitar-vos en aquesta insistència, persistència i interès en fer visible, i acostar-nos a nivell general, tot aquest interès que mostra parlant any rere any sobre temes de salut mental. Aquest any, en parlar de salut comunitària i dels drets de les persones, en primera persona, em penso que és un dels objectius que també com a Ajuntament ens hem plantejat treballar molt i de fet ja sabeu que, l'Israel ja ho comentava que l'any passat, des d'inicis de mandat es va començar a treballar en un tema de taula de salut mental de Barcelona i finalment des d'aquest any, també l'estem desenvolupant a districte. Aquest taula està formada per tots els serveis de salut del territori, serveis de salut mental de joves, d'adults, EIPIs, són serveis que van tocant a diferents edats, atenció primària, Consorci de Barcelona, la salut, Consorci d'Educació, escola d'educació per veure, i posar sobre la taula i baixar a territori totes aquelles mesures que més o menys s'han fixat a ciutat, però fer un anàlisi més profund a territori de quines necessitats tenim i què és el podem anar implementant per fer una salut mental molt més àmplia, molt més comunitària i tocar aspectes emocionals, que moltes vegades, han quedat una mica desvinculats i que s'han agreujat molt aquests darrers anys amb tot el tema de la crisi.

Sabeu també que hi ha, dintre d'aquest pla de salut, també ha arribat al territori un parell d'espais adreçats a joves i adolescents, que un està situat a les Basses, al Turó de la Peira, que es diu "Aquí t'escoltem" i un altre es diu "Consulta'm", que Consulta'm està ofert també pels serveis de salut mental del CSMA i CSMIJ del territori, però amb la intenció de captar persones des de la comunitat, que tinguin una mena d'angoixa o malestar emocional i poder adreçar-se a aquestes consultes a exposar les seves situacions d'angoixa. També està dirigit el Consulta'm, tant a professionals com a

familiars per poder ser orientats en alguna problemàtica en concret del territori, perdó, personal. I després també, en taules de salut a Zona Nord i a Vilapiscina Torrellobeta, també s'està desenvolupant des de propis professionals, dintre dels seus àmbits, com es pot anar treballant segons quins temes de malestar emocional i això també s'està treballant al districte. No us vull dir res més, vull seguir insistint en què tota la tasca que està fent l'AFEM, creiem que és molt important per acostant-se a aquest tema i fer-lo visible i poder treballar tots conjuntament contra l'estigma, amb la participació a tots els espais, de totes les persones i animar-vos a seguir venint, a seguir formant-nos, ens donen formació, informació i poder participar i opinar... i dir-vos que aquest és el vostre districte que estem oberts a qualsevol suggeriment i que tingueu molt bones jornades i molt bona tarda a tothom. Gràcies.

1<sup>a</sup> Taula rodona

### **Paloma Lago, Psiquiatra CSMA Nou Barris**

Gràcies una vegada més a l'Associació de familiars, per no solament per aquestes jornades, si no per tot el treball compartit durant aquests molts anys, 18, 19, 20 anys que es materialitzen, per una banda en aquestes jornades, però també en el programa Activa't, però també es materialitzen amb opinions i en construir coneixement de com els familiars, després poden viure i viuen situacions de l'assistència i també, el nostre reconeixement perquè hem après moltes coses amb ells, hem modificat funcionaments i programes assistencials nostres i sempre quan hem proposat qualsevol cosa sempre els hem tingut al costat.

Avui us parlaré de què ha passat en aquests 37 anys. Sabeu que fa 37 anys comença a l'any 81, al novembre, comença, s'inicia el procés de reforma psiquiàtrica, primer a Barcelona, a la província de Barcelona, per la Diputació de Barcelona i més tard per la Generalitat de Catalunya i tota Catalunya. Què hi havia a l'any 82, al districte de Nou Barris, com era l'assistència i què és el que hi ha al 2017 i com és l'assistència. Amb la rodona petita de l'any 82 us he posat aquesta rodones, el que expressen és, per una banda suposen diferents nivells.

Un, el nivell més gran què és el que es considera epidemiològicament, que la població que té problemes o tindrà problemes de salut mental, es parla d'un 20%, és la rodona de dalt, problemes de salut mental a Nou Barris es donen unes 30000 persones, que tenen o que tindran en algun moment de la seva vida un problema de salut mental més lleu, un patiment o més greu.

La segona... i què fa la població amb els problemes de salut mental, no tothom que té un problema de salut mental fa, recorre al metge de capçalera ni tothom que té un problema de salut mental recorre a un servei especialitzat, per això hi ha una part important que serà i que parlarem més endavant, del treball de promoció i prevenció, que seria com aconseguir que la comunitat a través dels seus recursos pogués fer un acompanyament i un suport.

El segon nivell, que serien les persones amb problemes de salut mental que consulten al seu metge de capçalera, estaria com un nivell al 50%, es considera de les persones farien una consulta al seu metge de capçalera. Hem de tenir en compte que a Nou Barris, la utilització del metge de capçalera, és a dir, els habitants que van al metge de capçalera, al menys una vegada a l'any és el 78.8% de la població, és de les zones on hi ha més utilització del metge de capçalera. Aquí hi haurà alguns pacients que parlaran de les seves dificultats de salut mental, per això la importància dels nostres programes de suport amb els metges de capçalera, infermeria, el visitar en el centre, en fer interconsulta diària, en tenir uns psiquiatres referents i una infermera referent dels nostres centres de salut mental amb l'àrea bàsica. I ara un tercer nivell, que és l'atenció. Tenim si us fixeu, a diferència d'altres països europeus, com Anglaterra, el metge de capçalera és el que filtra i el que deriva al recursos de salut, siguin de salut mental o altres especialitats de l'atenció sanitària. Per tant, a nosaltres, els centres de salut mental, el 95% dels nostres usuaris venen derivats pel metge de capçalera. Hi ha una altra porta d'entrada al sistema, que són les urgències psiquiàtriques, que és que una persona té una situació de crisi i decideix anar a una urgència, en general, va a una urgència hospitalària general i allà poden distingir si és urgència psiquiàtrica o no. Per tant, també la importància del nostre treball amb el servei d'urgències psiquiàtriques per garantir una continuïtat assistencial i que ho fem a través de diferents programes del CSMA, per exemple, un programa és que desplaçem setmanalment un infermer a la unitat d'urgències i a la unitat d'aguts per parlar amb el servei d'urgències per parlar amb la unitat d'aguts i inclús visitar pacients que estan hospitalitzats, per garantir la continuïtat assistencial. O una altra cosa que fem és que quan nosaltres compartim amb el servei d'urgències tot el registre d'usuaris que han passat per urgències psiquiàtriques nosaltres fem una selecció d'aquells que són pacients reingressadors, és a dir, que han anat més d'una vegada a l'any a urgències psiquiàtriques i revisem el tractament que estem fent en CSMA i redissenyem, veiem si ho estem fent bé o no, si hem d'introduir altres coses... Per tant, una altre treball és que nosaltres, trimestralment, amb les dades que tenim d'urgències psiquiàtriques, fem un estudi de cas per cas d'aquells que han anat a urgències, o per exemple, una altra cosa que fem també és amb urgències

psiquiàtriques és el codi risc-suïcidi, és a dir, un pacient que des d'urgències psiquiàtriques ens deriven amb un codi risc-suïcidi, que això vol dir amb paraules..., és que hi ha un cert risc de suïcidi actiu, nosaltres el veiem amb menys de deu dies per garantir una continuïtat, el truquem per telèfon a casa seva i li proposem una visita al centre de salut mental i després entra en un procés de tractament. Una altra cosa que fem amb urgències psiquiàtriques, és que veiem, poden haver pacients que van a urgències psiquiàtriques i nosaltres, si són pacients que no coneixíem, els veiem abans, com una visita preferent al centre de salut mental, per garantir la continuïtat. Què fem més, si nosaltres vèiem que els que havien anat l'any 2017 a les àrees bàsiques amb un problema de salut mental, eren 15000 usuaris, al centre de salut mental van anar, al 2017, com un 50% d'aquests. Si us fixeu, som un territori en què la utilització, sempre hem tingut molt clar que havíem de ser molt accessibles com a centre de salut mental i que una de les nostres, un dels èxits en el que podíem aconseguir de millora tenia a veure amb l'accessibilitat. I dins dels nostres programes assistencials, hi ha una part dedicada als usuaris amb diagnòstic de trastorn mental sever, que com sabeu es considera que un 2% de la població tindria un diagnòstic de trastorn mental sever, això són xifres internacionals, no solament de Catalunya, sinó internacionals, definides per la OMS i nosaltres sempre ens hem plantejat que era molt important fer-nos, contestar-nos a vàries preguntes; una és si estàvem atenent a la població que ho necessitava i amb això el diagnòstic TMS és molt important, perquè és una població que necessita assistència i nosaltres tenim les tasses de seguiment més altes de tota Catalunya. Però per dos coses, per l'accessibilitat i el treball amb els metges de capçalera, amb serveis socials, amb recursos comunitaris, amb urgències... també perquè molts pacients greus estan en programes de TMS, i perquè la nostra taxa de desvinculació és baixíssima. La segona pregunta no és solament si estem atenent a la població que ho necessita sinó si ho estem fent bé. Amb aquesta franja de població que ja us dic que són els TMS, la població greu, el nivell de necessitats és molt complexa i per tant l'atenció només del centre de salut mental inclús des dels diferents programes del centre de salut mental el programa TMS, però també el programa PSI, per exemple, nosaltres veiem, vam definir que era molt important treballar molt acuradament amb la població jove perquè era on els joves es juguen el seu projecte de vida, sabeu que nosaltres atenem des dels 18 fins el final de la vida i vam dedicar un grup de professionals, un psiquiatra i un psicòleg per centre, a atendre aquesta població. Dins d'aquesta població, que en el 2017, van ser 548, vam tenir un 148 que eren pacients TMS. Quan un jove comença a tenir un problema de salut mental greu és molt important treballar amb ell, treballar amb la família, fer un diagnòstic, no solament clínic, simptomatològic, de personalitat, sinó també de la seva situació, com està amb els amics, com està a l'escola, a la feina, a



casa... i en funció d'això dedicar, quines necessitats té i a partir d'aquí poder fer un projecte en què el jove participi, que estigui d'acord, per poder fer un projecte en el que es pugui abordar diferents moments i a vegades és difícil, a vegades no, a vegades tenim que posar molts instruments, però sempre hem de partir de la idea que nosaltres, professionals, diguem, hauries d'anar a un procés de rehabilitació o un procés de reinserció laboral, si el jove no ho veu, si el jove no està per poder afrontar, és una qüestió que no ho farà, per tant, una de les coses amb les que treballem molt és tenir en compte les necessitats del jove, però també tenir en compte la seva visió del problema, els seus recursos i les seves dificultats. Hi un altre nivell, que és la hospitalització, quins usuaris de tot Nou Barris han necessitat una hospitalització total durant l'any 2017, i estem parlant de 180 usuaris, si us fixeu, si comparem amb el que era l'any 1982, ens trobàvem amb una població de 290 usuaris que estaven ingressats aquí, al mental, amb llarga estada, de per vida, després que, com a hospitalització d'aguts, que en aquell moment no hi havia unitat de subaguts, eren 250; que nosaltres començàvem i solament el primer any vam veure 350 pacients, al CSMA i érem un equip molt més petit i que només vam veure 70 pacients amb diagnòstic TMS. Després, d'aquells 290 usuaris i durant aquests 37 anys, pacients de Nou Barris que estiguin hospitalitzats a llarga estada, només queden 7 pacients. Què vull dir? Què és el que hem fet durant els 37 anys, no solament hi hagut un augment de professionals, un augment de serveis sinó també una manera diferent d'abordar els problemes, una manera diferent de treballar amb el pacient, amb la família, una manera diferent d'abordar les crisis i ara us parlarà Roberto d'un programa nostre, que és l'atenció domiciliaria en crisi. Com és el futur? Nosaltres durant aquests 37 anys, hem après moltes coses, hem fet nous programes, ja els podreu llegir amb la presentació però, cap a on pensem que anirà la salut mental del futur, la primera línia és, ja us han parlat del Consulta'm, però un projecte que començarem ara, al mes de desembre o gener, serà una consulta online, de joves. Com una prolongació de l'espai Consulta'm, com una prolongació del nostre programa de joves, perquè sabeu que és molt important l'accessibilitat pels joves a través de...

Una altra cosa, nosaltres, durant tots aquest anys, si us fixeu abans, l'atenció de la crisi era una atenció que es feia en un mitjà tancat, a l'hospital, una de les coses de l'evolució del model assistencial ha estat passar d'un espai tancat, a l'ambulatori, de l'ambulatori al centres de salut mental, als programes PSI amb intervenció domiciliaria o amb intervenció al carrer o amb intervenció a centres cívics, com els programes itínera de joves d'inserció laboral, que aquí està la Fundació Joia, amb la que tenim una articulació per un programa conjunt o el Consulta'm que es fa en un centre cívic. Per tant, nosaltres

que la intervenció domiciliària era una intervenció domiciliària a través del PSI o a través del PADI, però ara estem introduint una intervenció domiciliària a través del programa TMS. Hem augmentat recursos d'infermeria, tenim un infermer per cada àrea bàsica, i augmentem la intervenció domiciliària ja no com per evitar desvinculacions o en moments de desvinculació o per intervenció en crisi, sinó dins d'aquesta idea està el cursar les post altes a domicili

En tercera línia, ha augmentat el procés de treball de decisions compartides, que de fet, ja va ser un canvi en el model assistencial, la incorporació dels PSIs, que ja no treballaven amb els símptomes, treballaven el que volien els pacients, l'objectiu no era, al principi, que prenguessin medicació o que es vincuessin al CSMA, si no era millorar la seva qualitat de vida, la d'ell i la de la família. Per tant, continuar i aprofundir molt més en les decisions compartides. Una altra que ens estem plantejant, així com hem fet un programa de joves, és posar en marxa un programa per la franja de 75 anys que té unes característiques diferents a la resta. I un altre, un projecte de segona opinió que és una cosa que es fa als grans hospitals i els models on els gran hospitals anglesos on el serveis suprasectorials on si un cas no va bé es pot presentar una segona opinió, la idea la vam presentar al Servei Català de Salut, no ens ho han finançat, però nosaltres seguim insistint. Gràcies.

### **Roberto Sosa, CSMA Nou Barris**

Buenas tardes a todos. Gracias por venir, yo formo parte del... soy psiquiatra de este programa que se inició hace muy poco, ahora os contaré unos datos, les explicaré un poco por encima de qué va este programa, cuáles son los objetivos y también unos datos preliminares que vamos teniendo después de un año de implantación de este programa. En primer lugar, unos apuntes por la situación previa, antes de que este programa y programas similares a este, se hayan implantado, no sólo a aquí si no en el resto del mundo. Se había producido una reducción de recursos de atención hospitalaria con un aumento del número de ingresos no programados en urgencias, y una prolongación de la estancia de agudos a la espera de un recurso en post agudos. Las propuestas a esta situación, una situación en que, sabemos que un ingreso en agudos siempre que es algo más traumático, ha habido varias propuestas, algunas de las más importantes son el tratamiento agudo de día, el seguimiento asertivo comunitario y la atención domiciliaria intensiva. Nuestro programa PADI, programa de atención domiciliaria intensiva se encuadra dentro de este último epígrafe. Las ventajas de este tipo de programas son las siguientes, básicamente un incremento en las formas de

atención al paciente, más allá de la institucional de tipo, podríamos decir manicomial, en otras unidades que son más institucionalizadas, una reducción también, con estos programas se produce una reducción del estigma y del trauma que supone ese ingreso hospitalario y una mayor selección en el uso de los pacientes que realmente necesitan ese recurso de hospitalización, y así es como en nuestro centro de salud, en nuestros centros de salud, Nord y Sud, se pone en marcha el programa de atención domiciliaria intensiva junto con otras dos áreas, que son Sant Andreu y Horta y así cubrimos prácticamente la totalidad de Barcelona Nord.

Les contaré cuáles son los objetivos, cuáles eran nuestros objetivos al empezar el programa y cuáles siguen siendo. En un primer lugar evitar ingresos hospitalarios y evitar visitas a urgencias. Esta mañana, he estado en unas jornadas en Mollet, en las primeras jornadas que se hacen sobre hospitalización domiciliaria en toda Cataluña, presentamos el proyecto UCAP, porque el programa de atención domiciliaria que les estoy presentando forma parte de una unidad de continuidad asistencial, que además de estos cuatro PADIS, cuenta con una unidad de hospitalización parcial en San Rafael, todos estos dispositivos conforman la unidad de continuidad asistencial polivalente. El coordinador de urgencias, decía que se nota bastante la disminución de la saturación de las urgencias, no tanto se ha visto una disminución, todavía quizás es pronto, en el número de ingresos, tampoco el resto de compañeros que esta mañana presentaban sus respectivos programas habían encontrado, porque también es difícil medir la disminución, es ver cómo la implantación de programas como el nuestro llevaría una disminución en el número de ingresos hospitalarios, sin embargo hay estudios internacionales que apuntan a que esto ocurre, es decir, que cada vez se utilizarían menos camas de hospital.

Otro de los objetivos sería facilitar la aceptación de los tratamientos, y cuando hablamos de los tratamientos no solamente hablamos de fármacos si no que hablamos de tratamientos psicoterapéuticos, psicosociales y que incuben al sujeto como una entidad total.

También dentro de nuestro programa podemos atender, a los aspectos orgánicos y sobre todo promover y facilitar la vinculación a los recursos de la comunidad. El programa que representamos, vendría a ser un recurso intermedio entre la comunidad y el ámbito hospitalario, uno de nuestros mayores objetivos a parte de conseguir tratar las crisis o pre crisis que se produzcan en el usuario, es una vez estabilizado, conseguir la reinserción a nivel de la comunidad.

Otros objetivos de este programa, son la continuidad asistencial, como les contaba, formamos parte de una unidad, la unidad de continuidad asistencial, de tal manera que el usuario tenga una atención continuada, es decir, que no quede descolgado, tenemos el ejemplo de... recordaba yo esta mañana, un paciente, que nos llaman desde urgencias para decirnos que tenía criterios de ingreso pero que tenía buen soporte familiar, la idea era que ingresara en la unidad de hospitalización parcial de San Rafael, donde tenía un programa de hospital de día, pero estaban saturados y les faltaba una semana, tenía una semana de lista de espera y nos llamaron a nosotros. Nosotros pudimos contener a esta paciente durante una semana hasta que tuviera el recurso en la unidad de hospitalización parcial. Si no hubiera existido el PADIs, si no hubiera existido la unidad de continuidad asistencial, esta paciente hubiera acabado ingresada en la unidad de agudos. La continuidad consiste en que, desde urgencias a la paciente se le deriva a un recurso, ese recurso está saturado pero nosotros podemos actuar, le hacemos una atención domiciliaria hasta que esta persona puede acceder a un recurso mucho más abierto y mejor que la hospitalización de agudos, como puede ser la UCAP. Desde que está en urgencias hasta que acaba en el UCAP y luego se reinserta al CSMA, ha tenido una continuidad asistencial y se ha evitado en este caso, es uno de los casos más claros, se ha podido evitar un ingreso, y hay muchos otros casos.

Criterios de inclusión en el programa PADIs, pues pacientes, son los que están en crisis, en pre crisis o que hay una situación psicosocial o familiar de riesgo, también en la atención hospitalaria, hay pacientes que se les da de alta en el hospital, las altas es otra de las posibilidades, de las ventajas de este programa, es que las hospitalizaciones se pueden reducir de tal manera, que la persona cuando llega a casa puede continuar la asistencia, remarco siempre la continuidad, con nuestro programa hasta que se produzca la estabilización completa y la derivación al recursos más adecuado para él o para ella.

Otro criterio de inclusión serían situaciones clínicas donde no estuviera indicada otra hospitalización, involuntaria, por ejemplo, pacientes que acumuladores, personas que hacen acumulación crónica en sus domicilios o por ejemplo, pacientes que tienen agorafobia, que llevan mucho tiempo encerrados en casa y no pueden salir y la única manera de poder ofrecerles una atención es a través del programa de atención domiciliaria.

Hay una serie de criterios de exclusión, como la no aceptación del tratamiento, esto quiere decir que, la inclusión en nuestro programa, en el programa PADI es absolutamente voluntaria, tanto del paciente como de la familia. Los criterios de

exclusión, la discapacidad intelectual como única patología, que haya una patología orgánica, compleja e inestable, que requiera el tratamiento de profesionales para esa patología, que haya un riesgo de suicidio elevado, que haya una heteroagresividad grave, que haya una demencia... como ven, ponemos riesgo de suicidio elevado, heteroagresividad grave, lo cual quiere decir que a veces podemos atender a pacientes con riesgo de suicidio es asumible, podemos contenerlo o incluso puede haber situaciones de heteroagresividad que también podemos contener. Y en cuanto al último criterio de exclusión, pacientes con patología dual, pacientes que tengan un diagnóstico psiquiátrico y además tengan algún consumo de sustancia adictiva, si el consumo no hace imposible la atención, entonces no sería un criterio de exclusión.

Y ahora les voy a presentar unos breves resultados sobre el programa que hemos implantado en Nou Barris, el programa de atención intensiva, les voy a dar unos datos, el programa está compuesto, en realidad somos dos PADIs, dos programas de atención domiciliaria, uno en Nou Barris Nord y otro en Nou Barris Sud, están conformados por dos psiquiatras y dos enfermeras. El programa empezó el día 2 de noviembre del 2017, llevamos un año y una semana, en cuanto al área que atendemos de Barcelona, concretamente es el Eix Nord, la zona central que es la que corresponde a Nou Barris, la población del sector de Nou Barris es la que ven, 167944 habitantes. Esta mañana se ha dado el dato que el programa de atención domiciliaria ideal sería aquel que tuviera 30 plazas, por cada 100000 habitantes, nosotros tenemos 15 plazas, en cada uno de los dos PADIs, tenemos en total 30 plazas para casi el doble de esa cifra. También es importante saber por sus necesidades y las características de la zona donde intervenimos, el índice de renta familiar es una de las más bajas de Barcelona y la tasa de paro es una de las más altas. En cuanto nos metemos en datos del primer semestre, de los primeros 6 meses de este año, 2018, el PADI, aquí vamos a hablar de datos agregados de Nou Barris Nord y Sud, hemos atendido 64 personas, que han tenido una estancia media de 105 días. En cuanto a los diagnósticos principales, son los que ven en la gráfica, el 45% la mayoría son trastornos psicóticos, el 30% trastornos afectivos, un 8% trastornos de ansiedad y otros trastornos son sobre todo trastornos de personalidad. Lo que resulta importa saber es que la mayoría, casi el 70% de los pacientes que atendemos en su domicilio han de cumplir el diagnóstico de TMS. El porcentaje en el Eix Nord de atención de pacientes con TMS en los centros de salud está en torno al 20%. En cuanto a las altas que hemos dado del programa, el paciente cumple los objetivos de un plan terapéutico individualizado, ha sido por cumplimiento de objetivos, es decir, han sido altas clínicas, han sido un 61%. Lamentablemente un 9% de los pacientes que hemos atendido, no han podido ser contenidos y han requerido un

ingreso en agudos. Hay que decir que de todos estos pacientes, un 24% todavía siguen en nuestro programa y un 6% de pacientes que han abandonado el programa de manera voluntaria. Es importante también recalcar que, hacemos muchas coordinaciones y vinculaciones a, además del CSMA, les pongo esta diapositiva para que vean que no solamente hacemos una vez que se cumple el objetivo una derivación al CSMA, a psiquiatra y enfermero del CSMA, si no también se hace coordinaciones y vinculaciones a servicios y recursos de la comunidad, centros de día, programas como Joia, también al PSI y luego a otros centros como el CAS, el CAP y servicios sociales. En cuanto a las visitas a urgencias que han tenido que... estos 64 pacientes, durante estos 6 meses solo ha habido 15 visitas a urgencias. En realidad son 3 o 4 pacientes que son multifrecuentadores, es decir, que el número de visitas se ha reducido bastante. Tentativas o suicidios consumados no ha habido ninguno y fallecimientos tampoco ha habido ninguno. Podemos concluir con los objetivos que teníamos al principio, más los datos y la experiencia que vamos teniendo, conforme a la implantación del programa durante este año, que podemos conseguir una reincorporación progresiva del paciente a una vida normalizada, esto es lo más importante, conseguir estabilizar al paciente, estabilizar la familia, conseguir que el paciente pueda tener la vida lo más normal posible. Podemos conseguir además, nos permite, este programa ofrecer un apoyo profesional al entorno familiar, en su propio domicilio, las cosas cambian mucho cuando en lugar de visitar al paciente en una consulta o en un hospital, lo visitas en su propio domicilio, en su propio entorno, con su propia familia, es decir muchas veces entrar al domicilio casi sin hablar con el paciente podemos tener una idea, una impresión de cómo está la situación. Conseguimos también una reducción del estigma en salud mental, nos acercamos nosotros a, se está produciendo a nivel, contaban esta mañana en estas jornadas que les cuento, una gran profusión de este tipo de programas en los que ya no es el paciente el que va a la institución, el usuario no es el que va a la institución, si no que los profesionales de la institución vamos al entorno de paciente y esto facilita muchas cosas. El paciente tiene un mayor poder de decisión, está en su propio ambiente, lo que supone un empoderamiento. También conseguimos que los pacientes, que no se desvinculen, de salud mental, una desvinculación de la sociedad, de la comunidad y no hablamos solamente de una desvinculación a la red social si no de una desvinculación de la sociedad, de la comunidad y sobre todo lo que pretendemos en general agrupando todos los objetivos, es una mejora en la calidad de vida y una satisfacción de los usuarios que afortunadamente, de momento, es muy alta y una satisfacción también nuestra y por delante todavía nos queda un trabajo duro, pero estamos muy entusiasmados, estamos muy motivados y tenemos muy buenas expectativas. Gracias.

## **Adolfo Grisales, Psiquiatra CSMIJ Nou Barris**

Quiero agradecer la invitación que me han hecho y quiero decir que estoy muy contento de estar aquí y poder contribuir en estas jornadas, que para mí representan una iniciativa desde la comunidad para trabajar por la salud mental y es una iniciativa que valoro mucho, personalmente, como profesional que trabajo en el distrito.

Yo quiero comenzar mi presentación diciendo una cosa que es muy obvia pero como alguien dijo por ahí, a veces lo más obvio se obvia. La obviedad que quiero decir es que, como psiquiatra que dedica la mayor parte de su tiempo a trabajar con niños y adolescentes, mis intervenciones pasan muchas veces por prescribir mediación, en estas edades, de que yo no tengo duda de que a veces prescribir medicación a personas, a niños y adolescentes en este caso, es una cosa útil y muchas veces es una cosa imprescindible, pero el hecho de que esto sea así, a mí no me impide de que yo me cuestione y me pregunte a diario sobre lo que implica los psicofármacos en la infancia y adolescencia y los efectos que estos medicamentos tienen a diferentes niveles y con esto no me refiero sólo a los efectos que tienen los medicamentos sobre el cuerpo. Entonces son estas observaciones y estos cuestionamientos lo que yo quisiera compartir hoy con vosotros.

El título de mi ponencia es muy amplio, la medicación en la infancia y la adolescencia, entonces al ser un tema tan extenso y con tan poco tiempo, yo he escogido el centrarme en hablar de algunas cuestiones que tiene que ver con la hiperactividad, la falta de atención y los trastornos de conducta, ya que encuentro que esos son algunos de síntomas que llevan a utilizar medicamentos en estas edades con una frecuencia que viene en aumento en los últimos años. Para ir continuando con la presentación quisiera permitirme leer una cita de los doctores García y Domínguez, que hicieron un artículo con la hiperactividad publicado en la Revista de la Sociedad Española de Pediatría, que decía lo siguiente: “La proliferación de los modelos que favorecen refuerzos externos inmediatos, videojuegos, dibujos animados, TV, internet, publicidad, etc., y la sociedad de consumo, presenta pocas oportunidades para favorecer y entrenar la atención sostenida, la cultura del esfuerzo, la demora de recompensa, el empleo de estrategias defensivas y el desarrollo de un autocontrol mental eficaz”. Considero que estos autores tocan aspectos que probablemente influyen de forma muy notable en la manera como se entiende y se atiende, a los síntomas de malestar psicológico en nuestra sociedad actual. Cuando valoro niños a quienes traen por ser movidos y tener falta de concentración, me encuentro chicos que efectivamente podrían tener el archiconocido TDAH, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, pero también con otros que

se encuentran en circunstancias tan diversas como una reacción de duelo, un divorcio complicado de los padres, víctimas de acoso escolar, incluso chicos que sufren alucinaciones que nunca se han atrevido a confesar a nadie, por supuesto, todos ellos están inquietos y les cuesta mucho mantener la atención, pero por motivos muy distintos en cada caso. Entonces me pregunto, quién no estaría distraído si pasara por cualquiera de estas situaciones. Me inquieta y me preocupa como parece que se va convirtiendo en una creencia popular, que los tests son la prueba irrefutable que el niño tiene este trastorno y es más, que dar positivo en unos tests psicológicos corresponde necesariamente a que el infante necesita mediación. Al menos es lo que se me hace pensar cuando, con alguna frecuencia, me encuentro con padres que en una primera visita me dicen, a mi hijo le han pasado unos tests y como ha salido que es hiperactivo, vengo a que le ponga tratamiento. Me pregunto si unos datos numéricos sobre con qué frecuencia el niño se mueve o se distrae, pueden por sí mismos, dar cuenta de lo que le inquieta a ese sujeto en concreto. Me interesa saber si alguien le ha preguntado a este niño qué piensa, qué siente, qué explicación le daría a lo que le pasa, si él ve algún motivo para explicar lo que le pasa. Como decía al comienzo, no cabe duda que muchos niños y adolescentes se benefician del tratamiento farmacológico, tanto en el caso del TDAH como en otras situaciones clínicas, pero dadas todas las implicaciones que tiene medicar a un niño, me pregunto acerca del proceso, que en algunos casos se puede seguir, hasta llegar a la conclusión que es imprescindible prescribir psicofármacos a un infante. Me cuestiono cuando ya de entrada, se solicita un tratamiento farmacológico, me planteo si antes de pensar en esta posibilidad no valdría la pena hacerse algunas preguntas sencillas y de sentido común, cuándo empezó esta inquietud en el niño, qué está pasando en su entorno, podríamos hacer algo los adultos para ayudarlo a estar más tranquilo. Me planteo interrogantes de los efectos de la medicación en los niños, a nivel biológico, por los efectos adversos por ejemplo, pero también sobre cómo pueden influir en un organismo en pleno desarrollo, asimismo, me pregunto sobre los efectos a nivel subjetivo o psicológico, los psicofármacos son un tipo de medicamentos muy singulares, no son iguales a un paracetamol o un antibiótico, tienen unas particularidades por estar asociados a la salud mental y quizás por eso suelen despertar una serie de fantasías y temores, y esto es otro de los factores que influyen en los efectos que producen en una persona. Como decía antes, no todo se reduce al efecto químico de la sustancia y estos aspectos subjetivos quizás adquieren mayor relevancia en los niños. No sé si nos ocupamos lo suficiente en explorar estas cuestiones subjetivas con los niños o si muchas veces lo de la medicación es algo que decidimos y acordamos entre los adultos, sin dedicar el suficiente tiempo en entrar en diálogo con el niño o el adolescente que es el que finalmente se tomará la medicación. Nos podríamos



preguntar qué piensan, que fantasean los niños acerca de la medicación, sobre cómo actúa y qué implicaciones tiene sobre ellos. Por ejemplo, recuerdo el caso, de Sebastián de 9 años, cuando al preguntarle qué pensaba sobre la medicación que tomaba me respondió: “Noto el efecto de las pastillas, siento que me entra por las venas, me pasa por todo el cuerpo y me va hasta el cerebro y me lo hace más grande, porque claro, las personas que tienen la cara redonda tienen el cerebro más pequeño, pero yo ahora que tomo las pastillas lo tengo más grande”. Hay casos en que los niños están muy a gusto con los efectos de la medicación, por ejemplo, Ana de 10 años me dice: “Estoy muy contenta porque desde que me tomo las pastillas me concentro más en clase y saco mejores notas. Ya no molesto a los compañeros y me riñen menos en casa. Todos estamos más tranquilos y contentos”. También hay quien no se quiere tomar las pastillas, pero los motivos son muy diversos, algunos niños me dicen que les disminuye el apetito, otros que les da dolor de estómago, otros porque piensan que les resta espontaneidad y alegría... pero alguno me sorprende con sus comentarios. Fíjense en lo que expresa Marc de 14 años, me dice: “Jo no vull prendre'm més aquestes pastilles”, a lo que yo le pregunto: “I això Marc, què et passa amb les pastilles?” y su respuesta fue ésta: “Abans, quan m'avorria a classe em podia distreure i pensar en altres coses, ara és com si les pastilles m'obliguessin a parar atenció a tot el que diu el profe i aleshores m'avorreixo encara més”. Como decía al comienzo, en muchos casos se hace necesario prescribir psicofármacos a niños y adolescentes, por suerte en otros momentos podemos suspenderlos. Justamente en los niños medicados con TDAH, tengo varias experiencias gratas. A lo largo del seguimiento, sobre todo cuando llegan a la pubertad, trabajo con los chicos y chicas y con sus familiares, sobre las estrategias que ellos mismos pueden usar para lidiar con sus dificultades para mantener la atención. Intento transmitirles que, aunque la medicación es una ayuda, todo no pasa por las pastillas, hay una parte importante que pasa por su esfuerzo. Esto nos ha permitido que muchos acepten probar a dejar la medicación, tras varias pruebas, muchos consiguen suspenderla después de un tiempo, incluso me he llevado sorpresas, como me pasó hace poco con un chico de 17 años, medicado por TDAH desde los 7, quien vino a contarme que estaba muy contento porque después del descanso de medicación que yo le había indicado durante el verano, había decidido él mismo no volver a tomarla, estaba empezando un grado medio, ya llevaba muy avanzado el primer trimestre y se sentía muy contento y me dice: “Ahora soy yo el que está sacando las buenas notas, no las pastillas”. Posiblemente, a muchos de ustedes les sonará el nombre de un medicamento, el metilfenidato, pero estoy casi seguro que a la mayoría sí que les sonaran las marcas comerciales, Rubifén, Concerta... porque son medicamentos cuya prescripción en la infancia y la adolescencia ha aumentado muy notablemente en las

últimas décadas. A propósito de este medicamento quisiera mencionar, que es un tema muy controvertido, el efecto de los psicofármacos a corto, medio y largo plazo, sobre todo cuando se trata de los infantes, porque se considera que son muy difíciles de valorar los efectos reales cuando se dan fármacos a un cerebro que está en pleno desarrollo. Pues bien, justamente sobre el metilfenidato se han publicado algunos estudios en los que se concluye que no tiene efectos adversos significativos a largo plazo. Una de las repercusiones que han tenido estos resultados, es que algunos autores han comenzado a hablar de lo que denominan potenciadores universales, que no son más que psicofármacos como éste, el metilfenidato, que parecen ser eficaces no sólo en el restablecimiento de las funciones mentales, si no también optimizarlas y en potenciarlas. Algunos se plantean que si existen medicamentos inocuos para la salud, por qué no usarlos para mejorar el rendimiento escolar y laboral, en niños y adultos, otros consideran que esto significaría utilizar los psicofármacos con fines no terapéuticos y a esto lo denominan hacer un uso cosmético. Es decir, usar los psicofármacos, no para tratar una deficiencia o un trastorno, si no tratando de potenciar las capacidades de las personas buscando la excelencia académica y profesional. Surgiría una pregunta, se puede considerar como una indicación de tratamiento farmacológico, no sentirse conforme con el rendimiento en la escuela o en el trabajo. No deja de sorprenderme cuando en mi práctica diaria y en la de mis colegas, nos encontramos en ocasiones con padres que traen en su hijo porque en el colegio les han dicho, o ellos mismos se plantean, que no rinde lo suficiente o que podría dar más de sí. Les pregunto si es que esta suspendiendo muchas asignaturas, y en algunas ocasiones me dicen, no, si lo va aprobando todo pero creemos que podría sacar mejores notas, entonces yo me quedo pensando, cuál es la prioridad del niño para la vida de estos adultos. El autor Francisco Cabello, dice que por medicina cosmética se entiende un conjunto de actos ejercidos por un médico destinados a mejorar la apariencia o algún otro aspecto, que sin estar fuera de la normalidad, desea ser mejorado por quien consulta. Plantea que la difusión, a través de los medios de comunicación masivos, de prototipos de belleza y de desempeño intelectual, han llevado a que el negocio tras la medicina cosmética haya crecido a niveles hoy difíciles de calcular. Este autor dice que las especialidades más conocidas en este campo han sido la cirugía plástica y la dermatología, pero su gran auge, le ha llevado a otras especialidades, incluidas la neurología y la psiquiatría. Precisamente, en el ámbito de la salud mental se ha acuñado el término psicofarmacología cosmética, para hacer referencia a los psicofármacos usados en personas normales, entre comillas, buscando potenciar sus habilidades motoras, cognitivas y afectivas. Para muchos autores, la psicofarmacología cosmética es una respuesta desde la ciencia a la demanda de felicidad, pero un concepto de felicidad que

se corresponde con el ideal de la vida exitosa, de la sociedad capitalista y consumista que impera en la actualidad y llama la atención sobre el hecho de que la llamada psicofarmacología cosmética es especialmente peligrosa en pediatría, puesto que con ella se abren las puertas a una probable e inaceptable manipulación del destino de las generaciones futuras, a las cuales se pretende diseñar a imagen y semejanza de ideales personales, culturales o incluso políticos. Con esta intervención he querido señalar algunos de los aspectos que pueden influir por el creciente uso de psicofármacos en la infancia y la adolescencia como pueden ser, el no ocuparse lo suficiente en valorar las causas y situaciones particulares que producen síntomas psicológicos en cada persona, la popularización de los tests como medios diagnósticos exactos e incuestionables y el empuje sociocultural a utilizar todos los medios de que se dispone, incluidos los psicofármacos, para tratar de que las personas nos ajustemos a los ideales y exigencias de la sociedad actual y de la vida moderna, que serían algo así como todos iguales, altamente competitivos y productivos, exitosos y todo el tiempo felices.

### **Carmen Grifoll, Psicòloga Clínica Fundació Nou Barris**

En primer lloc vull agrair una vegada més a l'associació de familiars de malalts mentals el poder estar aquí, l'haver estat convidats aquí com a servei i sobretot una mica més enllà del que ha dit la Paloma, el que vull agrair és que, nosaltres representem al CSMIJ de Nou Barris, és a dir, la població infantil i juvenil, i des del principi que nosaltres vam començar a treballar amb l'associació de familiars, l'associació de familiars com a tal estava més dedicada a l'adult i la nostra tasca ha estat anar introduint tota la població infantil i juvenil que segons les dades, cada vegada més tenen problemes de salut mental. El que passa és que dintre de les associacions de familiars, el familiar és una cosa una mica idiosincràsia, no... els familiars de nens amb malalties mentals generalment no van a les associacions de familiars, per això doblement agraeixo l'estar avui aquí.

El títol de la nostra jornada d'avui, són models actuals d'atenció i suport en salut mental i comunitària des del respecte als drets i a la dignitat de les persones i la primera qüestió que els hi vull plantejar és el que a mi m'ha plantejat el títol d'aquesta jornada. En primer lloc, per què pensar en models actuals, no és un títol banal, perquè d'alguna manera ens porta a l'actualitat de la presentació de la malaltia mental, pel que fa a la infància i l'adolescència, en aquests moments no solament hi ha un augment dels trastorns en la infància i l'adolescència, si no que hi ha modalitats de presentació diferents com bé deia el meu company, per exemple, tot el tema del TDAH, els trastorns de comportament...

és a dir, hi ha un augment a la vegada que hi ha una modalitat diferent de presentació per tant, els models actuals ens convida a la reflexió i jo agraeixo que hi hagin espais per poder reflexionar d'aquestes coses entre tots. Hem de pensar o fer la suposició que els models en salut mental han canviat, han evolucionat per donar millors respostes, com deia la Paloma, es veia una evolució que hem anat des de que va haver-hi la reforma psiquiàtrica en ara, hem anat evolucionant en la nostra manera també de respondre a les necessitats que els nostres pacients ens presentaven o es tracta de reflexionar sobre els models, perquè el discurs està canviant i quan dic que el discurs està canviant, passem de parlar de comunitat, universalitat, equitat, accessibilitat a, de vegades, el model de producte, competència i gestió. Aquestes termes canvien i tenen a veure una mica amb el discurs i les polítiques actuals i en el món en el que estem nosaltres vivint, amb el qual, en aquests espais de reflexió, d'alguna manera, es tracta de pensar quin model volem, i aquí parlem de model comunitari, és el que volem, és el que defensem, perquè també s'estan, tots els altres models, apropiant del model comunitari accessible etc... Per parlar dels models actuals també és d'on partim, veure algunes dades concretes, ha donat dades generals la Paloma, però jo vull dir algunes dades concretes, d'on partim, recordar que el 30 d'abril del 85 sí s'aprova la Llei General de Sanitat, això és un fet important, perquè possibilitarà la Llei General de Sanitat, és que tothom té dret a la sanitat i aleshores el juliol del 1990, abans que comenci el procés de reforma psiquiàtrica, es crea la xarxa de centres, serveis i establiments de salut mental de Catalunya, els CSMA's i els CSMIJ's d'aquest territori i d'altres, en formem part. La reforma psiquiàtrica el que va suposar és que es van obrir els manicomis i això va comportar una manera d'entendre i atendre els pacients, que des de les hores estaven tancats, i la necessitat de crear serveis en el territori i recursos per donar l'atenció que aquests malalts necessitaven. Pel que fa als infants i als adolescents, sempre hi ha un punt diferencial, per això hem de parlar dels infants i adolescents, nosaltres abastem de 0 a 18 anys. I per què hem de parlar d'infant i adolescents, perquè si bé d'alguna manera la reforma psiquiàtrica va incidir, fonamentalment en món dels adults, els infantis i adolescents en aquells moments estaven poc, mal, gens diagnosticats. Poc, mal, gens diagnosticats perquè des de sempre la infància i l'adolescència, s'ha suposat que la família podria acollir més aquests infants i adolescents, molts d'ells eren diagnosticats o mal diagnosticats, sobre debilitat mental, retard mental i estaven en escoles especials tutti quanti i la família se'n feia molt de càrrec. A més els mitjans i la població que estava a les escoles també i els educadors també, es feien molt de càrrec perquè el número de ràtio a la classe era diferent i disposaven d'altres eines i d'altres recursos i pot ser també de molt interès per poder donar sortida a les necessitats que plantejàvem. O sigui que partim d'un fet

absolutament diferencial. Hi ha un fet molt important en el camp de la infància i l'adolescència, que és que l'any 1990, es decreta l'ensenyament obligatori, tots els nens no solament tenen dret a una escolaritat, si no que estan obligats a una escolaritat i passa l'escolaritat posteriorment, de la obligatorietat dels 14 anys, després passa als 16 anys i això va en detriment també de, tot es obligatori, amb la qual cosa els problemes, l'escola es converteix en un detector de primera línia de trastorns, dificultats... i a més hi ha un detriment, una desvaloració del que és la formació professional, perquè també hi ha uns ideals posats allà, que els nens han d'acabar l'escolaritat, ha d'aconseguir un certificat i això és un fet important que sembla que passa desapercebut, però nosaltres que ens dediquem a la infància i a l'adolescència, el que veiem és que la necessitat, que és un fet diferencial i veiem que hi ha una necessitat molt important, de planificar i de fer coses conjuntes entre la Conselleria d'Educació i la Conselleria de Sanitat.

Al 2002, hi ha la primera reforma psiquiàtrica, vull fer esmena a la declaració de la OMS respecte la salut mental, per a què tots la tinguem en el cap: La salut mental és un tema central en la salut pública, un valor en sí mateix, que contribueix a la salut general, al benestar social, la qualitat de vida i a l'economia. És a dir, tot això que està definit en la declaració de la OMS, és allò que els professionals de salut mental en el model comunitari ja fem, no és en va, agafem totes aquestes coses, la qualitat de vida, l'economia, el benestar social, són significants que després traspassen i els apliquem en el model comunitari. Això porta un pla d'acció del 2013 al 2020 dedicat a la salut mental. Respecte a Catalunya, vol aplicar algunes de les qüestions que diu la OMS. Aleshores al 2006 es desplega el pla director de salut mental i addiccions on la finalitat és abordar d'alguna manera més específica la salut mental i al 2014, es desplega el pla integral d'atenció a les persones. Aquest pla integral, una de les coses que diu és que hi ha tres objectius pel que correspon, hi ha d'altres però... pel que fa a la salut mental infantil i juvenil una de les coses que diu és que es necessita treballar de forma integral, el sanitari moltes vegades, no arribem amb els tractaments diríem al despatx, si no que hem d'anar a la comunitat i hem de comptar amb altres agents que el dia a dia tenen relació amb els infants i adolescents. El segon punt que jo vull ressaltar és, després hi ha dos objectius més que cal remarcar i és que cal abordar de manera integral la primera infància, la primera infància és un lloc de prevenció i de detecció, que més aviat detectem les malalties mentals, més incidirem en el pronòstic i evitarem la cronificació, és un fet molt important i després que hem d'abordar les dificultats de l'adolescent entre les edats de 16 i 18 anys, és a dir, comencen a ser, són adolescents una mica més a munt de quan comença l'adolescència, però aquesta edat és una edat en què comencen moltes problemàtiques.

El segon punt que jo vull fer menció, és el segon títol de la taula, que és respecte als drets i la dignitat de les persones. Al 1988, els estats integrals declaren que el nen té dret a gaudir del més alt nivell de salut possible, després al 2005 hi ha una declaració molt important que és la declaració de Hèlsinki, que diu que els problemes de salut mental tenen múltiples variables i fa èmfasis en els models d'atenció comunitària. Què vol dir això de múltiples variables, vol dir que la malaltia mental no la podem posar en el cervell, no la podem posar en un gen, hi ha múltiple causalitat de la malaltia mental. És veritat que hi ha molts avanços, és veritat que la farmacologia en l'actualitat ens ha permès tractar la malaltia mental, amb totes les coses que l'Adolfo ens ha dit respecte, que són reflexions sobre la població infantil i juvenil i la medicació, però hi ha la multicausalitat de la malaltia mental i això no ho diem només els professionals que estem aquí, que atenem al territori, si no que ens ho diu la màxima autoritat, que diu hem de fer valer els múltiples factors que influeixen en la malaltia mental i quan diem el múltiples factors, el que volem dir és els factors socials, els factors familiars, els factors ambientals, és a dir, tot allò que en el creixement, ja que parlem de la infància i l'adolescència, que en el creixement i el desenvolupament forma part del creixement i de l'estructuració psíquica del pacient, l'estructuració psíquica del pacient no és el gen biològic, i si descuidem tots els altres factors, la pràctica clínica també serà una i no atendrem a la multiplicitat de factors que intervenen per tant el tractament serà únic. Dit això, hi ha una cosa que vull rescatar i és que el nen té el dret de ser escoltat, abans la Paloma deia cada vegada més, els pacients formen part del seu procés terapèutic, tenen coses a dir, en el seu procés terapèutic, els nens i els adolescents tenen moltes coses a dir en el seu procés terapèutic. Ho hem vist amb les vinyetes clíniques que ens deia l'Adolfo, el nen té el dret de ser escoltat, és així que no podem descuidar, quan tractem amb un nen, a banda de parlar amb la família, l'anamnesi i l'entrevista clínica i el valor de l'entrevista clínica, no podem descuidar allò que diu el pacient, perquè allò que diu el pacient és el que ens permetrà el tractament i com ell, subjectivament va responen a aquell tractament o sigui, que ens els tractaments és un dret escoltar, perquè és un dret fer participar a l'infant i l'adolescent amb allò que li passa, amb la qual cosa, d'alguna manera, esdevé responsable, hem de fer subjecte responsables si no atribuir el que l'altre diu és deixar la part de responsabilitat del subjecte en tot allò que li passa. Dit això, en relació al títol de la jornada, que per mi ha estat important poder pensar o són les coses que a mi m'ha fet pensar.

Respecte al nostre dispositiu, vull distingir el que són les demandes que ens arriben del que entenem per símptomes i el que són les respostes que hem anat implementant, és

a dir, com anem canviant les nostres maneres depenent una mica de la clínica, de la observació dels casos que ens arriben.

Les demandes podríem dir que és tot el que entra en el nostre servei i a nosaltres, en el nostre servei, poden demanar visita directament o vénen derivats pels equips educatius, per l'EAP de la zona, pels serveis sanitaris, sent la primera derivació també la primària. El que nosaltres veiem és que les demandes rebudes s'han incrementat i les dades que apareixen a Catalunya respecte a Nou Barris no són gaire diferents, hi ha un augment en general de les demandes i va haver-hi un augment molt significatiu al 2015 i el que hem pensat és que aquest any 2014-2015, va ser efectes de la crisi. No solament amb l'ansietat que moltes vegades veiem en els pacients que ateníem i els efectes de coses que passaven a les famílies si no que moltes famílies que s'estaven atenent a les mútues, van deixar d'atendre's a les mútues i van venir a la pública. Respecte a les primeres visites, també veiem que respecte Catalunya el districte de Nou Barris, les dades són molt similars, havent un augment significatiu al 2014-2015 degut a això. Aleshores el que aquí vam veure, per una banda teníem un augment de la llista d'espera i què podríem fer, es tractava de prolongar la llista d'espera o podríem incidir en la llista d'espera i el que vam fer va ser, per una banda, vam determinar tres criteris de llista d'espera: urgent, ordinària i preferent. Nosaltres atenem a la població amb un màxim de 15 dies des de la primera visita, no volem tenir una llista d'espera cega, el que no vol dir que després s'hagin d'esperar, però aquesta llista d'espera que atenem en un màxim de 15 dies, ens permet establir aquests tres criteris, preferent, urgent i ordinari. Això, el que fa és que la llista d'espera tingui un altre curs, això per una banda; per una altra, el que vam observar és que entre la demanda i la primera visita hi havia un absentisme, llavors si hi ha un absentisme i la gent no avisa, és un buit assistencial, llavors aquest buit podia ser omplert per un altre pacient, llavors el que vam començar a incidir és en aquest absentisme i el que vam començar a fer és diferenciar els pacients que no venien i no avisaven dels pacients que venien i avisaven i vam implementar una carta i una trucada i l'absentisme va variar, va disminuir. Aquí el que veuen és el percentatge d'absentisme a la primera visita, al 2015 era 26,68 i al 2017 baixa a 23,84. Avisen que no vénen a la primera visita hi ha un augment, amb la qual cosa se'ls pot reprogramar, amb la qual cosa tampoc es perden pacients, o susceptibles de ser pacients i després hi ha una disminució dels pacients que no avisen, d'aquesta manera es fa també una profilaxis, el pacient que no ve i no avisa no deixa un lloc a un altre pacient susceptible de ser atès. Aquestes són les coses, augmenten les demandes urgents, llavors el que vam fer, li diem programes, però no estan subvencionats aquests programes, però són dissenys que fem internament, que els hi diem programa, per entrar dintre del que tothom parla,

però no tenen subvenció però són millores que establim dintre del servei i el que vam fer és que el coordinador clínic del servei, agafa aquestes demandes urgents i vam distingir entre demandes urgents reals i demandes urgents subjectives per situacions molt puntuals d'angoixa, estrès, de crisis econòmica a la família... que atenent aquesta primera visita, l'angoixa disminueix, amb la qual cosa, el que hem vist és que la urgència disminueix i per una altra banda, hem posat com a població per atendre amb el suport a la primària, es treballar totes aquestes derivacions. Les demandes urgents s'atenen en un màxim de 72 hores, diferenciant entre urgència real i subjectiva i es prioritzen els casos més urgents.

Els símptomes, diferenciàvem demandes de símptomes, el símptoma és el més particular del subjecte, és la manera d'expressar el seu malestar i hem de diferenciar entre el que són símptomes del que són trastorns. Els principals trastorns en edats infantils en aquests moments, són els adaptatius i de la conducta, els del desenvolupament i els de l'ansietat i l'angoixa. Hi ha també tots els trastorns que entrarien dintre dels trastorns mentals greus. Aquí tenim dues poblacions diana, en què hem fet coses, una són els nanos amb trastorn deprimat, la depressió i després els casos de risc de suïcidi, el que veiem és que els casos de depressió han augmentat, tot i que ara estan baixant, i els casos de intents de suïcidi, des del codi risc-suïcidi que tenim, han augmentat. Què hem de dir aquí, és que a darrera de cada diagnòstic, que són trastorns d'ansietat, que estan dintre del trastorn d'ansietat o que estan dintre de l'intent de suïcidi, cada cas presenta la seva particularitat de símptomes, o sigui que la variabilitat de diagnòstics a dintre del trastorn de depressió és molt ampla. Dintre del trastorn de depressió podem trobar una melancolia, podem trobar una tristesa deguda a un procés de dol o podem trobar un trastorn adaptatiu que està més desmotivada, té menys ganes de fer coses, o sigui que la variabilitat, què ens orientarà, una altra vegada més ens orientarà el que ens diu el pacient, per això l'entrevista clínic és de gran valor pel diagnòstic. En els casos d'intent de suïcidi també, els veritables intents de suïcidi són molt pocs, encara que ha augmentat la taxa de suïcidis en els joves, però hem de tenir molta cura en determinar què causa aquest intent de suïcidi i en l'actualitat, les autolesions en els adolescents estan a la cantonada i això angoixa molt a l'ambient. Amb la qual cosa, ens hem plantejat treballar molt seriosament amb la URPI de referència que són els que ens deriven particularment, perquè aquest intent de suïcidi o aquesta autolesió, no diria tant intent de suïcidi, el que fa és que de vegades entren com a codi risc-suïcidi quan veritablement no són codi risc-suïcidi. I ho deixo aquí. Gràcies.

Obrim el torn de paraula, no sé si teniu alguna pregunta, alguna aportació...



Hola, bona tarda, jo voldria preguntar-li a la dra. Grifoll aquest augment de demandes d'atenció per trastorns i per risc de suïcidi, quina causa vostè troba que hagin augmentat tant amb els anys, més anteriors...

Hi ha múltiples causes, la primera cosa que me ve al cap és que hem de tenir en compte que de la mateixa manera que els adults ens veiem afectats pels canvis socials, culturals... imaginis vostè si es posa en la pell del nen que està en desenvolupament o d'un adolescent amb el que suposa el període adolescent, perquè el període adolescent per sí mateix és un període de canvi. La societat actual, hi ha autors, que estan treballant mol seriosament a nivell internacional, amb el tema de l'adolescència i una de les coses que diuen és que l'adolescent està més sol que mai, és curiós, perquè sembla que veiem els adolescents sempre acompanyats, del mòbil... però estan més sols que mai, les referències dels adolescents han canviat, l'adolescent abans tenia el grup, tenia el joc, cada vegada veiem que els nens i els adolescents juguen menys. Quina és la importància del joc, la importància del joc amb els nens i adolescents és que poden fantasiejar, es fan històries, los buenos, los malos... hi ha tot un component simbòlic que en aquests moments està... nosaltres diem que els nens i adolescents, el component simbòlic, que és a través del dibuix, del joc, cada vegada el tenim menys, amb la qual cosa, els adolescents que per sí mateixos ja tenen dificultats d'accedir a la paraula, tenen un grau d'impulsivitat molt més en l'adolescència que en l'època dels adults, la impulsivitat aquesta fa que s'autolesioni... Per exemple, a mi m'han dit adolescents, que s'han tallat, que en el moment que es tallen, l'angoixa baixa i ho diuen així, l'angoixa baixa en el moment que es talla, però clar, quan ens trobem amb un adolescent que es talla, que hi ha molts, això angoixa molt a tots, al voltant, angoixa a l'escola, al mateixos professionals, per això és tant important, el treball continuat, la formació dels professionals, espais de reflexió... perquè el mateix professional, també moltes vegades s'angoixa davant aquestes manifestacions adolescents. Molt resumidament que té a veure també o hem de tenir en compte els factors socials, culturals, el canvi que estem vivint de societat, hi ha un canvi de societat, producte de les polítiques neoliberals, el que diuen els autors, sociòlegs, que els hem de tenir en compte, la societat líquida hi ha un autor que es diu Steven Zue, que diu la societat líquida, què vol dir la societat líquida, la societat líquida el que vol dir és que els referents, els valors, tot això està... per dir-ho d'alguna manera...

2<sup>a</sup> Taula rodona

**Rubén Regueiro, Psicòleg coordinador àrea d'habitatge URC Pi i Molist de l'Hospital de Sant Pau**

Bona tarda, com cada any donem les gràcies a AFEM per haver-nos convidat. Com acabem d'explicar nosaltres venim de la Unitat de Recursos Comunitaris de Pi i Molist, quan hi ha una sèrie de dispositius de rehabilitació psicosocial per persones amb malaltia mental, jo en concret, me n'ocupo de la part d'habitatge. El que us volia explicar avui és quin és el panorama de dispositiu d'habitatge que existeixen en salut mental per després centrar-nos una mica més en com ha anat evolucionant i quines són les necessitats que hi ha avui dia.

Si fem un cop d'ull ràpid a tot el que existeix i que ha anat desenvolupant el departament d'Afers Socials de la Generalitat, veiem que al llarg dels anys s'han anat creant una sèrie de dispositius que responen a les necessitats d'habitatge de diferents col·lectius. Trobem des de el col·lectiu de persones amb malaltia mental, també tenim a persones amb discapacitat intel·lectual, persones amb discapacitat de tipus físic, dones víctimes de violència masclista, persones amb VIH, persones amb drogodependència, gent gran amb dependència, etc.. i no només responen a diferents col·lectius, si no que a més s'han creat dispositius amb diferents graus d'intensitat de suports, per poder respondre a diferents necessitats del mateix col·lectiu. Si ens fixem en salut mental, concretament, trobem que cap allà els anys 80 es van començar posar en marxa els primers dispositius d'habitatge per aquest col·lectiu, en aquella època tot era molt nou la majoria dels dispositius funcionaven amb diversos tipus de finançament molt puntuals, molt concrets per una entitat específica i va ser a finals del 90, quan es va crear el programa d'habitatge per persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental què és el que existeix avui dia, que la componen dos dispositius, per una banda les llars residències, i per l'altra els pisos, les llars amb suport, que diem. Dos tipus de dispositius que tenen alguns elements en comú, per exemple, com a requisits d'accés, va dirigit a persones que tenen un trastorn mental sever i que tenen entre 18 i 65 anys, amb una discapacitat reconeguda, actualment això ha canviat, abans era més elevada, actualment ha de ser del 33%. Han de ser persones que resideixin en Catalunya, que necessitin un habitatge o un acolliment residencial i per tant que tinguin unes necessitats d'habitatge, però més també que tinguin unes necessitats de suport en les activitats de la vida diària, en les activitats que puguin fer a la comunitat, que són dispositius que no només ofereixen el recurs d'habitatge si no que hi ha un suport per part de professionals. Concretament les llar residències es tracta d'un dispositiu que és obert, que moltes

vegades amb altres recursos per altres col·lectius pot haver-hi una mica de confusió, les llars residències van dirigides a persones que tenen unes necessitats, però que també disposen d'una autonomia com per poder dur a terme les activitats de la vida diària només amb un suport extern per part de professionals, són gent que han de tenir una certa activitat durant el dia i si no se'ls hi dóna suport perquè ho puguin fer i la derivació en aquests dispositius això és comú a les llars amb suport, sempre es fa des del centre de salut mental d'adults. Un altre element en comú, és que es treballa en base a un pla individualitzat i no només aquest pla respon a les valoracions que fan els professionals si no que és una cosa que en els últims anys, cada cop ha estat més present, el potenciar la participació directa dels usuaris del dispositiu a l'hora de definir el propis objectius de rehabilitació. Si mirem quina és la distribució d'aquests dispositius, en quan a les llars residències, la majoria, bueno i a les llars amb suport també passa, estan concentrats en la ciutat de Barcelona i als voltants, concretament tenim 13 llars residències que ofereixen 423 places. I concretament, en el sector de Barcelona Nord tenim 3 llars residències, tenim la Ginesta, tenim la residència de la unitat polivalent de Barcelona Nord i la del dr. Pi i Molist.

Les llars amb suport, a diferència de la residència que hi ha 24 hores de professionals, en els pisos, sí que hi ha una atenció de professionals però aquesta és molt més puntual, per tant, les persones que hi viuen, són molt més autònomes, necessiten una atenció menys intensa i passen la major part de la setmana, del dia i de la setmana sols. La derivació també es fa a través del centre de salut mental i una cosa que no hem comentat, el finançament d'aquest recursos és amb règim de copagament, com passa a les residències de la gent gran. El que fa la Generalitat és que quan la persona es proposada per ocupar una plaça en un dispositiu, fa un càlcul dels seus ingressos, i en funció dels seus ingressos decideix quina és la quantitat que haurà de pagar cada mes. Òbviament hi ha uns límits, hi ha una quantitat màxima que haurà de pagar aquella persona, això passa tant en les residències com en pisos amb suport, les quantitats òbviament són diferents, perquè les residències doncs tant l'atenció, que és molt més intensa, com l'alimentació està coberta, en canvi en els llars amb suport els mateixos usuaris han d'assumir el cost de l'alimentació, de la neteja... d'acord. I com les llars residències també es treballa en base a un pla individual de treball en el qual fem participar al mateix usuari.

Una cosa que també cada cop s'ha potenciat més en aquests últims anys, no només aquesta participació directa a l'hora de poder decidir quin és el projecte vital, quins són els objectius que volen treballar cadascú dels residents i usuaris de pisos, també hem intentat crear diversos mecanismes per tal de potenciar la participació no només en el

propi programa individual si no en el funcionament del dispositiu i en les activitats que realitza la institució més a nivell col·lectiu. Per una banda, tenim les assemblees d'usuaris, que és un espai on poden fer propostes sobre aquests aspectes o poden fer reclamacions sobre el servei, la qualitat del servei o propostes de canvis o de millores. Però no només existeix aquest mecanisme que és més intern, també existeix el que és el consell de participació, això és un òrgan que ve regulat per l'administració i que afecta a tots els serveis socials, aquest organisme el que fa és organitzar reunions amb representants, tant dels usuaris com dels professionals, i dels treballadors i també estan presents representants de l'administració, les administracions que financen el servei, l'administració local també i de l'entitat i en aquesta reunions es prenen decisions que afecten al funcionament global, com pot ser per exemple, l'aprovació del règim intern del centre, d'aquesta manera els representants que els usuaris han escollit a unes eleccions, participen directament, podent votar en aquest tipus de decisions. I més enllà d'això existeixen els sistemes de reclamacions que té l'administració i la nostra entitat, l'hospital de Sant Pau disposa també de la seva oficina d'atenció a l'usuari. En el marc dels nous dispositius que s'han anat creant aquets últims anys, trobem el que és la llar per a joves extutelats, és un tipus de pis que ha posat en marxa la DGAIA que va dirigit exclusivament a les persones, als joves que surten d'un centre residencial perquè estan tutelats per la Generalitat i al complir els 18 anys poden anar, aquells que tinguin o bé una discapacitat intel·lectual o bé un trastorn mental, poden accedir a aquest tipus de dispositius que fins ara existien de forma general, sense ser exclusius d'aquest col·lectiu, això és un programa que té una durada màxima de 3 anys si es comença als 18, perquè als 21 s'acaba, hi ha una possible pròrroga en casos que s'estiguin fent estudis superiors, per a que es puguin acabar aquests estudis, però a la majoria dels casos acaba als 21 anys, va vinculat a altres tipus d'ajudes com pot ser una ajuda econòmica, un assessorament jurídic, que tot això s'encarrega la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència de proporcionar i en aquest programa el que es fa és acompanyar aquests joves per tal que assoleixin l'emancipació, l'autonomia econòmica i l'autonomia també funcional, que siguin capaços d'encarregar-se d'una llar, que siguin capaços d'encarregar-se de les activitats que fan diàriament, de fer la compra, d'administrar-se econòmicament, moltes d'aquestes coses no s'han pogut tractar en els centres residencials, en els CRAEs on estaven internats i als 18 anys tenen la necessitat de poder treballar aquests aspectes abans de trobar-se que no hi ha cap altre més ajuda i per tant, han de poder iniciar un procés més autònom.

Bé, hi ha un altre programa que a diferència dels que hem comentat a l'inici en aquets no s'ofereix un habitatge, perquè va dirigit a aquelles persones que tenen o una malaltia

mental o un altre tipus de discapacitat, que volen viure sols i tenen un habitatge, en alguns casos aquest mateix programa també, quan en persones que no tenen habitatge i que estan disposades a compartir el pis amb alguna altra persona del programa, sí que l'entitat pot proporcionar l'habitatge, però en la majoria dels casos no és així. Això és el PSALL, el Programa de l'Autonomia a la Pròpia Llar, on hi ha una atenció de professional, hi ha un equip multidisciplinari, que el que farà serà desenvolupar una sèrie de programes individuals per tal de millorar l'autonomia d'aquella persona, per tal que es pugui mantenir en l'habitatge de forma autònoma. Són per persones que no conviuen amb la família o sí que pot ser que tinguin família si són menors o majors d'edat amb alguna discapacitat. És un programa que és diferent dels dos primers i que els requisits per exemple, no poden tenir un grau de dependència superior al I perquè han de comptar amb una autonomia suficient.

Altres models d'habitatge són més específics, una mica en la línia dels primers que es van crear durant els anys 80 i 90, normalment les entitats aconsegueixen finançament a partir de l'administració local o d'altres tipus per dut a terme dispositius diferents que els que hem explicat, són pisos escola, que són pisos preparatoris per poder accedir a una llar amb suport o a un habitatge més autònom, pisos pont, pensions que en diuen protegides, són diferents fórmules que el fan és variar la intensitat de l'atenció que poden rebre. I després trobem un programa més genèric, com és el Housing First, la llar primera que diem, és un model d'origen nord americà i que es basa en un dispositiu d'habitatge no condicionat, només se'ls hi posa les condicions de que respectin el veïnatge, l'entorn, acceptin alguna visita de professionals i ser avaluats.

El que ens trobem després de tots aquets anys de funcionament dels programes que hem explicat, és que ha anat canviant la situació, ens trobem que hi han persones que no troben una resposta a les seves necessitats d'atenció en quant a habitatge i ens els suports que se'ls hi dóna en aquests dispositius, persones per exemple, que tenen altres tipus de trastorns o problemes de salut mental que no els que venen especificats en el programa o alguns problemes de salut mental específics que dificulten la convivència amb altres persones, també trobem gent que té altres necessitats d'atenció que no coincideixen amb les que s'ofereixen, per exemple, ens trobem que inicialment es va planificar que es farien residències assistides per persones que necessiten una cura més continuïtat de la que s'ofereix a les llars residències, doncs aquest és un dispositiu que no s'ha desplegat, que no s'ha arribat a posar en marxa i també ens falten, moltes vegades, flexibilitat en les llars residències i en les llars amb suport ens falten buits, altres dispositius que estiguin a mig camí que permetin una transició més fàcil d'un dispositiu a un altre i per últim trobem, que això una mica enllaçant amb el Housing First,

persones que no estan predisposades a conviure o a acceptar el règim de funcionament que tenen els dispositius que hem dit i llavors moltes vegades no troben una resposta a les seves necessitats d'habitatge, aquestes persones. Per tant unes millores importants que es podrien fer és primer flexibilitzar el sistema, poder permetre que hi hagi un moviment àgil que respongui a les necessitats concretes d'un moment donat de les persones que viuen en aquests tipus de dispositius i que hi hagi una variabilitat més àmplia, així com en altres col·lectius has d'estar definint diversos graus de l'atenció que es rep, com hem dit al principi, en salut mental només hi ha aquests dos tipus de dispositiu i cadascun, no té més graus. D'aquesta manera, si hi hagués més tipus d'habitatge, podríem respondre a una varietat més àmplia de necessitats. Una cosa molt important és que es pogués provar, provar un habitatge, moltes persones el fet de sol·licitar un habitatge i fer aquest canvi tant important els hi costa molt i moltes vegades hi ha por, hi han incerteses que es resolrien si la persona pogués provar per un temps, a l'hora de prendre la decisió, els hi aniria molt bé poder fer aquesta prova. I també als professionals ens permetria saber exactament quin és el grau d'adaptació, quines són les necessitats específiques que tenen, havent-lo vist com funciona en un dispositiu d'aquest tipus.

### **Cristina Conejo, Psicòloga responsable de programes de suport mutu i de l'espai Situa't de Barcelona**

Us presentaré els GAMs, grups d'ajuda mútua dintre del projecte Activa't per la Salut Mental. Llavors contextualitzo breument el projecte Activa't per la Salut Mental per poder entrar en el tema dels grups d'ajuda mútua.

El projecte Activa't per la Salut Mental, l'objectiu principal que té és que els familiars de les persones amb problemes de salut mental i les pròpies persones que tenen alguna problemàtica de salut mental, siguin agents de salut actius en el seu procés de recuperació. Ara ho dic ràpid però tot això té moltes connotacions, estem en el model de recuperació i un agent actiu vol dir que té informació, que té formació, i que té, una mica el que deia la Paloma abans, decidir i aportar en el seu procés. Aquest projecte, està impulsat per la Generalitat, la Federació Salut Mental Catalunya i la Federació Veus. La Federació de Salut Mental Catalunya està formada per associacions de familiars i la Federació Veus, a la qual pertany Matissos, són totes associacions de primera persona. Aquest projecte s'està portant a terme en diferents territoris de tota Catalunya i un d'aquests territoris, jo crec que tenim la sort que és Nou Barris. Aquest és el circuit sencer i l'últim pas del circuit, tal i com es va pensar com a circuit, són els

grups d'ajuda mútua. La porta d'entrada és l'espai Situa't que és un punt d'informació i assessorament.

El pas primer és el socioeducatiu, que es fa al centre de salut mental de Nou Barris i està portat a terme pels professionals de salut mental. Hi ha un grup per primera persona, per les persones amb la problemàtica de salut mental i hi ha un grup per familiars, té una durada de 14 o de 22 sessions i sobretot és informatiu i es comença a compartir.

El següent pas és el prospect, que és un curs d'apoderament, que aquí hi ha gent que l'ha fet, és més curt i més intens hi ha un model per primera persona, un per familiars, un per professionals i un mòdul que es diu mòdul comú, en el que ens ajuntem tots i treballem al voltant de la comunicació, és una experiència que en general és bastant interessant perquè tampoc hi ha tants espais de treball conjunt.

I l'últim pas són els grups d'ajuda mútua, que són els grups del que us he vingut a parlar. En els grups d'ajuda mútua no hi ha professionals.

Perdó, en l'anterior, en el prospect, els formadors o els facilitadors són iguals, en els grups de primera persona són persones amb problemàtica en salut mental, en els de familiars són familiars, en el grup de professionals és un professional,

Quan passem als GAMs, en el nostre model, no hi han professionals, el que hi ha és que nosaltres oferim una formació de moderació de GAMs per tant les persones, no totes però algunes, estan formades en moderació de grups d'ajuda mútua, que ara us explicaré una mica més en què consisteix aquesta formació i aquí ara mateix hi ha persones que han fet aquesta formació per tant, després al col·loqui si els hi voleu preguntar alguna cosa, doncs ho podeu fer.

Grups d'ajuda mútua, portem també una mica de números de la gent que ha passat pel projecte, des del 2005 fins a principis d'octubre d'aquest any. En tota Catalunya, han passat 581 persones, per les nosaltres fem un acompanyament a 12 sessions de GAM, després els GAM passen a les associacions que els han acollit i es queden com a recurs de les associacions. El nostre acompanyament és durant 12 sessions, intentem acompanyar en el seguiment de l'assistència, si les persones moderadores tenen algun dubte, alguna qüestió que no saben com entomar... Llavors 581 han fet les 12 sessions de GAM i 291 han fet la formació i això és en tota Catalunya. Aquí ho tenim dividit, 330 són de primera persona i 251 són de familiars, són dades de tota Catalunya. 95 són formació primera persona i 155 familiars. Dades de Nou Barris, específicament, a Nou Barris s'han iniciat 3 GAMs de familiars, on han participat 31 persones, de fet el Josep

Aguilar, que ara no sé on és, és un dels moderadors d'aquests grups i s'han iniciat 4 GAMs també de primera persona amb 33 participants. Estan els logos de les associacions perquè estan acollits per aquestes associacions, el de familiars per AFEM i el de primera persona per Matissos.

Veo cara de sorpresa por ahí, que dicen 4! Si voleu després ho podem comentar.

A nivell de la formació de moderació de GAMs, a Barcelona hem fet dues formacions de GAMs, de moderació de GAMs per familiars, amb 20 participants i una formació de moderació de GAMs en primera persona amb 12 participants. L'any vinent està previst fer una nova formació de moderació de GAMs en primera persona, amb el nou model que ara us explicaré.

Llavors això també us ho explico genèric del projecte Activa't per arribar a l'últim que són els grups d'ajuda mútua. En la web del projecte Activa't per la salut mental trobeu el material que surt en aquesta diapositiva. El primer que trobeu és un material, la verda, és una guia de salut mental genèrica, es pot descarregar a la web, la blava tracta sobre com aprofitar millor la consulta, és per a primera persona, per a familiars i per a professionals i dóna algunes petites indicacions. I el taronja és com acompanyar millor en salut mental i això està més destinat a familiars o amics. Després hi ha uns vídeos molt curts que joc rec que són molt interessants perquè parlen des de primera crisi, a recuperació, a família, a feina, infanto-juvenil, són breus i de vegades crec que als GAMs de primera persona els han fet servir per després comentar-ho, són lliures i els podeu mirar i fer servir si voleu. Després tenim el tema del manual de recuperació i autogestió del benestar, que no vull entrar perquè és un tema s'ha de pilotar, però, com el projecte Activa't és un projecte pilot que està en avaluació, sí que s'ha detectat que dels psicoeducatius es volia fer alguna millora i en principi el resultat és aquest que s'ha de pilotar. Després tenim això últim, que és el material de sistematització dels grups d'ajuda mútua. Us explico el que trobareu a la web, trobareu una guia per la creació i manteniment dels grups d'ajuda mútua de salut mental en primera persona i familiars, una eina d'autoreflexió pels GAMs, també hi ha versió de primera persona i la versió de familiars, això és el que està lliure a la web. A demanda, també teniu l'estudi diagnòstic del GAMS a Catalunya, que és la part inicial d'on arribem nosaltres al model, l'estudi de què s'està fent a nivell de grups d'ajuda mútua, el manual que és una ampliació de la guia i el material didàctic, que són les diapositives que es fan servir en cada sessió de la formació. A això li poso especial èmfasi perquè es un material lliure que si us interessa el podeu fer servir, és vostre, i si podem...

l'adreça és aquesta, la blava... no és aquest, després t'ho explico...



Aquí hi ha familiars, hi ha diferents serveis, qualsevol que tingui una mica d'inquietud respecte els grups d'ajuda mútua, teniu aquets materials i en la mida que puguem, des del projecte us donarem el suport que puguem.

La idea d'aquest material, és promoure els grups d'ajuda mútua com a espai de suport i continuïtat, per què, perquè ens hem trobat que la majoria de gent que participa en els grups de ajuda mútua, els valora molt positivament, per tant entenem que és un recurs que ha de poder arribar a més gent. I oferir un GAM de referència perquè és veritat que en aquest estudi si us el mireu, veureu que hi ha una certa heterogeneïtat, que ara també sortirà aquí, després sortirà que hi ha una certa heterogeneïtat en el numero de persones que participen en el GAM, en si hi ha professional o no, en cada quan de temps es troben...

Què entenem nosaltres quan parlem de grup d'ajuda mútua, el grup d'ajuda mútua és un espai d'escolta i comprensió en el que ens reunim diverses persones que compartim un mateix problema, dificultat o preocupació per intentar superar-lo o millorar la nostra situació. És agosarat però és la idea. Grup, en tant que és una activitat col·lectiva, és una activitat per fer-nos costat que sembla que és una mica obvi i fins i tot com una mica naïf però sobretot aquí hi ha persones que han passat per un GAM i us ho poden explicar, bueno, jo també he passat per un GAM de familiars en el meu cas i és veritat que és una experiència especial, sentir-te recolzada en aquell nivell que saps que l'altre sap bastant bé del que estàs parlant, i t'aporta la seva experiència o com a familiar o com a primera persona i la horitzontalitat, que es dóna dintre del grup, tots estem en igualtat perquè el que tenim és l'experiència, no hi ha cap jerarquia més.

Llavors el que us deia de l'estudi és això, què ens hem trobat com a pràctica de GAM, que hi ha GAMs de persones que comparteixen l'experiència de salut mental, de mares, de persones amb el mateix diagnòstic, en primera persona i familiars junts, de familiars de persones amb el mateix diagnòstic, de professionals familiars i primera persona, hi ha molt diversitat el tema és el punt de trobada, que hi hagi un punt de trobada, després hi han opinions, hi ha gent que diu que contra més específic millor, perquè et sents més entesa, ara amb AFATRAC, un dia que va venir a la Federació ho parlàvem, que de vegades tens unes característiques tant particulars que si els altres no les comparteixen potser no et trobes del tot còmode, però hi ha diferents opcions. El tema de les dimensions, ens hem trobat GAMs de 5 persones i de 20, bueno i a AFATRAC feu una cosa que és com de 80 persones, són coses que es van fent i que després es van redirigint, nosaltres és veritat que recomanem com unes 12 persones, com lo ideal. La freqüència també la ha de decidir el grup, setmanal, quinzenal, intermitent, mensual. I la

dinàmica del grup, hi ha grups que estan dinamitzats per una persona, per dues persones o per persones externes al grup. Després el tema de la dinamització o de la moderació, hi han GAMS més dirigits, liderats amb responsabilitats compartides, tu prens l'acta, tu recordes les normes i jo prenc l'assistència, això seria més compartit, que és cap a la línia que nosaltres intentem difondre però és veritat que hi ha grups que diuen que no, que diuen hi ha dos figures que s'encarreguen de fer tot que s'hagi de fer en relació a la moderació, poden ser dues figures fixes o dues figures que vagin variant, per aquest tema de garantir la horitzontalitat. Creo que voy a avanzar un poquito rápido o más rápido porque si no em donarà temps...

D'on hem tret la informació per fer el model de GAM actual. Aclareixo que no ho he dit que aquest material l'ha fet Activament, que és una associació de persones amb problemes de salut mental que també té una part de consultoria i Espora que es una consultoria i són els que han generat el material amb el nostre ajut i amb tot aquest material que han revisat i la seva experiència a més a més.

Quin és per nosaltres el model?, què el caracteritza? Estar a associacions, portar-lo a associacions que siguin col·lectius qui se l'apropriïn, se l'apropriïn en el bon sentit, que sigui un recurs seu. Perquè, per exemple a Nou Barris ha passat, les moderadores de GAM ens deien, hi ha socis que s'han interessat pel GAM, que ha arribat després, quan ja portava l'associació un temps funcionant i hi ha gent del GAM que s'ha interessat per activitats de l'associació, perquè l'associació fa moltes activitats cultural hi ha aquest retroalimentació que és interessant per a què les associacions estiguin vives. Això ara es como el nudo principal que, ara miro el German i la Mari, perquè ells van estar fent la formació aquí a Barcelona i jo vaig ser formadora en aquell cas i li donem molta importància a aquests aspectes que us comentaré ara. Els principis bàsics del grup d'ajuda mútua són la horitzontalitat, la voluntarietat i el respecte. La horitzontalitat ja us he comentat el què és, no hi ha jerarquia, no hi ha professionals i el que compartim són l'experiència en comú, la voluntarietat vol dir que jo vaig perquè vull, que ningú m'obliga a anar i és que la participació, això és molt important, és sense pressió, jo puc anar un dia, o dos o tres i no parlar, pel que sigui, perquè soc més tímida, perquè no tinc res a dir, perquè estic coneixent a la gent, pel que sigui, no estic obligada a participar parlant, estic obligada a acceptar les normes del grup, però no a participar parlant, que crec que això és molt important. I el respecte, òbviament, òbviament o no tant perquè és veritat que es toquen temes molt delicats, en els que tindrem diferents opinions sobre temes molt importants per nosaltres, com pot ser la medicació, com pot ser quina és la millor psicoteràpia o no, o recurs a fer o no, llavors és molt important que puguem respectar les diferents opinions que es donin en un grup d'ajuda mútua, perquè estem allà per

compartir l'experiència i per sentir-nos recolzats, si ens posem a fer un debat o una confrontació sobre lo que tienes que hacer es tal... no es la idea, no el objetivo y es muy probable que no sirva. Las normas bàsiques, el respecte, com us comentava la idea que hi hagi un ambient cordial, que faci que la gent es pugui expressar lliurement, respectar els torns de paraula, no aconsellar perquè no estem en la pell de l'altre, coneixem una parcialitat de la història de l'altre, no jutjar i no discriminar, la confidencialitat òbviament, no traurem els temes del GAM fóra del GAM i la inclusió, oferirem però no obligarem, oferirem la paraula a tothom per facilitar, però no obligarem, intentarem no acaparar la paraula, perquè això també pot passar, jo ara estic en un moment molt agitat o molt nerviós i me paso el GAM hablando, si és un dia, segurament els companys que són moderadors de GAM, diran pues no passa res, però si són tres diran, bueno, què fem la resta del grup. Contextualitzem els temes garantim la comprensió de les normes per a que es pugin complir. I el compromís d'assistència que això de vegades sembla contradictori amb la voluntarietat però no, jo decideixo anar a un GAM lliurement però un cop ho he decidit em comprometo a anar perquè som un grup, bàsicament.

El GAM de primera persones es reuneixen persones que han passat o estan passant una situació de patiment psicològic o diversitat mental, el que uneix és haver viscut un problema de salut mental i les conseqüències que això té.

No hi ha el rol professional, per tant compartim l'experiència, donem i rebem recolzament, que és molt important, perquè llavors tots podem ser suport per l'altre i això canvia una mica la òptica i la perspectiva. Ens coresponsabilitzem del funcionament del grup, la moderació intentem que sigui grupal. I ens orientem al benestar. L'experiència té un sentit positiu perquè podem ajudar als altres, millorem el nostre benestar perquè el grup de vegades permet trencar l'aïllament, hi ha gent aïllada, que el GAM li ofereix un grup de suport i s'abandona una mica el rol de persona malalta perquè compartim no sé... que som parella, que som mare, que anem a un curs, que hem estudiat, que estem treballant... i llavors tenim més rols que persona malalta. En els GAMs de familiars, el que compartim és que acompanyem o tenim cura d'un familiar amb un problema de salut mental. Coses que poden passar amb el familiars, diferents sentiments, aquí hi ha molts familiars, i treballem amb ells i sabem coses que passen, la culpa, la ràbia, l'autocura, perquè volem cuidar a l'altre i de vegades ens obliden una mica de nosaltres, llavors molt important en el model de familiars, que parlem de nosaltres, això és una de les coses més difícils en el grups d'ajuda mútua de familiars, els familiars de vegades arriben i es posen a parlar del seu familiar i no és la idea, la idea és que parlem de com estem nosaltres, intercanviem la nostra experiència per

entendre i aprendre un acompanyament i una cura saludables. Després, se 'ha acabat el temps, simplement dir-vos que sí que fem una mica d'incidència en el rol de la dóna, dintre de les tasques de cura, perquè encara és la dóna qui es dedica majoritàriament a fer les tasques de cura i això no ho podem obviar. Hi ha estudis que diuen que una de cada tres persones ha viscut situacions de control o de sobreprotecció per part de la família, la família amb tota la bona intenció, però es poden donar aquestes situacions i el GAM ens pot ajudar a regular-nos una mica. La xarxa de salut mental a vegades és gran, és diversa, és complexa o no l'entendem bé i el GAM també ens pot ajudar a entendre millor l'experiència del altres, a part d'altres qüestions. També volem destacar, molt important, que el grup d'ajuda mútua i l'atenció professional pensem que són qüestions diferents i que pensem que són complementàries, és a dir, el grup d'ajuda mútua serveix per unes coses i l'atenció professional serveix per unes altres i la idea és que puguin venir juntes i que des dels centres de Salut Mental es pugui derivar a un grup d'ajuda mútua i des d'un grup d'ajuda mútua es pugui dir, escolta, per què no truques i vas a veure al teu metge de referència. Ho deixo aquí, ja he dit que teniu el material, se m'acaba el temps.

Insisteixo que hi ha gent entre el públic que ha fet la formació i que està en GAMs, per si després li voleu preguntar alguna cosa.

### **Anabela Luis, Psicòloga coordinadora URC Dr.Pi i Molist de l'Hospital de Sant Pau**

En primer lugar, quiero dar las gracias a AFEM por contar con Pi i Molist un año más, en las jornadas de salud mental y atendiendo al título de los modelos actuales de atención en salud mental comunitaria, haré la presentación sobre la evolución asistencial del servicio de rehabilitación comunitaria de Dr.Pi i Molist para explicar de dónde y de qué modelo venimos, hasta la recuperación como el modelo y el recurso más actual.

Un recorrido, empezando por la primera etapa, de la institución psiquiátrica al centro de día hacia la rehabilitación psicosocial, una segunda etapa del centro de día al servicio de rehabilitación comunitaria, trabajando en la comunidad y con la comunidad y una tercera etapa como modelo y propuesta más actual, el servicio de rehabilitación comunitaria orientada a la recuperación de la persona.

De manera muy breve y con tres pinceladas necesarias para ver de dónde partimos y a dónde hemos llegado, unos antecedentes históricos, en la segunda mitad del siglo XX, ya había suficientes datos que demostraban que la institución psiquiátrica con un

régimen cerrado y de total aislamiento, no solamente era una alternativa adecuada terapéutica, para personas que en aquellos momentos estaban más encerrados por comportamientos problemáticos, sino que además contribuían a incrementar todo el deterioro personal. Además, en aquella época empiezan a surgir toda una serie de movimientos sociales y profesionales, que proponen la sustitución de la institución psiquiátrica con una alternativa que comienza a llamarse psiquiatría comunitaria. En nuestro territorio, es con la aprobación de la Ley General de Sanidad, de 1986, cuando se materializa el proceso de la reforma psiquiátrica, que ya se había puesto en marcha unos años antes, es a partir de ese momento, donde personas que estaban encerradas en la institución, pasan a ser consideradas ciudadanos con el derecho a recibir una atención psiquiátrica basada en conceptos que hemos ido utilizando hasta la actualidad, la rehabilitación, la reinserción, la atención integral y la intervención de la persona afectada pero ya desde su ámbito comunitario, ya desde su entorno. Y qué pasaba en nuestra institución, en Pi i Molist, en aquella época, pues el 30 de septiembre de 1987, después de un siglo de existencia, el instituto mental de la Santa Creu cerró sus puertas por motivos administrativos y asistenciales, quedando sólo... el instituto mental estaba situado en el recinto donde estamos actualmente y quedó solamente un pequeño espacio para un nuevo recurso, que sería el centro de día. Y además, la institución puso en marcha una serie de pisos protegidos, en aquel momento para unas 40 personas, que estaban supervisados por profesionales que trabajaban en el hospital. En aquel momento, el centro de día Dr. Pi i Molist, se pone en marcha atendiendo a pacientes no solamente de Nou Barris, sino también de distritos como Ciutat Vella, Sant Martí, Sant Andreu, el Eixample, y con una capacidad inicial de unas 200 plazas. Y qué era esto del centro de día, el centro de día era un recurso sanitario integrado en la red de salud mental que ofrecía un servicio ambulatorio diurno con la función básica de contención, de rehabilitación y de una reinserción comunitaria para personas afectadas principalmente y en aquel momento, de psicosis crónica de larga evolución. Ya veremos cómo posteriormente el perfil de la población ha ido cambiando. Los objetivos del programa básicos eran la mejora de la autonomía en la vida cotidiana, tanto para recuperar capacidades, como para enseñar en algunos casos esas habilidades, la prevención de recaídas y hospitalizaciones completas y sobre todo la creación de espacios de socialización, para poder ejercer en aquel momento, una función de soporte y de intermediario entre la familia y el entorno social. Todo esto a través de un programa de actividades, donde se hacían talleres ocupacionales, expresivos, actividades grupales de socialización, actividades de ocio y grupos familiares llevados a cabo ya, con un equipo multidisciplinar que hacía la intervención tanto a nivel grupal como individual.

La segunda etapa, del centro de día al servicio de rehabilitación comunitaria, trabajando en la comunidad y con la comunidad, cuáles eran los antecedentes históricos en aquel momento, en el año 91, la xarxa de centro de día empieza a organizarse con la creación de nuevos centros y es en el 99, cuando el Servei Català de la Salut empieza a desarrollar progresivamente y a ampliar esa xarxa, ya contando con unos 44 centros desplegados en el territorio catalán con un total de 1162 plazas. Durante este período, empiezan a consolidarse conceptos como el plan individual de rehabilitación, el programa de atención a familias, el programa funcional de actividades y también el de coordinación comunitaria. En el 2001, el Servei Català de la Salut, empieza a desarrollar un poco viendo cuáles eran las necesidades que se habían ido detectando, tanto de la evolución de la asistencia como de la propia patología, empieza a desarrollar la implementación de un nuevo modelo, ya partiendo de un cambio en el nombre, pasando a ser de centro de día a servicio de atención comunitaria, para que en el propio nombre ya pudiera aparecer la función que cumple el recurso. Y en el 2006, el plan de director de salud mental y adicciones, ya incluye el dispositivo del servicio de rehabilitación con funciones ampliadas respecto al modelo de centro de día. Y en Pi i Molist, qué pasaba y cómo hicimos ese cambio de centro de día a servicio de rehabilitación, como he dicho anteriormente, el primer centro de día estaba ubicado en el recinto y hubo en el año 99, el 23 de abril, el centro de día es trasladado a la antigua escuela Ramiro de Maeztu, que está en la calle Vilaseca, que es donde actualmente sigue el servicio de rehabilitación comunitaria. La implementación de este nuevo modelo se realiza en el centro de día de forma progresiva y sobretodo estableciendo la comunidad como el elemento central del proceso de rehabilitación. En el 2007, el servicio de rehabilitación se define con unos indicadores de calidad y esto lo que permite es hacer una auditoría para ver en aquel momento unos primeros datos globales sobre los dispositivos de rehabilitación en Cataluña y es en el año 2007, cuando el centro de día de Dr. Pi i Molist es acreditado como servicio de rehabilitación comunitaria. Y qué es el servicio de rehabilitación comunitaria, cómo se define, se define como un recurso sanitario integrado en la red de salud mental, especializado en el ámbito de la rehabilitación y que tiene como objetivos básicos ofrecer un programa individualizado, promover y coordinar procesos de cambio, que mejoren sobre todo la calidad de vida favoreciendo la integración de la persona, prevención de recaídas, actuar como un recurso de elemento con la continuidad, orientar, asesorar y dar soporte al entorno familiar y participar en el proceso de continuidad asistencial con el resto de recursos del circuito, en este caso de Nou Barris. Todo esto mediante la aplicación de un programa individual y como anteriormente, a través de un equipo multidisciplinar que pueda hacer la intervención tanto a nivel grupal como individual. Los programas de intervención que desarrollamos en el servicio de

rehabilitación comunitaria, desde el plan funcional, tenemos programas para trabajar la rehabilitación y la estimulación cognitiva, todo lo que tiene que ver con la memoria, la atención, la concentración... psicoeducación y adherencia al tratamiento, actividades básicas de la vida cotidiana y hábitos saludables, espacios de socialización y el trabajo del ocio y del tiempo libre, una intervención psicoterapéutica más a nivel individual y en nuestro caso, lo que hemos mantenido también es un programa específico de soporte para personas con una evolución de la enfermedad más crónica y también con una vinculación más larga al recurso, que tiene un funcionamiento más similar a lo que era anteriormente el centro de día. Además, tenemos un programa de soporte y asesoramiento a familias, tanto a nivel individual como a nivel grupal y el programa de intervención comunitaria que tiene una doble finalidad, por un lado mejorar las capacidades de la persona para integrarse en la comunidad, pero por otro lado, también mejorar la respuesta de la comunidad respecto a la integración de estas personas, con unos niveles de intervención desde el autoconocimiento, el conocimiento de la comunidad y la participación ciudadana. A nivel individual, por poner algunos datos, comentar que en el año 2017, un 68% de la población que estuvo asistida en el servicio de rehabilitación, estaban haciendo actividades o algún tipo de ocupación en la comunidad, desde escuelas de adultos, centros de idiomas, centros formativos, centros cívicos, equipamientos culturales, temas de voluntariado social y además también un 42% que complementa el servicio de rehabilitación con el recurso del club social, para trabajar todo el tema más específico de la socialización. Esto a nivel más individual y a nivel grupal, algunos actos organizados y algunos proyectos comunitarios donde participamos son desde algunos organizados con entidades de allí, de la zona donde estamos, de Can Parera, como el proyecto Comparti'm con diferentes entidades o el proyecto de l'Armari, donde a través de voluntarios se intenta dar salida a ropa de segunda mano. Jornadas de sensibilización en las escuela, donde se ha participado a través del distrito, distintos proyectos donde participamos como voluntarios, tanto en la actividad en sí como organizando nosotros también alguna actividad de tipo complementario, semana cultural, paradeta de Sant Jordi, tenemos también una exposición de pintura y de fotografía itinerante durante todo el año en diferentes equipamientos culturales de Nou Barris, hacemos actos para el día mundial de la salud mental, y algunos actos de germanor también en el centro para trabajar todos los temas de socialización y de contacto. Y por último, en esta parte de servicio de rehabilitación comunitaria, basado en el modelo actual y orientando el recurso hacia la recuperación de la persona. Cuál es el contexto actual, en los últimos años, la atención en salud mental basada en el modelo comunitario se ha visto beneficiada por la perspectiva de la recuperación, que lo que supone es que la persona afectada se reconoce como

protagonista de su propio proceso terapéutico y de su crecimiento personal. El modelo de recuperación en salud mental, lo que ha producido ha sido un cambio en el paradigma de la rehabilitación, no es que sean dos modelos diferentes, si no que el modelo de recuperación, lo que ha hecho ha sido cambiar la mirada de la rehabilitación, modulando la forma en cómo se piensan los objetivos, en el proceso y en las intervenciones propias de la rehabilitación y citando al Dr. Guinea, entre otros aspectos, este cambio de paradigma lo que se ha traducido también en una serie de cambios de roles, la persona afectada pasa a ser la protagonista, los cuidadores son convocados a coconstruir el proyecto vital, los profesionales a actuar en cooperación y como facilitadores y acompañantes de este proceso y la sociedad, a la que se le pide una mayor tolerancia y un soporte también para la creación de marcos económicos, institucionales y legislativos más positivos. Y cómo se estructura un servicio para promover la recuperación, la Dra. Marian Farca realizó un estudio para analizar narrativas en personas que estaban en proceso de recuperación y habían pasado por diferentes tipos de tratamiento llegando a la conclusión de que independientemente de la modalidad, lo importante eran los valores en el tema de la recuperación. Los valores que son los que suelen aparecer de manera recurrente en la bibliografía son: que el recurso tiene que estar orientado a la persona, que tiene que haber una implicación directa de la persona, para fomentar el sentido de empoderamiento y de entidad propia, una autodeterminación, tomando la persona sus propias decisiones y sobre todo y el más importante, el tema de la esperanza, buscando la oportunidad de crecer e ir más allá de lo que es la prevención de recaídas. Cómo hacemos la intervención en el servicio de Pi i Molist, basada en el modelo de recuperación, lo que hacemos es un proceso de intervención diferenciado en diferentes fases que también atienden a las diferentes etapas por las cuales pasa una persona en proceso de recuperación. Una primera fase que atiende a la etapa de la moratoria y del reconocimiento donde se trabaja todo el tema del autoconocimiento, la autonomía, la motivación de cambio y los intereses personales, tanto para recuperar como para poder, de alguna manera, descubrir algunos intereses, que sobre todo es lo que trabajamos con las actividades dentro del propio servicio de rehabilitación. Una segunda fase que correspondería más a la etapa de preparación donde ya se trabaja más...

### **Javier González, President Associació Sociocultural Matissos**

Por supuesto, gracias a AFEM, por permitirnos explicaros lo que es Matissos. Antes de empezar, por matizar de la última parte de la presentación, poner en valor, porque



además creo que es justo, el trabajo fundamental que ha significado el trabajo de las asociaciones en primera persona, el activismo en primera persona, la importancia vital, la incidencia que ha tenido real en el cambio de paradigma, creo que es justo decirlo. Por el título del programa, Alternativas a la rehabilitación, puede sonar como un lema publicitario: “La rehabilitación no funciona, vente a Matissos que somos la alternativa a la rehabilitación”, no es así lógicamente, sería muy pretencioso tratarlo así, desde luego el paso por el servicio de rehabilitación comunitaria es imprescindible, yo mismo me puedo poner como ejemplo, estuve varios años allí y la verdad es que te cogen hecho una piltrafilla y cuando te sueltan pues estás bastante mejor, has pasado por un recorrido, un itinerario, has hecho los talleres psicoeducativos, te has relacionado, has pasado por una formación de integración social y te quedas un poco para decir, venga va, ya te puedes incorporar a la comunidad y ahí, en ese momento, es cuando realmente Matissos adquiere su valor real, porque la persona se puede encontrar en muchos casos solo y enfrentándose a la realidad diaria de tener que afrontar su proyecto de vida, con el cual ha salido y entonces creo que es eso, que ahí Matissos es donde realmente puede ofrecer el apoyo que tiene. Hay una cita en el tríptico que tenemos, que os habrán dejado por ahí en el dossier, que dice, si no recuerdo mal: “Si caminas solo llegarás antes, si caminas acompañado llegarás más lejos” y creo que ahí se puede resumir un poquito la labor de Matissos.

La asociación, el germen de Matissos, nace dentro del propio servicio de rehabilitación de Pi i Molist, un grupo que se pusieron a hacer teatro, en el año 2000 y la actividad de teatro fabulosa, fueron pasando los años, se fueron planteando otras actividades, hablo en pasado, no refiriéndome a mí, porque en realidad hace 3 años que estoy con ellos, pero fueron haciendo algunas actividades más, hasta que en el año 2014, nos constituimos como una asociación integrada por personas con diagnóstico en salud mental, autogestionada, autofinanciada, buscando dinero por dónde se puede y lo que viene siendo una asociación en primera persona. Nuestros objetivos principales, desde luego el fundamental es poder ayudar, poder acompañar, en el recorrido de la recuperación en la que nos encontramos cuando acabamos la rehabilitación, y esto lo hacemos promoviendo actividades artísticas. Por qué, en principio, nosotros nos hemos dado cuenta que en nosotros funciona y hemos pensado que en las demás personas debería de funcionar igual y de hecho, así está ocurriendo. En estos últimos meses han ingresado en la asociación 9 o 10 personas más, algunas derivadas de CSMA, algunas derivadas del servicio de rehabilitación, ahí básicamente tenemos una serie de actividades artísticas, tenemos un taller de música, que hemos empezado este año, subvencionado por el Ayuntamiento de Barcelona y la Diputación, conseguimos los

recursos necesarios para poder llevar el taller para adelante, lo pasamos muy bien. Escritura, también, pero me gustaría decir antes de enumerarlos, que los talleres están dirigidos por profesionales de cada rama artística, música vienen dos profesores del Liceo preparados y con otros talleres del mismo tipo, con experiencia, el taller de escritura está dinamizado por Dídac Micaló, un escritor con varias publicaciones y muchísima experiencia en algunas de las principales escrituras de Barcelona, no escribir por escribir, bueno sí, pero a más a más, hay un análisis, lo leemos entre todos los compañeros, lo analizamos, el tallerista nos hace las aportaciones para mejorar el texto que él cree que debe hacer y que nosotros las recogemos entusiasmados y luego durante la semana, tratamos de revisar el texto, con las indicaciones. El programa de radio, tres cuartos de lo mismo, Carles Sánchez, un profesional de la radio, que le está dando un empuje bestial al programa de radio, al Rondó Literari, y la compañía de teatro, la Trifulga dels Fútils, que viene desde el 2000, y empezó a trabajar con nosotros Beatriz, ahora no recuerdo su apellido, directora profesional, formada como directora de teatro. Quiero decir que son talleres que además de buscar la ocupación de ese días o de esos días que se practiquen, durante la semana para hacer los deberes que te mandan, escritura... hay una ocupación también durante la semana y con unos objetivos, por ejemplo en música, el objetivo es ofrecer a la comunidad un concierto a final de curso, que así se hará, ya hemos empezado a trabajar temas, algunos los compondremos nosotros... el profesor dijo sí, sí, compondréis un tema vuestro... y a mí personalmente, me pongo como ejemplo otra vez, porque para mí Matissos, salí del RC vinculado a Matissos porque sabéis que... había conocido, me acompañó Vanesa y yo fui a conocerlos y llegue allí y vi y dije sí, porque se percibía un buen rollo, y bueno la verdad es que para mí ha sido fundamental, a mí personalmente, en mi proceso de recuperación, así como el proceso de rehabilitación me costó un poco más, porque estuve casi tres años, el proceso de recuperación fue mucho más rápido al estar en Matissos., me pongo como ejemplo.

Se podría tener en cuenta también, para valorar un poco por qué funciona bien Matissos, porque de hecho de los compañeros que hay y desde que yo estoy y de los que se han ido incorporando, no ha habido ningún ingreso y han habido muy pocas recaídas, recaídas que han durado poco, porque la labor de acompañament i suport que ofrecemos a todos hace que... es una ayuda que la persona se encuentra y que si no fuera así, centrarte en una recaída tú sólo o con ayuda de la familia, pero cuesta un poco más que con la ayuda de personas que tiene mucha experiencia. Esto son las actividades, decir que tenemos otras, el GAM, que ya lo ha explicado perfectamente, el GAM del proyecto del Activa't i está funcionando perfectamente, dinamizado por una

compañera nuestra, hacemos salidas culturales, apoyándonos en el programa Apropa cultura, para que personas más desfavorecidas puedan también acceder a la cultura, digamos espectáculos de éxito, les damos la oportunidad asistir a este tipo de espectáculos. Hacemos salidas de ocio, hace 3 ó 4 semanas, pasamos el fin de semana en Montseny haciendo una observación astronómica, dirigida por un compañero nuestro, por Ricard, con muchísima experiencia y con medios técnicos para poder hacer observaciones muy fructíferas y de las cuales aprendimos mucho hace unas semanas. Decir también que Matissos, es una más de las asociaciones en primera persona que hay distribuidas por Barcelona, por Cataluña, por España, el tejido asociativo en primera persona, se está produciendo en todas partes, en todo el territorio catalán, a nivel de España. Con Veus, también estamos muy implicados en formaciones a profesionales, enfermería, incluso psiquiatras, a lo que son los profesionales, es lo que os decía del trabajo del activismo en primera persona. Pienso que es muy importante estas formaciones que hacemos a profesionales, porque no lo van a aprender en las aulas, la visión... ayer por la tarde estuvimos en una formación en la cual, las chicas y los chicos que iban a ser a partir del año que viene futuros psiquiatras, conocieron de viva voz nuestra opinión de qué es una buena praxis, qué no es una buena praxis y es una manera de poder tener un algo... visión del paciente para cuando llegue el día. Tenemos a través de Veus, de la Federación, bajo el paraguas de la cual colgamos 11 asociaciones aquí en Barcelona, hacemos mucha formación para nosotros mismos, de las últimas, una formación de captación de fondos, la próxima semana se aprobará en asamblea o no constituir esta comisión, porque las subvenciones están muy bien pero si no te llegan, entonces te has quedado... posiblemente sí que se tire para adelante esta comisión de captación de fondos. Con todo esto que os digo, actividades, tanto en los talleres que hacemos, nosotros trabajamos en centros cívicos, algunas actividades las hacemos en el centro cívico de Can Basté, otras las hacemos en el centro cívico de Baró de Viver, estos talleres que hacemos y estas actividades de formación y todo esto que tenemos, lo que permite a la persona que llega es irse añadiendo, por decirlo de alguna manera, irse introduciendo en la asociación al ritmo que él quiera, hay personas que de entrada les gusta y se implican en dos o tres actividades simultáneamente y otros, el caso más recientes, una persona en una actividad de dos horas, se apuntó sólo a una hora de las dos pero sin embargo, he hablado con él y ya me ha dicho que a partir de la semana que viene ya va a hacer las dos horas, y no sé, a lo mejor, ya más adelante...

Y así, datos de lo que estamos haciendo últimamente, organizamos para el día mundial de la salud mental, la Ronda del Rondó, el programa de radio nuestro se llama el Rondó

Literari, trasladamos a la calle el formato del programa de radio, que no es más que leer nuestros propios textos intercalando temas musicales, entre ellos y eso lo hicimos en la calle, haciendo un recorrido por diversos sitios estratégicos del distrito. Salimos de aquí mismo, nos fuimos a Virrei, animaba el recorrido una banda de música gypsy.

Me he traído, por traer algo, como todo el mundo iba a traer algo, yo también me traído un pen, os pondré un vídeo muy cortito de 3 o 4 minutos y sólo decir que uno de los objetivos, por ejemplo, del taller de escritura, es la publicación del segundo libro ya, el año pasado hicimos, con el título Fua, con colaboración con asociación de Mataró que se dedican más ilustración, a dibujos, nosotros los textos y nos complementamos para sacar el libro este y ahora antes de navidades saldrá el segundo y a las formaciones que recibimos a todos los niveles que se podían hacer en otro sitio, pero la persona que está en Matissos lo hace ya de otra manera. Y ya voy un poco rápido, nada más deciros que hasta aquí es lo que os he explicado y de aquí para adelante, los planes de futuro, el viernes, el próximo lunes, se aprobará en asamblea, somos una asociación asamblearia, hacemos lo que dice la mayoría, supongo que sí se probará, un plan estratégico que al fin y al cabo, no es más que plantearte unos retos y darles un poco de contexto en un tiempo determinado, aunque no nos vamos a poner prisas para ello, pero hay en este plan dos proyectos, uno para el 2019 y otro para el 2020, que son proyectos importantes y que hay necesidad de hacerlos, ya se verá, todavía no hemos empezado, no os voy a adelantar más, el primero tiene relación con el *acompanyament* i suport a personas con exclusión social, sin familia, sin amigos o con entornos familiares conflictivos, proyecto encaminado en esa dirección, trabajar con este perfil y el del 2020, aunque podría avanzarse a finales del 2019, ya veremos, según como vaya, más relacionado con una estrategia para la sensibilización y lucha con estigma, en la cual también habrá un grupo de música en primera persona, tenemos la mitad de lavanda, esto es como la película de los Blue Brothers, a todo ritmo, la habéis visto, van buscando reuniendo a los de la banda, pues estamos en ello, ya saldrán, de momento ya desde Matissos, bueno, el grupo ya se creó para el día de l'Orgull Boig, pasado, ya hicimos un par de temas en la fiesta final el día del Orgullo, en la plaza Virrei, entonces habíamos pensado acabar de formar la banda, preparar un repertorio y formar nuestra nueva estrategia de sensibilización y lucha contra el estigma. Sólo quería decir una cosa, el proyecto que vamos a hacer, os va a gustar si lo llevamos a cabo, va a ser un proyecto en el cual va a colaborar todo o casi todo Matissos, todos van a colaborar, en la medida en la que pueda, va a ser un proyecto potente, pero en el que todos nos veamos encaminados en una dirección, todos a la vez, con interés, con ganas y de una manera

ambiciosa pero con los pies en el suelo por supuesto y que será un proyecto bonito y empoderamiento de todos nosotros y por sí mismo ya podía ser un proyecto esto.

1ª Taula rodona

**Bea Pérez, Vocal de recerca d'Activament Catalunya Associació, Becària Doctoral FPU pel MInisteri d'Educació**

Bon dia a tots i totes, és un plaer estar aquí. Amb el vostre permís em passaré al castellà per facilitar el diàleg amb el Nel. Vamos a hablar sobre los derechos humanos en el ámbito de la salud mental.

Antes de empezar, me gustaría hacer algo que hago siempre y me parece muy importante, que es encarnar mi voz, esta voz que habla y que enuncia ahora mismo, en qué experiencias se concreta esta implicación con este tema de los derechos humanos y el conocimiento que voy a transmitir. Yo soy parte del movimiento en primera persona, formo parte de Activament, me identifico en primera persona porque durante la adolescencia, viví una experiencia de sufrimiento psicológico intensa que cursó con un diagnóstico de depresión y con la ruptura de mi proyecto de vida, yo no acabé la educación secundaria obligatoria, aunque ahora estoy haciendo un doctorado, pero en su momento supuso una ruptura importante. También me identifico con el rol o la figura del familiar porque mi padre ha tenido experiencias de escucha de voces desde antes de que yo naciera, he estado siempre en ese lugar, escucha de voces maravillosas en ocasiones y en otras ocasiones, también muy tortuosas. He crecido en ese lugar desde el que no sabes muy bien cómo acompañar, qué hacer, desde cierta impotencia. Y finalmente me identifico con el rol o la figura del profesional, porque me he formado como profesional de la salud mental en distintas profesiones y he trabajado con personas con diagnósticos de salud mental y en mi experiencia laboral, para mí algo que me trae aquí también, tiene que ver con lo que algunas personas llaman el estrés ético que experimentamos los y las profesionales de la salud mental cuando los protocolos de actuación o las formas de dar atención, nos parecen que no consideran al otro como una persona si no como un objeto, que es la mayor violencia que podemos hacerle a alguien.

Voy a pasar ya al contenido, me gustaría situar primero qué es el enfoque de derechos humanos en general y muy rapidita. En esta cita de Naciones Unidas, nos dice lo siguiente: "Su propósito es analizar las desigualdades que se encuentra en el centro de los problemas de desarrollo y corregir las prácticas discriminatorias y el injusto reparto

del poder que obstaculizan el progreso en materia de desarrollo". Vemos que los conceptos centrales dentro del enfoque de derechos humanos es la igualdad, el poder, el enfoque de derechos humanos concretamente, es un enfoque que trata de limitar el poder que tiene los estados sobre las personas y de establecer una serie de responsabilidades de protección ante situaciones abusivas que puedan vivir las personas ante abusos de poder. Ahora vamos a entrar un poquito ya más en el ámbito de la salud mental, vamos a ver la relación entre los derechos humanos y la salud mental porque hay una relación como muy específica y recursiva. Sabemos que las vulneraciones de derechos humanos, las vulneraciones en la población general, como pueden ser el bullying, la violencia de género, como pueden ser los desahucios, las condiciones de pobreza, las guerras, las situaciones de estar refugiadas sin país donde refugiarse, todas estas experiencias impactan directamente en la salud mental, en nuestra salud mental, de hecho son factores etiológicos de los problemas de salud mental, es decir, cosas que contribuyen a causar que vivamos un problema de salud mental que los llamamos los determinantes sociales de la salud mental. Lo que sucede en nuestro contexto social y en muchos otros lugares del mundo, es que cuando tenemos un problema de salud mental, acudimos a un dispositivo a pedir ayuda, buscamos ayuda y esa ayuda viene mediatizada por un diagnóstico, un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, TDAH... un diagnóstico, este diagnóstico por la herencia histórica que cargamos, está asociado a un estigma muy grande, lo que va a significar que la persona que lo recibe va a experimentar una serie de situaciones de discriminación en todos los ámbitos de su vida, desde en el ámbito laboral, en el ámbito educativo si está estudiando, con los amigos y las amigas, con la familia... esta situación de discriminación es en sí una vulneración de derechos humanos, con lo que el círculo vemos que se va retroalimentando, pero la cuestión no acaba aquí. El diagnóstico va asociado a un tratamiento y a unas medidas de protección, que en principio, tiene el objetivo de restablecer la salud de la persona, de mejorar su bienestar... en muchísimas ocasiones, los tratamientos y las medidas de protección consiguen este propósito pero también, en muchas otras ocasiones lo que suponen es una vulneración de derechos humanos y es lo que vamos a tratar aquí ahora.

De hecho, por ejemplo, un artículo del 2011, que comparaba las vulneraciones de derechos humanos en distintos países, llegaba a la conclusión que son una crisis global y no resuelta en el ámbito de salud mental, hay una dimensión histórica que tiene que ver con estas vulneraciones de derechos humanos y con una serie de discursos y de prácticas que responden a un momento concreto. Podemos pensar en un ejemplo concreto, estoy pensando ahora en el ejemplo de la lobotomía. La lobotomía como una

práctica que ahora consideramos brutal, una práctica que consistía, consiste, creo que aún se realiza en algunos países, en la extirpación de una parte del cerebro a las personas que tenían, en su momento se consideraba, que tenían una psicosis. Esa práctica que ahora consideramos tortura, que ahora consideramos brutal, en su momento, la persona que la inventó, por inventarla, recibió el Premio Nobel. Entonces formaba parte... un portugués que había experimentado con un mono y que luego lo había trasladado al ser humano así de manera... en su momento recibió el Premio Nobel, las cosas van cambiando y lo que comprendemos que es un tratamiento y una terapia también va cambiando. Vamos a hablar de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, que es la convención que nos permite, en el ámbito de la salud mental, poner fin, romper, redirigir este círculo de vulneración de derechos humanos en el ámbito de la salud mental y voy a pasar ahora a explicar qué es la convención. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad ha sido elaborada por Naciones Unidas, en el 2006, fue elaborada a partir de una colaboración entre profesionales, personas con distintos tipos de discapacidad, familiares, etc... es un tratado internacional e derechos humanos, un tratado que han firmado más de 170 países, entre ellos lo ha firmado el estado español, con lo cual, al ser un tratado que lo ha firmado y ratificado el estado español, como estamos en un estado con respecto al derecho internacional monista, esta legislación se incorpora directamente a nuestro reglamento jurídico interno estatal, con lo cual, podemos ahora mismo ya apelar a la Convención, en un juicio, en una demanda... la Convención forma parte de nuestro reglamento jurídico. No voy a entrar en mucha profundidad porque me gustaría explicar también otras cosas, lo que hace la convención de manera esencial es establecer un cambio de paradigma, que tiene que ver con esa consideración que históricamente hemos tenido de las personas con discapacidad, incluidas las personas con problemas de salud mental, que en la Convención las llama como personas con discapacidad psicosocial, de objetos de intervención a sujetos de derechos, se trata de sacar de esa posición a objeto a las personas con problemas de salud mental y aquí tenemos una cita de Naciones Unidas que nos dice lo siguiente: "La Convención de aleja de los enfoques médicos y paternalistas de la discapacidad para avanzar hacia un enfoque basado en los derechos humanos y reconoce a las personas con discapacidad, como titulares de derechos y no como meros beneficiarios de protección, rehabilitación o asistencia social". Y aquí me gustaría hacer un pequeño inciso antes de que entremos a las vulneraciones de derechos humanos porque me parece importante. Las relaciones de poder, en las que trata de intervenir el enfoque de derechos humanos se sustentan a partir de una serie de discursos, de una serie prácticas, de una serie de arquitecturas, de una serie de conocimientos que se dan por válidos... conviene preguntarnos qué

manera de pensaré que racionalidad sustentan los abusos de poder que se ejercen sobre las personas con problemas de salud mental y aquí me gustaría señalar como cuatro cosas, que leyendo los documentos de Naciones Unidas, sobre todo los de las relatoras especiales, quedan superpatentes.

Por ejemplo el paternalismo, ya veíamos que se aleja de los enfoques paternalistas y médicos, el paternalismo como una actitud según la cual yo puedo decidir por ti, en contra de tu voluntad, alegando un interés superior y tengo ese poder, el poder del médico o de una familiar sobre la persona.

El prejuicio de incapacidad y de desautorización cognitiva, pensar que una persona con un trastorno mental, con un diagnóstico en salud mental, no tiene capacidad para tomar decisiones. Esto lo puede incluso llegar a pensar la propia persona, porque es el reflejo que el mundo le está dando constantemente y porque durante mucho tiempo no ha podido tomar decisiones sobre su propia vida, cree que ella no puede.

El prejuicio de peligrosidad, la mayoría de estas medidas se argumentan para proteger a la persona o para proteger a terceros de la persona, en base a esta idea de peligrosidad. Y también hay un elemento importantísimo y es que la responsabilidad muchas veces recae sobre terceras personas, podemos pensar en el ámbito de las tutelas, el tutor de una persona que está incapacitada de manera total es el responsable de los actos de esta persona, si esta persona comete un delito tiene que dar cuenta el tutor o la tutora. Eso propicia un proteccionismo extremo y no dejar que la persona se arriesgue a nada, tenerla encerrada y cuanto más encerradita y que menos pueda hacer mejor, porque lo que tú hagas tengo que responder yo de ello. Y también pasa de manera más informal, en el ámbito de la psiquiatría, de manera legal también pero de manera más informal, yo me acuerdo de una cosa que nos comentaba en una formación una psiquiatra, que nos decía, me lo contaron mis compañeras, de hecho yo no estaba pero cojo el ejemplo porque me parece muy bueno, que ella decía bueno, es que yo ahora me lo pienso mucho para dar altas, porque una vez me pasó una cosa y ahora tengo miedo de dar altas, me pasó que le di el alta a un señor que después de que le diera el alta, cometió un abuso sexual a un menor y por lo tanto yo ahora... claro, detrás de este argumento hay varias cosas, primero yo soy responsable de lo que haga ese señor, de que cometa o no cometa un delito, en segundo lugar una asociación entre cometer un delito y tener un problema de salud mental, que no tiene nada que ver y que no es responsabilidad de la psiquiatra. Vemos como se articula esto un poco.

Vamos a hablar ahora de vulneraciones de derechos en el ámbito de la salud mental, me voy a centrar en vulneraciones, con lo cual, la otra cara de la moneda no está



presente, pero bueno, es lo que toca en este espacio. Para ello me voy a basar en guía de derechos en salud mental que elaboramos desde Activament para la Federación Veus y que contiene muchos testimonios, voy a usar testimonios reales de profesionales, personas usuarias y familiares. Sobre el derecho a la información, todas las personas tenemos derecho a recibir información fidedigna, comprensible y suficiente. Aquí vemos el artículo de la Convención al que se refiere este derecho. Cuáles son las vulneraciones más habituales del derecho a la información, en primer lugar una información sesgada o insuficiente sobre el diagnóstico, sus causas y las posibilidades de recuperación y en este sentido, conviene destacar que las categorías diagnósticas, los trastornos mentales, la esquizofrenia, el trastorno bipolar... son una convención son un acuerdo, no tiene una entidad biológica, no podemos hacer un examen, un análisis de sangre para diagnosticar una esquizofrenia, no tenemos pruebas biológicas, son una convención, un acuerdo de personas que en este caso, como utilizamos el DSM, las personas que crean, profesionales de la salud mental, este manual diagnóstico establecen y dicen, vale, cuando a una persona le pase esto, esto o esto durante tanto tiempo, vamos a decir que tiene este diagnóstico. Eso cambia a lo largo del tiempo y está afectado por nuestros valores, por nuestras creencias y por nuestra moral, por ejemplo, la homosexualidad, era considerada un trastorno mental y se utilizaba la práctica de descarga eléctrica como tratamiento para curar a la persona de su homosexualidad, estas convenciones son una convención, es importante tenerlo en cuenta. Luego hay una heterogeneidad de enfoques, hay muchas maneras de comprender qué es un problema de salud mental y cómo tratarlo, dentro de la psicología y de la psiquiatría, tenemos la psicología sistémica, el psicoanálisis, la psicología cognitivo-conductual, el dialogismo, la biomedicina... con lo cual no hay una verdad única, no tenemos una verdad sobre los problemas de salud mental, tenemos diferentes maneras de comprenderlos y de pensar cómo se puede intervenir. Y es muy importante cuando se da un diagnóstico tratar de minimizar los efectos estigmatizantes e identitarios que el diagnóstico puede tener sobre la persona y promover el proceso de recuperación y el empoderamiento de la persona. Lo que nos sucede en nuestro contexto, es que muchas de las personas de nuestro colectivo, nos dicen que la manera en la que les han comunicado su diagnóstico sólo se remite a un enfoque biológico, es decir, lo que le pasa a usted es que tiene un desequilibrio neuroquímico en el cerebro, en el circuito de la dopamina o en circuito de la serotonina y por lo tanto, se tiene que tomar este fármaco. Esta explicación es una explicación falaz, no es verdad, no es verdad, porque no es verdad, porque no podemos medir el equilibrio neuroquímico del cerebro, no tenemos una manera de medirlo. Lo que sabemos es que hay ciertas experiencias que con ciertos medicamentos se reducen, pero no sólo esas experiencias, también otras

cosas, se reducen una serie de cosas. Esta explicación por qué no es adecuada, aparte de porque no sea verdad, porque individualiza lo que le pasa a la persona y lo reduce al espacio de su cerebro y a algo que no puede controlar, ante lo que pasa en mi cerebro, ante el desequilibrio neuroquímico, lo único que puedo hacer es tomarme una medicación, no puedo hacer nada más, no lo puedo controlar, me genera una expectativa de cronicidad, esto lo voy a tener toda la vida y de desesperanza. Es importante remitir a todos los factores psicosociales que sí que sabemos que influyen en los problemas de salud mental, lo que decía antes, los determinantes psicosociales de la salud. Porque ante lo social sí podemos hacer algo, no podemos controlar todo, está claro que no podemos pasar de ser pobres a ser ricos, eso es algo...hay ciertas cosas que... pero hay muchas otras cosas, con quién nos relacionamos, qué hacemos, cómo vivimos en este contexto social tiene un cierto margen de control, por lo tanto lo podemos cambiar, se genera una mayor expectativa de cambio, de esperanza, de posibilidad de empoderamiento que al fin y al cabo, es tomar las riendas de la vida y decir, ésta es mi situación, voy a hacer esto para mejorar, decidir. Luego también en el ámbito de la información, falta información sobre cuáles son los derechos y los deberes, es muy extraño actualmente que los servicios dispongan de por ejemplo de documentación informativa accesible sobre la convención de derechos, esta información de momento no está accesible, de hecho muchos profesionales, muchas personas no conocen la convención no la conocen todavía, no se estudia en las universidades, en psicología en la autónoma no se estudia la convención. Sobre los procedimientos desplegados en los ingresos, sobre los riesgos e implicaciones de los tratamientos e investigaciones, una falta de información y aquí vemos el testimonio de una persona que nos remite a una experiencia muy concreta de la vida cotidiana, pero que nos informa mucho de cómo funcionan las cosas, que nos dice: "A mí nunca me ha constado lo que me han dado mientras estaba ingresado, yo veía la pastilla y reconocía alguna de ellas porque ya te conoces de memoria alguna, los numeritos que tienen y la formas, lo encuentro normal en el trato que te dan, no espero esa diferencia, lo primero sería que te dijeran qué estás tomando." Esa desinformación constante, porque también hay compañeras que nos dicen que yo he preguntado qué es, qué me estoy tomando y no me lo han querido decir y hasta que no me lo he tomado, no me han dicho lo que era. Esta desinformación constante está normalizada en el sistema. Luego, todas las personas tenemos derecho al consentimiento libre e informado y se nos tiene que informar de la naturaleza del proceso terapéutico que se nos ofrece, de qué es, de cuáles son sus beneficios, de qué riesgos comporta, de qué otras alternativas de tratamiento existen, con sus beneficios y sus riesgos, se nos tiene que informar de una manera accesible, con un lenguaje que comprenda cualquier persona que no sea el

lenguaje de la psiquiatría o de la psicología, porque al final de lo que se trata es de que la persona pueda comprender cuáles son las consecuencias de cada alternativa y pueda tomar una decisión libre y voluntaria.

Vamos a pasar al derecho a la libertad de expresión y vamos a ver algunas vulneraciones que son habituales, que nos informan como habituales, compañeras. Todas tenemos derecho a expresar opiniones, necesidades y preferencias con libertad y una vulneración de este derecho es el abuso de poder y las relaciones asimétricas. Ahora veremos un testimonio que nos remite a una vulneración de este tipo. Nos comenta un compañero, una compañera, era un hombre, pero bueno, aquí tenemos la foto de una mujer, pero sé que era un hombre porque yo transcribí su voz y dice: "Un profesional me estaba explicando que en los trastornos mentales la mediación, es como la insulina de los diabéticos, que el problema es de por vida y todo eso". Bien, aquí tenemos la explicación de lo que os estaba comentando antes, es una cosa biológica, de por vida, que tiene que ver con un desequilibrio corporal y que se soluciona con una medicación, como la diabetes. Yo le dije: "Bueno, pero esto no está demostrado, no, entonces la persona perdió los papeles y me empezó a maltratar y hacía sorna, hacía bromas así muy agresivas, me parecía un psicópata, no sé muy bestia, me dijo que yo qué sabía que no era psiquiatra, que pensaba que yo era un psiquiatra, fue bastante espectacular." Y luego también, la falta de medios para cursar reclamaciones, sobre todo en la unidad de agudos, hay unidades de agudos en las que si tú estás ingresada, no puedes poner ninguna reclamación porque no puedes salir de allí y no puedes porque nadie del servicio de atención a usuarios pasa por la unidad de agudos. ¿Por qué es importante favorecer la libertad de expresión como una posibilidad de reclamación y de participación activa en la mejora de los servicios? Es importante para luchar contra la discriminación, el estigma y el autoestigma, porque valida la voz de la otra persona, porque le da un valor, porque si no es una discriminación que las personas con un problema orgánico, físico, puedan poner una reclamación y una persona con un diagnóstico de salud mental no lo pueda hacer. Porque promueve el empoderamiento y la recuperación precisamente por este reconocimiento de igualdad, que lo que tú digas es valioso, de que lo que tú dices importa, y porque favorece el respeto de otros derechos, porque la única manera que tienen los servicios de conocer como están en relación a los derechos, es preguntarles a las personas que hacen uso de ese servicio y que esas personas tengan mecanismos para poder denunciar, posibles vulneraciones de derechos.

Vamos a pasar ahora al derecho a la libertad de decisión y voy a leer aquí una cita de la ONU, todas tenemos derecho a decidir sobre nuestra vida y sobre nuestro tratamiento

y aquí nos dicen: “Los estados no pueden limitar la capacidad jurídica de las personas con discapacidad deben más bien protegerla contra toda injerencia en todos los aspectos de la vida, incluidas las decisiones relativas a tratamientos médicos, a la vida independiente o a cuestiones financieras.” Aquí me gustaría hacer un inciso y separar entre dos maneras de vulnerar el derecho a decidir, por un lado, puede haber una cuestión jurídica, la incapacidad, la incapacidad total, que es algo que se va a eliminar, que se está empezando a trabajar para eliminar aquí en España, porque es contrario a la Convención. Ésta es una manera legal y jurídica, usted no tiene capacidad, otra persona le sustituye para tomar las decisiones sobre su vida, pero hay otra manera que es mucho más común pero que es informal, que sucede dentro de los dispositivos de salud mental, no tiene por qué haber una incapacitación judicial, pero a la persona no le dejan decidir, son dos maneras. Vulneraciones habituales o vulneraciones que nos comentan de manera frecuente compañeras, la imposibilidad de decidir sobre el tratamiento o sobre los aspectos cotidianos de la propia vida, de manera informal, que ahora veremos algunos testimonios, los voy a leer yo ahora, de profesionales y de personas afectadas con relación a esto. Un profesional nos decía: “Pero es que se deciden cosas sobre si puede trabajar o no, sabes, decidimos entre profesionales si puede tener vivienda, dónde vivirá, dónde trabajará, si trabajara, si debe relacionarse con su pareja. Yo creo que el derecho humano que menos se protege es el derecho a decidir, creo que los profesionales aún decidimos por ellos en un despacho, con la bata blanca, informamos de la decisión pero no contamos directamente con la persona.” Esto nos decían profesionales. Y una persona afectada, con respecto al tratamiento que aquí tenemos una situación super extendida, de un sistema bastante centrado en el fármaco, y hay un problema de sobre medicación en la población, porque somos unos de los países líderes mundiales en el uso, por ejemplo de las benzodiazepinas, que son unos de los fármacos psiquiátricos más adictivos y estamos en este contexto y ésta es una de las cosas que hay que cambiar también. Una persona nos decía esto: “Y el hecho de que estés obligado a tomar las pastillas porque si no sigues el tratamiento te sacan de los programas y bien pierdes tú, no, pierdes derechos si no tomas la medicación.” El criterio que todavía existe en algunos dispositivos, que para acceder a un tratamiento psicológico, psicosocial, tienes que acceder a tomarte la medicación, es un criterio que está vulnerando el derecho a decidir y que además, si fuera que esa medicación ha sido acordada, que la persona está de acuerdo, que le va bien, vale, pero muchas veces hay personas que, por qué la gente se resiste a tomar la medicación, por qué nos hemos enfocado tanto en la adherencia al tratamiento farmacológico, porque cuando hay una sobre medicación los efectos adversos, que también los tienen la medicación, son tan grandes que las personas no los quieren muchas veces, las personas no quieren perder

la voluntad, ni la libido, ni perder la capacidad de disfrutar de las cosas de las que disfrutaban antes... entonces, la importancia de que el tratamiento farmacológico sea consensuado, que no sea una sobre medicación y que no puede ser un criterio de acceso así. Una profesional nos decía respecto a la incapacitación total: "A veces me da la sensación de que nos quedamos definiendo a la persona por el peor momento en el que está." Bueno, para trabajar la Convención elimina y prohíbe los regímenes de sustitución de la capacidad, como la incapacitación y plantea que lo que tenemos que hacer es dar apoyo a la toma de decisiones, es apoyar a las personas para que tomen sus decisiones, no tomar sus decisiones por ellas. En salud mental, existe una estrategia que encaja mucho con el ámbito de la salud mental, que estamos trabajando desde el comité de bioética, con la Generalitat, con el Departament de Salut, que es la planificación de decisiones anticipadas en salud mental. Lo que pasa en salud mental, es que una persona puede perder de manera transitoria la competencia para tomar decisiones porque está en una crisis tremenda, pero no quiere decir que pierda su competencia para siempre, igual son unos días, igual es una semana, que no puede igual tomar decisiones. Pues estas estrategias, están destinadas a proteger la autonomía de decisión de la persona cuando atravesase momentos en los que de manera transitoria no puede decidir. Se trata de conocer de manera anticipada cómo quiere ser tratada en estas situaciones, conocer cuáles son sus preferencias, cuáles son sus valores para luego adaptar la atención a lo que ella necesita. Por ejemplo, tenemos una compañera que estaba haciendo este proceso, ella estaba haciendo un documento de voluntades anticipadas, que es un poquito distinto, pero me interesa aquí señalar lo que ella pedía, lo que ella pedía es que cuando ella tuviera una crisis no le hicieran un tour turístico, ella no quería ir, pasar por tres hospitales hasta llegar al suyo, ella quería ir directamente a su hospital, no quería que la ataran, porque en este paseo, muchas veces la ataban, ella no quería que la ataran, y cuando llegara al hospital no quería que le cambiaran la medicación neuroléptica al principio, quería que le dejaran su dosis porque ha hecho muchísimos ingresos y ella siente que cuando le quitan la mediación de golpe, le cuesta más recuperarse, es decir, yo quiero que los neurolépticos no me los toquen al principio y que en todo caso, me den algún ansiolítico si estoy muy agitada, es algo super coherente lo que está pidiendo ella, como un ejemplo.

En relación al derecho a la privacidad, ahora voy a ir poquito más rápido, porque ya queda poco, las vulneraciones habituales, el uso ilimitado de cámaras de videovigilancia, el acceso ilimitado del personal a los espacios privados, o a la información personal de la persona, las restricciones injustificadas o punitivas en el uso del teléfono, el ordenador, de las visitas, es decir, estas normativas que son para todo

el mundo igual, el teléfono de tal hora a tal hora, no se puede salir, a la cama hasta las once no se va nadie, todo este tipo de normativas que no están adaptadas ni responden a una terapéutica que esa persona necesite, son vulneraciones de este derecho.

Con respecto a la protección contra la tortura y otros tratos crueles e inhumanos, me gustaría mencionar las prácticas que desde Naciones Unidas se consideran tortura o malos tratos. La medicación forzosa y la sobre medicación, el ingreso involuntario, la terapia electroconvulsiva con consentimiento informado o con consentimiento forzado, la contención mecánica, la reclusión y el aislamiento y la incapacitación total y arbitraria de la que ya hemos hablado. Aquí tenemos el testimonio de una compañera que no nos va a dar mucho tiempo, lo voy a leer rápidamente y ya nos quedaremos por aquí, para que os quedéis con él, porque las vulneraciones ocurren, se vulneran varios derechos al mismo tiempo, normalmente, los derechos son indivisibles, están muy relacionados y aquí se vulneran varios. “Llegó el día en que me negué a tomar esta pastilla porque me di cuenta de que me sentaba mal, les dije que no me volvía a tomar esta pastilla, en un contexto de ingreso, ella llevaba varios días diciendo que no se la quería tomar porque le sentaba mal, pero estaba accediendo a tomársela. Les dije que no volvía a tomar la pastilla, total que llamaron a los enfermeros, vino el de seguridad, todo, me pusieron una inyección y a contención, como era viernes y al doctora ya se había ido, hasta el lunes no me dieron el alta y no me callaba yo desde la sala de contención pero qué me están haciendo si yo sé que tengo una enfermedad y que no le he hecho nada a nadie. Yo les avisaba que no iba a hacer daño a nadie y no me escuchaban, o sea, 48 horas en contención, atada de manos y pies, y esto crea en ti una sensación terrible, terrible.”

¿Se puede cuidar sin contención mecánica? Sí, porque en Finlandia, en el Reino Unido, está prohibido, y lo hacen. Aquí teníamos el testimonio de una familiar que luego si queréis lo leemos, ahora no lo voy a leer, pero que nos remite a esa experiencia en que la familia se ve como que es la responsable de hacerse cargo de todo porque no hay posibilidades de vida independiente para su hijo o hija, entonces tiene que vivir con la familia, tiene una pensión muy baja y la familia, esta coexistencia, esta convivencia con un familiar, cuando tienes 40 años, cuando no tienes dinero, cuando todo tienes que pedirlo a la familia, el tipo de conflictos que generan, nos remite esta situación de hiperresponsabilización de las familias, por falta de apoyo a la vida independiente. Garantizar los derechos está contenido en las políticas públicas internacionales y regionales, es una cuestión principal actualmente. Hay instrumentos para evaluar en los servicios de salud mental cuál es el estado de los derechos, como éste, que son muy interesantes, diversos estudios que aparecen en el 2018 de la Unión Europea, es una cuestión que está en primera línea y es una responsabilidad que nos implica a todas

desde nuestras posiciones distintas, familiares, profesionales, administración pública, gestión de servicios, las propias personas afectadas, tenemos que conocer estos derechos y reivindicarlos y aquí me quedo con esta pregunta: “¿Qué podemos hacer desde nuestra posición concreta?”

### **Nel-Anxelu González, President de la Confederación Salud Mental España**

Bon dia. Yo siento mucha pena por no hablar con ustedes en catalán, aunque con mucho esfuerzo si lo puedo entender lo llegaré a hablar, pero sí les puedo hablar a ustedes en asturiano, no creo ni que lo entiendan ni que les interesen, en cualquier caso, que sepan ustedes que yo soy periferia y como periferia, amo esta tierra igual que la mía.

Una vez dicho esto, y sentir el placer de haber escuchado a Bea, es que os cuento una anécdota para empezar, el otro día, el día 9 de octubre, con la señora ministra nueva, también asturiana, estábamos hablando sobre las necesidades del movimiento de salud mental asociativo y me decía, bueno Nel tú, tú ya sabes, los que más saben de salud mental son los psiquiatras y dije yo, señora ministra, los que más saben de psiquiatría, seguramente son los psiquiatras, pero de salud mental sabemos tanto nosotros como los psiquiatras, ahí está el testimonio de Bea, impecable, eso es lo que tiene que oír la señora ministra, eso lo conté anoche a Josep cuando estuvimos cenando, porque es la realidad, no es otra.

Una vez dicho esto, me gustaría de verdad y de todo corazón, después de daros los buenos días y agradecer a la asociación de familias per la Salut Mental de Nou Barris su intervención para asistir a esta jornada y por darme la oportunidad de hablar en representación de la Confederación de Salud Mental España, sobre algo tan básico, tan fundamental, tan importante, como los derechos humanos y en concreto los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental. Solemos ser bastante rígidos, nos dejamos llevar por el sistema y solemos predicar, cuando en realidad aquí se trata de cosas muy muy muy importantes, muy importantes y muy básicas que afectan a veces a la vida de las persona mucho más de lo que nos creemos, a la vida o a la muerte, quise decir, mucho más de lo que nos creemos. Y muchas personas de las que estáis aquí sabrán, la Confederación, agrupa al movimiento asociativo de personas y familiares personas en primera persona y familiares, con discapacidad psicosocial como muy bien dijo Bea, que así lo nombra la convención y la acción que desarrollamos, lo desarrollamos en todo el estado, Catalunya, la federación catalana, pertenece a la confederación y no solamente la seguimos si no que comprobamos que muchas veces la federación catalana es vanguardia en las acciones que está explorando y caminos

abre que caminos tienes para poder seguir. Nos parece especialmente interesante y acertado el lema escogido para esta jornada, “Desde el respeto a los derechos y a la dignidad de las personas”, porque para garantizar la dignidad humana y hacer posible que las personas vivan en un entorno de libertad, de justicia y de paz, es indispensable que se respeten los derechos humanos. No es una interpretación nuestra, es una necesidad no solamente cultural y no admito que sea una cultura neoliberal si no es un típico y básico de la condición humana. El lema de esta jornada sugiere la siguiente reflexión: ¿Se están respetando los derechos humanos de las personas que en España tienen algún problema de salud mental? Pues hay que decir claramente no, pero no, un no rotundo y a voces, y os explicaré por qué. Que se respete el principio de igualdad, el derecho a la vida, a no sufrir torturas, el acceso a educación, a la vivienda, a la salud, al empleo digno, esa es una pregunta que desde la confederación nos hacemos todos los años y por eso, de forma anual, publicamos un informe sobre los derechos humanos de las personas con trastorno mental en el estado español. Queremos saber qué derechos se están vulnerando y cómo podemos actuar en consecuencia, queremos poner el foco en aquellas cuestiones que necesitan una mayor atención, el informe de derechos humanos que Bea gentilmente me puso en la portada, el de este año pasado, se hace entre todos los territorios del estado, o sea Cataluña participa como todos los demás, supone una denuncia de hechos concretos, supone también una alternativa a cómo deberían hacerse las cosas, se ofrecen alternativas de buenas prácticas y es autocrítica y además tiene un efecto muy importante, fue reconocido su mérito por la ONU y sobre todo lo que quieren hacer es proyectarlo en América latina, no estamos trabajando, por fortuna, solamente por nosotros, para nosotros, si no afortunadamente para una gente que está en estado de necesidad superior al nuestro. Y la respuesta a esta pregunta que nos hacíamos, nos llegan los resultados del informe, es clara, los derechos de las personas con problemas de salud mental se ven vulnerados a diario, en diferentes formas y contextos, podemos afirmar que en España sistemática y estructuralmente se violan los derechos humanos de las personas con trastorno mental. En este documento que tenéis ahí, que podéis consultar en la página y descargar, porque eso es de todos, mostramos nuestra preocupación por los tratos inhumanos y degradantes que siguen sufriendo las personas con trastorno mental, nos basamos para ello en las denuncias recogidas por el servicio de asesoría jurídica que nuestra organización pone a disposición de las personas usuarias. Las personas con problemas de salud mental constituyen uno de los colectivos más susceptibles de sufrir situaciones de exclusión discriminación, explotación y desigualdad y por favor ruego, esto no son apalabras, esto son realidades que afectan a la vida diaria de las personas, a la dignidad de las personas, todavía se siguen produciendo acontecimientos que deberían estar



superados y todavía se sigue ignorando de manera general la diversidad de la persona, como ser humano sujeto de derechos y digna de un trato humano, perfectamente dijo antes Bea, la persona con trastorno mental, por fortuna, pasa de objeto de intervención a sujeto de derechos. El informe denuncia que en España, sigue siendo una práctica habitual los tratamientos forzados o la medicación administrada sin consentimiento de la persona, o en contra de su voluntad así como la denominada terapia agresiva, terapia agresiva electro convulsiva, dirán los psiquiatras, que todavía lo oí la semana pasada en Roma que la TEC es imprescindible, que no se hace como se hacía, bien, son argumentos psiquiátricos, ellos que solventen sus problemas, a mí no me haces tú TEC y a mi hija no le haces tú un TEC, eso es lo que hay que decir claramente. Y las medidas restrictivas como el ingreso involuntario, los aislamientos o las contenciones mecánicas, los testimonios que acaba de dar Bea, hablan por sí solos, poco más hay que añadir. A este respecto, queremos denunciar que no hay un protocolo de actuación ni normas mínimas a nivel estatal, por mucho que me diga la ministra, el informe recoge como ejemplos de vulneración, el fallecimiento de psiquiátricos, en el año 2017 tocó a Asturianas, en Oviedo y en Galicia, la anterior había sido, era una niña, que conocí yo, de 20 años en Canarias. Así como la falta de asistencia psiquiátrica en el hospital psiquiátrico penitenciario de Sevilla. En este sentido, me gustaría destacar que son necesarias campañas como la de 0 contenciones, del colectivo Locomún, contra el uso de la sujeciones mecánicas, la campaña reclama normativas que prohíban el uso de las contenciones en las unidades psiquiatría de España, con carácter permanente, como bien dijo Bea, está demostrado que se puede hacer terapia sin sujeciones, sin coerciones, porque eso es precisamente la antiterapia, está demostrado y por ejemplo ya existen una experiencia piloto un hospital de Estocolmo, donde la gente es tratada sin medicación, todavía no se ven los resultados pero está demostrado que se puede hacer, hacen falta medios, fundamentalmente, lo que hace falta es voluntad, los medios los buscamos, porque estamos dispuestos a ser tratados como personas no como cobayas. En este sentido, lo de colectivo Locomún, la campaña reclama normativas, como dije antes, que prohíban el uso y a eso debemos de tender, también exige el cese de la impunidad, en los casos en los que se producen daños causados por esta práctica, es algo que todavía no tenemos explorado, pero mi compañero Josep, que está en la comisión permanente de la confederación, en la última reunión de la comisión, probablemente que tú no pudiste estar, vamos a volver a reformar los estatutos para poder hacer defensa colectiva, como entidad a la colectivos enteros, si no la ley lo permite de una forma muy complicada y lo vamos a hacer porque es imprescindible para poner encima de la mesa estos problemas, cuando se producen daños causados por prácticas, una reclamación con la que desde salud mental España, tenemos que estamos

totalmente de acuerdo y vamos a enfocarlo hacia ahí. A todo esto, se añade la falta de adecuación a la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, una vez más, ya lo dijo Bea, la gente piensa que son palabras, es una forma que nos debe obligar a funcionar, y que debemos de velar y estar todos con las armas en la mano para que eso se cumpla. O la carencia de garantías para que las personas que se encuentran ingresadas accedan a la justicia en igualdad de condiciones que las demás, otro ejemplo os puedo poner, hace todavía 20 días se aprobó en España, en el congreso de los diputados, que ahora está en el senado, la reforma de la ley orgánica de régimen electoral general, que permite que la gente pueda votar, hasta ahora había 100.000 personas en España que no podían votar, sencillamente porque tenían un diagnóstico, porque estaban ingresados en el hospital o porque tenían una incapacitación, dónde se vio, en España llevamos 40 años de democracia, bueno, mi no me gusta mucho hablar de España, llevamos 40 años de democracia y resulta que lo más elemental no llegó a la gente que tiene un problema de salud mental, es hace 20 días se aprobó en el consejo de los diputados, eso sí, se probó por mayoría absoluta, menos mal ni un voto en contra, menos mal, era lo que nos faltaba. Y después, también quiero comentaros que tuve el privilegio de estar en la ONU, el día 25 de mayo de este año y en la ONU, en Ginebra, hubo una convocatoria del alto comisionado de los derechos humanos de la ONU y fuimos Salud Mental de España y también os puedo comentar anécdotas de funcionamiento muy interesantes, como que cuando pido la palabra me dicen usted no puede hablar, me dice un delegado del gobierno de España, usted no puede hablar en nombre de España, y entonces yo me quedo así, diciendo, entonces a qué vine aquí, estábamos tres personas, una persona se levanta y vamos a la mesa a decir, queremos hablar en nombre de España, era un delegado del gobierno de España y no nos dejaba hablar, muy bien, entonces me acredito y hablo como Salud Mental España, a nivel de Unicef, mejor para nosotros, y el señor aquel por supuesto se levantó y se fue, mejor, porque si no igual se arrancaba los pelos con lo que hubo que decir ahí. Ante este escenario, en el ámbito de la salud mental, como dije, tuve una intervención en la consulta que la oficina del alto comisionado de las Naciones Unidas, debatió sobre todas las cuestiones relevantes y de los retos en el cumplimiento de la perspectiva de los derechos humanos en salud mental. El objetivo de esta consulta, era permitir un intercambio de mejores prácticas y facilitar la implementación de las directrices técnicas en esta materia. La confederación fue una de las entidades participantes en la reunión y aprovechamos nuestra intervención, para reflejar de qué manera se vulneran los derechos de las personas con problemas de salud mental. Pusimos sobre la mesa temas como los ingresos involuntarios, los tratamientos forzosos, las medidas de coerción violentas, las

contenciones mecánicas y propusimos medidas inclusivas como las voluntades anticipadas o las instrucciones previas, que también Bea explicó muy bien. Además, manifestamos ante la ONU, nuestra oposición al protocolo adicional del convenio de Oviedo. El convenio de Oviedo, es otra norma de rango internacional que se hizo en el año 2002 para dar cobertura a los problemas éticos de la práctica clínica. En el convenio de Oviedo, es una auténtica aberración, es una auténtica aberración y ahora la comunidad europea, la comisión europea pidió una puesta al día de este convenio de Oviedo y este convenio de Oviedo, va frontalmente en contra de la convención de los derechos humanos de la ONU, de las personas con discapacidad, por eso nosotros fuimos bastante beligerantes en la ONU, contra ello, con el apoyo clarísimo de la alta comisionada, que tú también nombraste antes Bea, en contra de este protocolo adicional del convenio de Oviedo y para ello hicimos un llamamiento a los estados miembros de la unión europea, para que se opongan a esta iniciativa, por ser totalmente opuesta a la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, como ya lo había pedido la relatora, se sumaron también Gamian, todos los usuarios europeos, se sumó también las vanguardias terapéuticas de salud mental como Roberto Metzina entre este o como el catedrático de la universidad de Liverpool, los presidentes de Portugal, fue una auténtica maravilla pero estamos muy preocupados porque es muy posible que no consigamos paralizarlo, la semana pasada mandamos una carta todavía con el CERMI España al ministerio de asuntos exteriores, que es el que representa a España en este consejo y a la ministra de sanidad, diciendo y exigiendo al consejo de ministros de España que se oponga, por resolución del consejo de ministros, que se oponga al protocolo adicional al convenio de Oviedo.

No tenemos ninguna respuesta pero esperamos de verdad, aunque sabemos que es muy, muy, muy difícil que lo podamos retirar, pero por lo menos que quede aparcado al final de mesa y que no se haga nada, porque sería una auténtica consagración y puesta al día otra vez, de toda la violación sistemática otra vez, de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental.

Con las conclusiones de esta consulta, está previsto elaborar un informe, en el que se identifiquen estrategias para promover los derechos humanos en la salud mental y erradicar la discriminación, el estigma, la violencia, la coacción y los abusos. La confederación lo sabe perfectamente, también firmamos la adhesión a la declaración de Cartagena, que tiene que ver con eliminación de todas estas prácticas, también después de mucho pedir, porque los tiempos, vaya si cambian, salud mental España familiares y usuarios, participamos en la elaboración de la primera estrategia de la salud mental, en la segunda estrategia de la salud mental y en la tercera que es la que se está elaborando

ahora, nos dicen que no, que no quieren que nosotros estemos, cómo van a querer que estemos si una persona como Bea puede decir, no señores lo que ustedes están haciendo no es así, hay que hacer esto, esto, y esto, yo quiero ser yo y tengo derechos, entonces por eso no... por fin nos dejaron entrar y entonces en las estrategias de salud mental que se está elaborando se contempla todo esto, no somos capaces, porque todos los territorios son muy diversos, que se digan contenciones cero pero sí conseguimos que sea contenciones tendencia cero, en un plazo de unos años, con unos controles y con unos pasos a seguir y curiosamente de varios territorios, de Asturias, de Murcia, del País Vasco, sí estaban porque fuéramos radicales y que la estrategia dijera enunciara contenciones cero. Y una cosa, para acabar, quería incidir en la perspectiva, en el tema del género, leí el otro día en Nueva España un artículo de un señor, que debe tener todos los premios príncipe de Asturias, bueno, son unas tonterías... las personas a veces merece la pena oírlas, que decía que por muy culto que sea un varón y por muy competente que sea un varón hasta que no sea un poco feminista seguirá siendo un gañán. Estoy totalmente de acuerdo, yo creo sinceramente, tuve una madre poderosa, tengo 5 hermanas y tengo clarísimo que la energía del mundo es el 50% femenino y por lo tanto, tengo que decir que en salud mental hay que romper lanzas muy importantes, muy importantes. Por eso quiero hablar de salud mental desde el género, que ya habíamos hablado Bea y yo, que yo me encargaba de esto. Tenemos que seguir trabajando además en temas tan transversales, como la perspectiva de género, pero no como palabras que se predicán si no como actitudes que se deben de vivir, que es sin duda otra de las grandes asignaturas pendientes en salud mental, el informe de derechos de la confederación pone de manifiesto que en España, no se cumplen los estándares internacionales en este aspecto, no tiene justificación que el enfoque de género continúe excluyéndose del abordaje de la salud mental. Yo tengo que hacer discursos formales, pero ya sabéis cómo pienso en verdad. Un año más, una de las principales de las vulneraciones de los derechos es la violencia machista, a pesar de que 3 de cada 4 mujeres con problemas de salud mental han sufrido este tipo de violencia todavía no existen recurso de acogida específicos para personas con trastorno mental. A las mujeres con problemas de salud mental, se les cuestiona sistemáticamente su condición de víctimas argumentando que su relato no es veraz, debido a su problema de salud mental y como sé que te gusta el arroz con leche, debajo de la puerta te pongo un ladrillo. Estamos siempre en lo mismo, que su relato no es veraz debido a su problema de salud mental estamos siempre en los mismo, no señores, no señores, no es así, a las mujeres se les cuestiona sistemáticamente, en virtud de qué, pero es la realidad, eso crea una situación de desprotección y de falta de acceso a los recursos necesarios para salir de la espiral de violencia en la que se encuentra estas

mujeres, el resultado es que, una vez más sus derechos se ven vulnerados, siempre vulnerados. A esto se añade que muchas mujeres y niñas con trastorno mental se les priva de su derecho a fundar una familia, es más, se llega incluso a dañar su integridad corporal, a través de técnicas como la esterilización forzosa y el aborto coercitivo, es decir, sin su consentimiento. Este tipo de acciones que atentan contra los derechos humanos más elementales de las mujeres, continúan vigentes en nuestro país, y se hacen con la excusa de que es lo mejor para ellas, sin preguntarles a ellas, evidentemente. En palabras de la asesora nuestra, Irene, de la confederación, Irene Muñoz, en su intervención en la ONU, la esterilización forzosa es la lobotomía del siglo XIX, se le está negando lo más elemental a las mujeres, y antes lo citó también Eva, de la lobotomía, el premio Nobel de 1949, del otro día, premio Nobel de medicina, Antonio Egas Moniz, un portugués, era el inventor y el defensor del paradigma de la lobotomía, en 1949, el otro día, de ayer. Pues hoy tenemos una nueva lobotomía en las mujeres, que es la esterilización forzosa.

Esto es una práctica que afecta a la salud total, no solamente a la física, a la mental, al equilibrio y sí podemos identificar cantidad de casos gravísimos de suicidio, por ejemplo, afecta a la vida real de las personas. Qué reivindicamos desde la salud mental, en definitiva, queda todavía un largo recorrido, un camino por recorrer en materia de derechos humanos y salud mental. Desde salud mental España, reclamamos que no exista una legislación específica para las personas con trastorno mental si no que se cumplan las principales normativas que les afectan, la ley general de sanidad, la ley de autonomía del paciente, la ley de derechos de personas con discapacidad y de su inclusión social, de la convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad, no queremos nuevas leyes, si no que se cumplan las que ya existen, esta es una contestación que hice en la comparecencia en el parlamento el día 21 de marzo de este año porque hay un grupo parlamentario, por cierto, todo liderado por médicas y puedo decir el nombre, que es podemos que dice, se solventa todo con una ley de salud mental, no, salud mental no necesita leyes específicas, las personas que tienen un problema de salud mental son igual que las demás, necesitan las leyes que ya existen. Precisamente esta última, en la convención ONU, no recoge únicamente la obligación de leyes protectoras sino también las de adopción de medidas preventivas para evitar las posibles discriminaciones y de acciones positivas en el ámbito de la salud pública. Es necesario que las administraciones públicas revisen su legislación actual, propongan acciones contra la discriminación de las personas con trastorno mental y tengan presente en futuras normativas el respecto al compromiso internacional que contrajeron con la firma del convenio. Justo dentro de un mes, el próximo 10 de diciembre, se

celebra el 70 aniversario de la declaración universal de los derechos humanos, el origen de todas las legislaciones que actualmente protegen a las personas, por el simple hecho de serlo, celebrémoslo, reivindicando lo que decíamos al principio, que todos los seres humanos somos iguales en derechos y en dignidad, no importa cuál sea nuestra diversidad, física o mental, insisto, o mental, me gustaría terminar esta intervención recordando unas palabras del actor, Damián Alcolea, una persona con experiencia propia , con problemas de salud mental, que pronunció en el acto de proclamación del día mundial, que hicimos este año en el congreso de los diputados. Decía Damián Alcolea: “No importa nuestro sexo, ni nuestra orientación sexual, no importa el color de nuestra piel ni de dónde venimos, no importa si nacimos aquí o si somos migrantes, no importa cómo es nuestro cuerpo ni cómo es nuestra mente, porque todo forma parte de la hermosa diversidad que componemos, es posible que no seamos como nuestros padres soñaban o soñaron que fuéramos, es posible que no seamos como nuestra comunidad esperaba que fuéramos, pero abraza nuestra sociedad diversa, significa precisamente eso, renunciar a la idea preconcebida de cómo esperábamos que fueran los demás para aceptarlos como son, para aceptarnos como somos y en ese camino, tal vez, descubrir que somos mucho mejores de lo que se nos soñó.”

2ª Taula rodona

**Mercedes Saiz, Educadora social de la Fundació Sant Joan de Déu i Marta Lleonart, Psicòloga clínica i psicoanalista de la Fundació Sant Joan de Déu**

Buenos días y gracias por invitarnos a las jornadas y felicitaros también por vuestra mayoría de edad. Nos había parecido interesante empezar haciendo una poca de historia, desde lo que es la atención a la enfermedad mental en España. Los datos que hemos buscado, es que en el siglo XV hubo un religioso, de nombre Joan Gelabert, que inauguró el primer hospital dedicado a dementes en Valencia. Y dos años más tarde, el rey Alfonso V hizo uno parecido en Zaragoza. De ahí damos un salto al siglo XVIII y Europa ya empieza a considerar los dementes como una enfermedad mental y por lo tanto se hablará de tratamiento y también se hacen los primeros intentos por describir y clasificar las enfermedades mentales. Hay un cambio de mentalidad, aquí en España, basados en los principios de libertad, igualdad, y fraternidad, con el intento de abolir las cadenas y en vez de la contención física, pasar a la contención verbal y emocional y también se entiende la enfermedad, como una aplicación de una terapia y abren ya los manicomios. En Cataluña esta corriente llega en el siglo XIX y en Barcelona y

alrededores, hay una floración de hospitales lo que habéis recogido, he visto yo que tenéis puesto aquí en el pasillo, que son todas estas instituciones que se abrieron sobre los años 1800 a 1906. Voy un poco rápido porque el tiempo apremia.

Un hito importante que paso en España, fue en el año 1849, que decretó la Ley de beneficencia y esto permitió la creación de una doble red de asistencia, la pública y la privada. Como siempre, la pública con menos medios y la privada con clientes con mayor poder económico que al final se hundieron y tuvieron que acoger gente de la beneficencia. También hubo una protesta contra el real decreto del año 1855, por el que se regulaba el internamiento en los manoninos que venía decretado por una orden judicial en vez de por una orden médica. Ya en el siglo XX, empiezan a formarse las sociedades de neurología, psiquiatría, ya con unos aires, con una intención de hacer una reforma, tanto de las instalaciones de los manicomios como de la asistencia. En el año 1910, surge la psiquiatría infantil, de hecho esta foto la he recogido del hospital donde trabajamos, donde ya hay una constancia que habían niños ingresados, que estaban atendidos por los religiosos. Un hito importante también fue el año 1927, que se crea la Liga de Higiene Mental, con un aire más de prevención, de intentar que la enfermedad, frenarla antes de que explotara la sintomatología. Ya había empezado en el siglo XX, prácticamente hace dos días, la creación de una xarxa asistencial no centralizada con la intención de no alejar al enfermo de sus familias, establecer unos dispositivos intermedios entre el hospital y la vida social, es decir, dispensarios y ya formar profesionales que atendieran a este tipo de enfermedad. Basaban la reforma en la medicación y en la curabilidad de la enfermedad mental. En el año 1926, ya se crea la Asociación Española, con un objetivo de estudiar y favorecer el estudio, entre los médicos, de los problemas relacionados con la asistencia. Y la investigación en materia de enfermedades nerviosas y defender ya como colectivo sus propios intereses, de los propios miembros. Esto fue importante en el año 1931, que modifico la asistencia en los ingresos, con el objetivo de regular los ingresos, no sé si lo he dicho pero regulaban los ingresos por una orden judicial, aquí ya daban tres posibilidades de ingreso: por voluntad propia, por indicación médica o por orden judicial y querían regular la admisión y la salida de los internamientos. Ya con inicio de la guerra civil hubo una época oscura, una regresión a todo lo que habíamos evolucionado en poco tiempo, y ya no hay nada hasta el año 1967, que vuelve a haber un avance con la intención de reducir los internamientos, yo antes le explicaba a Marta, que cuando yo empecé a trabajar en el Parc Sanitari, entonces tenía otro nombre, se llamaba hospital psiquiátrico Nuestra Señora de Montserrat, había muchos internos. Aquello era como un pueblo dentro de un pueblo, habían como 800 personas ingresadas, hoy en la actualidad casi no

llegamos a 300, sí que ha habido un cambio, yo he sido testigo de cuánta gente había allí metida y ahora no. El modelo catalán, ya abre centro de higiene mental con la intención de prevenir y los dispensarios comunitarios, entonces es cuando ya empiezan a abrirse los centros de atención primaria de salud mental y los centros de día y hospitales de día y ya se crea el mapa sanitario con la idea reordenar la asistencia ya se crean las unidades de agudos, subagudos, las unidades de media y larga estancia. Esto fue un recorrido que hicimos a los archivos del hospital para observar, porque ahora todas las historias son informatizadas, pero sí se mantienen allí los archivos antiguos y más que nada para ver qué diagnósticos ponían en la época. Este es de un paciente en el año 1977, de un paciente nuestro de la residencia Montserrat, que fue diagnosticado de síndrome deficitario, debilidad mental y trastorno de la conducta.

Tot això ve perquè ella és una històrica del Parc Sanitari, de fet des de quin any està Mercedes, 1984, jo encara no he complert un any en el Parc Sanitari. He complert molt anys eh, sóc molt gran, però en allà llavors, ens hem trobat, que jo estic últimament molt interessada, que ha sigut una sorpresa per mi, interessar-me per la gent gran i pels vells. Veureu que jo els hi dic vells perquè utilitzem aquesta paraula d'una manera molt normalitzada, podem utilitzar-la tota, però no ho dic en sentit pejoratiu, ho dic perquè estic interessada en els vells i la vellesa. Llavors ens vam conèixer en el parc i jo estic perduda en allà, és molt gran, hi ha molts pavellons, jo estic a un residència, Montserrat, que allà hi ha uns usuaris que van des dels 94 anys i el més jove té 58 i estan ingressats allà des de fa molts anys, ja us ho explicarem i llavors en trobar-me amb ella, que jo a vegades no sé anar per allà, perquè no sé ni on està un lloc o l'altre, un dia jo mirant les històries, no tinc accés a les històries dels meus usuaris, dels meus pacients, no tinc la història, aquesta part, cosa que també és interessant, perquè jo vull saber quina és i els hi pregunto amb ells. Llavors un dia vam dir, ella em va dir, tú sabes que hay unos diagnósticos muy antiguos de totes aquestes persones i em va acompanyar a les sales on hi ha tota la informació i a llavors vam baixar i vam estar mirant en paper tot això que i ens vam posar totes a mirar, pues a éste, fijate oligofrénico profundo... imbécil, tot això dels anys X, aquesta és una cosa que us volia explicar, que és una cosa nostra. Sí porque ahora todos los nuevos profesionales que se incorporan se creen que siempre la historia ha estado ahí con el SAP, pero les explico que no, que hay un archivo que si queréis podéis consultar.

Ya esto sí que lo empezamos a escuchar ayer, la reforma de la psiquiatría en el año 1985, que fue todo un cambio que, a mí me llamó mucho la atención cuando la leí. Esta reforma dijo: "Procurar que la atención en salud mental sea considerada en el mismo rango que otras especialidades, incluyéndola en la asistencia sanitaria general, basar la



atención en salud mental en la atención primaria de salud, como primer eslabón con la atención especializada; en segundo término, asesorando al equipo básico realizando seguimientos de pacientes y formando profesionales.” Aquí ya intentaban que en las áreas básicas de salud, detectaran estos casos y no nos llegaran a nosotros ya cuando la persona estaba en un proceso agudo de la enfermedad. “Procurar la recuperación y reinserción en la medida de lo posible de los enfermos, garantizar su derechos civiles, desarrollar programas de rehabilitación activos, reducir la hospitalización psiquiátrica a lo imprescindible y hacerlo en unidades de agudos de hospitales generales, reconvertir y superar el hospital psiquiátrico, reducir camas” lo que os comentaba yo, había mucha gente, ahora ya no hay tanta. “Estrenar pacientes con programas y prevención” y yo fui observadora con el Parc Sanitari fue abriendo centros externos y como ya mucha gente que había estado con nosotros en las unidades de agudos, ya no volvían, les iba funcionando bien estar en contacto con la familia, con la comunidad y con su centro de referencia cercano.

Ara una mica, hem preparat vam estar preparant moltes coses però... però com vam venir ahir, vam escoltar les taules que van haver-hi ahir, també la taula d'avui i això també ens permet fer altres reflexions i abans de començar a explicar el que havíem preparat també us vull donar les gràcies perquè han estat molt bé les jornades, el que som, ens diem psicoanalistes, som psicoanalistes de formació, el nostre model, però a nosaltres el que ens interessa, és sempre saber quina és la teoria del pacient sobre ell mateix, nosaltres ser psicoanalistes, o ser d'una orientació o una altra és això, una mica per organitzar-nos però el que ens interessa és saber quina teoria té el pacient, escoltar el pacient, saber d'ell. Això és una cosa que volia dir arrel d'alguna cosa que vaig sentir ahir i també avui volia comentar-vos-ho. També us volia dir que en la taula d'ahir em vaig sentir, que ens va interessar moltíssim, la d'avui també, hem gaudit moltíssim perquè jo, personalment, estic molt acostumada a simposis de psicoanàlisis de professionals, que parlen de vegades molt des de les teories, la veritat és que estar en el camp, en el campo de trabajo, és molt interessant i parlar del que ens passa cada dia i la veritat és que us vull donar les gràcies. I ahir vaig estar prenent una sèrie de notes que són diferents a totes les notes que.. us vull comentar una sèrie de coses que vaig pensar respecte la vellesa.

De fet em dedico a treballar amb persones grans, amb vells, només fa des del 2009, fa molt poc, perquè si a mi m'haguessin dit, mira Marta en què t'interessa treballar, el meu camp era el camp del adults i no havia pensat mai que em dedicaria a treballar amb ells, tot va venir perquè el Dr. Pere Folch un dia, estant a Sant Pere Claver, col·laborant en treball amb psicosis incipients, doncs em va arribar el Dr. Pere Folch tenia un idea que

era treballar i pensar sobre la salut mental i els vells. Jo vaig dir bueno, jo si ho fa el Pere Folch vinc, el tema, la veritat, us he de dir que no me'l vaig escoltar massa, i em van preguntar però a tu t'interessa treballar amb ells i vaig dir no ho sé, a mi m'interessa treballar amb el Dr. Pere Folch. En aquell moment, el Dr. Pere Folch en tenia 90 anys, és un psicoanalista, va morir al cap de... als 93 anys a l'engegar aquest programa i des de llavors estic enganxada i seduïda per aquest tema. Seduïda ho dic perquè amb els vells ens trobem que són molt poc interessants o som molt poc interessants i aquí teniu, jo estic molt interessada i seduïda per tots. Us ho dic perquè, ahir escoltant la taula sobre infància i adolescència, vaig estar pensant, en una taula sobre infància i adolescència no es parla de vells, Marta, no et capfiquis perquè és normal, és una taula d'infància i adolescència i no se'n parla, però vaig estar pensant que era interessant que us parlés d'aquesta petita experiència amb els vells. Pot ser em sortirà una mica desordenat perquè tot ve d'això. Primerament, us volia dir aquesta qüestió de la vellesa poc atractiva. Ahir es va parlar dels llocs que ocupaven les demandes, si eren urgents, preferents, jo vaig apuntar, una demanda o amb els vells, tot és preferent, estarem d'acord o no... després em diran els metges de les àrees bàsiques, bueno, això no podem posar-ho. Vaig pensar per què, home, la qüestió temps, ens queda poc temps o poca vida poca vida a discutir, perquè ens queda vida, hi ha vida. També es va parlar de les associacions de familiars de malalts mentals, infants, adolescents, adults, però també de malalts mentals o de persones cuidadores o que estan al costat dels vells, i que d'això també fa falta parlar una miqueta més. Ja veureu que ara m'he despistat una mica i no estic parlant del Parc Sanitari, però ja tornarem perquè això és el que a mi m'ha inspirat per poder treballar a la residència Montserrat. A vegades li pego el rotllo a Mercedes, perquè jo com que vinc d'aquí, vull fer això a la residència i tal...

Ahir també vaig assenyalar aquesta frase que va posar a la tarda que diu "Pel que fa a l'infant i l'adolescent, el problema no és de la mateixa índole i posava una fletxeta que deia l'ensenyament" i jo vaig afegir, home, pel que fa a la vellesa també es podria dir, no, que el problema no és de la mateixa índole, perquè de la vellesa la qüestió és també la mort, vaig posar quan vaig arribar a casa. També, veu parlar de fer èmfasi en els models d'atenció comunitària, jo pensava també en la primera infància molt important el tema de la prevenció i què passa en la prevenció a la vellesa, perquè a vegades es parla, pot ser treballar amb la vellesa, ja no hi ha una tema preventiu, ja a la vellesa tot està jugat, tot està fet... aquí hem de començar a pensar doncs que la població que té més anys de 65, de 65 en endavant és cada vegada més amplia, que arribem, tenim un usuari de la residència Montserrat que té 94 anys, i també que els vells tenen un paper importantíssim en el desenvolupament dels més petits. I tenir avis actius, saludables

connectats, sobretot, connectats amb la vida és molt important i penso que forma part d'aquesta prevenció i a part la relació que mantenen amb els mes joves és importantíssima. També amb el tema de la dignitat de les persones que avui també heu parlat en aquesta taula, em va semblar ahir molt interessant i avui una altra vegada. La dignitat és importantíssima és un concepte que davant de les persones grans, hem d'estar molt atents amb tot això. Això són reflexions, igual dieu aquesta noia és molt desordenada, tant ordre que vaig posar, després... però ahir va ser molt il·lustratiu i em va abocar tot això. I també us volia dir que hi ha una sèrie de programes o que es pensa en programes per joves, per infants que de veritat, jo sí penso que tenim un país que està molt involucrat en la salut mental i que penso que tenim persones que ens estant escoltant, avui hi ha la Cristina Molina, però hi ha un auditori que ens escolta, als professionals i que s'ha de valorar, i també és important mantenir i tenir algun programa i programes d'atenció a la vellesa. Sembla que l'Anna ja us ha dit que jo estava treballant en un programa d'atenció a la vellesa, que vam iniciar a l'any 2009 i que es fa des de Sant Pere Claver, ja us en parlaré si dóna temps. Hi ha una qüestió molt important també que veu parlar, programes de joves i infants per afavorir l'autonomia i jo ahir pensava, hi ha un programa, els programes amb les persones més grans, també per afavorir l'acceptació de la dependència, això us ho dic en un moment, té a veure amb aquest treball que hem fet a partir conèixer all Dr. Pere Folch, que per cert es va morir mentre estàvem treballant amb ell, però que aquest va ser el regal que ens va deixar, fins els 93 anys, us haig de dir que va estar cada setmana treballant amb nosaltres i no va fallar cap dia, era el nostre supervisor i sembla que va morir a l'hivern i al setembre es va venir a despedir, perquè estava malalt i a partir d'aquí hem seguit treballant a les àrees bàsiques d'atenció i amb els metges i hem aconseguit escriure una sèrie d'articles de vellesa i ara estem engegant la possibilitat d'escriure un llibre sobre les experiències, és un treball d'atenció grupal a psicoteràpia psicoanalítica amb vells, de 40 sessions setmanals, i els professionals que estem allà seguim treballant, però sempre enriquits per aquest pensament d'aquesta persona que ell a més ens deia, a mi digueu-me vell, perquè sóc un vell perquè li dèiem bueno, ets uns vell savi i deia, bueno, digues el que vulguis però jo sóc això, sóc un vell i vull que m'ho digueu, per això reivindico aquesta paraula. Us ho deia perquè això d'acceptar la dependència té a veure amb una de les problemàtiques que apareixen en aquests grups de treball en persones grans que consulten a les àrees bàsiques als seus metges, una de les problemàtiques que ens presenten, és acceptar que a lo millor han de ser cuidats pels més joves.. i aquesta és una problemàtica important. Ara posem aquest, això no és meu, és un esquema ens va fer el DR. Pere Folch i us ho explico per veure això de la dependència, això que va, la línia horitzontal que va des de naixement fins a la mort, ell explicava com que el

naixement, quan neix el nadó, és un nen ric, és un nen que neix estimat, que té totes les gràcies, i és un nen esperat, volgut en el millor dels casos, estem parlant, però suposem que la cosa va així. En la involució, en la evolució, les persones ens anem fent grans, a l'edat mitja de la vida, vaig per la línia horitzontal i anem cap a la mort. I conforme anem arriant a fer-nos més grans, més vells, som una mica cada vegada menys rics en experiències sí, menys guapos, menys atlètics, menys capaços de fer moviments sinuosos, fantàstics i som menys visibles i ens estem enfrontant a la mort i cada vegada més dependents i llavors ell explicava, que passem de ser admirats per aquells fills que admiren els seus pares, que són capaços de tot i arribem a tot i som persones molt seductores a passar a persones poc interessants i a la vegada passem a tenir uns nens que són dependents dels pares o que aquests fills que hem cuidat, ara són els nostres cuidadors i això és un treball que forma part del treball que hem de fer les persones quan ens fem grans o durant tota la vida si podem i aquest és un dels treballs que el Dr. ens deia, sobretot és una de les coses que estem descobrint, com podem adequar-nos a aquesta situació de dependència. Per exemple, ara recordo una d'aquestes persones que estava molt irritada perquè el seu fill obria la porta a la seva dona i la feia passar i llavors en canvi ella s'havia d'esperar a que el seu fill li obrís la porta amb ella i aquesta situació la irritava molt i ho portava en el grup, a mi em deixa en l'últim lloc i llavors en el grup, poder parlar d'això de veure com tots estaven en una situació en què tots anem ocupant un altre lloc en la vida dels nostres fills i poder acceptar-ho sense irritar-nos i sense oblidar quin és el lloc. Poder viure això d'una manera més natural. Això, respecte el que vaig pensar ahir i avui he pensat en coses que heu dit a la taula, sobretot una cosa que m'ha semblat i em sembla sempre fonamental i parlem en la residència Montserrat que lo important és sobretot pensar en les persones i pensar que les persones no són l'objecte del nostre tractament si no que són el subjecte i pensar en la subjectivitat i fins i tot en com podem construir encara ara dintre d'aquest espai residencial, la subjectivitat de cadascú, com són, com volen ser tractats, a mi això em sembla una tasca fonamental perquè a vegades en la residència Montserrat que tenim residents i comptem que volen fer activitats, han de fer activitats, s'han de mostrar actius, home, no ho sé, si volen fer equinoteràpia se'ls hi ha de preguntar, volen sortir avui de la residència, es mejor que salgan, que salgan, diuen algunes monitores, no, els portem a dinar, sí, avui vol sortir a dinar? Igual i han persones que es volen quedar pensant, no hem d'estar parlant... és important després saber qui són, l'altre dia una cosa fonamental, mira voy a hacer unas fichas de historia de vida, para que cuando venga el voluntario pues que sepa que es lo que le gusta, lo que no, dic, quan vingui un voluntari, que s'assegui i li preguntí què vol fer, como es diu, que sàpiga si parla català, si parla

castellà, el nom de la mare, el nom del pare, però no cal mirar una fitxa, estigues, pregunta, asseu-te davant, aquest tipus de coses.

Además estamos recuperando llamarlos por su nombre, es un grupo de 52 personas que antes eran 90 y pico y había nombres que se repetían, habían muchos José, muchos Manuel y cuál fue la solución hace unos años, llamarlos por el apellido y claro muchas veces no te contestaban, es que no oye, no, no es que no reconoce que le llames Mateo y ahora estaos inculcando llamarlos por su nombre y a los voluntarios también, que les llamen por su nombre.

Aquesta és una de les coses que estem intentant que a vegades hi han dificultats, però quan he entrat a la clínica m'he trobat que els hi diuen pel cognom, que jo ho entenc, que si hi ha tres Manuel és difícil, però a mi em sembla que el nom, és el nom de pila, el nom de la infància, el nom que et van voler posar a tu, de quina manera et van identificar, a mi m'ha semblat que era important. També com vol ser cridar, com vol ser anomenat, és fonamental, això ho deia pel tema de la subjectivitat.

També m'ha semblat, aquest mati dèieu que no hi havia una veritat única, que les veritats, veritats de tots els professionals, a mi em sembla fonamental quina és la veritat del pacient, què és el que t'explica ell.

Ara us parlaré una mica del que us volia parlar, perquè de tot això no havia pensat parlar-vos però com ha vingut una mica així... Em podeu tallar si voleu preguntar alguna cosa, per no fer una conferència, que no era la nostra intenció perquè tampoc no en sabem.

Aquest esquema, ja hem vist la línia horitzontal, prové d'aquesta idea de treballar amb la vellesa que he tingut la sort de descobrir, la línia vertical veieu que ve des de la infància, l'adolescència, la maduresa, quan ve la crisi de l'edat mitjana, l'assumpció de la parentalitat i després a partir d'aquí, la crisi del climateri, que vindria tota la jubilació, la involució i els dèficits i la soledat fins arribar a la mort. Aquest seria una mica la línia de la evolució que va marcar que nosaltres hem analitzat què és el que passa des del naixement a la mort. Veieu que en realitat, ens fixem més en la última part, la crisi del climateri, la jubilació... m'agrada quan veig en el metro l'anunci que posa, lo pitjor de ser vell és estar sol. A vegades els hi dic, clar, aquest és un dels temes fonamentals, dra. que sola em sento, que sola estic. És impactant, suposo que l'heu vist i jo penso que no el treguin, que no el treguin, és important. I en els grups que tenim de treball en la vellesa, un dels temes fonamentals són sempre les pèrdues, el que les cames no em porten, perdo memòria, ara he d'anar al metge, he de prendre pastilles, però la soledat és un dels temes que fa plorar més a les persones grans. Hi ha un petit detallet, en un grup, jo sempre ho explico, una senyora ho explicava, són uns grups de treball

psicoterapèutic que ens reunim setmanalment i aquestes persones parlen de tot el que els hi acudeix, es parla de tot i estan orientat per un psicòleg i a vegades h ha un metge, una infermera observador i són persones derivades pels seus metges, no us parlo de Montserrat, per ubicar-me, del treball en vellesa. Una de les pacients deia: “yo, cuando estoy en una comida familiar y están hablando y yo quero decir algo, me dicen, shhhhh..” No sé si us impacta, però a mi em va impactar moltíssim, en el grup ens va impactar moltíssim perquè clar, en els avis els veiem en una cadireta posats allà, en una zona o a vegades posats de cap de taula però no sé si se'ls escolta o si se'ls mira prou. Llavors aquest detall de shhh ostres, dèiem aquí en el grup no farem shhh si no que fem ... la possibilitat de parlar més, la possibilitat d' expressar-se més. Com que aquest treball de la vellesa el vam orientar des d'una visió psicoanalítica de dir ara entrarem en les ansietats, les defenses, de com entendre tot això, això està molt bé però el que ens vam adonar era que, i us ho deia respecte la soledat, el que era important per les persones que venen a aquets grups, després es sentin que es poden vincular a altres grups, la vinculació que aquelles persones que venen i que acaben les 39 ó 40 sessions, que després estiguin molt interessades en anar a recursos del barri o recursos que sorgeixin del mateix treball del grup, que entre ells puguin fer grups, de vegades ens diuen... una pacient ens deia: “Mire, ¿este grupo se acaba aquí, doctora?, ¿se acaba aquí?” sí perquè aquest grup té un inici i un final, també és important que tingui un inici i un final perquè ens acostem a un final i es pugui treballar la pèrdua però ells es poden organitzar. I llavors us deia que aquesta pacient deia: “Vamos a hacer un escrito y a quién hay que presentarlo, al coordinador de la ABS, para que nos alargue el grupo”, llavors es van organitzar i van escriure tot una carteta perquè els hi seguissin el grup, però el grup s'acaba i es comença un altre, però dintre del grup es van organitzar es van donar els papers, amb els seus telèfons. I aquest any, per exemple, en un grup a l'àrea bàsica de Manso teníem la persona més jove que tenia un 69 anys, tenia un EPOC i anava amb un carrito i aquesta era la més jove, i la més gran tenia 89 i la més jove era la que estava pitjor i es van organitzar entre totes, per quedar i fer un grup just al bar de sota de casa d'aquesta senyora que té 69 i que té dificultats per sortir. L'altre dia me'ls vaig trobar, que em vaig anar a despedir dels metges, i una d'elles em va dir: “Ya hemos empezado a reunirnos en casa de tal” i fan un grup. Altres han contactar amb la treballadora social de la zona per vincular-se a grups d'altres tipus. Us ho deia respecte la soledat, em sembla que ha estat un dels descobriments que van fer en aquest treball. Aquest treball ens ha donat per descobrir moltes coses i per aprendre i per seguir aprenent.

Tinc una mica el treball de la vellesa que veieu que és el hem vist, que és molt important els vells conflictes emocionals, sobretot els vells que ens fem grans i que nens sentim

ressentits perquè la meva germana em va dir, em va fer... per aquestes coses que ens acompanyen de vegades i això és una dificultat, dissoldre alguns ressentiments. Hi ha una cosa important en l'acceptació sincera de les noves generacions, això és una cosa que ens trobem en els grups moltes vegades es parla que estos joves que están todo el día con el móvil, que no em fan cas,estic en el metro i ningú s'aixeca... poder o ara la joventut com són abans no érem així , poder acceptar i poder viure aquesta joventut o aquests joves que viuen d'una manera diferent i com ens podem acostar, a lo millor també, vaig tenir una persona gran que va dir: "No vindré en el grup durant tres sessions" i jo vaig dir: "Home però es va comprometre a venir al grup", jo enfada eh, i em diu: "No, és que m'he apuntat a un curs de lectura del mòbil" i jo vaig pensar, calla, que això és el que ens interessa, deixa de venir al meu grup, després va tornar, però vam poder veure que era molt important per ella apuntar-se a un grup del mòbil clar, jo hagués volgut que el fes al final, que acabés el grup, però vam poder acceptar això.

Sobretot és molt important com a objectius que poguessin obrir-se amb altres grups, desenvolupar estils de vida més actius i més saludables, que no es quedessin tant a casa, augmentar l'autonomia i també la capacitat de la dependència saludable, allò que us deia.

Sobretot també la nostra tasca de treball amb la vellesa era un mica lluitar contra la desconexió i la desvinculació. Ara parlava també amb una persona de vosaltres, que una de les coses que hem vist és que a vegades a la vellesa es donen moments de desconexió, que són confosos de vegades amb processos de demenciació, a vegades de seguida mira, ara, aquesta persona, mireu una mica perquè a vegades són defenses que un es defensa enfront a les ansietats i acaba desconnectant. Aquell avi que li dius shhh doncs acaba desconnectant i no està a la taula escoltant bé el que s'està dient o acaba preferint quedar-se a casa. Teníem una pacient molt enfadada que deia: "Yo el fin de año lo celebro en mica sa yo sola me tomo las uvas y la copa de champange y me pongo a dormir". Es desconnectava també de la vida familiar, no acceptava, enfadada perquè no li feien el cas que ella volia, deixava de sortir el dia de cap d'any i es tancava a casa seva desconnectada i ressentida i si el grup pot mostrar-li això, que no sigui només un professional, veure-ho amb d'altres persones doncs... veure la desconexió a vegades com una manera d'enfrontar-se a alguna cosa com molt ansiolític, molt ansiós. Intentar disminuir les queixes somàtiques i psíquiques en el sentit que a vegades les persones grans, els vells, són persones hiperfreqüentadores, que diuen els metges a les àrees bàsiques, si podem disminuir això, que vinguin més les grups i menys als seus metges, que funcionen molt bé, els metges de capçalera són els que recullen tot això i fan aquesta tasca i nosaltres hem tingut la sort, que aquest

programa es pot dura a terme gràcies a que els metges i les infermeres de les àrees bàsiques ens han fet una molt bones derivacions d'aquestes persones i estem molt connectats amb ells. Jo gràcies al treball que han fet a Manso, a Numància, en Carles Ribes, jo estic encantada amb ells. També la disminució dels conflictes intergeneracionals, els conflictes amb els fills, una de les coes que em sap més greu però no es pot resoldre tot és que en aquests grups el que es veu és que una cosa molt difícil i que tenim una tasca molt important els professionals és de poder ajudar a resoldre els conflictes amb els fills i em sap molt de greu haver-ho vist i haver vist que és difícil perquè el conflicte aquell de "El meu fill no em truca, fa dos setmanes que no em truca" el grup li diu i tu per què no el truques, els avis enfadats amb els fills, els fills enfadats amb els avis o que no estan molt pendents dels avis perquè tenen moltes coses, estan molt ocupats, però el dia que em venen a veure estic content, estic amb ganes, aprofitem aquell moment. Aquest conflictes amb els fills, amb les generacions més joves és molt difícil, veure que els avis, els vells, poden tenir una part activa en la resolució dels conflictes, no ho deixi en el fill, que no sigui el fill que resolgui el conflicte, el resolem nosaltres anem nosaltres, truquem nosaltres. Quan ve d'un company de grup és molt important que l'altre li digui, truca'l tu, ja l'has trucat, ja has anat...

Aquí unes frases sobre la vellesa, que són molt maques.

Tem la vellesa perquè mai ve sola, aquesta frase ja té uns quants anys i és actual.

Dit en cristià, a les velleses es fan les bestieses. Aquesta es molt recent. Sortia al diari.

Los viejos desconfían de la juventud porque han sido jóvenes, de Shakespeare.

El viejo no puede hacer lo que hace un joven, pero lo hace mejor.

El hombre no es viejo hasta que empieza a quejarse en vez de soñar.

Y ahora sí ya os pasamos a presentar la residencia Montserrat.

Hay una frase que la tenía apuntada que decía una paciente, doctora les camas no em porten però vinc aquí amb el pensament, això una pacient dels grups, el treball amb la vellesa és ajudar a pensar també.

Esto es Sant Boi y el Parc Sanitari incluye todo, que es el nuevo edificio que es un hospital general y todo el perímetro es el que en sus años fue el manicomio, pero ahora es el Parc Sanitari y Montserrat sería este edificio.

Pensar que ellos han pasado de una situación de un pabellón donde habían 100 personas viviendo, donde salen las fotografías del pasillo, habitaciones que no eran individuales, eran salas donde dormían 30, 40 personas, a pasar aquí que son



habitaciones individuales con cuarto de baño, individuales sin cuarto de baño y algunas dobles, ha sido un gran cambio. Como veis, ahora la residencia la edad media es de 75 años, muchos de los edificios del Parc Sanitari son mixtos, pero este como llevan tantos años juntos, siempre por los antecedentes históricos sólo son hombres, porque las mujeres las atendían las hermanas que las tenemos al lado, las monjas. Llevan la mayoría ingresados desde pequeños, se conocen de toda la vida y ahora se han sumado en esa nueva residencia Montserrat dos pabellones, el que era San Agustín y Sant Ricard, pensar que los hermanos de San Juan de Dios, a todas las unidades, a todas las residencias les ponen nombres de santos. Y aún en la actualidad, a pesar que son mayores, 10 de ellos aún trabajan en el centro ocupacional montando estas piezas, esto viene totalmente desmontado en cuatro piezas, son las tapas que sujetan las tapas al inodoro y acaba siendo este producto que se lleva a la Roca, la fábrica Roca. Y lo que es más importante, no estamos en una residencia, estamos en su casa. Siempre intentando mentalizar que es su casa, que tenemos que tratarlos, cuando vienen visitas a nuestra casa, con respeto, preguntando todo anticipadamente. Això de su casa ho hem posat així en negreta perquè ens ha semblat molt important també jo penso que avui heu dit alguna cosa sobre l'atenció domiciliària, els programes d'atenció domiciliària, aquets usuaris de Montserrat, casa seva es aqueta, surten només el cap de setmana quan algun familiar el ve a buscar, si és que estan encara vius, perquè molts d'ells, els seus germans són molt grans o els seus pares estan morts o estan amb moltes dificultats L'altre dia va venir un germà de 87 anys a veure el seu germà de 90 i va donar la casualitat "he venido porque sabía que estaba usted el jueves" i llavors ens vam reunir els tres i m'explicava que Justo, està amb nosaltres, quan sortia, ara ja no pot sortir perquè no hi ha possibilitats, quan anava a casa, al cap de dos o tres dies volia tornar, quan passava el Nadal als dos o tres dies, volia tornar a la residència perquè es posava neguitós i ho demanava, aquest significat que té això que és casa seva. Aquí us hem fet l'organigrama perquè veieu que el nucli, on està aquesta residència, hi ha una atenció sempre hi ha la coordinadora de l'àrea, la supervisora d'infermeria, però els que estan sempre són el psiquiatria, el psicòleg i un metge internista. El metge internista ve cada dia i els veu a tots i a més a més, perfecte, joestic encantada perquè podem parlar una bona estona, molt bé,estic encantada. Després les infermeres i els auxiliars, us he de dir que jo demano sempre ajuda perquè infermeres i auxiliars i bàsicament són les que estan treballant contínuament amb ells, matí, torn de tarda i nit i els coneixen moltíssim, la sort i tenen un lligam i fins i tot tenen uns auxiliars que són els referents, amb els que se n'ocupen de la roba de cada usuari, cada usuari té la seva auxiliar referien que s'encarrega de tot el que ell necessita. Després l'educador social, que és la Mercedes i diversos integradors socials i monitors que fan diferents tasques que si ens donen temps

ja en parlarem. Que estan totes organitzades i que intentem millorar-les, canviar-les, en funció del que necessiten. I després una sèrie de professionals externs, que són voluntariat que us ho hem assenyalat perquè veieu que tenen una atenció de tot aquest personal.

Els objectius assistencials que hem assenyalat tres, però són els que jo he assenyalat com els que m'agradaria aconseguir i m'agradaria seguir treballant, però podem passar-los. El primer té a veure amb la convivència i el foment de les relacions interpersonals i socials. Entre ells tenen relació però les relacions dependrà una mica, son relacions històriques en funció de la convivència que hagin tingut i m'agradaria fer una mica més de treball grupal i això ho anirem fent, si Dios nos da la vida i el tiempo que tengamos. Aquí veieu un dels patis i una auxiliar com està amb una de les persones de Montserrat.

El segon objectiu és l'atenció en salut mental, intentem tenir un espai amb els 52 usuaris, les 52 persones que estan a Montserrat, intento tenir un espai setmanal d'atenció individual, jo tinc un despatx a dintre de Montserrat , intento en el despatx estar-hi per si necessiten un informe i la tasca que presentem avui, intento sortir el màxim possible, perquè sortir vol dir queestic a un despatx i fora hi ha les dependències dels usuaris, intento passejar-me i estar sempre allà, que em vegin i jo veure'ls, perquè és important mirar-nos. Aquesta és una sala d'activitats que fan variades i després activitats dintre del procés residencial seria des del punt de vista més psicològic, la planificació de l'atenció residencial i atenció a la salut, atenció i seguiment dels pacients i les famílies, intentem tenir el contacte tot el que puguem amb les famílies, perquè hi ha molts usuaris que ja no tenen família o bé que les famílies que pel que sigui tampoc venen molt a veure'ls però sí intentem reprendre el contacte i la coordinació amb tot l'equip residencial, fem una reunió setmanal, aquest equip que us he assenyalat, psiquiatre, psicòleg, les auxiliars que puguin venir i dels dos torns per parlar bàsicament de l'atenció.

Me hacía gracia reflejarlo de cómo ellos habían vivido en estas habitaciones que yo la había llegado a ver y conocer a este otro modelo, ahora ellos están encantados, porque ellos pueden poner todas sus fotografías, que les vamos cambiando cada vez que nos lo demandan o le hacemos una nueva.

A la residència, tota la part aquesta de derivació, accés, acollida, i valoració i diagnòstic, tot això ja està fet, perquè són persones que estan a dintre i el que ens hem d'ocupar és bàsicament del número 4. L'atenció centrada en la persona i aquí veieu que en la nostra residència, les altres que es contemplen són perquè es moren, però és una cosa que hem de treballar i amés ara per exemple, tenim una situació que hi ha dos usuaris

en una situació de coma i l'altre ara us explicaré el cas, però... farem referència al tema de casa seva, ara m'acabo d'en recordar, perquè aquesta persona en estat de coma, està ingressat en la nostra residència, tot i que tenim l'hospital general i que tenen qualsevol cosa i els deriven a l'hospital general que no està ni a deu minuts, està a 1 minut en ambulància, 5 minuts en cadira de rodes o 10 minuts al seu pas caminant, estan totalment atesos, però en una situació així, això és casa seva i les auxiliars accepten, volen, demanen, i ells també volen tornar, perquè quan els hem anat a veure a una hospitalització, intentem anar a visitar-los sempre quan estan hospitalitzats i estar una estona amb ells, però demanen tornar a casa. Això què suposa, que les auxiliars, les infermeres i tot l'equip a lo millor estar una mica trasbalsats perquè l'ansietat de la mort apareix allà i com la treballem i l'hem de treballar entre tots, ajudar i sostenir aquesta situació. Aquesta persona està ara a la seva habitació, atesa, no podem estar sempre un auxiliar en tot moment, tenim voluntaris i l'altre dia em deien, si se muere solo, bueno morirse i néixer, ens morim sols però estem a casa, estem cuidats, sabem que estem allà, és important.

La planificació de l'atenció centrada en la persona, sempre és important entendre que tot el treball que intentem fer és sobretot, centrat en la persona que tenim allà, en los gustos y preferencias.

Yo me acuerdo por ejemplo de hace, no hace muchos años, hará 15 o así, que salíamos de vacaciones y nos íbamos todos juntos a casas de colonias, pedíamos dos camiones del hospital, un autocar y ala, todo el equipo se trasladaba a la casa de colonias, pues hoy en día, aunque te las piden, es inviable porque si conocéis las casas de colonias son literas, ahora lo hacemos son pequeños grupos, aprovechamos la red asistencial de los hermanos de San Juan de Dios y nos vamos a las comunidades de los hermanos, en grupos pequeños, de 6 en avión a Mallorca, con 6 a Granada, con 6 a Zaragoza y ahora ese tipo de vacaciones, lo agradecen mucho más porque son muchos más personalizadas y les preguntamos qué queréis hacer y qué opciones hay y esperan el verano como... a ella le llamó mucho la atención este verano cuando le dijimos nos vamos de vacaciones y se quedó un poco trasbalsada, cómo, con abuelos de 80 años.

Tenemos que decir con abuelos de 80 años algunos no van poder-hi anar i encara estan una mica disgustats perquè això. Hi ha una cosa molt interessant, que tu em vas explicar, lo de los muros, lo de la caiguda del muro, perquè això va suposar també un canvi. El primer dia que vaig entrar a Montserrat, havia un usuari que crida, s'enfada, està molt enfadat i és perquè li havien retirat la possibilitat de sortir lliurement perquè un dia es va perdre, això estava apuntat, s'havia perdut, llavors ell estava molt enfadat

perquè és una persona autònoma, que pot sortir perfectament, físicament té totes les possibilitats, mentals, podia sortir, i estava molt enfadat i fue mi primera caso, el de Tonino, que jo em vaig quedar i per què no pot sortir i mirant em van dir és que es va perdre i va haver-hi... esbrinant no es va perdre, va arribar més tard, va arribar més tard a la clínica i va haver-hi l'ansietat, la preocupació de què ha passat. Anem a veure, llavors es va parlar de si havia tingut un dèficit cognitiu, si no tot això va requerir un procés, però aquesta persona torna a sortir lliurement pel parc perquè tú me explicaste que para abrir el hospital a la comunidad para que fuera más visible a la comunidad, es van literalment, se rompieron los muros.

Cuando era el estilo manicomial, sólo se entraba y se salía por una puerta, y en esa puerta era un control de acceso que había un equipo de seguridad, un conserje, que se los conocía a todos porque llevaba tantos años trabajando como yo y el que quería salir tenía que llevar como un pase firmado por su terapeuta. El hecho de pasar a formar parte del Parc Sanitari comportó que el parque de abajo estaba abierto, desprotegido de esos muros y hay como 4 sitios por donde salir, los que han vivido allí toda la vida, que eran abuelitos y que se conocían perfectamente el recorrido por dónde ir supuso esto una señal de alarma, que ya no sabían regresar, entonces lo hicieron como medida de seguridad, lo que hicieron es que las puertas de la residencia se cerraban y solo puede salir el que tiene permiso para ello, pero ahora desde la propia residencia. Y hemos encontrado abuelos de la residencia que antes salían cuando querían a tomarse una café en la cafetería y que nosotros mismo les hemos limitado, ahora ya no quieren ni salir, les tenemos que acompañar, hemos creado un miedo innecesario. Rompes un muro, pero pones otro. Una de les preocupacions que tenim. Esto se ha paliado con un grupo potente de voluntarios y con las fundaciones que os ponía antes Marta, FAD y PADDKOC y que son acompañantes programados que previamente paga el usuario, pero claro no los conocen, yo me acuerdo que salgo fuera a desayunar, fuera del perímetro, porque mis compañeros son fumadores y observaba como uno de los de acompañamiento programado se miraba al usuario mientras el otro tomaba su café con leche y su croissant y digo, qué mal me sabe porque no le está hablando, debe pensar que es sordo o mudo y a la tercera vez voy y le digo, no hablas con él, dice ah, es que pensaba que no hablaba, le dije dale el Periódico y dile que te hable de fútbol, desde entonces tiene conversación, los lunes de cómo ha ido la liga el fin de semana, pero si tú no le das información a esta persona externa, pues se piensa eso, que está sordo o mudo, nadie le dijo que sí que sabía hablar.

## **Anna Miñarro, Psicòloga Clínica i psicoanalista de Talaiar Salut**

Donar les gràcies, molt, molt i molt, a l'Associació de Familiars de Malalts Mentals de Nous Barris perquè sense ells no hauríem pogut arribar a on hem arribat, per tant és una agraïment i és també un homenatge per la lucidesa, pel seu treball inesgotable i sobretot per l'immens ensenyament, constància i perseverança amb el que ens han pogut obsequiar durant 18 anys. Això realment es un regal absolutament que no podem apreciar de millor manera.

Bé, tot seguit, el tema triat avui sabeu que durant 18 anys hem tingut temps de recórrer i molt la infància, l'adolescència, la prevenció, la discapacitat, però mai no havíem treballat un tema importantíssim i jo quan rumiava com van començar aquestes jornades, tenia present el pare del pacient que en aquell moment jo estava acompanyant, que tenia llavors 17 anys, i aquell pare del pacient permanentment es queixava de que nosaltres necessitem ajuda, però a part de queixar-se de que necessitaven ajuda, necessitem ajuda formativa, necessiten entendre què li passa al nostre fill o la nostra filla i vosaltres, es referia las professionals, sempre organitzeu simposis i jornades en els que parreu amb una jerga, amb un vocabulari, que nosaltres no coneixem, i aquell dia jo li vaig dir, això té una solució ràpida i la solució ràpida és que les jornades també les organitzeu vosaltres i aquest és l'origen d'aquestes jornades. És a dir, que un grup de pares que patien en aquell moment, van decidir que ells també s'autoritaven a organitzar unes jornades que permetessin parlar del que a ells els hi interessava, que era exactament el mateix que a nosaltres. Clar, el pacient que jo atenia, encara que sóc molt jove, però el pacient que jo atenia quan tenia ell 17 anys, ara en té 39, amb la qual cosa realment és molt impactant, i veure també el procés que ha seguit. Tot seguit, això ens va fer pensar que el tema que avui podríem portar és el tema de la salut mental i la bellesa. És a dir, què ens passa, quan d'alguna manera, ens anem fent grans i com se'ns ha d'atendre i també què passa a partir dels 65 anys. És per això que llavors, vaig pensar que convidaria a dues persones expertes i que treballen cada dia amb la salut mental i amb les persones que es fan grans amb problemes de salut mental. Tan és així, hem vist fotos a fora de Sant Boi i elles mateixes s'encarregaran de dir-nos, de transmetre'ns que no és veritat que les persones amb problemes de salut mental moren molt aviat, perquè resulta que les dues tenen en aquets moments pacients que tenen 94 anys el més gran, per tant, vol dir que és un tema del qual obligatòriament havíem de parlar algun dia, sobretot perquè tots plegats ens anirem fent grans també.

La primera que intervindrà serà la Mercedes Sainz, ella és educadora social, des de l'any 84 treballa als serveis de salut mental del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu, és

educadora social i coordinadora de les activitats que realitzen a diferents residències del parc i que està situat a Sant Boi. Coordinadora també de l'equip d'integradors socials i a més, és educadora social de la residència Montserrat, que és on treballa durant més estona. La intervenció, que la faran a quatre mans i l'han preparat a quatre mans i dos cervells, també la farà conjuntament amb la Marta Lleonart, la Marta és psicòloga i psicoanalista, fa pràctica provada també i és psicòloga del SEMSDI que és l'atenció a la discapacitat. És psicòloga també del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu i psicòloga a la residència Montserrat, com la Mercedes, és membre i docent de IPSI, formació psicoanalítica, col·labora també amb Sant Pere Claver, al programa d'atenció i de prevenció de la bellesa, això des del 2009, és psicoterapeuta psicoanalítica grupal per gent gran en diferents àrees bàsiques a Barcelona, coordina també seminaris, d'experiències de treball grupal, té diversos articles publicats sobre bellesa i treball amb grups psicoterapèutics d'orientació psicoanalítica, elles dues, com us acabo de dir, formen part del personal assistencial de la Clínica Montserrat del parc Sanitari.

Jo volia fer dues referències, com que la Marta ha parlat tant del Pere Folch Mateu, el que cal dir, que tenia 90 anys i que molta gent li tenim molt de carinyo i fins i tot va ser capaç de decidir que seríem psicoanalistes, en aquest cas, a més, va ser el meu primer analista, o sigui que el meu agraïment és important, però jo diria que conjuntament heu parlat d'higiene mental i conjuntament amb l'Emili Mira, amb l'Àngel Garma i amb el Eduard Zusquelles, que això connecta directament amb els pacients que ens parlen elles, són tot un seguit de professionals, que ja havien fet una molt bona feina abans i durant la segona república, que es van trobar amb un treball en salut mental totalment tallat, totalment tallat que va fer anys enrere, moltes de les coses que ens deia la Mercedes ara, és com retornar anys enrere a tota aquella situació sinistra en salut mental, que ha costat molt de temps. És una mica com que el que ens deia la Bea, aquest matí, com que lo d'abans connectava una mica amb les reivindicacions que fèieu vosaltres ara. Escoltant-los també i veien que hi ha pacients de 94 anys, a mi em feia pensar que i amb aquests diagnòstics de oligofrènia, d'imbecilitat, etc, que sabem que després s'han convertit i es van convertir en, directament en insults, també em feia pensar que les anamnesis, possiblement no les han trobat només han trobat una fitxa amb un nom, oligofrènic o esquizofrènic, o el que sigui i jo pensava que clar, un senyor de 94 anys i això connecta amb moltes de les coses que s'han dit a la primera taula. Un senyor de 94 anys, com sabem i tots aquests que havien estat nens en un moment determinat, com sabem que no eren persones sanes i que com a conseqüència de les catàstrofes política, per una banda i social per l'altra, van emmalaltir i algú va decidir que

se'ls havia d'internar i se'ls hi ha malbarat la vida in eternum. Per mi això em sembla que és molt important. Cal dir que la paraula higiene mental és precisament de l'Emili Mira, que com sabeu és un senyor que va haver d'exiliar-se pel maltractament franquista. Per tant avui jo voldria aquesta, que és la darrera intervenció tornant-nos a felicitar, perquè celebrem aquestes 18 jornades i perquè ens hem anat veient durant aquests 18 anys, s'han anat creant doctrina, s'ha anat creant intercanvi, que ens ha permès fer millor la nostra feina, com deia l'Anna Carrillo en la seva intervenció, durant la resta dels dies de l'any. A mi, pot ser un aspecte que m'interessa més remarcar, és que sent capaços de crear entre tots, però professionals, familiars i també pacients, hem sigut capaços de construir un fill vermell que s'estén també a la nostra teoria, a la nostra teorització, des de que vam inaugurar aquestes jornades fins a avui i que ara les tancarem, és per aquest motiu que vull sumar-me a la continuació natural de les meves intervencions que he fet durant 18 anys, per tant, deueu estar cansadíssim d'escoltar-me. A las primeres jornades, de fet, ja vaig parlar dels 5 aspectes fonamentals que calia tenir presents en el tractament de pacients amb una malaltia greu, recordareu probablement alguns, que parlava en primer lloc del tractament farmacològic, en segon lloc de la psicoteràpia personalitzada i continuada, en tercer lloc de l'activitat laboral adaptada a les necessitats de cada pacient, m'ha agradat molt saber molt saber que en el Roca de casa meua, tinc una cosa feta per un pacient, en quart lloc de l'activitat física i finalment i cinquè, del treball de suport psicoterapèutic i d'assessoria a familiars de pacients amb salut mental greu. Altres anys, em vaig estendre en diferenciar el conjunt de conceptes del que se'n parla molt i s'usa molt malament, com promoció de la salut, prevenció, predicció, curació i finalment rehabilitació, perquè un cop definits vaig aplicar-los a l'anàlisi de la problemàtica de la salut mental a Catalunya avui. Tot seguit, aquest any, demostraré que la qüestió de l'atenció integral del malalt mental es pot aprofundir encara molt més avui. Si agafem el diccionari de la llengua catalana trobarem que la paraula integral vol dir que comprèn absolutament totes les parts o tots els elements que una cosa pot tenir, aquesta definició però, no és completa, no és completa pels nostres interessos, pels interessos de tots els que estem aquí, descuida almenys un element important i si tornem a consultar el diccionari, afegeix un aspecte que no és gens banal, dit de les parts no essencials que entren en la composició d'un tot, podia semblar que avui us vull col·locar en un territori etimològic o de semàntica, però és així, estic presentant el caràcter ideològic que s'amaga darrera del mot integral, sobretot quan l'apliquem a l'atenció en salut mental. Quan la salut mental queda reduïda a donar medicació i oblida les altres potes que ha de tenir el tamboret de l'atenció psiquiàtrica integral, no es compleixen les condicions que assenyala el diccionari i es una mica el que deia la primera taula, la llei diu una cosa però a l'hora de la veritat, les coses

funcionen diferents. I aquesta és un qüestió fàcilment comprensible per a qualsevol persona que hagi participat en aquestes jornades. La cosa però, encara es complica més quan agafem la definició d'en Pompeu Fabra i ens enfrontem al mot essencial. La definició ens parla de les parts no essencials que entren en la composició d'un tot, el problema és, qui és qui defineix en el cas de l'atenció psiquiàtrica el que és essencial i el que no i torno ara agafar la Bea per escoltar-la i per dir qui ho ha de decidir, ja ho sabem qui és qui ho ha de decidir. En el cas de la salut mental, els aspectes citats són tots ells essencials, els cinc aspectes són essencials, perquè si qualsevol d'ells falla, el tractament serà incomplet i acabarà fracassant i això els que tenim uns quants anys ho anem veient continuadament. Tenim ben clar, els que som aquí, la idea en el cap, que l'atenció integral és justament l'aplicació concreta en cada pacient dels cinc elements, el problema actual és que hi ha un aspecte que per molts és, per dir-ho amb mots estrets d'Orwel, més essencial que els altres, que és, també ho deia la Bea abans, que és l'ús dels psicofàrmacs, que ha anat derivant en aquest ideologia que els mitifica, els col·loca en una situació denominada fàrmacocentrisme. Ella proposava reduïm els fàrmacs i tindrem mes professionals. I que funciona en funció dels interessos de les grans corporacions farmacèutiques i multinacionals, cal reiterar la íntima relació entre el fàrmacocentrisme i les polítiques neoliberals, encara que ara ell no hi és i que ell no volia sentir això, però jo crec que sí que hem de fer el vincle entre aquestes coses, que venen aplicant-se de forma que cada cop es més agressiva en tots els àmbits, salut mental inclosa. El pes del fàrmacocentrisme ha derivat, ha difuminat tant els altres punts, que pràcticament els ha esborrat també si són essencials. Per dir-ho ras i curt acceptada la importància dels psicofàrmacs, que avui en dia ningú discuteix, ha arribat l'hora de lluitar perquè la resta d'elements adquireixi la importància que realment tenen. Les persones implicades, com ens deia també la Bea, trobem que falla avui, la poca quantitat de recursos que destinen a facilitar de manera estructural la realització dels punts restants, i per mi, un dels primers seria els professionals que realment falten en les àrees d'atenció. Tots ells, requereixen d'una multiplicitat d'esforços que van des de l'articulació de pressupostos adequats a la formació de professionals, també ens adonem, la manca de formació. Una cosa ha de quedar ben clara, mentre no separem la paret de vidre del fàrmacocentrisme, no solament estarà en joc la cura dels pacients is no també la seva integració social. Si tornem al diccionari de la llengua catalana, trobarem què vol dir integració, i ens diu que integració és el procés en què una societat assimila els elements que li són heterogenis. Per tant, com la societat pot introduir i assimilar a marginats, a immigrants i per descomptat també als pacients en salut mental. Aquí no estem massa lluny de veure que podem incloure també allò que deia el psiquiatre del règim Vallejo-Nájera. Els quatre punts restants es relacionen de manera directa justament amb la



integració social dels nostres malalts i és per aquest motiu que hem de dedicar molts esforços econòmics, tècnics i teòrics a explicar el caràcter essencial dels cinc elements que venim citant. Cal recordar encara més, que tot tractament, per llarg que us sigui, i els tractaments en salut mental solen ser llargs, són pensats en l'evocació del seu acabament que serà una etapa més o menys llarg en la vida del pacient que començarà amb un diagnòstic que anirà canviant, com també ens deia la Bea abans i que ha de culminar obligatòriament amb el seu retorn als seus àmbits de la vida quotidiana. Allò que ha de caracteritzar el treball terapèutic és la seva transitorietat i de la importància d'aquesta transitorietat, ja en van parlar els hipocràtics, no és una cosa nova. Precisament, el que els quatre punts restants permeten fer si s'activen correctament sota una direcció terapèutica adequada és des del primer moment configurar una vida quotidiana provisional transitòria que ha d'anar facilitant el traspàs envers la vida quotidiana autèntica, aquella que haurà triat el pacient. Freud deia que tot allò que el pacient feia en la vida ho repetia en el microcosmos que és la consulta, podríem dir-ho inversament, tot allò que es fa en aquest microcosmos de la consulta, ha de poder aplicar-se a la vida quotidiana. La veritable integració, resultat de l'evocació per una atenció integral, en el sentit que l'hem definida s'ha d'anar construint dia a dia, cada dia, a partir de les capacitats que anem recuperant i de vegades construint cada un i amb cada un dels nostres pacients. Quan una persona d'aquestes després de molts mesos, com explicava la Marta ara, pot començar a anar a un aula taller o pot construir un taller o pot construir un taller o un grup fora els nostre, és en aquest espai a on se li configura un nivell de microcosmos allò que en un futur pot ser la seva futura integració a la societat o la integració laboral. Quan un pacient comença a fer esport, comença a posar les bases, no solament de mantenir una actitud i una salut física i psíquica si no també de crear un espai de trobada i relació fonamental pel seu equilibri psíquic. I no diguem quan un pacient pot començar una psicoteràpia adaptada a les seves necessitats. Cal doncs insistir en aquest punt. Sense atenció integral es fa molt difícil si no impossible la ulterior integració perquè el pacient no ha anat redescobrint, després de sortir de les negres boires de la seva patologia més aguda, els diversos contextos de la vida quotidiana. Per a què això passi és indefugible la creació d'aquesta vida quotidiana transitòria fundada en criteris terapèutics que abarquin la totalitat de la vida del pacient que lentament el traslladin a la seva condició d'ésser social i el posin en condicions d'exercir aquest rol amb absoluta plenitud. Tota activitat terapèutica, per integral que sigui, està obligatòriament obligada a sortir al carrer. Per tant, tot i saber que la salut mental total, total i incloc també als que no participen o no són atesos en espais de salut mental, sabem que la salut mental total és un miratge, però és un miratge per tota la comunitat, però hem d'intentar tendir bo i sabent que mai l'assolirem completament. Una

cosa però, que ens ha de quedar ben clara, que el lluitar per una atenció integral que participi d'aquesta vocació de transitorietat, envers la integració sense reduccionismes terapèutics i que un dia no llunyà, permeti que els nostres pacients, assolir una manera d'estar en el món, que realment només ells triïn.

Cloenda

### **Cristina Molina, Directora del pla director de Salut Mental i adiccions**

El que volia fer bàsicament és un agraïment per aquests 18 anys, com ha evolucionat, perquè jo he estat acompanyant aquests 18 anys, en aquestes jornades i com ha estat evolucionant aquest model d'atenció. Us deia abans, encara queda molt per fer, segur, moltíssim, hem de millorar molt, també, l'Anna ens feia una reflexió molt important, però jo crec que s'ha avançat molt, m'agradaria també poder fer aquesta mirada. Quan es va iniciar el paper de les associacions, les associacions i les famílies estàveu molt poc presents i va ser un impuls molt important en aquell moment, pel canvi que s'havia de produir en l'atenció en la salut mental i, sobretot per incidir en aquest model més d'atenció comunitària, de millorar els equips professionals, a millorar la qualitat, de tenir més presents a les famílies, l'atenció a les famílies i això va ser un canvi en l'àmbit de la salut mental que no va tenir retorn, cada vegada ha estat més potent el moviment de les associacions, ara en sou moltes a tot el territori de Catalunya i amb un paper molt actiu. Però ara fa uns anys, s'ha produït també un canvi del qual no hi haurà retorn, i és que ara el moviment, és el moviment en primera persona, és el moviment de les persones que pateixen aquests problemes acompanyats de les famílies, però el moviment de les persones, hem estat molts anys que els professionals, que les famílies, han estat les que decidien què pensaven, què era el millor per aquestes persones. Jo me'n recordo fa molts anys, d'alguna associació que va començar a dir, escolta nosaltres no volem que decidis per nosaltres, si no que decidis amb nosaltres i aquest és el canvi que en els últims anys s'ha produït amb aquests moviments en primera persona, Activament, Veus... cada vegada més present i això tampoc no té retorn, si realment ens creiem aquest model comunitari, vol dir que passa precisament per respectar tot l'àmbit de drets. Clar si parles amb un altre entorn, també deuen pensar, ostres, què fort no, demanar que respectin uns drets, això és com inherent i en canvi aquí s'ha hagut de lluitar molt i encara queda molt camí per fer. Però jo, que ja porto 14 anys en el pla director de salut mental, jo crec que s'han viscut moments de satisfacció molt rellevants i per nosaltres que el moviment en primera persona, hagi començat a participar del consell assessor de salut mental, del departament de salut, que hagi estat participant

activament i mai millor dit, amb els grups de treball de professionals, redefinint els models assistencials, perquè fins ara eren els professionals que es reunien i decidien què era el millor per atendre la psicosis incipient, què era millor per atendre o fer la prevenció del suïcidi o altres aspectes relacionats, ara gent representant de famílies i representant de moviment en primera persona estan formant part d'aquests grups i debatent amb els professionals què és el més adequat, com volen que se'ls atengui, quines són les seves necessitats. Jo crec que estem davant també de projectes que s'han desenvolupat importants, la Bea ens ha fet referència a tot el que estem treballant sobre el pla de decisions compartides, aquest és un element clau. Altres elements molt importants són els projectes que en altres països s'han fet i que nosaltres hem començat a dissenyar, que és el de suport entre iguals, com persones que tenen o han tingut un problema de salut mental que tenen una formació específica poden ser part també dels equips assistencials, ajudant a la recuperació de la persones, com un element clau, estem treballant com us deia abans, en el document de contenció zero, aquest és un altre element. Però també en models que ens facin, a ser possible, millorar l'atenció en aquest entorn comunitari, jo ara li deia a la dra. Paloma Lago, la satisfacció de que persones que estan aquí hagin explicat la seva pròpia vivència de com ha estat tractada la seva filla en el domicili. Jo ara fa poc, vaig estar a una xerrada i una persona amb un problema de salut mental em va venir i em va dir, quin encert tant important aquests programes d'atenció a domicili perquè és el professional sense bata blanca que ve a casa meua, que seu al meu sofà, que s'està una bona estona debatent, parlant de com em trobo però d'altres coses, que coneix el meu entorn. Això ara el que hem d'incidir, és perquè puguem desenvolupar-ho a tot Catalunya. També estem treballant en altres aspectes a nivell de les hospitalitzacions, per què les unitats d'aguts quan amb altres problemes de salut poden estar obertes tot el dia i les famílies i els amics poden anar i en salut mental no. Aquest és un altre repte que ens estem plantejant, tenir unitats obertes on les famílies, on els amics, on els voluntaris, puguin anar sense que hi hagi un règim de visites establert i aquest és un repte que començarem a treballar. Bé, tenim grans reptes, feia referència l'Anna al que realment, allò que és molt fàcil dir, és molt difícil fer. El model d'atenció integral, és un repte molt important perquè és veritat i jo moltes vegades ho he comentat, per exemple, en el programa de psicosis incipient que quan tractes un noi jove amb una psicosis incipient en el pla terapèutic ha d'estar el tractament farmacològic, el tractament psicològic i també el pla de com aquella persona s'insertarà o se l'ajudarà a insertar laboralment, per exemple. És veritat, encara queda molt camí per recórrer, perquè una cosa és l'àmbit sanitari, però també som conscients de les necessitats de l'àmbit social, de la vivenda, de l'habitatge, de lo laboral o de l'ensenyament. Però jo crec que sí, que hi ha tot un model i una consciència col·lectiva

de la major part dels professionals, que aquest és el model que hem d'anar desenvolupant. Jo crec que s'ha iniciat un altre revolució en l'àmbit de la salut mental, una època va ser l'antipsiquiatria, però s'ha iniciat una revolució que és aquest participació activa i aquests revolució s'ha de guanyar i aquest és l'element més important que, jo crec que petites accions que s'estan desenvolupant en aquest territori, anem fent taca d'oli, petites coses van sumant i per tant, l'esforç important que esteu fent les famílies i les persones afectades, és l'element més important i moltes gràcies perquè sé que és dissabte i que teniu ganes de cap de setmana.