



senyfundació
Schizophrenia Research Foundation

W o r k i n g P a p e r S e r i e s • S e n y F u n d a c i ó

ESTILS DE VIDA I ESQUIZOFRÈNIA

SENYWP03/04
Novembre 2004

SENY Fundació Privada, és una Fundació sense ànim de lucre, creada l'any 1996 amb el propòsit principal de promoure la recerca en esquizofrènia i en malalties mentals cròniques. SENY està inscrita en el Registre de Fundacions de la Generalitat de Catalunya i classificada com a Fundació benèfica de tipus Assistencial i Científica per resolució de 10-07-1996. Registre núm. 998

Per citar aquest document cal fer-ho de la manera següent: Gomà M, Roselló MJ, González J, Fàbregas J. Estils de vida i esquizofrènia. Barcelona. Working Paper Series SenyFundació. Novembre 2004.

Les persones interessades a rebre exemplars d'aquest document poden adreçar-se a:

SENY Fundació Privada
Diputació, 238 àt. 1a
08007 Barcelona
Tel. 93 302 30 10
senyfundacio@schizonet.org
<http://www.schizonet.org>

Edita: SENY Fundació

Disseny: Jordi Sans

Traducció i correcció: SENY Fundació

Impressió: SENY Fundació

© SENY Fundació Privada per a la recerca en salut mental.



senyfundació
Schizophrenia Research Foundation

W o r k i n g P a p e r S e r i e s • S e n y F u n d a c i ó

ESTILS DE VIDA I ESQUIZOFRÈNIA*

M. Gomà^a, M^aJ. Roselló^b, J. González^c, J. Fàbregas^d

^a Unitat de Salut Mental Sant Martí-Nord

^b Universitat Ramón Llull

^c Associació per a la Salut Mental Septimània SL

^d CPB-Serveis Salut Mental

SENYWP03/04

Novembre 2004

*El present document és una transcripció literal de les ponències dels autors en la jornada sobre estils de vida i esquizofrènia del passat 9 de juliol de 2004. L'ordre dels autors correspon a l'ordre d'intervenció en la jornada.

ÍNDEX DE CONTINGUTS

PREFACI I AGRAÏMENTS	7
ESTILS DE VIDA I ESQUIZOFRÈNIA (Programa de la jornada)	9
PRESENTACIÓ DE LA JORNADA	11
COMPRENDRE L'ESQUIZOFRÈNIA A TRAVÉS DE DALÍ	15
LA IMPORTÀNCIA DE L'EQUILIBRI A L'ALIMENTACIÓ	29
FUMAR I DEIXAR-HO: PER QUÈ I COM	49
ÀMBIT FAMILIAR I ESQUIZOFRÈNIA	75

PREFACI I AGRAÏMENTS

Em complau especialment presentar-vos aquest Working Paper de SENYFundació sobre Estils de Vida i Esquizofrènia. Aquest document és una transcripció literal de les ponències convidades a la jornada Estils de Vida i Esquizofrènia que va tenir lloc el passat 9 de Juliol de 2004 a CAIXAFORUM a Barcelona.

Vull agrair a totes les institucions que, juntament amb la nostra Fundació, van fer possible aquesta jornada de debat i comunicació social. Especialment a FECAFAMM i a CAIXAFORUM de La Fundació "la Caixa". Vull agrair també a totes les persones i professionals que han col·laborat en l'organització, presentació i intervencions de la jornada, així com a la posterior edició del document que us presentem. El meu agraïment, doncs, als ponents: Marta Gomà, M. Josep Roselló, Joaquim González i Josep Fàbregas per la seva generositat en compartir coneixements, experiències i per comunicar-les de forma tan efectiva. Als presentadors de la jornada: Pedro Gallo i Margarita Serrat. Als editors del document, especialment a Teresa Arnau, i al posterior treball de M. Jesús García, Sílvia Noguer i Gemma Escartin. A totes elles la meva sincera felicitació per una tasca ingent ben feta.

El present document fa ús d'un llenguatge directe, fruit de l'espontaneïtat de la comunicació oral. Hem procurat en tot moment ser fidels a aquesta espontaneïtat. Crec que el seu contingut serà de gran interès per als malalts i llurs familiars, i que contribueix a que la malaltia s'entengui millor, s'abordi des d'una perspectiva més global, i que tingui en compte l'entorn del pacient, de la família, i els seus estils de vida.

Finalment, voldria agrair l'assistència a la jornada de tots els familiars i afectats. Sense elles i ells aquesta jornada no hagués tingut sentit.



Jordi Masià Mas-Bagà
President
SENYFundació

ESTILS DE VIDA I ESQUIZOFRENIA

Lloc: CAIXAFORUM de La Fundació "la Caixa"
Av. Marqués de Comillas, 6-8. 08038 Barcelona

Data: 9 de Juliol 2004.

Entitats organitzadores: SENYFundació i la Federació Catalana de Familiars de Malalts Mentals.

Col·labora: Fundació "la Caixa", Fundació ADANA.

PROGRAMA

- 9:30** **Presentació de la Jornada**
Dr. Pedro Gallo
Director SENYFundació
Sra. Margarita Serrat
Presidenta FECAFAMM
- 9:45** **Comprendre l'esquizofrènia a través de Dalí**
Sra. Marta Gomà
Psicòloga i Investigadora
Unitat de Salut Mental SantMartí-Nord
- 10:15** **La importància de l'equilibri a l'alimentació**
Sra. M^a Josep Roselló
Cap d'Estudis de Nutrició Humana i Dietètica
Escola Universitària d'Infermeria i Fisioteràpia Blanquerna
Universitat Ramon Llull
- 11:15** **Pausa Cafè**
- 11:45** **Fumar i deixar-ho: perquè i com.**
Dr. Joaquim González
Director Gerent
Associació per a la Salut Mental Septimania SL
- 12:45** **Àmbit familiar i esquizofrènia**
Dr. Josep Fàbregas
Director General
CPB-Serveis Salut Mental
- 13:15** **Cloenda**

PRESENTACIÓ DE LA JORNADA

Dr. Pedro Gallo
Director de Seny Fundació

Bon dia a totes i a tots,

Em dic Pedro Gallo, i com a director de SenyFundació vull donar-vos la benvinguda a aquesta jornada d'Estils de Vida i Esquizofrènia.

M'acompanya a la taula la Sra. Margarita Serrat, Presidenta de la FECAFAMM (Federació Catalana d'Associacions de Familiars de Malalts Mentals), entitat que co-organitza amb la Fundació SENY aquest acte. Ella tindrà també molt de gust en adreçar-vos unes breus paraules introductòries.

Jo també seré breu.

La Fundació SENY neix al 1996 amb l'objectiu de promoure la recerca en salut mental, i en especial la recerca sobre esquizofrènia. Estem convençuts que la millora en aquesta malaltia passa per fer més recerca, per conèixer millor la malaltia, els seu orígens, els seus tractaments. Però, també és important conèixer el que suposa patir-la, tant per als malalts, com per als seus familiars. Així, si bé no ens dediquem a l'assistència d'aquests malalts estem a prop d'ells, de les seves famílies i dels professionals. La jornada d'avui n'és una bona mostra.

En aquest sentit, hem de fer tots els esforços possibles per tal d'apropar la recerca a la societat. La Marató de TV3, per exemple, riés una bona mostra d'aquesta implicació social en la recerca. Apropar la ciència a la societat no és solament una obligació dels científics i de les institucions que ens hi dediquem sinó, cada cop més, una clara demanda per part de la ciutadania. A la nostra Fundació estem convençuts que els llaços entre societat i ciència s'han d'enfortir, i actes com el que avui ens ocupa hi contribueixen especialment.

Per tant, el meu primer missatge és: **FAN FALTA MÉS VINCLES, MÉS LIGAMS, MÉS COMUNICACIÓ ENTRE EL CIENTÍFIC I EL CIUTADÀ, ENTRE LA RECERCA I LA SOCIETAT.**

El segon punt en el que voldria fer èmfasi té molt a veure amb aquest primer.

Perquè fer recerca? Bé, com veureu, les conferències sobre dieta i tabac programades per avui, malgrat fer ús d'un llenguatge planer, accessible per a tots i no solament per a uns quants experts, estan fortament arrelades en el coneixement científic i en la recerca. Les recomanacions que ens

faran els ponents són fruit dels esforços de molts anys de molts investigadors, entre els que ells mateixos es troben. Sense recerca no hi ha avenç en el coneixement. "REPETIMOS": Sense recerca no hi ha avenç en el coneixement. Per tant, responent a la pregunta que em feia al principi... Per que fer recerca? La resposta, tal i com va dir un dia un famós degà de Harvard, seria: Home, provin la ignorància...!

Finalment, perquè estils de vida? Bé, és una evidència que la salut de la població no depèn solament dels serveis sanitaris del país o de la ciutat on es viu. Hi ha un munt de determinants de la salut que s'escapen a l'actuació directa dels professionals sanitaris. La salut, la SALUT en majúscules, depèn de molts altres aspectes, i un dels més importants són els estils de vida, és a dir: la dieta, l'exercici físic, el tabac, l'alcohol, la son..... Hi ha altres determinants de la salut que també són importants com ara el nivell educatiu de la persona, els ingressos econòmics o les condicions de vida i de treball.

Així, hi ha un potencial enorme per millorar la salut a través de la intervenció o de l'actuació sobre aquests aspectes, especialment sobre els estils de vida. Avui, els oferim una sèrie de recomanacions en aquests sentit, tot tenint especial preocupació per l'entorn on es viu i on es conviu amb la malaltia.

Per últim, només em queda agrair sincerament la col·laboració de FECAFAMM en l'organització d'aquest acte, així com la participació també de la Fundació la Caixa, CaixaForum i la Fundació ADANA. Però especialment voldria **agrair-vos la vostra presència**. No solament és una **mostra de compromís** amb tot el que suposen les malalties mentals i en especial l'esquizofrènia, sinó **també de complicitat**, de complicitat entre la societat civil que representeu i la ciència. Moltes gràcies a totes i a tots.

Margarita Serrat

Presidenta de la Federació Catalana de Familiar de Malalts Mentals (FECAFAMM)

Moltes gràcies.

En primer lloc vull agrair a la Fundació SENY que hagi tingut la iniciativa d'organitzar aquesta jornada. No és la primera vegada que FECAFAMM col·labora amb vosaltres i, evidentment, no serà l'última.

Des de la visió de les famílies, l'intent de millorar l'estil de vida dels nostres familiars malalts és un repte importantíssim. Personalment, considero bàsic millorar la seva qualitat de vida ajudant-los en el seu enriquiment personal i facilitant-los les pautes a seguir perquè tinguin un comportament més sa.

Un dels perills que nosaltres les famílies sempre tenim present i ens preocupa força, són els efectes secundaris que la medicació comporta. Si bé és cert que amb els fàrmacs de nova generació aquests efectes han disminuït o, si més no, no són tan visibles, ens ha quedat per solucionar el problema de l'obesitat. Molts dels fàrmacs que estan prenent els nostres familiars afavoreixen l'augment de pes i si hi afegim que la majoria dels nostres malalts no són gens aficionats a l'esport i que tenen certa tendència a fer una vida sedentària, ens trobem que, entre una cosa i altra, acaben patint problemes d'obesitat.

Últimament he estat llegint treballs sobre aspectes de l'alimentació i he arribat a la conclusió que l'argument principal és el de mirar de canviar els hàbits alimentaris. Canviant la nevera de casa meva he aconseguit treure tot el que sobrava i he afegit tot allò que hi faltava. No és fàcil que una persona acostumada a obrir-la i a trobar-hi allò que més li agrada, de cop i volta, deixi de tenir-ho a l'abast. Però quan s'hi habitua, la millora és espectacular.

D'altra banda i aprofitant la commemoració del 2004 de l'any Dalí, serà interessant veure els seus quadres explicats per una experta, i poder-los interpretar des d'una visió diferent de la que estem acostumats.

Referent al tabaquisme, potser no sóc la persona més indicada per parlar-vos de la importància de deixar de fumar, però us puc assegurar que ho escoltaré amb interès i atenció.

I no vull allargar-me més. La Jornada és prou completa i profitosa com per fer-hi un gran debat. Tan sols agrair la vostra assistència, en especial a tots els que veniu de lluny. A tots, moltes gràcies per ser aquí i que passeu un bon dia. Moltes gràcies.

COMPRENDRE L'ESQUIZOFRÈNIA A TRAVÉS DE DALÍ

M. Gomà
Unitat de Salut Mental Sant Martí Nord

Pedro Gallo

Bé doncs, comencem sense més dilació amb la primera intervenció d'aquest matí. És per a mi un plaer presentar-vos la senyora Marta Gomà. És psicòloga i investigadora a la unitat de Salut Mental de Sant Martí-Nord. La seva intervenció no solament és oportuna perquè es celebren els cent anys de Dalí, sinó també és un plaer. És un plaer per la vista, és un plaer pels sentits.

Marta Gomà ens aproparà a Dalí i se'n servirà de la seva obra per fer-nos veure la malaltia mental i en especial ens farà algunes reflexions sobre l'esquizofrènia. Des d'un altre angle, des de l'angle artístic, ens descriurà com l'art pot estar en aquest cas al servei de la ciència, al servei d'entendre el que és la malaltia i com aquesta ens afecta.

Benvinguda Marta.

Marta Gomà

Amb el títol de la meua presentació és difícil saber de que va l'exposició. Serà una aproximació a la comprensió però, una aproximació des d'un punt de vista personal.

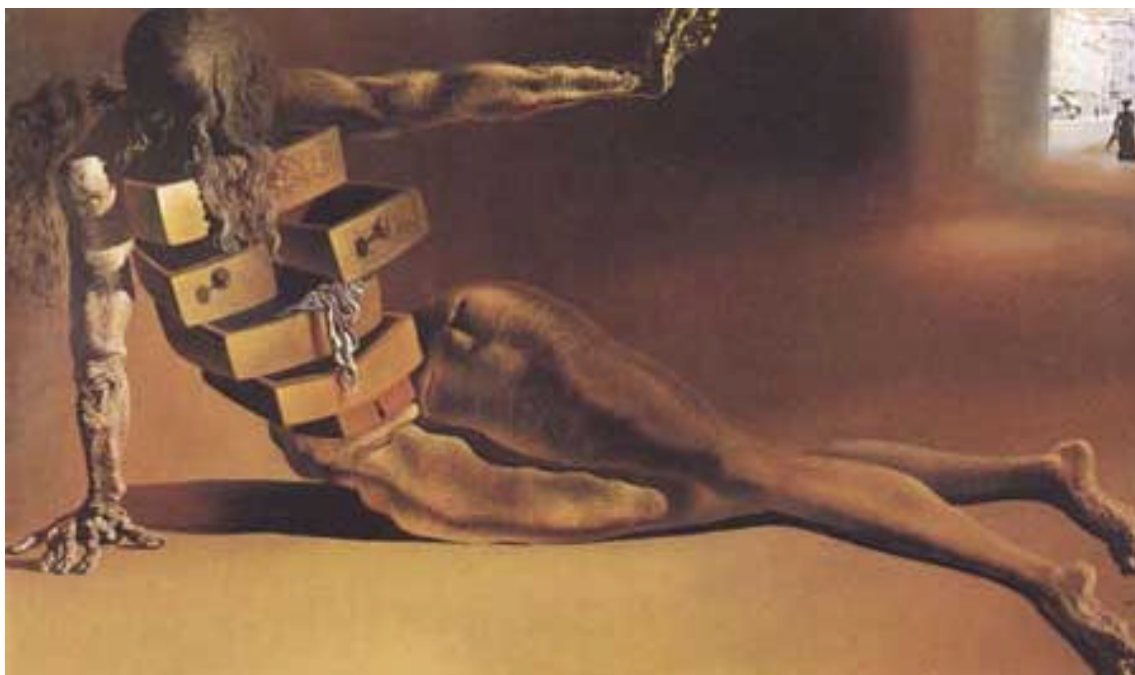
Me parece que la pintura y el arte nos permiten entender de manera diferente y nos permiten explicar cosas que a veces con palabras no podemos.

Pienso que hay un desconocimiento muy importante de lo que es la esquizofrenia dentro de la sociedad. A través de los periódicos, a través de la televisión, de las noticias, siempre salen aquellos casos que destacan por agresividad. Pero hay muchas otras caras en la esquizofrenia que no se conocen. Este desconocimiento nos llevaría a la desconfianza, desconfianza por no saber qué es. Las cosas que no conocemos, a veces, más que producirnos acercamiento y curiosidad, nos producen miedo. De modo que actúan como una barrera, que puede llegar al aislamiento del paciente, el cual no se acerca a la gente.

¿Cómo nos podemos pues acercar a la sociedad?

Mi objetivo, a través de Salvador Dalí, es entender este trastorno y así acercarnos a la sociedad. Acercarnos a través de identificaciones culturales: a través de Salvador Dalí, o bien a través de entender determinados episodios de Don Quijote ¿no? Así podremos mostrar otro punto de vista que no es el de los medios de comunicación, que no es el de la agresividad.

Y a la pregunta ¿Por qué Salvador Dalí si hay muchos artistas que también expresan muy bien la psicología? Pues porque Salvador Dalí desde siempre ha tenido un interés muy muy especial por todos los aspectos psicológicos del ser humano.



Vemos aquí su concepción. En este cuadro hay una figura humana tendida en el suelo, con unos cajones que le salen del cuerpo. Dalí decía que la única forma de acercarse al ser humano era ir abriendo estos cajones que todos tenemos con cosas escondidas. Abrir estos cajones nos permitiría entender a la persona humana.

Hay otro punto importante en este artista: los sueños. Intenta reproducir en sus cuadros sueños que él ha tenido. Hay gente que recuerda más sueños y otras que menos, pero supongo que alguna vez han recordado sueños rarísimos y que luego se preguntan: qué es eso?

Cuántas veces han sentido que iban corriendo por la calle perseguidos por alguien o que caían de un precipicio y de golpe hacen aquello con la pierna, ese movimiento tan típico.

No se si pueden hacer el paralelismo de los sueños que cada uno ha recordado, con las vivencias de lo que sufre un paciente con un trastorno esquizofrénico. Yo pienso que nos permite entender la esquizofrenia desde un punto de vista más cercano.



Salvador Dalí

Aquí podemos ver el cuadro de Dalí titulado "Cama y dos mesitas de noche luchando ferozmente contra un violonchelo".

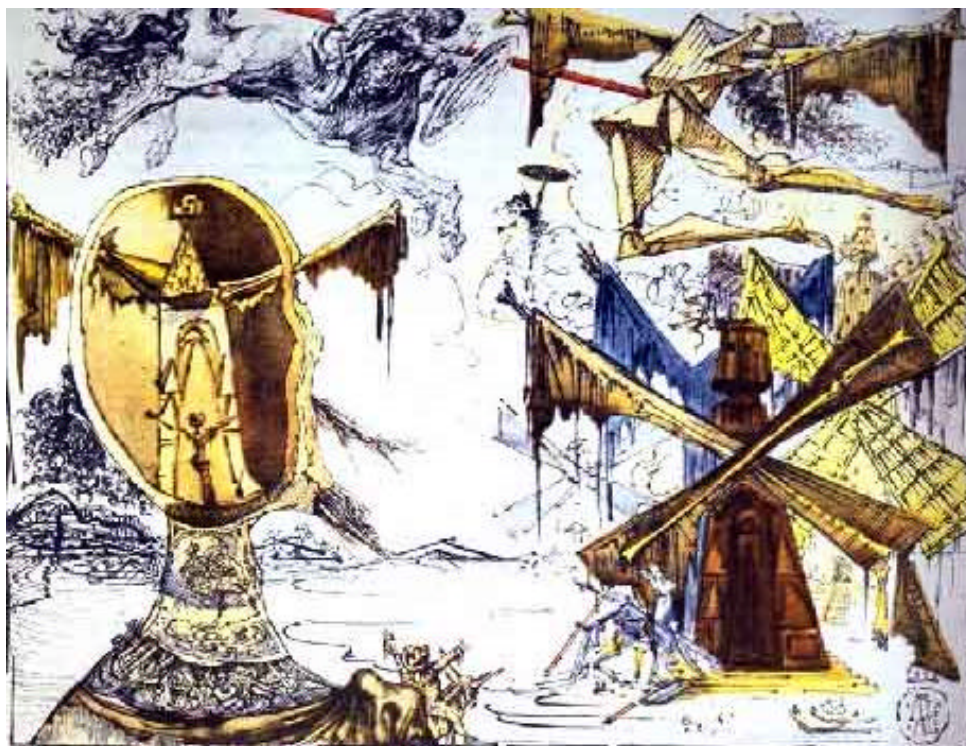
Dalí en este cuadro intenta expresar un sueño. Vemos una lucha que muchas veces también podemos observar en los pacientes: una lucha consigo mismo. Lo que él ve y lo que está pasando realmente. Una lucha de la que iremos hablando.

Entonces nos preguntamos, ¿qué es la realidad?

Si ven aquí, en este otro cuadro, la realidad puede ser un paisaje en el que Dalí siempre pone de fondo su port lligat, su mar de fondo, como en la mayoría de sus cuadros. Pero en éste vemos que hay una cara. Una cara que es y que no es. Una realidad que está, pero no está, y en este sentido nos planteamos cuando trabajamos con la esquizofrenia, ¿qué es la realidad?



¿Qué es para ellos la realidad y qué es para otros?



Este cuadro fue pintado por Dalí para ilustrar un episodio del Quijote muy conocido. En él vemos que hay una cabeza, y dentro de ésta, una figura de la que sobresalen unas aspas: son los brazos del gigante que ve Don Quijote.

Fuera vemos los molinos de viento ¿no? Vemos como Don Quijote ve claramente la cabeza... y los brazos: ¡Es claramente un gigante! Pero fuera hay claramente un molino de viento...

Y entonces, ¿qué pasa con esta diferencia?

Recordemos el episodio en que Don Quijote dice que la aventura va guiando nuestras cosas mejor de lo que acertáramos a desear. Dice, descubrir 30 y pocos más desaforados gigantes, y que piensa hacer batalla y quitarles a todos la vida. Pero Sancho Panza no ve gigantes. Entonces él le explica y le dice que no hay tales brazos largos de casi dos leguas. Sancho a nivel racional le dice que son molinos de viento y que los brazos no son brazos, sino aspas. Pero Don Quijote sigue con su convicción de que Sancho no está cursado en esto de las aventuras y que son gigantes. Y de aquí no le vamos a sacar.

Cuántas veces nos ha pasado, intentar decirle a nuestro enfermo que la vecina no está haciendo nada, que no le pasa nada a la vecina, o que no va a venir nadie de la policía a detenerle o... Como Sancho Panza, discutimos con la razón y con realidades que se ven de modos diferentes. Entonces ¿cómo interpretamos la realidad? Por qué verán, hay cosas que se parecen mucho pero que no son.



Salvador Dalí

Aquí vemos un árbol y vemos una cabeza por detrás, pero no es un árbol.

¿Y qué nos pasa cuando miramos las nubes? Uno ve un caballo y el otro dice: ¡que va! si lo que es, no es un caballo ¡es otra cosa! ¿No? Y qué pasa con los pacientes cuando dicen que lo que está pasando es esto y lo ven muy claro, y tu le dices que esto no puede ser, que no es real.

Pero para ellos sí lo es...

Es esta dualidad de visiones en la que se lucha. Una lucha que está en uno mismo y en su entorno, con las personas con las que se relaciona cada día, con sus familiares.

Vemos aquí otro cuadro, donde hay una lucha terrible de uno mismo para aguantarse. Se aguenta sobre este punto de aquí, este armario, y el pie. Esta mano ya está en el suelo pero vemos como hay una lucha entre las diferentes partes del cuerpo. Pero además esta pintura nos muestra el sufrimiento que conlleva esta lucha, lo vemos en la cara. El cuadro está escogido también porque hay un entorno de soledad y es lo que al principio hablábamos: que el desconocimiento nos lleva al aislamiento y el aislamiento es la soledad. Estos pacientes que necesitan tanto soporte (solo se aguantan con un armario y el pie), lo que no puede ser es que se encuentren así solos, con esta lucha que hace sufrir tanto.



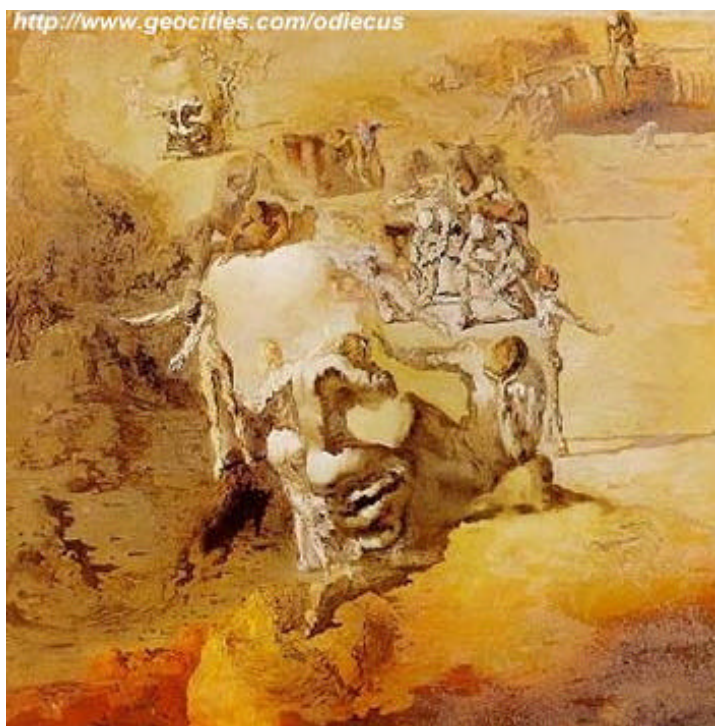
Dalí habla del método paranoico crítico y lo explica a través de dos imágenes que están superpuestas. Dice que el proceso que hace el paranoico de interpretación de la realidad, es ver otra cosa de lo que es. En los cuadros de Dalí, como en la cara que veíamos al principio, podemos descubrir diferentes imágenes. A primera vista, no sé lo que ve cada uno de ustedes, porque cada uno ve una cosa diferente. En un primer plano podemos ver una cara, que está situada al lado mismo de la esfera. Pero en un plano más alejado se percibe una figura tendida con ambos brazos en la cabeza.



Entonces, ¿que es lo que ve cada uno?

Dalí dice que depende de nuestra capacidad paranoica para interpretar.

Aquí vemos una cara.



Sin embargo, esta cara está formada por figuras humanas. De modo que la boca de la cara son unas piernas de una figura humana. Esta cara la vemos de nuevo en el fondo del cuadro, donde percibimos mejor la imagen de la cara ya que se diluyen los cuerpos que la forman. Tal vez esto nos permita entender como la realidad tiene varias interpretaciones y cómo nosotros utilizamos nuestro conocimiento, nuestras experiencias para interpretar la realidad.

Una persona que ha vivido toda la vida en el campo, cuando mira las nubes puede ver flores y otra persona que ha estado en la ciudad ve coches, ¿no?

Nuestra intención es podernos acercar al paciente desde la emoción, desde el sentimiento y desde el sufrimiento (por supuesto).



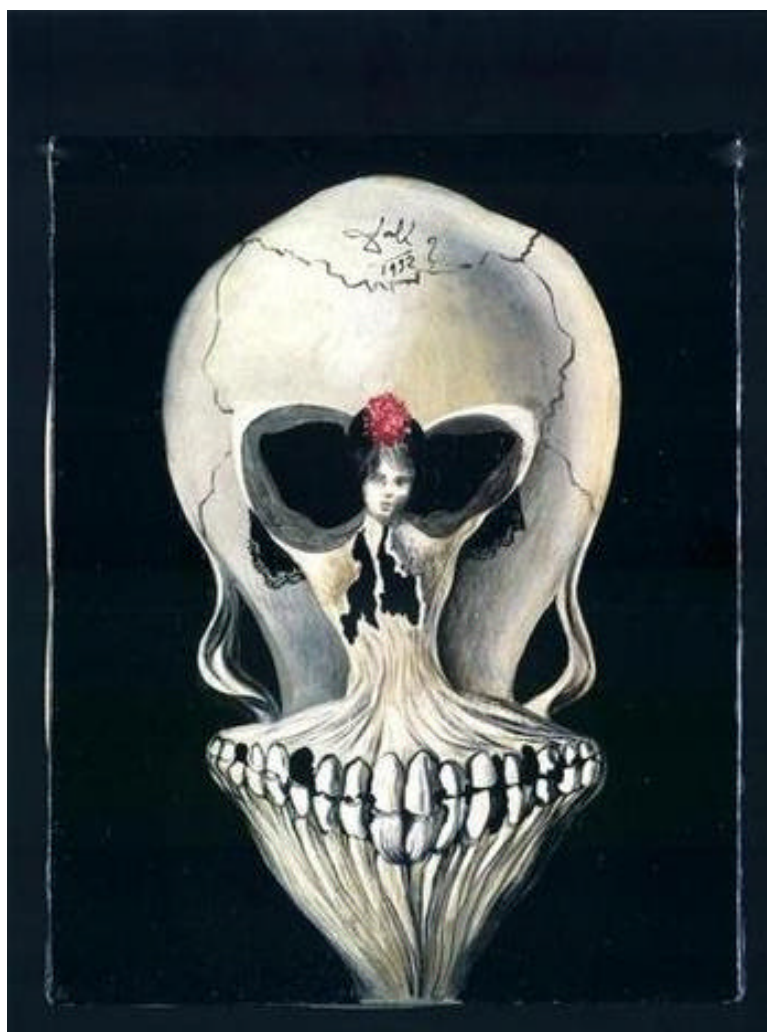
Salvador Dalí Gala Contemplating the Mediterranean Sea...

Este cuadro, dice dalí, que es gala contemplando el mar mediterráneo. Es un poco difícil, no se ve a la primera. Está gala de espaldas, desnuda, ¿la ven en el centro? Aquí está el mar. Gala está mirando el mar, pero aquí, esto de aquí, son unos ojos, y esto, tal vez si cierran un poco los ojos verán que es Lincoln. Es el juego que hace dalí en sus cuadros: siempre puedes ver cosas diferentes. Por eso nos planteamos qué es la realidad con dalí.

Otro tema que siempre sale y nos preocupa muchísimo, son las voces que oyen los pacientes. Muchas veces hay unas voces que son “malas” que les dicen que son malos, que deberían hacer eso o aquello.

Hay otras voces que les pueden animar y les pueden decir: lo vas a hacer muy bien, tu te vas a salir con lo tuyo...

Esta dicotomía. Este pasar de un extremo a otro que vive el paciente, pasando rápidamente de una euforia muy exagerada a un gran miedo, es lo que podemos ver en esta pintura:



Vemos como hay en esta parte de la calavera el sufrimiento, estas voces que les dicen cosas feas, cosas que ellos no quieren escuchar, no quieren recordar, no las quieren explicar. Pero también hay una bailarina en ellos, y la encontramos aquí. Son personas con capacidad para transmitir su sufrimiento y a veces sus ganas de mejorar, es esta bailarina que vive en ellos y que tenemos que recuperar.

El miedo y la persecución, son clásicos. Muchas veces se sienten perseguidos por los vecinos: me están mirando por la calle, no se lo que quieren, que va a pasar, me van a detener... No se si recuerdan la película de una mente maravillosa, como hace toda esta trama, de que él tiene que salvar al mundo y a la vez le están persiguiendo...

Salvador Dalí pintó un cuadro de la guerra civil española en el que intenta plasmar el miedo. Intenta explicar la desorganización, como se gesta una guerra, como se gesta el episodio, como se prepara, como se nota el miedo... y van saliendo estas caras, caras que se van transformando... porque es que... se transforman, cambian, ¿no? Este miedo y esta parte de emociones es la que podemos ver a través de los artistas, que muchas veces para mí, no tienen palabras. Yo he visto ésta cara, la he visto... y no estaba pintada, era real.



Para acabar, deciros que me parece que Salvador Dalí siempre mira a través de su estrella de mar... siempre mira a través de Port Lligat y de su Cadaqués famoso. Se coge a este mar abierto que nos da otras posibilidades y nos permite ver otras cosas.



Vale la pena pensar que no todo es lo que sale en los periódicos, que se puede hablar de otras cosas... se puede hablar de la nutrición, del tabaquismo, del trabajo en familia...

Esto sería todo. Estaré encantada de responder a sus preguntas.

P. Gallo

Preguntes...? Suposo que molts de vosaltres, també ho esteu pensant... Patia o no patia Dalí esquizofrènia? És aquesta la pregunta que ens fem tots, no?

M. Gomà

Bé, jo penso que no, i penso que és difícil establir un diagnòstic a través de quadres, i a través d'una persona que ja no la podem veure. Penso que no, però el que passa, és que ell jugava molt amb el moviment surrealista: passar d'un extrem a un l'altre. I que el que fa és posar les contradiccions sobre la taula. Penso que el món de l'esquizofrènia, és un món ple de contradiccions i el que he explicat, és la meva interpretació dels seus quadres i com aquests poden ajudar a aproximar-nos d'una altra manera a la malaltia. Una manera diferent de la que estem acostumats. Però no en el sentit del diagnòstic d'un geni.

Públic

Als pacients, els fas i els ensenyes aquesta explicació?

M. Gomà

Mmm... No ho he fet encara... tinc ganes, però...

Públic

Seria genial... tot el que ens expliques a nosaltres que els ho expliquessis a ells. Ensenyar-los els quadres, ensenyar-los a entendre el quadre i a entendre la seva malaltia, la seva capacitat de diferenciar el que és la realitat del que no ho és. No ho sé... t'ho pregunto perquè mentre anaves parlant, que m'ha entusiasmat, només anava pensant en com puc explicar-li tot això al meu malalt...

M. Gomà

De fet... ho pot confirmar Pedro Gallo, vaig trucar-lo per dir-li: mira escolta... jo no sé... perquè això són emocions molt dures, i a mi la veritat, em fa cert respecte com se sentirà això. Són coses de les que normalment no es parla, que costa parlar-ne... Llavors, és més fàcil parlar de si puges o baixes mitja pastilla o si se la prendrà al migdia o a la nit...

Això d'avui són temes més complicats, i em feia ser respecte. No dic però, que no ho provi. Perquè m'agradaria saber l'opinió del malalt directament.

Públic

Yo soy enfermera y trabajo con pacientes esquizofrénicos, llevo grupos... y hablan mucho de sus experiencias, de sus sentimientos, de como lo ven, y una de las cosas que siempre te dicen es que nosotros no les entendemos. Pienso que si alguien como tú, les transmitiera a través del genio de Dalí esos sentimientos que se han expresado en cuadros... ellos mismos podrían, no sé... identificarse, explicarse... posiblemente se sentirían hasta más apoyados y más comprendidos.

M. Goma

Yo pienso que hay una parte de comprensión que ellos agradecen mucho y que se nota en las entrevistas, cuando identificas y cuando les ayudas, porque en las entrevistas siempre vamos con mucho tacto y precaución, para no herir... pero si que existen las ganas de llegar al paciente directamente y ver como ellos entienden estos cuadros y como se acercan a ellos...

P.Gallo

Moltes gràcies Marta.

LA IMPORTÀNCIA DE L'EQUILIBRI A L'ALIMENTACIÓ

M J. Roselló
Universitat Ramon Llull

Pedro Gallo

A continuació tenim duess ponències molt adreçades a estils de vida. Aquesta és la segona. La tercera serà després del cafè amb el Sr. Joaquim González sobre tabaquisme.

Bé, a la Sra. M. Josep Rosselló, potser vostès la coneixen per les seves intervencions als mitjans de comunicació, especialment a la televisió. La seva trajectòria com a comunicadora i experta en temes de dieta i nutrició no és solament important, sinó que quasi exclusiva. Tot dinant-hi l'altre dia, em va dir quatre paraules que em van impressionar i fer pensar força, van ser les següents mare, menjar, plaer i benestar. Jo hi afegiria una cinquena, passió. La passió amb què ella viu la nutrició i la dietètica, ben arrelada a la societat i a l'individu, en els seus costums, gustos, valors i necessitats.

El títol de la seva presentació, conté també una paraula màgica: equilibri. Crec que és important entendre aquesta paraula, diria que és quasi decisòria. Un equilibri que demostrarà que està a l'abast de tothom.

M. Josep és un plaer tenir-te entre nosaltres, quan vulguis.

M. Josep Roselló

D'entrada vull agrair a Jordi Masià la nostra trobada a SENYFundació amb la Federació Catalana d'Associacions Familiars de Malalts Mentals i el fet de ser aquí avui amb vosaltres.

Crec que avui hem d'explicar moltes coses. Aquesta jornada està proposada amb molta estimació. Ens vam reunir ja fa uns dies i vam estar dinant esplèndidament, en un lloc d'aquests fantàstics que tenim a la nostra ciutat.

Jo no us passaré imatges. Avui ja n'hem vist moltes, l'equilibri està en la seva justa mesura i el que intentaré és fer unes reflexions. També m'aprofitaré de la vostra imaginació i del tema, perquè l'alimentació és una cosa molt propera que fem tots cada dia, i a la vegada concreta, que ens costarà poc. Però, la meua intenció en aquesta primera xerrada és fer una reflexió sobre el que som les persones i, en concret, el que som ara com a producte de molta recerca.

La recerca va començar fa milions i milions d'anys i per tant, començarem amb una mica d'història.

L'ésser humà apareix en aquest planeta i va anar evolucionant. Arribem a ser el que som ara, perquè vam anar menjant d'una manera diferent. Ara parlem efectivament que fem recerca, fem assaigs, introduïm i eliminem coses, fem proves amb grups, fins i tot, de pacients, però això no és res si ho comparem amb els milions i milions de persones que van fer experiències amb l'alimentació.

El que va provocar un canvi molt important en la nostra evolució va ser la capacitat de cuinar. No fa gaire, vaig fer una ponència sobre el foc i l'alimentació. El foc destrueix, però la cuina transforma. Són dos conceptes diferents i crec que aquest és un punt de reflexió que ens pot ajudar. Una mateixa cosa pot destruir, ara desgraciadament estem en l'època d'incendis i ho tenim tots molt clar. Però, la mateixa cosa controlada pot transformar i això, és el que fa la cuina, transformar. El domini del foc va fer possible que aliments que no ens podíem ficar a la boca es poguessin assimilar. Aquí hi trobem un principi de l'alimentació molt important: no tot el que mengem, és a dir, el que ens posem a la boca i ho engolim, ho aprofitem. Ha de travessar la barrera intestinal. Si entra igual que surt pel tub digestiu, vol dir que no arriba a formar part nostra. Aleshores, el fet de cuinar determinats aliments com són els cereals i els llegums, dos aliments molt bàsics, va ampliar d'una manera espectacular l'alimentació de l'ésser humà i els nutrients que en van començar a formar part.

Aquest fet va col·laborar enormement al desenvolupament de l'ésser humà. El que més ha evolucionat però, ha estat el cervell. Si ara comparéssim imatges del volum cerebral de l'home prehistòric i de l'home modern, us puc assegurar que el canvi és espectacular. Per tant, el nostre cervell és producte del canvi d'alimentació. No estic dient res que no sigui una evidència científica. La història de la humanitat gira al voltant de la cosa més essencial que és l'alimentació. Sense menjar no hi ha vida. Assegurar l'alimentació, tenir els aliments suficients, ser coneixedor de les agricultures, les ramaderies, la possibilitat d'emmagatzemar aliments, de cuinar-los, i de retransmetre generació rere generació tots aquests coneixements, fa que hi hagi hagut més de 20.000 assaigs amb èxit, assaigs-errors, espectaculars.

Deixeu-me que ho digui d'una manera molt breu. Imaginem l'home prehistòric. Un ésser prehistòric passant gana. No té aliments, no té les fruites que per a ell són molt fàcils de menjar. Hem passat de tot en aquest planeta: eres glacials, freds, seques... però mengem, només, allò que estem segurs que és bo per menjar. El concepte de bo per menjar o no bo per menjar, els humans el tenim molt ficat al cap. Si no coneixem una cosa, no ens la fiquem a la boca. Aleshores, quan no tenim cap aliment conegut i passem gana, no us penseu que mengem qualsevol cosa, som així des que som en aquest planeta. Per sort, sempre n'hi havia un que era més atrevit que la resta, que quan li podia més la gana que la por, s'animava a posar-se a la boca qualsevol cosa. (En el fons, estem envoltats de vegetals comestibles que no hem provat mai). Quan algú s'atrevia, doncs, a tastar alguna cosa desconeguda, els altres l'observaven per veure què passava. Això era una experiència científica: si tenia un mal de ventre i es moria, aquell aliment era posat a la llista dels no comestibles, si no li passava res, era perquè era bo per menjar. I així, segle rere segle s'han anat construint les nostres llistes culturals.

Totes les cultures evolucionades han arribat a acaparar una saviesa popular increïble. Ho descriu en un dels meus llibres, *Comida amiga, de mujer a mujer*, on vaig formular-me la pregunta: A qui se li va ocórrer que d'una oliva podia sortir oli d'oliva?

Hi ha tota una tecnologia per treure oli d'una oliva. Quina va ser aquella ment meravellosa que se li va ocórrer agafar l'oliva, triturar-la, escorreg-la, deixar decantar l'aigua i l'oli, separar-ho i utilitzar l'oli? Aquesta és una gran herència que tenim els mediterranis. Ara, li donaríem un Premi Nobel perquè realment s'ho mereix.

Per tant, som el producte de molta saviesa popular. Dins d'aquesta saviesa, el que també era conegut, era que si un deixava de menjar alguns aliments, d'aquells que estaven a la llista dels bons per menjar, podia caure malalt. I per què es deixava de menjar certs aliments? Sovint era per causa de la pèrdua de les collites. No s'ha viscut fàcilment en aquest planeta. Es perdien els cereals perquè hi havia sequera o perquè hi havia paràsits. En aquella època no es parlava de nutrients, en les cultures antigues es parlava d'aliments.

Ara la ciència ha avançat i ja parlem de vitamines, de proteïnes, de minerals, etc. Però, saben que en el moment en què no es mengen determinats aliments, apareixen problemes de salut i, per tant, malalties? D'aquí aquell concepte de *s'ha de menjar de tot*. Això és el que les àvies ens han repetit sempre.

Aquest de tot abans era molt clar i les que ja tenim una certa edat, recordarem perfectament els mercats d'abans: la carn, el peix, les verdures, les fruites, els llegums... aliments bàsics i naturals. Ara, no li pots dir a cap persona que mengi de tot el que pugui trobar en un supermercat. No li diràs a ningú que mengi totes les galetes que trobi, tota la pastisseria i totes les cosetes que hi ha quan s'arriba a la caixa, per si encara tens més gana.

Per què cal menjar de tot?

Perquè en el moment en què no fem bones combinacions tenim problemes de salut. A partir d'aquí anem avançant, però venim, com dic, d'una història. El món sencer té una sèrie de cultures, cultures que han fet possible l'evolució de l'ésser humà i la supervivència, per tant, la salut. Sense les alimentacions equilibrades de cada cultura, no hauríem arribat aquí, a aquests moments. La raça humana hauria desaparegut, perquè ens hauríem mort. Per tant, teníem uns equilibris. Hi havia un ordre, que passava de generació en generació, i es menjava el que tocava. No hi havia res més. Qui no menjava bé, no tirava endavant a la vida. Ara, ja no som aquells éssers prehistòrics. Som éssers molt evolucionats, amb un gran cervell.

Com tot a la vida, hi ha una cara i una creu. Hem guanyat intel·ligència i hem perdut instints. Actualment, no ens serveix allò de menjar el que ens vingui de gust. Hem perdut instints i l'alimentació, sense instint no pot ser espontània. La resta d'animals sí que mengen per instints, per tant, ells ho continuen tenint més fàcil que nosaltres.

Situem-nos, ja som a l'era moderna. L'ésser modern, amb una gran evolució, presenta també una evolució psicològica molt important, i aquí entrem ja en la complexitat psicològica dels humans. Per

això diem que per a l'ésser humà, menjar és molt més que nodrir-se. L'animal menja per nodrir-se i menja allò que li toca. El lleó no és menjarà un vegetal, no ho farà. La vaca tampoc farà el contrari, si no és que li'n posem en el pinso com ho han fet a algunes pobres vaques. Per tant, nosaltres som una altra cosa. Aquesta és la gran diferència de l'ésser humà. D'aquí aquestes paraules que crec que són, efectivament, importants: per a l'ésser humà menjar és molt més que nodrir-se. Mengem molt més del que el cos necessita. D'aquí, les paraules de l'altre dia que abans Pedro Gallo esmentava: mare, aliment, plaer, benestar. Us les explicaré.

Tots hem nascut d'una mare i tots hem sigut aquest ésser tan indefens. La primera cosa que fem quan arribem a la vida és buscar aliment, i el trobem en la mare. El més natural és que sigui la mateixa mare qui et doni el pit o la persona que fa de mare qui t'agafi i et doni de menjar. Al començament de la nostra vida, la mare i tot aquest ampli concepte que significa, estimació, seguretat, vida i aliment, són la mateixa cosa, no la podem diferenciar. Els conceptes mare i aliment ens donen plaer, perquè per a l'ésser humà és molt important el concepte d'aliment i plaer. Tota la sensació de plaer del nadó està centralitzada a la boca. Per a tots nosaltres, menjar és un plaer. I a sobre, al voltant del fet de menjar, establim tot un món de benestar. Quan agafem el nadó, el netegem, el posem còmode, establim sobre l'aliment una carrega psicològica molt important. Ens refugiem en l'aliment, ens consolem amb l'aliment, ens premiem amb els aliments. Ningú s'ha d'acusar de sentir-se "depre" i menjar xocolata. La ciència moderna diu que la xocolata té unes substàncies emparentades amb les endorfines. Però també pot donar-la pel salat. És igual. No és ni pel dolç ni pel salat. És l'aliment. És aquesta sensació increïble que té l'ésser humà de buit a l'estómac quan tenim sensacions d'ansietat. La relació que hi ha entre el cervell i l'estómac per mitjà de les connexions nervioses és increïble. Però, sentim un buit a l'estómac? És real? Sí, és real.

Aquí ja entrariem en què és o no és real. Realment el buit és a l'estómac? No. Però som així. Intentem omplir amb menjar altres buits de la nostra vida. I ho fem tots. Per tant, penso que l'alimentació ens ajuda a apropar-nos a altres persones amb unes malalties, deixeu-me que digui, diagnosticades. És important que entenguem que no podem qüestionar-los dient: *Com és possible que et mengis una rajola sencera de xocolata?* Perquè sí és que possible. Hem d'entendre que la sensació de buit i d'ansietat és tan forta que "busco la mare".

Per tant, per a l'ésser humà, menjar és molt més que nodrir-se. Aquí és quan arribem als diferents comportaments alimentaris, marcats per les característiques psicològiques de cadascú. Tenim unes característiques físiques i també unes de psicològiques. Això ho veiem des del començament de la vida. Cada ésser humà és diferent. Físicament, hi ha persones d'estructura petita i persones d'estructura grossa. Hi ha persones que viuen per menjar i altres que mengen per viure. En el fons, som els hereus dels supervivents. Hem heretat tota una genètica. Molts d'aquests que ara diem que són figafors, perquè mengen poc, a la selva no haurien sobreviscut. Van sobreviure els bons menjadors, aquells que eren capaços de menjar molt. Per tant, el més habitual és que la gent

tingui gana, que la hi doni per menjar, que quan tingui ansietat mengi més. Hi ha una minoria de persones que fan al contrari, que quan tenen un problema se'ls tanca l'estómac, són de característica prima i poc menjadors.

Com molt bé deia Margarita Serrat, amb els familiars malalts, tenim la complexitat d'una medicació que els afecta. Els pot facilitar que s'engreixin, encara que també n'hi haurà alguns que serà al contrari, que s'aprimaran molt. Aleshores una vegada més, diríem que el panorama general se'ns complica, per això l'alimentació, pot ser una ajuda. A nosaltres ens agrada molt parlar del suport nutricional, l'alimentació sempre dona suport, és la base de la vida. Ja sabem una mica d'on venim i sabem una mica com som, amb característiques que relacionen la psicologia i l'alimentació. Ara donem el salt fins on som ara, a l'època de la modernitat.

Fa molts pocs anys va haver-hi un canvi, estem parlant d'unes cultures, unes tradicions, on els fills menjàvem igual que els pares, que els avis i que els besavis. Ara no. De cop i volta, a la modernitat, no mengem amb unes normes culturals, no tenim aliments bàsics. Tenim de tot i en qualsevol moment. Abans de la modernitat, havíem arribat a tenir una gran organització de l'alimentació, perquè aprofitàvem el que teníem, els recursos, combinats molt sàviament. Si preguntaves, fa uns anys, a qualsevol mestressa de casa què soparia avui, ho hauria dit ràpidament, i també el que dinaria demà. Si ara jo us fes la pregunta què sopareu avui, la majoria diríeu: No ho sé, ja ho veurem, arribarem a casa, obrirem la nevera, el congelador i farem. Si ho preguntem als joves que viuen sols, la pregunta segur que no tindria resposta, o la solució seria demanar una pizza. Això és modern. Hem passat d'una organització molt sàvia, no ens oblidem de la saviesa popular, a una gran improvisació. Ara la gent menja segura que no li faltarà menjar, que no passarà gana i ha perdut el concepte que ha de menjar bé.

Aquesta desorganització, aquesta improvisació, està comportant molts problemes de salut, moltes situacions de carència, fins i tot en un país que patim obesitat. Tenim obesos amb grans carències de nutrició. Això, és el món modern, aquí és on hem arribat.

El nostre cos necessita, de veritat, que en tinguem molta cura. I ara entro en un altre concepte.

Què significa equilibri?

Equilibri vol dir, tot en la seva justa mesura. Allò que necessitem en la seva justa mesura, aquest és el concepte d'alimentació. Necessitem moltes substàncies. Ja no parlem d'aliments, la ciència moderna parla de nutrients. Necessitem proteïnes, greixos, minerals (molt importants), vitamines i hidrats de carboni. Fins i tot, coses que no aprofitem com la fibra, també la necessitem per al bon funcionament del cos humà.

Tot això ho hem de rebre de l'alimentació. I per què ho necessitem? Perquè el nostre organisme està en una elaboració continuada de milions i milions de cèl·lules diàries. És la fàbrica més

espectacular que ens puguem imaginar, en la qual entra una sèrie de material que podem emmagatzemar i on hi ha una sèrie d'obers treballant. Els obrers també els fabriquem nosaltres. Com si es tractés d'un puzle, el nostre metabolisme va encaixant perfectament les peces per elaborar, cada dia, milions i milions de cèl·lules i de substàncies que tenen uns papers molt importants en el nostre organisme.

La regeneració de determinats teixits és increïble. Les mucoses intestinals cada tres o quatre dies s'han regenerat, la pell, cada mes. Fabriquem substàncies que tenen un paper defensiu, fabriquem neurotransmissors, etc. Tot el funcionament d'aquesta fàbrica és el que anomenem metabolisme. És una contínua elaboració de substàncies, i aquestes substàncies són molt complexes, ara podríem fer la imatge d'un puzle, un puzle espectacular. En el moment que falta una peça aquest puzle ja no funciona correctament. Per tant, això fa que es tinguin uns efectes en el nostre organisme. Coses molt petites tenen una importància fonamental en el nostre organisme. Coses com són els minerals o els oligoelements. Oligo vol dir petit, en dosis molt petites. Molts més petit que un microgram. Dosis molt petites de substàncies imprescindibles perquè el nostre organisme funcioni correctament.

Sempre dic que una de les cultures fantàstiques, és indiscutiblement la mediterrània. Han sortit grans cervells d'aquest Mediterrani, des de fa molts segles. Un dels secrets seria una molt bona alimentació, perquè som al Mediterrani i aquest ens dona peix, i, per tant, iode. La carència de iode provoca que milions i milions de persones en aquest planeta no arribin a ser tan intel·ligents com ho podrien ser genèticament, potser perquè ja durant la seva gestació, la mare va patir carències de iode. A més, aquesta carència de iode també ens pot provocar al llarg de la vida problemes seriosos. En canvi ara la joventut no menja peix. Hem passat segles amb una sèrie d'imposicions, com la de fer abstinència de carn els divendres i menjar peix, normes obligades per herències culturals que ens marcaven un equilibri, i que estem perdent.

Si parlem de vitamines, exactament igual. Les vitamines tenen un paper increïble en el nostre organisme. Coneixem històries molt antigues sobre el que suposa la carència de vitamines. La carència de vitamina C, va provocar tantes i tantes morts. I les carències de vitamines del grup B també. La ciència moderna va investigant i va descobrint l'enorme importància que suposa patir carències de vitamina B.

Quan parlem de tot això, ens qüestionem si seguim una alimentació en què no ens falta de res i si no estem fent carències.

Quan parlava de substàncies molt petites, una de les primeres substàncies que he anomenat han estat les proteïnes. L'ésser humà, necessita una dosi important de proteïnes. Les proteïnes tenen molts papers en el nostre organisme. Són aquestes peces fonamentals del puzle. La proteïna no la necessitem només per fabricar pell i teixits. Les immunoglobulines són proteïnes i tots, més o

menys, entenem que això són defenses. Una persona amb una carència de proteïnes té un estat immunològic baix, té les defenses baixes. El món sencer és ple d'aquest problema. Molts nens amb una carència proteica es moren. Abans de morir-se de fam, es moren per infeccions, per falta d'una bona immunitat. Però, les proteïnes són també fonamentals per al bon funcionament del sistema nerviós, per al bon funcionament cerebral. Una dieta amb carència de proteïnes pot provocar al·lucinacions. Per tant, hem d'assegurar aquesta correcta alimentació.

Antigament totes les cultures tenien el concepte que, en unes èpoques determinades de l'any, s'havia de fer un dejuni, una abstinència. Bé, un dejuni no volia dir no menjar res, implicava alleugerir l'alimentació. Però també amb saviesa deien qui no faria el dejuni o l'abstinència: ni els nens en tota l'època de creixement, ni les embarassades, ni les persones grans a partir d'una certa edat, ni els malalts.

Aquestes modes de no sopar o només menjo fruita per sopar, mai s'havien vist. Torno a repetir. Els que tenim ja una certa edat, en bona hora entràvem a casa i dèiem: *avui no sopo!*

Que hauria passat? Primer, ens haurien preguntat: Què et passa? Truquem al metge? O què significa això d'avui no sopo? Què passava doncs?... Doncs, que hi havia un ordre. La gent menjava a la seva hora. Ningú entrava a casa i agafava una llonganissa. La mestressa de casa era una controladora de tot, de llonganisses també, si és que n'hi havia. Segur que coneixeu la dita que hi ha més dies que llonganisses. Això volia dir, que hi havia molt dies i poques llonganisses. Per tant, s'havia de repartir. Ara no. Avui, podem passar de menjar molt un dia a no menjar res l'endemà. I això no pot ser. Aquesta mala alimentació complica molt les coses.

Em preocupa molt l'alimentació en unes etapes determinades de la vida. Queda molt per esbrinar, molt per estudiar en aquest sentit. Durant el primer any de vida d'un nadó no hi ha problema, és quan mengen millor, tot està controlat. Més tard, quan ja són una mica més grans, les coses es van complicant. Sent encara petits comencen ja a decidir què volen menjar, i això no pot ser, no tenen informació ni coneixement del que aquest fet pot implicar. Quan arriba l'adolescència, és quan apareixen molts dels problemes de salut. Els adolescents que fan el que volen, no tasten la fruita, no tasten el peix. Fins i tot, coses que fins aleshores havien més o menys menjat, deixen de menjar-les. A partir d'aquí fan el que volen. Això és molt important i pot, possiblement, ser un desencadenant de molts problemes de salut. Per tant, crec que entre tots hem de fer un gran esforç, s'ha perdut aquella bona organització i aquella transmissió d'hàbits alimentaris. Ara efectivament, tenim molts aliments i hem d'aprendre, de vegades, d'una manera més científica. L'explicació de l'àvia ja no serveix, portem un altre ritme de vida. No és veritat però, que no puguem menjar bé. Fins i tot ho tenim més fàcil que abans. La modernitat no és dolenta, no voldria donar aquesta imatge. Tenim de tot, tenim una gran quantitat de bons aliments. No hem de tenir por. És clar que a la vegada, tenim tota una sèrie d'aliments ja elaborats i preparats que no havíem tingut mai. El nostre cos es pot carregar amb una sèrie de greixos si s'alimenta molt de productes

de pastisseria. També he de dir que la cosa està canviant, que moltes empreses també estan fent un pas cap a la salut. Estan canviant els seus components i no utilitzen els greixos que s'utilitzaven fins fa poc. Fan servir greixos més saludables. Tenim, per exemple, pa de motlle elaborat amb oli d'oliva. És qüestió de llegir etiquetes i mirar-ho bé.

Llegirem també, moltes etiquetes d'oli de palma i de coco. Nosaltres no havíem pres mai oli de palma i de coco, els mediterranis no ho havíem fet mai. Aleshores ens podem trobar amb un problema. Estem introduint dins el nostre cos una sèrie de substàncies i de greixos determinats, a través dels quals elaborem les nostres cèl·lules. L'alimentació ens dona les peces del puzzle que utilitzem per elaborar les cèl·lules. Per tant, les cèl·lules s'elaboraran amb el greix que hem menjat. Així, és clar que **som el que mengem**. La composició de greix d'una persona, fins i tot la del cervell és molt diferent si es menja un tipus de greix o un altre.

Hi ha tota una línia d'investigació sobre la importància dels àcids grassos Omega-3 provinents del peix, en relació amb el bon funcionament cerebral. El preocupant, és que hi hagi persones que els agradin més les galetes i les magdalenes, que l'alternativa. No passa res per menjar una galeta de tant en tant. El problema és que les cèl·lules s'elaboren només amb els productes que mengem i determinats aliments i impliquen carències importants. Aquí hi ha el gran problema.

Intentaria resumir dient que hi ha nutrients molt importants per a un correcte funcionament cerebral. Un d'ells és la proteïna que trobem en determinats tipus de greix, com és el greix del peix, anomenat àcids grassos Omega-3, i el iode. El peix aporta, doncs, una magnífica proteïna, un excel·lent greix i també iode. A partir d'aquí, hauríem d'incorporar, si és possible, a la nostra dieta més peix que carn. És clar, després bé el problema. I si no en volen? Què fem? Perquè l'ésser humà no menja allò que no vol menjar. Però l'alimentació ens ha de donar de tot i d'una manera organitzada. Ens ha de donar peces de qualitat per al nostre puzzle. No ens serveix qualsevol tipus de greix, no ens serveix no arribar a la dosi necessària de minerals. Necessitem bones proteïnes. Necessitem que el nostre cos, ja que fa el gran esforç d'elaborar una sèrie de substàncies i de cèl·lules, tingui aquestes ben protegides i que durin molt.

Avui en dia, parlem molt d'evitar l'envelliment prematur. La vida de cada cèl·lula, com la vida de l'ésser humà, pot ser llarga o curta, això dependrà d'una sèrie de circumstàncies. Segons el que em passa, segons les secrecions que pateixo, la meua vida pot ser curta o pot durar molt. A les cèl·lules els passa el mateix. I aquí és on entra la importància increïble dels vegetals. Els vegetals són fonamentals en la nostra alimentació, imprescindibles. La dieta d'un ésser humà ha de tenir vegetals, els necessita. Quan una persona no menja vegetals, no fa una dieta humana. Nosaltres no som un lleons, gossos o gats. Som humans i necessitem vegetals, depenem dels vegetals.

Els vegetals, efectivament, asseguren les dosis vitamíniques i de minerals necessàries. A aquest coneixement científic, hi hem afegit altres tipus de substàncies. Algunes són vitamines que les

anomenem amb un nou nom per agrupar-les. S'anomenen substàncies protectores o antioxidants. El paper protector d'aquestes substàncies penso que és fàcil d'entendre. Mireu, jo ara us demanaré que feu un esforç d'imaginació, us costarà ben poc. Tothom ha vist una poma, imagineu una poma penjada d'un arbre. No ens la menjarem ara. Imagineu doncs un pomer preciós, carregat de pomes. No agafarem una poma i ens la menjarem, no... perquè són verdes i han de madurar. Però són allà, penjades de l'arbre. Aquestes pomes passaran tot l'estiu penjades de l'arbre a la intempèrie, sense aire condicionat, sense crema amb factor de protecció, suportant hores i hores de sol, de calor, d'aire, de canvis de temperatura. Pensem ara en un altre vegetal, perquè la poma dóna certa sensació de resistència. I les bledes? Sabeu aquella dita catalana és *com una bleda*? Doncs és molt injusta. Una bleda és el més resistent del món. Un vegetal és com un ésser viu plantat a la intempèrie, rebent tot el sol del món i els canvis de temperatura, però resistint. Què tenen per poder resistir? Doncs tenen una sèrie de substàncies. Si nosaltres hem fet una evolució, els vegetals també. Aquestes substàncies els permet això, la vida a la intempèrie. Són substàncies protectores, ja podem riure'ns dels factors de protecció solar de les cremes.

Aquestes substàncies passaran al nostre organisme quan nosaltres ens mengem la poma o la bleda. Aporten un factor de protecció cel·lular interior espectacular. Quan la gent em pregunta: Però, vol dir que aquestes substàncies passen a interior? No s'ho creuen. Mengi all, doncs! No es creu que les substàncies vegetals passen a la nostra sang? Mengin molts alls! Veuran que fins i tot la pell farà olor d'all. Què passa, que fins i tot la pell s'ha impregnant de *Sulfuro d'aglio*? (Aquesta és la substància que fa aquesta olor). Doncs, sí.

Aquestes substàncies de què parlem, tenen papers protectors propis, anticancerígens coneguts que eviten el deteriorament cel·lular. Per tant, si ens convencem d'això, crec que serà més fàcil decidir que hem de menjar més vegetals, que hem de prendre la dosi justa de proteïnes, que hem de saber escollir greixos de bona qualitat, que hem d'augmentar el consum d'oli d'oliva i el greix dels peixos, i que no hem de tenir carències de minerals.

Per aconseguir tot això, hem de seguir les pautes de les àvies. Les àvies ho tenien escrit mentalment. A vosaltres us ho hem passat en un full. Organitzeu-vos els menús al llarg de la setmana i no us salteu menjars. Amb aquest esquema es pot menjar bé, a la vegada és econòmic, baix en colesterol, no incrementa l'àcid úric, perquè l'equilibri va bé per a tot. Amb l'alimentació tenim una gran sort. No és com la medicació que va bé per a una cosa però té efectes secundaris. En alimentació el que va bé per a una cosa també va bé per a l'altra. Si seguim una bona dieta per a problemes cardiovasculars, resulta que també és una bona dieta per als budells, i també per no engreixar-se, i per evitar l'envelliment, i, a la vegada, no provoca descalcificació, al contrari, evita la descalcificació. Aquest és l'avantatge de l'alimentació.

Podríem organitzar-nos un esquema mental. Pensem una mica realment què podríem combinar. D'entrada ens vindrien al cap preguntes sobre quines quantitats i d'altres. Però, és molt curiós,

perquè quan comencem a organitzar bé els aliments, és molt important fer una dieta variada, i, encara que els menús no siguin exactes, són fàcils d'organitzar. Si recordeu aquella típica història que els dijous es menjava arròs a la majoria de les famílies, doncs us proposo que els dijous mengeu hortalisses, productes de l'hort, arròs, carns blanques que tinguin poc greix, i fruita. Es poden fer moltes combinacions, un arròs amb salsa de tomàquet, un pollastre amb pebrots i una fruita, uns espàrrecs i un arròs amb bolets i conill, i una fruita.

És clar que als bons cuiners i cuineres se'ls ocorraran moltes maneres de combinar aliments. Us puc assegurar que aquest esquema l'hem donat, des de fa molts anys, a grups de persones i que la gent és capaç d'organitzar-se i seguir-lo. L'alimentació no és tan complicada. És espectacular veure com la gent comenta que només seguint aquestes normes durant un any s'han aprimat, encara que no es tracti d'una dieta per aprimar-se. Però, si realment sobren uns quilos es van perdent de mica en mica. Si es tenen nivells alts de colesterol van baixant. La natura és fantàstica i quan la tractem bé, respon molt bé. I amb això vull animar-vos. Animar-vos a buscar molta informació sobre alimentació i a partir d'aquesta informació, com deia la Margarita Serrat, canviar la nevera, el sistema de comprar.

Aneu aprenent a introduir-hi normes. Hem de menjar peix com a mínim tres cops a la setmana. Comencem per uns propòsits. Cada dia hem de menjar un aliment cru, amanides o fruites, però cada dia. Per tant, si arriba el vespre i encara no hem menjat res cru, podríem preparar una amanida o menjar una fruita.

Són petites normes que si se segueixen, possiblement us ajudin a donar uns passos endavant. L'organisme al qual donem aquest suport nutricional i que equilibrem orgànicament amb una bona alimentació, respondrà molt millor. Respondrà millor a la medicació, i, a la vegada, podrem evitar en gran mesura els efectes secundaris, per exemple, de l'obesitat. Si a sobre que ja tenim un problema n'hi afegim un altre, el primer problema encara es fa més gran. No ens troben bé, no ens troben a gust en nosaltres mateixos, i, a la vegada, tenim aquella sensació de dependència a l'alimentació.

Resumint, us diria que penseu una mica en el que mengeu. Deixem aquesta modernitat de la improvisació i tornem a l'ordre en l'alimentació. Siguem comprensius, no ens enfadem perquè algú que ens estimem agafa una bossa de caramels i se la menja tota. Ens està dient alguna cosa. L'ésser humà, parla des de petit, des de molt petit. El nen parla i et diu coses amb els seus comportaments alimentaris. Els humans som així, no estic parlant solament d'uns malalts. Estic parlant de tots els humans. Això ens apropa a tots una mica.

Moltes gràcies.

Si teniu alguna pregunta estaré encantada de respondre-la.

J. Masia

Gràcies M. Josep per la teva presentació.

Aquí, donada l'audiència que som, estem interessats d'una manera especial en els malalts mentals. Sembla que l'augment del nombre de persones afectades per trastorns mentals té alguna cosa a veure amb aquest desordre actual de l'alimentació. Aleshores, això reafirma una mica el que tu estàs dient que convé recuperar un equilibri, que potser hem perdut últimament, i que en perdre'l, afavorim l'augment de malalties mentals.

M.J. Roselló

He intentat deixar a l'aire el que a mi em preocupa. No ho puc assegurar científicament si no se n'ha fet un estudi. A mi em preocupa molt l'etapa de l'adolescència perquè és una etapa de molta debilitat orgànica. Quan parlo amb pares, intento explicar-los que així com el nadó és molt dèbil i tenim molt clar que hem de tenir-ne cura, l'adolescència és també una etapa de molta debilitat i d'estrès orgànic. L'adolescència suposa un estrès orgànic molt important i això és el que em preocupa i fa que em preguntis, com molt bé dius, si aquest desordre no està potenciant la incidència de malalties mentals que estem patint en aquests moments. Si estem pagant el preu de la modernitat.

J. Masia

Fins i tot això de la bossa de caramels, que és molt típic. Perquè hi ha moltes persones que agafen una bossa de caramels i no paren fins acabar-se l'últim. Potser, és que el cos els ho demana, perquè tenen o pateixen alguna carència, però evidentment sembla que és un desordre. Evidentment crec que tot això pot afectar molt.

M.J. Roselló

Molt, però el cos no té una carència de glucosa, es mengen els caramels perquè tenen la sensació de buit físic, quan realment és un buit psicològic. No hi ha carència de glucosa, en absolut. No hi ha una carència de greix i per això es mengen la llonganissa, no! L'animal per instint, quan té una carència menja una cosa determinada. Nosaltres com he dit, hem perdut l'instint. Hem guanyat amb complexitat cerebral i psicològica, però patim aquestes somatitzacions físiques de buit psicològic. Per això, diem que quan estem nerviosos sentim un buit a l'estómac. Realment no tenim un buit a l'estómac. Si ens féssim una anàlisi de glucosa de la sang, aquesta estaria perfecta. No ens faltaria ni un mil·ligram de glucosa. Aquella mateixa persona, la distraïem i deixa de necessitar els caramels.

El que passa, és que el problema és a vegades és molt complex. També ve una mica que ens han educat així. És a dir, a partir que naixem, tenim una mare que ens dona un aliment

que és dolç. Per tant, el concepte del dolç és molt llaminer i important. Eduquem d'aquesta manera. Quan un nen plora li donem un caramel. Des de petits ens consolem amb dolços, i si un està malalt li portem uns pastissos. Això ho veiem als hospitals moltes vegades. Portem al malalt una capsula de caramels o bombons i l'acaben d'operar de la vesícula biliar. No se'ls pot menjar! És igual ens diem, ja se'ls menjarà quan pugui. Sembla que sense dolços no ens puguem recuperar, els humans som així.

Però, traieu-vos-ho del cap, no els necessiten els dolços. No tenim una necessitat física. Tenim una capacitat de resistència increïble. Podem estar moltes hores sense menjar que la glucosa no baixa. Les proteïnes ens faran pitjors males passades, i en canvi no ens donen cap senyal. Per tant, no necessitem dolços quan comencem a fer dieta, ho puc assegurar. Podem fer la prova de la glucosa, aquesta no estarà baixa.

J. Masia

Més aviat, potser, és una falta de voluntat de la persona, de no prendre una cosa que li agrada.

M.J. Roselló

Jo, fins i tot diria que és més un refugi, un consol. També et diré que determinades substàncies després tenen un efecte al cervell. Un excés de dolç hi té un efecte sedant, per exemple.

És clar que la via no és omplir-te de sucre, és arribar a un equilibri. Curiosament, torno a repetir, en el moment en què comences a posar-hi ordre, aquestes sensacions de necessitat disminueixen. Aconseguint un nivell de nutrició excel·lent de la persona, fins i tot en gent sense cap problema de salut.

Quan es tira endavant la dieta i un s'aprima, és també perquè ja no necessitem picar entre hores. Hem de tenir molta cura perquè hi ha dietes d'aprimament que són un desastre. Han de ser bones, a la vegada que aprimen, han de tenir amb tots els nutrients. Moltes vegades aquestes dietes s'han de reforçar amb minerals. Si la persona arriba a una situació d'equilibri, es trobarà molt millor. Ara, si un fa una dieta d'aprimament horrible, patirà més carències i possibles efectes no desitjats. Són dietes que aprimen, però que després engreixen més. Per tant, aquí, el que és important, és intentar fer una dieta al més equilibrada possible, que no hi hagi carències, perquè l'equilibri és el que ens ajuda a disminuir les dependències.

Públic

Una dieta baixa en proteïnes, pot arribar a produir al·lucinacions? En el cas dels nostres familiars malalts, és un dels grans símptomes que tenen. L'alimentació, els pot ajudar a disminuir les al·lucinacions?

M.J. Rosselló

Sobretot el que s'hauria de fer, és intentar que no facin mai una dieta baixa en proteïnes.

És molt important que no hi hagi carències d'aquest tipus. La manca de proteïnes és un sistema que utilitzen, per exemple, les sectes a l'hora de captar adeptes. Tenen a les persones amb dietes de fruita durant molt temps, cosa que els provoca una carència de proteïnes de manera total i absoluta, i al final somien coses molt rares. Per tant, el que és més important, no és fer un excés de proteïna, perquè tot excés es transforma en greix, és repartir bé la proteïna al llarg del dia. En lloc de menjar un tros de carn immensa al migdia i no menjar res al vespre, cal fer un millor repartiment. En el fons no m'estic inventant res. És el que es feia abans, però ara explicat científicament.

Públic

He observat a la memòria 2003 de la Fundació Seny que s'hi fa referència a un projecte sobre esquizofrènia i àcids grassos Omega-3.

Voldria saber quina opinió té sobre l'ús de suplementos nutricionals en el tractament de malalties mentals com la de què parlem. Moltes gràcies.

M.J. Rosselló

He anomenat la importància dels àcids grassos Omega-3, el tipus de greix que tenen els peixos. L'ésser humà no pot fabricar aquests àcids grassos. Nosaltres podem fabricar, a partir de sucres, determinats tipus de greixos però, amb el nostre metabolisme, no tenim la capacitat de fabricar el greix que fabrica el peix. Per tant, si no en mengem, el nostre cos no el tindrà. Hi ha tota una sèrie de línies d'estudi importants que parlen del paper que tenen aquests àcids grassos per a l'organisme; tenen uns efectes antiinflamatoris. La importància de tot això també s'ha de continuar estudiant i investigant. Els àcids grassos semblen ser fonamentals per al bon funcionament cerebral. Per això, la recomanació que us faig avui és: Potencieu el consum de peix.

Al mercat tenim productes enriquits amb Omega-3, llet amb Omega-3, ous amb Omega-3 i d'altres. Per què? S'ho inventen les empreses? No. I el mateix passa amb la sal iodada.

El 1924, als Estats Units ja es va començar a iodar la sal. Va ésser una recomanació de l'Organització Mundial de la Salut per evitar carències de iode a la població. La carència de

iode comporta un problema molt important per a tota la població. Aleshores es va fer la recomanació sobre un producte que arribava pràcticament a tothom, com era la sal.

El iode és un element fonamental. Hi haurà gent que no menjarà peix, però pren sal iodada. Ja tindrà, doncs, la dosi de iode suficient perquè no desenvolupi el goll, tan freqüent abans, i per tant, el cretinisme i tota una sèrie de problemes, entre els quals, també alguns de cerebrals. Ara l'Organització Mundial de la Salut i els estudis mundials, van detectant altres carències. D'aquí que parlin de la importància d'augmentar el consum d'àcids grassos Omega-3 a la població. Això ho recullen empreses, com ho van recollir les empreses de sal i la van iodar. Les empreses, per exemple, poden donar una alimentació concreta a les gallines perquè els seus ous tinguin més Omega-3, així nosaltres podem tenir més Omega-3 dins el cos si el mengem en origen. És tracta d'aprofitar el coneixement científic i anar afegint-hi aquestes coses.

Fa anys també es va dir d'enriquir amb vitamina A i D les llets desnatades. Al principi van sortir llets desnatades que no tenien vitamina A i D. Ara ja totes les tenen. Per tant, és una modernitat molt positiva, que ens ajuda a aconseguir que es prengui Omega-3 d'una altra manera. Després ja entràrem en la suplementació. Tenim olis de peixos en forma de perles per prendre com a suplement.

Públic

He llegit alguna vegada que dins el sistema enzimàtic, com ara les amilases, més aviat són a la saliva, mentre que les proteases i les lipases són a l'estómac. Això és cert?

M.J. Rosselló

No. L'aparell digestiu té, efectivament, una sèrie de compartiments. Cada tros del nostre aparell digestiu segrega una sèrie de substàncies per digerir els nutrients. És a dir, quan nosaltres ens mengem una proteïna (una proteïna és una gran molècula formada per unes peces anomenades aminoàcids) no podem assimilar-la directament. L'hem de trencar. Per això utilitzem aquests enzims, els quals incideixen sobre aquesta gran proteïna formada per peces i les deixa lliures. Només aquestes peces lliures creuen la barrera intestinal.

Aquestes peces les aprofitarem per fabricar la nostra pròpia proteïna. I efectivament, els hidrats de carboni es comencen a digerir, si parlem del midó, a través de la saliva per després continuar-ne la digestió al pàncrees. A l'estómac i al pàncrees hi ha zones d'absorció. Tot està molt ben organitzat.

Quan parlem d'un aliment com són llegums, estem parlant d'aliments amb midó. O el mateix cereal del pa. Ambdós aliments tenen midó i també molta proteïna. Nosaltres ho podem digerir perfectament, perquè a cada lloc digerim una cosa diferent. Per tant, aprofito

per dir que es pot combinar tot tipus de nutrients perquè la natura ja ens ho dona combinat. Aquesta modernitat de no poder barrejar aliments, no té sentit científic.

P. Gallo

Tan sols un breu apunt, és veritat que a la memòria de Seny Fundació hi trobareu un apartat que diu àcids grassos i esquizofrènia. Cal comentar-vos que és un projecte que està en marxa a la Fundació, volem explorar fins a quin punt aquest suplement que deia la M. Josep Roselló, en forma de perla, té evidència científica que millora l'equilibri del malalt, millora el control dels símptomes i en tot cas, redueix una mica els efectes no desitjables de la medicació. S'han fet ja diversos assaigs clínics, un total de sis. Des de Seny Fundació intentarem fer un assaig clínic amb suficient nombre de pacients per intentar aclarir-ne els dubtes.

El que recomanàrem en tot cas és que tingueu una dieta equilibrada. Fins que no tinguem evidència científica de les anomenades perles amb olis de peixos, de com s'han de prendre i en quina dosificació, una dieta equilibrada és el millor que podem tenir.

M.J. Roselló

Si em permetes afegir-hi: Espero que efectivament es puguin utilitzar.

De fet amb moltes altres patologies ja s'utilitzen aquests suplementes d'olis. S'utilitzen en dosis altes sense problemes. Sense efectes secundaris, perquè a la vegada són bons per al cor. Com també he dit, tenen uns efectes antiinflamatoris; per tant, també són bons per a problemes reumàtics. El que passa és que tampoc esperem que afegint aquests suplementes i continuant menjant malament millori la nostra salut de manera notable. És a dir, donem-li una base d'equilibri, i aleshores, aquests suplementes encara seran més positius, però no són la *pastilla màgica* que desitja molta gent. En nutrició no hi ha *pastilles màgiques*.

Cada any surten però, modes. Que si la del vinagre de poma, etc. I tothom darrere la *pastilleta*. Diuen que pots menjar el que vulguis, que després et prens la *pastilleta* i t'aprimes. No és veritat! Jo sempre dic el mateix: Si de veritat hi hagués un producte tan innocu com les perles d'Omega-3 que prenent allò t'aprimessis, qui ho descobrís seria la persona més milionària del món. No hi haurà persones grasses. Això no existeix.

És molt important l'equilibri en la dieta i és aleshores quan aquests suplementes fan més bon efecte. No espereu que funcionin menjant malament tot el dia, com ara productes de pastisseria, etc. i després prendre's les *perletes*.

S. Noguera

Una pregunta, abans però, voldria felicitar-te per la teva intervenció.

Fent una petita reflexió sobre les modes i el tipus d'alimentació que es dona als nens, no fa gaire va haver-hi problemes d'hipervitaminosi, per tant, la moda que els nans patien carències vitamíniques, va produir una altra sèrie de problemes. Has parlat del iode, de la seva importància, però crec que tant a dosis altes com a baixes ocasionen problemes. Per tant, la meua pregunta és: Quins són els millors professionals, i on els podem trobar, per tal de poder assessorar-nos correctament?

M.J. Rosselló

Doncs començaré pel final. Et diré que a la Universitat Ramon Llull, hem creat la carrera de Nutrició. L'any que ve sortirà ja la primera promoció i, per tant, hi haurà nous professionals, especialistes en nutrició i dietètica. A la ciutat de Barcelona no hi havia cap escola en aquesta àrea, sí en altres llocs de Catalunya i, per tant, espero que d'aquí a uns anys tinguem aquests nous professionals introduïts en els equips de l'àmbit sanitari, com va passar afortunadament amb el fisioterapeuta fa ja uns anys. Hauran de passar anys encara però, perquè tinguem aquests especialistes al nostre abast de manera generalitzada. Els estudis són molt complexos i cada carrera té molta complexitat. Faig la comparació amb el fisioterapeuta perquè penso que és una comparació que s'entén molt bé: el traumatòleg diagnostica i et pot operar d'un menisc, però després, qui treballarà la recuperació serà un fisioterapeuta. Aquí passa exactament el mateix, el metge sempre tindrà el seu paper fonamental. El nutricionista mai diagnosticarà però sí que serà capaç de donar unes bones dietes. Espero que cada vegada siguin més els professionals que treballin en aquest camp.

Responent a la primera part de la pregunta: a través dels aliments mai es patirà un abús vitamínic, de minerals, ni de iode encara que es prengui sal iodada. Aquests components estan en els aliments en dosis alimentàries. El problema de la hipervitaminosi sempre s'ha donat per mitjà de suplementos medicamentosos. Quan parlem, per exemple, d'unes perles d'oli, no estem parlant d'un aliment medicamentós sinó, simplement de l'oli del peix. És una extracció de l'oli de peix. És com si diguessis que l'oli d'oliva és un medicament, i sabem que no. És una extracció de l'oli de l'oliva. Doncs igual que som capaços d'extreure l'oli de l'oliva, som capaços d'extreure l'oli del peix. Per tant no arribarem a patir mai una hipervitaminosi. El problema amb l'alimentació per excés sempre és per consum excessiu de sucres i de greix, o a partir de proteïnes. Però no patim una hipervitaminosi a través dels aliments, ni de vitamina C. Sí que hi ha alguna vitamina, com la A, que amb excés pot arribar a ser tòxica, però no se n'aconseguirà un excés a través dels aliments, perquè la contenen amb un nivell que no comporta cap mena de toxicitat. Per tant, el problema realment no és que tinguem malalties per excés de vitamines a la nostra població, sinó que

tenim molts grups de població que estan en estat de carència subclínica. És clar, no patim escorbut com passava segles enrere però, tenim clares carències subclíniques de vitamina C. Per tant, amb l'aliment si mengem bé, anirem bé. El problema no és la moda del que dónes a l'adolescent, sinó el que l'adolescent vol menjar o no vol menjar.

Públic

Ahora se está hablando mucho de que el consumo de leche puede acarrear problemas. Qué opina al respecto?

M.J. Rosselló

La leche es un alimento muy completo con altas dosis de proteínas y azúcar, en forma de lactosa. Por eso los niños son capaces de crecer muchísimo sólo con leche, porque tiene de todo, pero también tiene grasa. Efectivamente, hay personas que tienen problemas con los lácteos. Hay personas que tienen alergia a la proteína y está clarísimo que estas personas no pueden tomar leche. Personas que tienen intolerancia al azúcar, a la lactosa, y que tampoco la pueden tomar. Y tenemos personas muy mayores que toda la vida han tomado leche y están fenomenal.

Ahora, si hablamos de la grasa de la leche, aquí ya entramos en otro campo. Efectivamente tendríamos que decir que para determinadas patologías, para determinados enfermos, no sería conveniente la grasa de la leche, porque así como hemos dicho que por ejemplo los ácidos grasos Omega-3 tienen un efecto antiinflamatorio, la grasa de la leche rica en ácido araquidónico tiene un efecto inflamatorio. Por tanto, en algunas enfermedades sí se recomienda no tanto eliminar la leche como eliminar la grasa de la leche.

No se puede dar una recomendación general y decidir no dar leche a un grupo de enfermos determinado, a no ser que haya una clara incidencia de la proteína de la leche. En ese caso eliminaríamos el consumo de leche en este grupo de personas. Por eso cuando hablamos de leche, tenemos que hablar de sus componentes. No se puede decir que el ser humano no tolera la leche, no es verdad. Hay un tanto por ciento concreto de seres humanos que no toleran la leche por motivos que he intentado resumir. Pero hay un tanto por ciento importantísimo de seres humanos, que la toleran perfectamente. Toda su vida, llegando a ser muy mayores, ha consumido leche y tienen un excelentísimo estado de salud. No podemos importar teorías de otras zonas del mundo donde tienen una genética diferente a la nuestra. Hay determinadas zonas orientales donde son intolerantes a la lactosa, por genética.

En definitiva, las cosas no se pueden generalizar.
Muchas gracias.

FUMAR I DEIXAR-HO: PER QUÈ I COM

J. González
Associació per a la Salut Mental Septimania

Pedro Gallo

Sigueu tots benvinguts de nou.

En aquests moments ens acompanya el Sr. Joaquim González, director gerent de l'Associació per a la Salut Mental Septimània.

El Sr. Joaquim González és psicòleg i ha treballat durant anys a la Unitat de Tabaquisme de l'Hospital Clínic. Després d'aquests anys, s'ha endinsat més de ple en temes de salut mental, i com molt bé ell m'ha confessat, és per a ell un plaer combinar aquestes dues experiències. Per això el tenim avui aquí. Crec que ens transmetrà la seva experiència, la seva manera d'entendre el tabaquisme, des d'un punt de partida i d'arribada molt positiu. Vull agrair-li en especial que hagi pogut venir avui a compartir amb tots nosaltres aquesta experiència i aquest coneixement.

Joaquim González ens parlarà del que es pot guanyar deixant de fumar. Hi ha moltes coses a guanyar. N'estic segur. Però no ens oferirà, en absolut, el que diuen els anglesos la magic bullet, la pastilleta màgica. El seu punt de vista sent positiu, no és extremadament optimista perquè deixar de fumar no és fàcil. Ens donarà consells de com reduir-ho, com controlar-ho, com ajudar el nostre pacient, el nostre familiar malalt a deixar de fumar o a anar-ne reduint el consum.

Moltes gràcies Joaquim, quan vulguis.

Joaquim González

Bon dia!

Gràcies a l'organització per convidar-me.

Abans de començar necessito una petita col·laboració, saber quanta gent no ha provat mai una cigarreta. Molt bé, molt bé. Quanta gent és fumadora, fumadora habitual? I quanta ha deixat ja de fumar? Molt bé. Ja en tinc prou. Gràcies per la vostra col·laboració.

Volia estudiar això perquè sempre és interessant organitzar la xerrada segons el públic que es té. D'entrada puc dir-vos que el consum de tabac, no es distribueix aquí, a la sala, com es distribueix a la població general. Aquí a la sala hi ha poca gent fumadora. D'alguna manera ens indica que les coses estan canviant. Com a mínim en aquest col·lectiu. Això però, no és així en els pacients, en els malalts mentals, en els quals com ja veurem, la incidència del tabaquisme és altíssima. Molt per sobre de la que habitualment es dona en la població general.

Mortalitat i tabaquisme

Farem primer una repassada ràpida al tema de mortalitat per tabaquisme, que malgrat ser molt pesat, no el vull obviar donada la seva importància.

Actualment, es parla del fet que el tabaquisme és una pandèmia. Una pandèmia no és una altra cosa que una epidèmia descontrolada, quan ja no se sap per on es va.

Per què ho és? Actualment, cada any moren a tot el món 4 milions de persones víctimes del tabac. Això vol dir, una persona cada nou segons. Per tant, en el transcurs de la meua xerrada, se n'hauran mort bastants. S'estima que una cigarreta retalla 5,5 minuts de vida. Això vol dir, que una persona que fuma dos paquets al dia, perdrà o podrà perdre, vuit anys de vida.

L'any 2020 moriran un total de 10 milions de persones a tot el món. Curiosament, i això és important, el 70% d'aquestes persones seran de països en vies de desenvolupament. Què vol dir això? Doncs, que d'alguna manera nosaltres, els països més desenvolupats, ja ho estem intentant controlar, però ara el gran mercat és precisament als països més desprotegits, des del punt de vista legislatiu i de la propaganda.

L'última enquesta de consum que tenim a l'Estat espanyol és del 2001. Correspon a majors de 16 anys, és important destacar això de major de 16 anys, perquè els menors ja comencen a fumar però en aquesta enquesta no hi són comptats. Els resultats ens indiquen que el 35% de la població espanyola és fumadora (un de cada tres adults). I un 44%, si ho restringim a la franja d'edat dels 25 als 44 anys, o sigui, una de cada dues persones. Dins aquesta franja, la majoria són homes. S'ha de destacar, però, que les dones que fumen (un 27%) ho fan sobretot en la franja d'edat dels 16 als 24 anys; aquest col·lectiu és el que més ha incrementat. En aquest moment, doncs, comencen a fumar més les noies joves que els nois. Aquí hi ha una incidència clara del que seria el tema publicitari: el foment del consum associat a altres coses com el valor de la independència, etc. Valors que serveixen per equiparar una certa situació de privilegi de l'home en vers la dona.

Ja hi ha dades sobre exfumadors (15%). Gent que ho va deixant sobretot a partir d'una edat propera als 40 anys. Les persones que ho deixen han fet com a mínim tres intents seriosos abans d'aconseguir-ho. És a dir, a la primera, generalment, no s'aconsegueix, això és així. Està bé saber-ho per a les persones que s'ho plantegen.

L'any 1998 el total de morts per tabac va ser ja de 55.000 persones: en homes, una de cada quatre morts era atribuïda al tabac, i en dones, una de cada 20. Si això ho relacionem en qüestions més properes, seria com dir, que la tragèdia d'Atocha es dona cada dos dies, o com si les Torres Bessones caiguessin cada 15 dies. Per tant, *fumar puede matar*. Mentida! **Fumar mata, no a tothom, però fumar mata!**

A Catalunya l'última enquesta que hi ha és de l'any 1998, on es recull que són 10.000 les persones mortes a causa del tabac. El cost estimat és de 450 milions d'euros, és a dir, 75.000.000.000 de les antigues pessetes. M'agradaria sobretot destacar el cost que no està avaluat en pessetes: que és el cost del patiment, el cost de com mort la persona que fuma, el cost de quedar-se sense el pare o el marit... Això no està avaluat i això, evidentment, també té un cost important.

Components del tabac

S'han diferenciat més de 4.000 components en el fum del tabac, i no n'hi ha cap, de moment, que sigui bo. Avui, però, en parlarem només de tres per no atabalar-vos i perquè, entre altres coses, no tindria prou temps i tampoc prou coneixements per parlar-ne de tots. Parlarem de la nicotina, del quitrà i del monòxid de carboni:

- La nicotina és la responsable de la dependència física; la gent no s'hi enganxaria si la nicotina no fos un producte que creés una gran addicció.
- El quitrà és el responsable de les malalties respiratòries i, per tant, en últim extrem, del càncer de pulmó.
- I el monòxid de carboni seria el responsable de les malalties cardiovasculars, és a dir, de l'infart de miocardi com a cosa més rellevant.

A part d'això, hi ha 25 malalties més, associades al consum de tabac.

Efectes de la nicotina en l'organisme

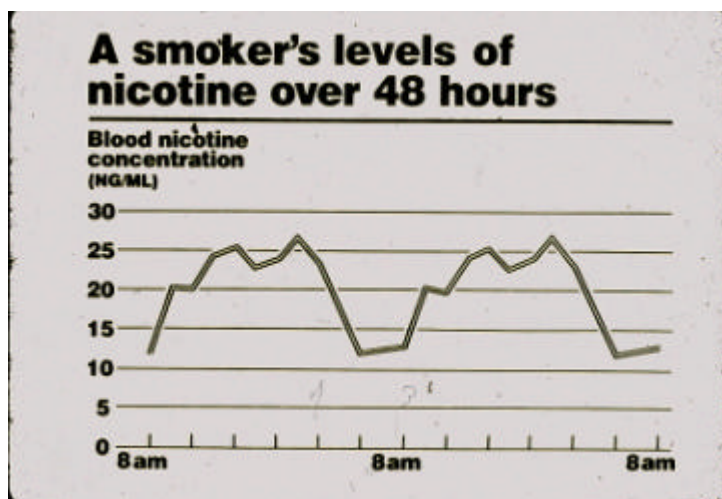
Parlarem ara, del procés de convertir-se en un fumador consolidat des del punt de vista de l'efecte que té la nicotina sobre l'organisme.

El procés comença abans de fumar perquè no totes les persones seran fumadores. Començaran a fumar aquelles que els missatges els enganxin, i vegin el missatge de la forma en què el publicista vol que sigui rebut. Per tant, abans de començar a fumar, l'adolescent i el pre-adolescent ja hauran associat el tabac a una sèrie de valors.

Quan es comença a fumar, no es pateix immediatament la dependència física. La nicotina encara no ha entrat en joc però, de mica en mica la cosa va progressant i al final es té una dependència física i també una dependència psicològica per tot el component social que envolta al tabac. Arribat aquest moment és molt clar, que a part de que el pare o la mare siguin fumadors, el condicionant principal per acabar sent fumador, és en el grup. Si el grup és fumador, tens moltes més possibilitats d'acabar sent fumador. Abans el més important era que el pare o la mare o bé tots dos fossin fumadors perquè el fill probablement també ho fos. Ara la situació està canviant, la pressió del grup és fonamental. D'aquí que els publicistes i totes les campanyes vagin encaminades a la població juvenil.

Què passa quan una persona comença a fumar des del punt de vista fisiològic? Al principi començarà a fumar (sense patir una síndrome d'abstinència) cinc o sis cigarretes al dia. Això anirà progressant, i s'arribarà a 20 cigarretes al dia. La dependència física, arribat aquest punt, començarà a ser important (es tenen dades que a partir de 10 cigarretes al dia ja es pateix una síndrome d'abstinència). Tindrem ja una persona enganxada que voldrà deixar de fumar. Començarà a sentir-se malament, començarà a estar nerviós, que no saps què li passa... I si encara es continua progressant, veurem que el límit superior cada vegada estarà més amunt i es

podrà arribar a 30, 40 o 50 cigarretes al dia. Fumant-ne menys de 10 o 15, aquesta persona no es trobarà bé. Ja tenim doncs, un fumador consolidat. No se sap ben bé quan es tarda en aquest procés, però alguns estudis indiquen que a partir de 100 cigarretes fumades, ja s'inicia la fase de dependència. Com podem adonar-nos-en?



Aquesta transparència, ens indica els nivells de nicotina en sang de les persones en funció de les hores del dia. Quan una persona es desperta, té un nivell de nicotina a la sang molt baix ja que durant la nit l'ha anat alliberant. El seu cos, ha anat metabolitzant la nicotina. Quan es desperti necessitarà ràpidament sub-ministrar-se'n una dosi.

Aquí, és on es veu si un hi està enganxat o no. Si una persona ha de començar a fumar abans del primer quart d'hora o la primera mitja hora, vol dir que el seu cos no suporta ja estar sense nicotina. Bé, doncs, ja el tenim enganxat! Ja en tenim un! (això passa cada dia).

Parlem del *mono*, de la síndrome abstinència produïda per la nicotina. El *mono* és una sèrie de símptomes clarament diferenciats que es donen sempre que un hi està enganxat i vol deixar-ho. Són: el *craving* (paraula anglesa de difícil traducció que descriuria el desfici per fumar), irritabilitat, mal-estar, mal humor, dificultat de concentració (fins ara era la nicotina la que et feia funcionar), sensació de gana, el que descrivia la M. Josep Rosselló: un buit (la cigarreta no deixa de ser un xumet i ara no tens amb què entretenir-te) i, per tant, aquest buit s'ha d'omplir d'una altra manera. Es dona també certa somnolència ja que la nicotina bàsicament té un efecte estimulador.

Quan dura això? El *mono* dura entre cinc i deu dies. A partir del cinquè dia el 90% de la nicotina del cos ha desaparegut. Per tant els tractaments de tres mesos, quatre mesos, cinc mesos, no es justifiquen des del punt de vista fisiològic, sí, des del punt de vista comercial. En tot cas, si després tenim temps explicaré per què. Però no ens hem de deixar enganyar: el gran problema de deixar de fumar no és el *mono* de la nicotina, és bastant més complicat. M'agradaria ressaltar un estudi comparatiu que es va fer entre diferents substàncies i les seves capacitats d'addicció. Es va comparar la nicotina, l'alcohol, la cocaïna, l'heroïna, la marihuana i la cafeïna quant a la seva toxicitat, síndrome d'abstinència, potència de la síndrome d'abstinència, el reforç que implica prendre una droga o una altra, la tolerància (entesa com una necessitat de consumir cada vegada més per obtenir el mateix confort físic) i la dificultat per deixar-ho, és a dir, la capacitat de

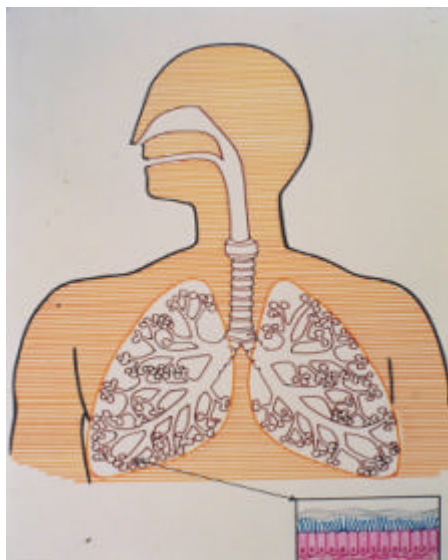
recaiguda. Bé doncs, la nicotina és la substància més potent quan l'avaluem des del punt de vista de les recaigudes. En conseqüència, el tabac és on més gent recau. Quant a la tolerància, la nicotina, és la segona substància més potent, i quan a reforç, la quarta. És important també l'inici del consum i la dependència. És a dir, quin percentatge de persones que tasten les substàncies s'hi acaben enganxant. Al tabac, s'hi enganxen una de cada tres. A l'heroïna, una de cada quatre. A l'alcohol, un 15% i a la cocaïna, un 16%. Això és molt important donada l'acceptació social del tabac, o almenys, la que tenia fins ara.

Que en un paquet de tabac posi: *el tabaco es muy adictivo, no empieza a fumar*, té força conya, sobretot per uè quan un se'l compra és per què se'l fumarà en menys d'un parell de dies. Aquest lema l'hauríem de canviar per *el tabaco es muy adictivo, no se lo compre!* però és clar...

Efectes del quitrà en l'organisme

Passem a parlar ara, d'una altra substància. Hem parlat de la nicotina, ara parlarem del quitrà. El quitrà és una substància que hi ha en el fum del tabac. En la seva forma sòlida és igual que el quitrà que s'utilitza per asfaltar les carreteres. O sigui, si un té la capacitat de començar a fer càlculs sobre el quitrà que aproximadament hi ha en cada cigarreta (uns 10 mil·ligrams) i això ho solidifiquem, ho multipliquem per les cigarretes al dia i els anys que fa que fuma, sabrà el que podrà asfaltar: 1 m², 2 m²... Cadascú té la seva capacitat per saber fins on arribaria la seva contribució.

Bromes a part, el quitrà és un producte molt tòxic. És un producte clarament vinculat a les malalties respiratòries.



Aquest és l'aparell respiratori. Aquí ampliat veurem que hi ha un mecanisme de defensa que es diu aparell ciliar (es veuen uns petits cilis). Els cilis són uns respallets, unes cèl·lules amb uns petits filaments que ajuden a treure certes substàncies amb l'expectoració. A través de tossir.

Si una persona fuma, va introduint partícules entre d'altres de quitrà, la consistència enganxosa del qual va creant una pel·lícula que inactiva els cilis i això, acaba provocant infeccions. Es generen mucositats que no es curen, es comencen a patir dificultats respiratòries, bronquitis crònica i un llarg etcètera.

En aquesta sèrie de quatre diapositives veurem perfectament el deteriorament ciliar d'una persona fumadora.



Aquesta és una part molt petita del pulmó. Aquests són uns cilis macos, aquí la cosa encara va bé.



Aquí ja estan una mica moixos, això comença a no funcionar.



En aquesta altra veiem que hi ha zones en les quals ja no hi ha cilis. Això és més preocupant.



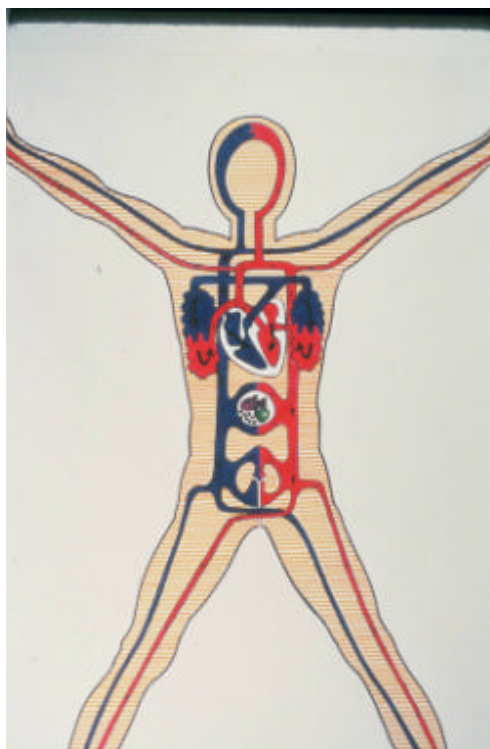
Fins que amb el temps, arriben a desaparèixer i quan això passa, la situació ja no és recuperable.

Però això, ja no solament no és recuperable, sinó que això és el començament d'una malaltia. Específicament d'un emfisema.

S'han fet estudis sobre la incidència del càncer de pulmó, comparant les persones fumadores i les persones no fumadores i la mortalitat que ocasiona. S'ha vist, tal com us deia, que el càncer de pulmó al començament del segle XX era una malaltia com qualsevol altra. No era una malaltia prevalent des del punt de vista de quantitat de persones que la patien. Això ha anat augmentant i en aquests moments, els estudis mostren que si no fumes, la possibilitat de morir de càncer de pulmó és baixa. I encara disminueix més a mesura que et fas més gran, ja que, com més fumador ets i més anys passen, més possibilitats tens d'acabar patint aquesta malaltia. Com bé deia la M^a Josep, el cos és molt intel·ligent i de la mateixa manera que fumar provoca deteriorament, deixar de fumar també facilita la capacitat de regeneració. Això vol dir, que no val l'excusa de: *el mal ja està fet*. Pot ser sí, però, quan un deixa de fumar sempre pot recuperar parcel·les de salut. Per tant, el missatge catastròfic de no cal fer-hi res, l'hem de desterrar.

El sistema circulatori

Canviem les imatges per visualitzar tot el que seria el sistema circulatori.



Fem un símil: aquí hi ha un cor, que seria la nostra màquina de bombeig, tenim tota una sèrie de tubs, les artèries i les venes per on circula la sang. No hi pot haver res obturat. És a dir, ha de fluir la sang perfectament per poder introduir oxigen a tot el nostre cos. Però quan una persona fuma, resulta que hi introdueix monòxid de carboni, i això és un gas tòxic que a part de tenir la capacitat de desplaçar l'oxigen, és dues-centes quaranta vegades més afí a l'hemoglobina de la sang que el mateix oxigen. Per tant, quan un fuma, no solament no oxigena la sang sinó que a més a més la carbonitza. El que fa fonamentalment el monòxid de carboni, és ajudar els greixos a adherir-se a les parets de les artèries, fent que aquestes siguin cada cop més primes, cosa que origina malalties com l'infart de miocardi.

El tabac també afecta altres coses, com, per exemple, la impotència.



Hi ha estudis claríssims on fumadors crònics d'una certa edat tenen problemes d'impotència seriosos. El problema de la impotència, és un problema que es manifesta masculinament però que es pateix en parella.

Els resultats d'una estadística feta a EUA sobre la possibilitat de morir-se d'una malaltia cardiovascular pel fet de ser o no fumador, indiquen que si ets fumador, la probabilitat de tenir un

infart entre els 45 i els 54 anys, és el triple que si no ho ets. Cal tenir en compte que la primera causa de mortalitat en el món occidental és per malaltia cardiovascular, bàsicament, per infart de miocardi.



A part de tot d'això, el fumador quan fuma produeix dos tipus de corrent: el corrent primari quan inhala, i el secundari quan expulsa. Aquest segon corrent és important perquè reverteix en els altres: els fumadors passius, forçats o fumadors involuntaris. Es pot anomenar de qualsevol de les tres maneres.

El cas més greu es dona durant l'embaràs, en què s'identifiquen clarament els riscos següents: 70% de risc d'avortament espontani, 36% de naixements prematurs, el doble risc de baix pes en naixements abans del termini i 25% de risc de mort perinatal, és a dir, d'una mort sobtada. Però no solament pateix el fetus, sinó també les persones que conviuen amb el fumador/a perquè el càncer de pulmó també es dona en fumadors passius, i a més es pateixen altres coses, com l'alè típic del fumador.

Tabac i publicitat

Deixem ara el tema de la salut i passem al tema de com els poder econòmics, i especialment la publicitat i la propaganda, estan incidint i normalitzant una conducta que no és normal.

Nosaltres necessitem oxigen, i si hem acabat fumant és perquè fumar ha sigut una conducta no solament acceptada sinó fomentada. No va ser fins als anys quaranta i principalment fins als anys cinquanta que van començar a aparèixer estudis científics que relacionaven el tabac amb malalties, especialment amb el càncer de pulmó.

Recordeu Humphrey Bogard? Molta gent va començar a fumar a partir de Casablanca i d'altres pel·lícules. Per què? Doncs perquè en Humphrey Bogard era un "tio" que fumava molt bé. Era molt seductor i d'alguna manera, si ets un Humphrey Bogard, imagines que les coses poden anar molt millor. I així la gent es va introduint en el tema del tabac.

Però la gent no sap que Humphrey Bogard va morir de càncer. Va morir d'un càncer d'esòfag vinculat al tabac i a l'alcohol. I que en les últimes pel·lícules el rictus de patiment que mostrava era ja més pel mal que tenia i que per la seva capacitat d'interpretació.



Marilyn Monroe va morir d'altres coses però ens va deixar aquesta imatge tan americana. Va ser entre els anys setanta i vuitanta que es va introduir el fet de fumar com un estil de vida americà. Va ser quan les marques americanes van desembarcar per mitjà de vendre aquestes imatges.

Però, també hem tingut personatges propis de la nostra cultura que han normalitzat el tema, com per exemple la *Lola de España*. La Lola era un personatge en el qual molta gent, un sector social important, es reflectia. Era una gran fumadora que va morir de càncer de pit no vinculat però al tabaquisme, cal dir-ho. Totes aquestes imatges, però, van normalitzar el tema que avui ens ocupa.



Aquest senyor, va ser durant 20 anys el model cowboy de Marlboro. La imatge del cowboy: llibertat, aire, el camp i tot el que implica.

Bé, aquest senyor va morir d'un càncer de pulmó vinculat directament al tabac. I la seva dona va interposar una demanda a la Phillips Morris, empresa productora de tabac, com a malaltia professional. No va guanyar el judici, però a partir de llavors van canviar el model. Ara, el model de Marlboro no és un cowboy madur sinó que són joves. Això implica tota una sèrie de canvis en l'estratègia de màrqueting.

Aquest és un anunci del qual ho podem aprofitar tot. És un anunci americà del anys setanta-vuitanta. El tabac es diu Virginia Slims. Slim vol dir prim, esvelt en anglès. Bé doncs, el missatge

és molt clar, anava dirigit a persones joves, noies de mitjana edat, adolescents, post-adolescents, i el missatge deia:

“Has recorregut un llarg camí nena, t’has alliberat. Hi ha coses que ja no has de fer. Mira’t si estàs bé, ja no cal que amaguis res, tot ho portes posat, i per tant consumeix això, que la cosa et sortirà millor”.



A Espanya vam tenir la marca Ducados. La marca més fumada durant anys.



Aquí, l'enginy del publicista ho aprofita tot, perquè aquí hi ha totes les personalitats, hi som tots: el tímid, l'extrovertit, el dur, el previsor, el músic, l'estudiant amb les "xuletes", el clàssic... Si algú no s'hi troba, des del punt de vista de les seves característiques personals, és perquè no existeix.

Tot això ens evidencia que cada època ha tingut un sector diana el qual s'ha volgut vincular al consum de manera intencionada.

Actualment tenim els nostres herois. Per exemple: el Michael Schumacher, el gran campió del món en tota la història de la Fórmula 1. La Fórmula 1 és velocitat, llibertat, risc, èxit.

Tenim també, el nostre heroi Fernando Alonso. Aquest xicotet s'està promocionant molt bé i corre força.

Tenim el super Ferrari de la Marlboro. Marlboro és la marca més venuda a tot el món. També és la que té més publicitat. La Phillips Morris és la indústria que gasta més diners, de tot el món, en publicitat. No en va, fa publicitat en el casc del Schumacher.

La setmana passada en la prova prèvia a la final, a França, els motoristes van sortir amb franges blanques als cascs perquè a França com als Estats Units, està prohibit anunciar marques de tabac. Aquí a Espanya, no està prohibit. Se suposa que es prohibirà l'any que ve o altre, o potser anirà per llarg.

Altres maneres de normalitzar el tabaquisme és a través d'anuncis com aquest:



Aquest anunci no tenia res a veure amb el tabac però Jordi Labanda, un dissenyador d'ulleres molt de moda, fa que aparegui la seva model fumant.

Aquest no és, doncs, un anunci de tabac, simplement vol normalitzar aquesta conducta.

Les motos i els cotxes sí que són, però, importants.



Què no és una moto per a un xicot de 16-17 anys? Bé doncs, Valentino Rossi, el gran fenomen, està patrocinat per una marca que es diu *Gauloises*. *Gauloises* és una marca francesa de tabac molt fumada. Camel és també un altre patrocinador i Marlboro... Les noies de l'estand, ben guarnides són també molt importants.

En el premi de Montmeló, 11-13 de juny, el principal protagonista va ser el premi *Gauloises* de Catalunya. No es deia premi de motos, no, no, directament premi *Gauloises*. És a dir, la resta, estava en segon lloc. Per adonar-nos d'aquestes coses s'ha de filar molt prim, has d'estar en el ram per adonar-te'n. I aquestes són precisament, les eines principals de la indústria per normalitzar i per potenciar la conducta de fumar entre els joves.

Fins aquí, és tot el que passa per aconseguir ser un fumador. Però, què podem fer quan una persona vol deixar de fumar? Què s'hi pot fer realment?

Com deixar de fumar

La primera cosa que s'ha de fer per deixar de fumar és plantejar-s'ho d'una manera serena, com totes les coses importants, i a més a més, avaluar tota una sèrie de qüestions que no es poden improvisar.

Primer: Cal fixar un dia concret per deixar de fumar. Un dia concret, determinat. Quin dia pot ser? Aquí, cadascú pot agafar el que vulgui, però no pot ser un dia especialment estressant. No pot ser el dia que tinguis l'oposició de la teva vida, no pot ser al dia en què t'acabes de separar, no pot ser el dia en què has tingut una pèrdua important, ha de ser un dia el més normal possible. Pot ser un dilluns, si et va bé, pot ser en començar les vacances, això ho marca cadascú. Però ha de ser un dia normal.

Segon: S'han de plantejar fonamentalment dues coses: per què fumo i per què vull deixar-ho. Si tinc més motius per deixar de fumar que per continuar fumant ho aconseguiré. I ho aconseguiré de veritat si sóc capaç d'avaluar els avantatges en front dels inconvenients què em representa no fumar, sobretot en els moments que ho estic deixant. Si és així ho aconseguiré, sense recaure-hi.

Per què hi recau la gent? Perquè és incapaç d'avaluar avantatges que té el fet de deixar de fer una cosa que a un li agrada, com és, en aquest cas, fumar tabac. Aquest mecanisme, és un mecanisme molt cognitiu (són els pensaments) i s'ha de treballar molt bé. És important donar pistes, per què si un no sap quines avantatges té o no pot avaluar o no té tota la informació necessària, moltes vegades es fa difícil de poder descobrir la importància de la decisió. Bé, el que recomano habitualment és que una setmana o quinze dies abans de deixar de fumar, el fumador vagi marcant totes les cigarretes que es fuma amb una creueta, per tal de tenir un registre exacte del que fuma.

La gent sol dir que en fuma 20, d'altres, 30, però si no saps exactament quantes en fumes, probablement no sabràs quantes dificultats acabaràs tenint. El més important, no és tant el nombre, sinó el que anomenem "la qualitat" de cada cigarreta. L'última setmana es demana doncs, que es faci cada dia el registre següent:

1. Quan fumo, a quina hora.
2. Quina urgència en tinc (la urgència es qualifica d'1-3: 3 màxima urgència, 2 mitjana, 1 mínima).
3. Què estic fent, amb qui estic quan fumo.
4. I per què fumo.

Si tenim aquest registre, l'experiència ens demostra que urgències de fumar en una persona que fuma unes 20 cigarretes al dia, no n'hi ha més de 6 o 7 al dia. I quines són? Una és clarament una urgència física al començament del dia, i les altres estan vinculades a qüestions sensibles i de gust: després de dinar o davant situacions molt concretes, més de plaer, de relació social, etc. Serà important localitzar-les per què haurem de preveure què hem de fer en aquestes circumstàncies enlloc de fumar, no es pot improvisar. Si la gent improvisa, pot sortir de mare. Evidentment si un està prenent cafè, associarà directament el cafè al tabac. Per tant, serà important que es plantegi deixar el cafè durant uns dies o canviar-lo per infusions. La relació entre l'alcohol i el tabac està també íntimament lligada, per tant s'haurà també de deixar de consumir alcohol. Tot això com a coses bàsiques però n'hi ha d'altres, amb les quals no us vull avorrir.

Què s'ha de fer el dia assenyalat quan un es lleva i diu: *avui no fumaré!*.

- Doncs, només preocupar-se del fet que avui no fumarà, no preocupar-se que no fumarà ja mai més. El "mai més" són dues paraules que només en pensar-les ens estressen i ens provoquen una sensació d'impotència. El "mai més" aparquem-lo. Hem decidit que avui no fumem, ja veurem què farem demà. En principi demà tampoc fumarem.
- Hem de començar a utilitzar els pulmons. Allò que puguem fer caminant no ho hem de fer amb altres transports. També hi ha recomanacions alimentàries: aliments rics en vitamina B, beure molta aigua i suc de fruita, etc.
- Els moments després dels àpats, són moments especialment difícils. Caldrà doncs, deixar de fer el que habitualment un fa, no asseure's a la butaca, sinó fer una altra cosa, per exemple, rentar-se les dents immediatament. Això va molt bé, per dissociar el gust del tabac al menjar. Es poden també fer coses que tinguin a veure en sortir de la situació perillosa: marxar del menjador, fer exercici físic, etc. Quan la gent deixa el tabac s'ha de

posar en marxa, començar a fer coses, caminar, aprendre a respirar de manera diferent, etc.

- Quan les ganes de fumar però, siguin irresistibles (aquestes només duren entre mig minut i un minut. Un cop passat aquest període de temps, les ganes de fumar no s'acumulen. No tens ganes de fumar-te dues cigarretes, continues volent fumar-ne una) haurem d'esmicolar el problema de forma que puguem abordar-lo. Poder abordar-lo serà a través de valorar en cada moment què és el que podem fer, sense preocupar-nos que la necessitat és acumulativa. Aquesta és una observació important, la gent pensa que les ganes de fumar són acumulatives i no ho són.
- Per distreure'ns podem picar alguna cosa, alguna cosa vol dir, coses sense sucre: una poma, unes maduixes, una mica de taronja... Cadascú és pot fer d'alguna manera el seu projecte, aquí no hi insistiré.

Existeix el mite que deixar de fumar engreixa. És un mite que té una part de realitat. Un s'engreixa quan en deixar de fumar no sap què ha de fer i deixa que el seu cos funcioni a través, per exemple, de l'ansietat i tapa aquesta menjant tot el que se li posa davant. Hi ha certa disposició a menjar xocolata ja que d'alguna manera la xocolata estimula els mateixos centres que la nicotina. Si tot això no es preveu, és clar que un s'engreixa però si es preveu, probablement s'engreixi molt poc i pugui perdre aquests quilos fàcilment.

Les nostres estadístiques marquen que un 30% de persones no s'engreixen pràcticament gens. Un altre 30% s'engreixava entre 3 i 4 quilos, i la resta tenia tendència a engreixar-se més. Era amb aquests, amb qui hem d'actuar més acuradament. De totes maneres, penso que caldria desmitificar que deixar de fumar implicar ineludiblement un augment de pes. La situació s'ha de tenir sota control i actuar abans que es produeixi un increment de pes imparable. He vist increments de 10, 12, 14 quilos i no haurien parat si no hi haguéssim posat remei.

Entre altres coses, un s'engreixa perquè menjar té un efecte ansiolític. Quan un deixa de fumar està nerviós i fins llavors (com molt bé em va explicar una pacient) un fumador menjava en blanc i negre, i quan deixa de fumar, comença a assaborir una gran varietat de gustos diferents. Què vol dir això? Doncs que el tabac anestesia les papil·les gustatives i tota la zona de l'olfacte i que poder recuperar aquests sentits genera gran plaer. Quan un menja i el que menja li agrada més, té tendència a menjar-ne més.

Hi ha una sèrie d'avantatges que us vull anomenar. És un recull d'avantatges que han dit més de 2000 persones. Són avantatges claríssims.

Per exemple:

Avantatges físics:

- Quan un deixa de fumar, té més expectoració. És veritat, els cilis es revifen i per tant hi ha més mucositat, expectoració i tos que acostuma després a desaparèixer.
- Es respira millor. El cansament per tant disminueix i un se sent més àgil.
- Hi ha més gana. El gust i l'olfacte es revifen.
- Es dorm millor.
- Es frueix d'una millor sexualitat.
- El mal de cap disminueix perquè la irrigació sanguínia millora força.
- Es dona millor rendiment en l'esport.

Avantatges psicològiques:

- Satisfacció personal
- Relaxació
- Lucidesa, atenció, concentració
- Optimisme, etc.

Avantatges estètiques:

- Millora la litosi, la sequedat de boca.
- Les neteges bucals es poden espaiar una mica més.
- Els dits no es tornen grocs.
- Desapareix la mala olor de la roba, dels cabells, de la pell, de la cara, etc.

Avantatges econòmics:

- Si un calcula el que s'estalvia en un any de no fumar, comptant que un paquet val a la vora de 500 pessetes i un es fuma un paquet al dia, al final de l'any pot anar a les "Seychelles" (val només uns mil euros una setmaneta). Aquest podria ser un bon premi.

Però, i la dependència psicològica? Quan dura aquesta?



La dependència psicològica depèn de cada fumador, és a dir, depèn de per què ha començat a fumar cadascú, de les seves característiques personals i de com el tabac resol·lia les relacions socials, i fins i tot les relacions laborals.

Deixar de fumar implica aprendre un nou estil de vida totalment diferent. En això és en el que s'ha d'insistir més. I alerta amb les recaigudes, això ha de quedar molt clar: **una persona fumadora ho és mentres viu**. Hi ha tota una memòria, una sèrie de mecanismes que s'han desencadenat i s'han après, que difícilment s'esborraran.

Una persona recau directament, davant una cigarreta que creu que pot controlar. Això passa en qualsevol dependència: els alcohòlics pensen que podran controlar una copa, l'heroïnòman pensa que es podrà punxar una vegada a la setmana. Aquesta fantasia de control impossible és on radica la situació real d'una persona dependent. Pensa: *em fumo una cigarreta*. Després de la primera pensa: *per què no me'n puc fumar una altra? I per què no me'n fumo tres? Total després dels àpats no fa mal*. Diu que coneix molta gent que se'n fuma tres. Això és molt important: tothom coneix gent que es fuma només tres cigarretes. Aquests són els que després acabaran fumant-ne 20.

Bé, si una persona vol deixar de fumar, el que ha de fer és no tornar a fumar mai més, **mai més**, d'una manera totalment radical.

Jo els explico que el plaer que pot ocasionar fumar una cigarreta, enfront de la possibilitat de recaure-hi s'ha de valorar, perquè la possibilitat de recaiguda és segura i el plaer és puntual. Per tant, un mateix.

Quan un porta mig any sense fumar, probablement ja tingui la cosa bastant enllestida. Abans de mig any, sobretot durant els tres primers mesos, una persona està simplement en el procés de deixar de fumar.

Resumint els tònics sobre el fet de deixar de fumar:

- **La síndrome d'abstinència és insuportable i infinita.**

La síndrome d'abstinència dura entre 5 i 10 dies perquè la nicotina és una substància que el cos va eliminant.

- **Obesitat segura.**

Si es preveu no té perquè donar-se.

- **Seré incapaç de fer res.**

Home! Això és una mica fort. L'únic que es fa és modificar un aspecte important i que no és definitiu.

- **No tornaré a ser el mateix.**

Això és encara més graciós. De fet, és veritat, no tornaràs a ser el mateix: seràs una persona no fumadora. Però en tot cas això serà millor, no serà pitjor.

Tabac i salut mental

Què passa amb el tabac i els trastorns psiquiàtrics? Centrem-nos en aquest tema. Hi ha estudis americans que demostren que la relació entre intensitat de la clínica psiquiàtrica i el consum de tabac és directament proporcional. L'any 1995 es va fer un estudi als EUA amb persones institucionalitzades. El 88% de les diagnosticades d'esquizofrènia, eren fumadores. També, el 70% de les qui patien un estat maníac, el 49% de les qui patien depressió major i el 56% de les qui patien algun trastorn de personalitat.

Un altre estudi als Estats Units recull que el 44% del total de les cigarretes fumades aquell any havien estat consumides per pacients psiquiàtrics. Aquesta és una dada prou important, juntament amb que les persones amb trastorn mental fumen de mitjana 12 cigarretes més al dia que la població general, diguem-ne sense malaltia psiquiàtrica.

Hi ha diverses hipòtesis sobre el perquè d'aquesta qüestió. En principi, se suposa que l'efecte estimulante de la nicotina frenaria el deteriorament cognitiu (augmentaria la capacitat d'atenció-concentració). Es suposa també, que en contrapartida a la síndrome d'abstinència, la qual en un malalt mental, provocaria més inestabilitat, més nerviosisme i major ansietat; fumar, provocaria certa relaxació, i podria, fins i tot estabilitzar l'humor.

Existeix també una explicació bioquímica sobre com els quitrans ajuden a metabolitzar més ràpidament els neurolèptics. I com per tant, els quitrans (fumar) apaivagaria els efectes secundaris d'aquests medicaments.

El nostre equip està realitzant un estudi amb la nostra població, intentant demostrar aquestes hipòtesis. Hem observem que en l'esquizofrènia el risc de ser fumador incrementa de 2 a 3 vegades més, en relació amb altres trastorns mentals.

Abans, he començat explicant la hipòtesi de l'automedicació. Bé, d'alguna manera doncs, la nicotina tindria tendència a normalitzar els nivells de dopamina i per tant, la simptomatologia negativa dels neurolèptics tendiria a apaivagar-se. Això tindria també a veure amb la menor taxa de parkinsonisme. En canvi s'ha vist que la nicotina incrementa la discinèsia tardana. Però com us deia, tot això són hipòtesis sobre les que s'ha de continuar treballant.

Una segona hipòtesi és la de la vulnerabilitat. Francament, en aquesta no hi estic gens d'acord. Hi pot haver un suposat factor genètic que predisposi a l'esquizofrènia i al consum de tabac. Però en la qüestió genètica, sobretot perquè sóc psicòleg hi crec relativament. Si tot és en el genoma, ja no cal que fem res. Ens aixequem, esperem que el genoma treballi i cap a casa. En tot cas, això estarà determinat per uns factors. Uns factors ambientals que tenen a veure amb alguna cosa que podem o no controlar.

El fet que fumi un 80% dels malalts mentals greus, vol dir que hi ha un 20% en qui la qüestió genètica no estaria justificada. Després hi ha altres factors com l'avorriment per manca de vida social, derivat d'una sèrie de coses que tindrien a veure amb la pròpia malaltia i la seva inactivitat. La cigarreta possibilita passar el temps, distreure's, i obtenir una font de plaer. El risc consisteix a pensar que el trastorn mental *per se* implica tabaquisme, perquè llavors ja no caldria fer-hi res. Crec que aquesta no és la via de sortida.

En l'estudi que us comentava abans i en el qual participen diversos centres, vàrem passar un qüestionari a 66 persones amb trastorn mental sever. Totes elles usuàries dels centres de rehabilitació. Quant a descripció de la mostra dir-vos que el 74% eren homes i el 26% dones, amb una edat mitjana de 41 anys. La seva activitat principal consistia a assistir als servei de rehabilitació, amb una mitjana de 23 hores a la setmana. Es va comptabilitzar també la mitjana de cafès que prenen al dia, resultant una mitjana de 3 cafès al dia.

El 77,5% d'aquestes persones eren fumadores. Abans havíem parlat d'un 88% en la mostra dels Estats Units. Aquest biaix es pot deure a que nosaltres treballem amb un tipus de malalt no institucionalitzat. En la nostra mostra, un 7,5% eren exfumadors, o sigui, que ho havien deixat. Una quantitat petita però que havia aconseguit deixar-ho. I un 15% eren no fumadors. Aquest és un col·lectiu que també cal tenir en compte.

La mitjana de les cigarretes fumades era de 28 cigarretes al dia. Abans, quan presentàvem el consum de tabac a Espanya deïem que la mitjana de consum era de 18 cigarretes al dia. Veïem doncs, que hi ha un consum de 10 cigarretes més al dia que en la mitjana de la població general.

L'edat d'inici era als 17,5 anys. El que realment és clar és que si un als 20 anys no ha començat a fumar, probablement ja no començarà mai més.

Davant la pregunta de si volien deixar-ho, un 51% ho deixarien o tindria disponibilitat per deixar-ho enfront a un 49% que no volen deixar-ho, és a dir, que ja els està bé fumar. Si valorem intents previs per deixar de fumar, hi ha un 57% que han provat alguna vegada de deixar-ho amb una mitjana de 2,5 intents. Aquests, havien aconseguit deixar-ho, com a mínim, una setmana o un mes i després hi havia recaigut. El més important és que en aquest 57% que havia intentat deixar-ho, i en aquest 51% que ho deixaria, coincideixen 15 persones. Aquestes 15 persones serien les úniques amb qui podríem intentar de fer un tractament del tabac.

Davant la pregunta: *d'aquí a 5 anys com li sembla que serà el seu hàbit del tabac?* el 43% deien que no sabien com seria, i un 27% deia que no fumarien, que ho haurien deixat. Fumarien igual un 3% i fumarien menys un 27%.

Això ens dóna, doncs, una certa orientació que és un col·lectiu a qui probablement es podria fer alguna cosa per sensibilitzar-los. Què podríem fer, doncs?

Primer, hauríem de conèixer la realitat del nostre entorn, que és just el que estem fent ara. A partir d'aquí, cal proposar intervencions en col·lectius específics, això vol dir en grups determinats, no de forma genèrica, sinó vinculats a una patologia. Tenim tota una tasca de motivació, és a dir, quines alternatives hi ha quan un deixa de fumar, què pot fer, etc. I si no es pot deixar l'hàbit, com a mínim regular-ne el consum: espais per a fumadors i per a no fumadors, fins i tot dins de casa. Cal fer un registre de quines cigarretes fumo i per què, i què puc fer per estalviar-me-les, plantejar-se noves activitats... En tot cas, es podria proposar un tractament grupal tenint en compte sempre les seves individualitats.

Si algú em pregunta per què no parlo de substituïts de la nicotina, us haig de dir que no en parlo expressament perquè penso que llavors entrem en un terreny en què dipositem tot l'efecte sobre uns fàrmacs que són efectius, però s'han de tractar de forma individualitzada i crec que és un debat, que en tot cas, aquí, no m'ha semblat prudent parlar-ne. Gràcies.

Públic

Hola, això que has dit que s'ha de deixar de fumar, el dilluns, el primer dia del mes o el final d'any no trobes que és una bestiesa?. Deixar de fumar, perdona, ha de ser ara, en aquest moment. No tinc raó?

J. González

Home, jo penso que sí. A veure, jo he dit que cadascú triï el seu moment i aquest moment s'ha de triar tenint en compte una sèrie de coses. Com més clares es tinguin més fàcil serà, sobretot si es té informació. Simplement això. Un ho ha de deixar, evidentment. I si pot ser ara, molt millor que demà. Però alerta, en anar molt embalats, perquè a vegades quan un va molt embalat se la fot.

Públic

Jo no sóc fumador.

J. González

Ah! Bé, llavors és una altra cosa... perquè un s'ha d'identificar des de quina parcel·la parla. A veure, és important dir això, perquè en aquest país hi ha dues especialitats que té tothom. Una el tabaquisme, tothom en sap molt. I l'altre el futbol. Llavors, jo he de saber amb qui me l'estic jugant.

Públic

T'ho dic perquè molts amics meus sempre han dit: l'1 de gener deixaré de fumar, el dia del meu sant deixaré de fumar i mai se n'han sortit. El qui se n'ha sortit és el qui ha dit: prou, avui prou!

J. González

No, no, l'1 de gener va molt bé per deixar de fumar, per perdre pes i per aprendre anglès. És un clàssic...

Públic

Només una cosa: el quitrà ho provoca el fet de cremar el paper, no pas el tabac, oi?

J. González

És una combinació de les dues coses. Jo he dit que el fum del tabac tenia 4.000 components. Uns directament vinculats al tabac i d'altres a la combustió que fa amb el paper, això és veritat. El que passa és que fumar purs implica també malalties.

Públic

Fumar un puro no implica el quitrà?

J. González

A veure, sí que porta quitrà. El que passa és que és una combustió diferent, però de tota manera el fumador de purs té un altre tipus de patologia. Com que inhala probablement menys el fum, té un problema en la part més alta de les vies respiratòries. És com el fumador de pipa. El fet de fumar amb pipa té tota una patologia relacionada amb les dents, les genives i els llavis, clarament identificada. No serveix fumar una altra cosa que sigui més bona, no serveix. És com allò, què és pitjor: caure d'un tercer pis o d'un sisè? És igual, te la fotràs igual.

Públic

Bé, jo el que puc fer és donar un testimoni del que és ser fumador i deixar de fumar.

J. González

Molt bé.

Públic

Vaig començar a fumar als 18 anys. Vaig començar com aquell que no fa res. Al cap de pocs anys, fumava tres paquets de Ducados diaris i em fumava tot el que queia a les meves mans: Toscanos, pursos, havans, el que fos!

Jo tinc ara 75 anys. Fa 15 anys que no fumo perquè als 60 anys vaig haver de córrer a l'Hospital Clínic per una pleura al pericarditis. Em van estar fent proves, radiografies, i el que més em va sorprendre va ser l'actitud d'una metgessa que amb una radiografia a les mans va preguntar: "De qui és aquesta radiografia? Qui és aquest senyor?" Vaig dir: "Jo!". Va afegir-hi: "Escolti, si vostè continua per aquest camí el traurem amb els peus per davant".

Bé, vaig intentar deixar de fumar. Però tingui en compte una cosa: una setmana deixava de fumar, però fumava una cigarreta després de dinar (que no és res), tornava a enganxar-m'hi... Vaig estar dos anys lluitant per deixar de fumar. Fa 15 anys quan vaig deixar-ho, la meva capacitat pulmonar era molt reduïda, d'un 46%. Vaig a la metgessa dels pulmons, em van fer un tractament. Després d'uns mesos, vaig anar guanyant capacitat: del 60%, vaig passar al 62%. Últimament, em van dir: "Mira, aquesta vegada hem guanyat fins a 14 punts, estàs al 76%". Però penseu que jo quan fumava al matí, no podia com aquell qui diu ni respirar, expectorava, tossia, i actualment respiro bé. Tinc 75 anys, no puc córrer com un atleta però corro, pujo escales, les baixo, i no em canso com em cansava. Noto la diferència, si trobo algú que em diu: "És bo fumar?". Doncs, no! Escolta jo et puc explicar la meva experiència que fumar fa mal.

P. Gallo

Bé, gràcies! Segur que tenim molts testimonis personals enriquidors d'aquesta mena. Algun lligat a la família, al malalt? Algun dubte en aquest tipus d'abordatge: Com s'ha d'aconsejar el malalt?

Públic

Jo, no volia parlar de la meva experiència personal, malgrat que ja fa també 10 anys que no fumo. Volia comentar dues coses: l'altre dia comentàvem amb el secretari del Col·legi de Metges, i aquest es queixava que el col·lectiu mèdic és un dels col·lectius que més dificultats té per deixar de fumar, i estan fent campanyes perquè haurien de ser els primers a l'hora d'estimular el fet de deixar de fumar.

Ho dic perquè mostra la paradoxa del que significa la informació, d'uns bons consells que ajuden. És curiós que un dels col·lectius que hauria d'estar més informat i més al cas, és un dels que té més dificultats per deixar de fumar. D'acord que la seva feina comporta molt d'estrès, però tot el que vulguis, també n'hi ha altres de feines estressants, no?

J. González

En això hi ha dues coses. És veritat que el col·lectiu de metges i el col·lectiu sanitari, en general fuma. Però, també són veritat dues coses: que han fet un esforç per rebaixar-ne la dosi i que en algunes especialitats això s'ha aconseguit d'una forma espectacular, sobretot

aquelles que tenen a veure amb malalties de tipus respiratori i cardiovascular, no en col·lectius que tenen a veure amb el món de la cirurgia.

En general, és important veure que realment el col·lectiu sanitari ha baixat la quantitat de fumadors però que és en el sector d'infermeria on es continua fumant molt. En aquests moments, jo diria que el col·lectiu mèdic ja no fuma més que la població general. Fuma una mica menys, els costa deixar-ho, probablement costa a tothom, sobretot perquè el problema que té una persona quan deixa de fumar és independent que sigui metge o que no ho sigui, és un problema d'enfrontament personal amb la seva pròpia dependència.

Públic

Jo ho deia mirant-ho des de grans categories professionals. Parlem d'un altre col·lectiu: Perquè, què passa amb els pacients que fumen i fumen molt? Fumen molt per totes les raons bioquímiques que tu bé has explicat, però també per la seva baixa tolerància a la frustració. El seu món d'estímul, de plaer, és molt limitat. En fi, fumen per omplir el temps buit, perquè els fa sentir algú, perquè els rememora figures paternes, etc.

Hi ha una sèrie de factors psicològics i biològics que ho fan molt difícil. Veus nois que consumeixen molt. En els centres ho veiem. Veiem les grans dificultats per l'aspecte de compensació. El problema del tabaquisme realment no està esol perquè què dones a canvi... La resta de persones tenen una sèrie de motivacions i d'expectatives immediates que a vegades són molt difícils de trobar en els malalts. Només posar-ho com a dilema.

Públic

Hola! Quería preguntar-le una cosa. Si el tabaco tuviese el precio que tiene actualmente la cocaína, la heroína y todo este tipo de drogas, usted cree que seguiría habiendo tantos problemas con el tabaco?

J. González

El factor precio influye sobre todo en el inicio del consumo. O sea, si es muy caro fumar, cuesta más acceder al tabaco. Pero se ha visto que el factor precio no es un factor determinante. De todas formas, tenemos unas multas importantes de la unión europea por ser el país más barato de europa. Esto no puede ser. No puede ser desde el punto de vista de que hay que incrementar el precio para que esto sirva de barrera para empezar fumar. Pero de todas formas, no es solamente una cuestión de precio. Hay que sensibilizar a la gente, hay que informarla, hay que darle alternativas y hay que cambiar la filosofía de la aceptación del tabaco como algo no solamente bueno, sino además potenciabile desde el punto de vista social. Pienso que es por ahí por donde tendríamos que ir. Además las leyes, las leyes están entre otras cosas para no cumplirlas. Tenemos una ley de 1991,

hace 14 años, y la mayoría de cosas no se han cumplido. La primera ley del estado español en tabaquismo se hizo desde la generalitat en 1991 y es para echarse a reír.

Bé, ho deixem aquí, no?

P. Gallo

Sí, és una llàstima, perquè hi havia preguntes molt interessants, ho haurem de repetir....

Bé, acabarem la jornada amb una xerrada interessantíssima que va adreçada directament a la família. És una intervenció del Dr. Fàbrega. La Sra. Margarita Serrat farà aquesta vegada els honors de presentar-vos el ponent.

ÀMBIT FAMILIAR I ESQUIZOFRÈNIA

J. Fàbregas
CPB-Serveis Salut Mental

Margarita Serrat

Bé, anem una mica atraçats. Intentaré ser el més breu possible. M'han demanat que sigui jo la persona que presenti al Dr. Fàbregas. La veritat és que presentar al Dr. Fàbregas és un plaer. Crec que ja tots el coneixem. Tots sabem el que està fent per la salut mental.

El Dr. Fàbregas des del meu punt de vista, i des del punt de vista dels familiars, ha sigut sempre un dels primers metges en prestar una especial atenció a les famílies. Des del primer moment, no s'ha preocupat tant sols del malalt, de millorar la seva qualitat de vida, de fer serveis rehabilitadors. S'ha preocupat molt d'informar, de formar i de donar suport a la família. És una de les coses que més li agraeixo i fa que sigui per mi un gran amic. No vull dir res més. Li cedeixo a ell la paraula. Gràcies.

Josep Fàbregas

Quan Jordi Masià em va trucar per venir avui aquí, vaig estar encantat i molt honorat. No és la primera vegada que parlo de les relacions entre la família i la psicosi, però em va agradar força que em donéssiu l'oportunitat d'estar amb vosaltres. Penso que directament o indirectament, és el reconeixement de l'esforç de tot el nostre equip, el qual fa ja 25 anys, va començar a plantejar noves alternatives assistencials als trastorns mentals greus, i especialment a l'esquizofrènia, fundant el primer Hospital de Dia CPB a la ciutat de Barcelona.

Des del primer moment, el tema de la família ens va preocupar molt. I ens en continuem preocupant, buscant tots els recursos i coneixements teòrics i pràctics existents, per tal de donar un sentit global al programa terapèutic i alleujar la problemàtica familiar. Avui en dia és una idea acceptada per tota la comunitat científica, el fet que no hi ha abordatge possible del tractament de l'esquizofrènia, sense la implicació i el recolzament del grup familiar.

Els vull parlar de com des de la psiquiatria, en les diferents èpoques i corrents, s'ha plantejat diversos aspectes de la relació entre família i esquizofrènia. És un tema bastant feixuc, controvertit i difícil de tractar. Difícil de tractar, per la complexitat de factors, no només psicològics i socials, sinó també culturals i ètics que envolten el tema. Difícil de tractar, i també d'explicar, perquè segons com s'interpretin certs postulats teòrics, es pot donar lloc a equívocs que poden ferir la sensibilitat de les persones afectades, especialment quan des del punt de vista científic s'han formulat hipòtesis sobre possibles implicacions del grup familiar en el desencadenament de la malaltia. Vull deixar clar d'antuvi, que en cap cas la psiquiatria tracta de culpabilitzar o responsabilitzar als familiars que, naturalment, el que més volen és el millor per als seus, i són els que més pateixen quan un fill, una filla, el germà o la parella emmalalteix.

Permeteu-me un incís.

Quan vaig pensar aquesta xerrada, d'entrada se'n va acudir preparar, com molt bé ha fet el meu amic i company Joaquim González, uns quants esquemes i portar-los. Hi ha coses que entren millor així. Però, després vaig pensar que preferia no fer-ho perquè seria més planera i fructífera la trobada si xerràvem d'això sense que es convertís en una classe. M'agradava la idea que tothom pogués implicar-s'hi una mica emocionalment, i pensar i dir la seva. De totes maneres, i per clarificar aquesta breu exposició, que ni molt menys pretén ser exhaustiva, us dic que parlaré de les relacions entre la família i la malaltia en ordre a quatre diferents qüestions:

- Els possibles factors causals de tipus hereditari
- Les hipòtesis causals o desencadenants en relació a factors psicològics i socials inherents a la pròpia dinàmica familiar
- El paper del grup familiar com facilitador del procés terapèutic i de l'evolució de la malaltia, a partir de l'impacte inicial i de les conseqüents reaccions adaptatives de la família.
- Les associacions de familiars, en consonància amb les d'usuaris, com lloc des d'on rebre orientació i recolzament i des d'on sensibilitzar la societat i l'administració.

L'esquizofrènia, és una malaltia hereditària?

Família i esquizofrènia, família i malaltia mental, però sobre tot, família i esquizofrènia. La primera aproximació com molts de vostès saben i poden suposar, va ser indagar en el sentit hereditari.

Ja des dels inicis del segle XX es feien estudis lineals de cadenes de famílies per veure si es podia descobrir si hi havia alguna mena de gen condicionant. Aquests estudis es recolzaven en les teories de l'herència de Mendelson (el frare dels pèsols, en termes col·loquials).

Bé, no s'ha arribat a descobrir, o a poder provar exactament, de quina manera l'herència com a factor dominant, influeix en la presentació individual de la malaltia. Fins i tot s'han fet els estudis clàssics, que segurament alguns de vostès ja coneixen, buscant bessons univitelins i bivitelins. Com sabran, els bessons poden ser del mateix òvul que s'escindeix (univitelins) o de dos òvuls (bivitelins). Per tenir la certesa de la influència hereditària, es tractava de trobar que ambdós bessons desenvolupaven la psicosi.

Si la teoria genètica era correcta, en el cas dels bessons univitelins, si un patia la malaltia, l'altre tenia també que presentar-la, si més no, en un percentatge molt elevat dels casos.

Els teòrics però, que contraposaven herència i ambient (l'antic problema dels condicionants de les característiques individuals) objectaven que si els bessons vivien en el mateix context familiar, tant important era l'herència transmesa (la genètica) com l'experiència viscuda (l'ambient) mitjançant les particulars pautes relacionals de la família en concret. Per solucionar aquesta problemàtica, els investigadors van buscar bessons univitelins que s'haguessin criat en diferents ambients, cosa que com bé comprendreu, era molt difícil de trobar, i que restava valor estadístic a l'estudi.

Finalment us diré, que el que avui és acceptat, és l'existència de condicionants hereditaris recessius, no subjectes a previsions científiques pel que fa al cas concret.

És ben cert, però, que existeixen línies de famílies amb més predisposició i amb més càrrega de malaltia mental que unes altres. J. Lieberman, famós psiquiatre i investigador americà, resumeix l'estat actual de la qüestió dient: *El risc de patir esquizofrènia entre familiars de primer grau és del 10%, i del 50% entre bessons. S'han identificat entre 6 i 12 gens associats a la vulnerabilitat, però l'impacte de cadascun d'ells per separat és molt petit. Per tant estem davant d'un complex trastorn genètic en el que la vulnerabilitat global s'expressa per l'acció conjunta d'uns gens dels quals encara en sabem poc.*

De totes maneres, aquests coneixements científics, com us he dit abans, no permeten augurar amb determinació com l'herència afectarà a cada fill en concret. Per això, no existeixen afortunadament, a les societats democràtiques d'avui, normes o lleis eugenèsiques. Recordem que a l'etapa nazi, amb aquesta excusa científica es van liquidar milers de malalts mentals amb l'ànim de "purificar la raça". Avui en dia, a la Xina per exemple, per contraure matrimoni s'ha de portar un certificat de salut mental de la família, perquè si les dos persones tenen ascendents de línia directa amb malalties mentals, no es poden casar.

Fins a quin punt però, l'estat basant-se en aquestes hipòtesis, té dret a administrar o a gestionar el desig, l'amor, les ganes de la gent de comprometre's, de formar una família i de tenir fills? Una altra qüestió es planteja quan ambdós membres de la parella pateixen o han patit una malaltia mental greu, més enllà del risc hereditari, caldria valorar en quina mesura pot això afectar a la seva capacitat per criar els fills. Evidentment no es poden donar, en aquest tema, respostes de tipus general.

El factor hereditari, cal dir-ho, està també mediatitzat per factors socials i culturals: el context en el que es desenvolupa la família, la classe social i la tradició de l'exogàmia o l'endogàmia, més o menys presents en el grup humà de procedència. Em refereixo a la capacitat i disponibilitat dels membres d'una comunitat determinada a casar-se amb persones del mateix grup o proximitat familiar (endogàmia), la qual cosa pot incrementar, per factors ambientals, la concentració de defectes hereditaris. El segle passat es va demostrar ja la presència de certes malalties en algunes comunitats rurals aïllades.

Els desencadenants de l'esquizofrènia estan influïts per factors psicològics i socials mediatitzats per la dinàmica familiar?

A mitjans del segle XX, es va intentar esbrinar si determinades famílies o grups socials podien tenir més facilitat per desenvolupar la malaltia, segons els factors ambientals de la classe social a la qual pertanyien.

És clàssic l'estudi sociològic dels anys 40 de P. Faris i J. Dunham a Chicago. Aquests autors, descrivien com les classes socials més altes tenien menys tasses de malaltia mental i, conforme anava baixant la classe social i cultural, augmentava el percentatge d'esquizofrènia. Posteriorment, es va criticar aquest estudi perquè s'havia fet a través de grans estudis longitudinals d'hospitals psiquiàtrics públics dels Estats Units. Aquest tipus d'hospitals acollien bàsicament famílies de nivells socioculturals baixos. Les famílies de més alt nivell, no és que tinguessin menys malalts mentals, sinó que buscaven altres solucions terapèutiques en clíniques privades, o en tractaments a domicili.

En tot cas, cal considerar que les famílies de classes socials desfavorides, presenten més dificultats per construir la seva vida, més precarietat, més angúnies, més pautes desorganitzades de relació i d'interacció, poca tolerància i poca comprensió cap a l'altre. En resum, més situacions de conflicte i menys instruments per resoldre'ls, fruit d'una menor accés a la cultura. S'hi afegeixen a més, els problemes de transculturització, de canvis de valors, usos i costums, inherents a situacions com la migració o la marginació, on la psicosi, i en general les malalties mentals, es presenten amb més freqüència i amb més gravetat. D'altra banda, la identificació de la malaltia com a tal, l'accés al tractament i als recursos sanitaris dels que la societat disposa, és també un handicap per aquest col·lectiu, fet que contribueix a empitjorar la situació.

La psiquiatria ens presenta les hipòtesis estrictament relacionals, és a dir, les que busquen les influències psicològiques i socials com desencadenants de la malaltia a través de les pautes socio-familiars de relació i comunicació. Perquè clar: la família és el mitjà on tots aprenem a ser persones, la família modula moltes de les nostres característiques de personalitat i la manera d'afrontar-nos emocionalment a diverses situacions que la vida ens presenta.

La psiquiatria infantil ha descobert que quan s'aborden alguns trastorns dels nens, és imprescindible el tractament també dels pares. Molts problemes dels nens depenen de com la mare i el pare enfoquen certes coses. Certs hàbits de conducta o alguns comportaments malaltissos, difícilment es modificaran si els pares no s'involucren en aquest canvi. Vull deixar clar, que estic parlant de pares "normals", que estimen els seus fills. No parlem doncs, de situacions d'abandonament i/o maltractament evidents, sinó d'aquelles fruit de la manera de ser de cadascú, de les dificultats que poden tenir els pares per expressar i regular els seus sentiments, per donar o rebre afecte, o per exercir l'autoritat amb fermesa però sense agressivitat, per citar alguns exemples.

Des de la vessant psicoanalítica, partint dels estudis de casos concrets, s'ha plantejat fins a quin punt la qualitat de la relació amorosa entre la mare i el pare (en funció de la seva pròpia història familiar), l'aparició del nou vingut com a fruit del desig compartit (o no), la posició del nen dins del conjunt de germans, si el seu gènere coincidia o no amb les expectatives i anhels dels pares, etc. Són qüestions que poden influir psicodinàmicament en el fet d'emmalaltir.

Aquestes hipòtesis, de famosos autors com S. Freud, M. Klein o J. Lacan, que ens proposen que la psicosi que apareix en l'adult es determina ja des de la primera infantesa: des de que la mare li donava el pit i el pare apareixia en l'escena simbòlica, etc. no impliquen exactament, que el pare o la mare facin emmalaltir el fill, sinó que ho expliquen per l'intercanvi relacional, fruit de com el nen o la nena veu al pare i a la mare, i com són aquests en realitat. És a dir, el resultat de la interacció entre les diferents posicions i visions subjectives, i en gran part inconscients, dels implicats.

Des d'una altra vessant, als anys 50, un equip de la prestigiosa Clínica Mayo constituït per teòrics de la comunicació, sociòlegs, psiquiatres i lingüistes, va iniciar treballs d'investigació buscant l'existència d'una forma especial de comunicació dins algunes famílies. Es buscava quin tipus de comunicació podia provocar en els fills immersos en aquests magmes relacionals (amb formes de comunicació distorsionades) una personalitat amb fortes dificultats per afrontar certes situacions vitals, i que al cap del temps, pogués portar-los a desenvolupar una psicosi.

Així va aparèixer la teoria del *doblet vincle* que potser vostès hauran sentit a parlar més d'una vegada. Aquesta teoria, va ser postulada per G. Bateson i un grup d'investigadors (D. Jackson, I. Healey i P. Watzlavich) de la Universitat de Palo Alto (EEUU) entre d'altres, basada en la teoria dels sistemes, aplicada a la comunicació humana.

Aquestes teories van estar en vigor durant les dècades dels anys 60, 70 i 80, i actualment estan molt qüestionades. La teoria sistèmica, postulava que hi havia famílies que tenien uns mecanismes de relació, una forma de transmetre les emocions, que situaven al fill enmig d'unes pautes comunicatives paradoxals que el bloquejaven i el feien emmalaltir. Què vol dir *doblet vincle*? Doblet vincle vol dir que es dona repetidament un missatge que indica al mateix temps, que una cosa és bona i dolenta. Faci com ho faci, el noi sempre actuarà malament.

Posaré uns exemples: el nen petit que arriba a casa una mica estripat i li demanen que què ha passat. Ell contesta, que s'ha barallat al col·legi i els pares diuen: *Això no pot ser, com t'ho he de dir?... I digués, has guanyat o no?* Si el nen contesta que sí, els pares manifestaran satisfacció però l'advertiran severament que no torni a passar.

O bé, la mare que diu: *vés a dormir que estàs cansat i et convé*. El nen però, pot pensar que ell no està cansat, que el que passa és que fa nosa.

Aquests tipus de missatges, sempre velats i ocults, transmesos de manera continuada com un mecanisme comunicatiu habitual, col·loquen al nen en una situació de no saber mai quina decisió prendre. Sempre atrapat en el "doblet vincle". Això, especificaven els autors, podia ser promogut per la forma de comunicar-se d'un dels progenitors, o per una constant confrontació entre els dos.

Bé, és clar, que totes aquestes línies d'investigació proposen una teoria, fonamentalment psicològica, sobre el desencadenament de la malaltia mental. Postulen que a través de la manera de relacionar-se el pare i la mare amb el fill, aquest acaba desenvolupant una malaltia esquizofrènica. Això, avui dia, està totalment en qüestió, en tot cas, s'accepta com un factor més dins d'una complexitat de causes.

Paper del grup familiar com acompanyant i facilitador de la bona evolució del pacient.

Un altre aspecte a considerar és la influència de la reacció adaptativa de la família un cop el pacient ha iniciat la malaltia, i com aquesta reacció pot afectar al malalt en la seva evolució.

Apareix de cop i volta una situació inesperada, incomprensible, un impacte emocional difícil de pair, que provoca modificacions en el sistema d'equilibri familiar. Cada família s'adapta, a la seva manera, a aquest nou escenari creat pel trastorn d'un dels seus membres, canviant l'habitual manera de comportar-se i relacionar-se amb aquest.

Per exemple: si hi ha altres germans, un d'ells pot ocupar, d'alguna forma, el lloc del germà malalt. Les expectatives que es tenien cap un fill potser es dipositen en un altre. En algunes famílies hi ha situacions de conflicte, fins i tot de ruptura dels pares, degut a aquesta situació tant difícil. Vull dir, que realment es produeixen uns canvis que moltes famílies assumeixen molt bé i aviat consoliden les relacions per tal de fer costat al malalt, per afrontar entre tots plegats aquesta situació complexa però, d'altres famílies no.

Posteriorment, quan el pacient ja ha iniciat el seu procés psicòtic, aquest pot evolucionar favorablement cap a la curació, o entrar en un procés greu, difícil i llarg. La família s'haurà d'adaptar a aquesta situació, s'hi haurà d'acomodar d'alguna manera. S'ha comprovat en molts casos que un cop el pacient millora a través d'un tractament integral intensiu, farmacològic i psicosocial, això provoca nous canvis en la família. Aquests nous canvis agafen desprevinguda a aquesta, la qual no està preparada ni recolzada per acceptar-los. Tot això pot arribar a crear dificultats al propi pacient, entorpidint **de manera involuntària**, la seva millora.

Si un pacient millora, reclamarà més autonomia, més independència. Potser ja s'havia arribat a un acord en la família, de com se li administraven els diners. Ara voldrà, doncs, gestionar-los ell d'una altra manera. Al millorar, voldrà sortir al vespre. Coneixerà a una noia, voldrà iniciar una relació de parella, reprendre, en fi, una sèrie d'actuacions "normals" que havia deixat de banda. Tot això, en algunes famílies pot despertar por i ansietats, que si bé resulten comprensibles, s'han de mirar de superar, recolzant el pacient en aquesta etapa de la rehabilitació, acompanyant-lo i aconsellant-lo, sense, però, aclaparar-lo ni frustrar-lo innecessàriament.

Els estudis sobre l'emoció expressada.

Els fets comentats, van donar peu a un estudi sobre les recaigudes dels pacients, que es va fer a la ciutat de New York als anys 1990 i 1991. Actualment s'hi continua treballant, i encara continuen apareixent publicacions d'aquesta línia d'investigació. En ells es constata, que després de l'alta hospitalària, hi ha pacients que recauen molt més que d'altres. Es va voler esbrinar si alguns factors de la dinàmica particular de la família influïen en aquest fet.

Evidentment, per una banda, hi ha la gravetat de la malaltia en sí mateixa. Però hi ha casos en que els pacients i els familiars segueixen menys les recomanacions terapèutiques, sent aquests els que més reingressaven. Es van estudiar dues-centes famílies. Se'ls va entrevistar una a una. Se'ls va fer un seguiment durant dos anys després de l'alta hospitalària i es va trobar que algunes d'aquestes famílies tenien una taxa més alta d'emoció expressada.

Què vol dir això *d'emoció expressada*? Doncs, senzillament que tenien més tendència a expressar crítiques agressives cap el comportament del pacient (poca tolerància), que fàcilment es manifestaven amb una alta intensitat i descontrol emocional, cridant i creant situacions de malestar.

Es va evidenciar que els pacients que requeien més, eren els que pertanyien a famílies amb més emoció expressada. A aquestes famílies se'ls va proposar un programa específic de tractament, de seguiment i d'orientació. Aquests programes es segueixen aplicant actualment a aquelles famílies amb més dificultats per acceptar les coses, que necessiten més recolzament terapèutic per tal que diferents membres de la família estiguin millor, menys angoixats, i així poder eliminar les repercussions negatives que, **inconscientment i involuntàriament** amb la seva actitud, poden generar en l'evolució del fill o la filla malalt.

Algunes famílies, poden estar molt estressades per la sobrecàrrega de problemes. Sobretot algunes famílies ja de per sí complexes: famílies on el pare està poc present en la dinàmica quotidiana, on hi manca un dels dos progenitors, on els germans col·laboren o no, etc.. Hi ha famílies amb situacions econòmiques precàries, amb poques possibilitats de dedicació horària, amb vivendes precàries... Aquests són factors estressants afegits a la situació generada per la malaltia, ja de per sí complicada.

Les perspectives actuals: La incorporació de la família al programa terapèutic.

En el model bio-mèdic clàssic (model aplicat de manera majoritària en el nostre entorn) un psiquiatra, no un equip interdisciplinari, atén el cas centrant-se només en el tractament del pacient, i fonamentalment en la medicació (o en alguns casos en electroxocs). El psiquiatre visita al pacient periòdicament per controlar els efectes de la medicació, i generalment implica i recolza poc a la família en el procés terapèutic. Cal dir, que hi ha famílies que tampoc els agrada veure's excessivament involucrades, ja sigui per les seves pròpies angúnies davant la malaltia o perquè

erròniament, ho viuen com si se'ls culpabilitzés. En cap cas es tracta d'això, però de vegades, hi ha persones que ho poden viure d'aquesta manera. Aleshores, a aquestes famílies ja els va bé prendre certa distància i que un psiquiatre els digui: *vostè no es preocupi, vostè ja fa tot el que pot, l'important és la medicació*.

Des de la dècada dels 60, aquesta visió centrada exclusivament en els aspectes biològics del tractament, ha anat canviant. L'OMS (Organització Mundial de la Salut) i l'APA (Associació Americana de Psiquiatria) han estat pioners en demostrar que en els pacients tractats complementàriament amb mesures psicosocials, és a dir, atenció a la família, psicoteràpia de grup i individual, atenció psicoeducativa, programes ocupacionals, rehabilitació laboral, etc. (totes aquestes coses que avui en dia ja s'estan fent), disminueixen les seves recaigudes notablement i milloren la seva capacitat d'autonomia, en relació aquells malalts que només són tractats amb medicació o electroxocs periòdics de tipus preventiu, com algun especialista propugna.

Moltes famílies poden precisar d'un ajut que les teràpies familiars atorguen. Aquestes teràpies, impliquen un treball periòdic amb la família per tal d'analitzar i re-orientar les seves dificultats, la forma de relacionar-se, la història de la família, les aliances que s'han creat, etc. Per exemple, són freqüents els enfrontaments entre la mare i el pare sobre el què cal fer en relació al comportament del fill/a. Si això ja es dona amb els fills sans, quines discussions no hi hauran en relació al fill amb un trastorn mental. En aquesta situació, pot ser útil, que una persona externa a la família, un professional amb experiència i coneixements tècnics, pugui introduir-s'hi i ordenar una mica la situació. Sempre amb un doble objectiu: recolzar la família i alleugerir el seu malestar, per tal d'aconseguir, en definitiva, que el tractament i el tracte al pacient siguin el millor possible.

Els membres de la família són els cuidadors fonamentals de la persona malalta. La seva estabilitat emocional, és molt important. Ells ajuden a que el pacient segueixi el tractament i vagi bé.

Aquesta visió transcendeix, doncs, al model mèdic i biològic, incloent a la família com a grup cuidador, i per tant com a grup necessitat d'ajut i de suport. Aquesta visió precisa d'un gran equip de professionals: psiquiatres, psicòlegs, treballadors socials, diplomats d'infermeria, monitors, etc. I d'un model d'assistència integral, propi de la psiquiatria comunitària. Aquest model és el que es ve desenvolupant, des dels darrers anys, en l'assistència pública a Catalunya.

Això implica l'existència d'equips especialitzats, d'hospitals de dia, de centres de dia, de programes d'atenció als TMS, de seguiments individualitzats, clubs socials, tallers pre-laborals, etc. des d'on atendre els pacients i des d'on desenvolupar programes d'atenció a les famílies.

El moviment associatiu de familiars i d'usuaris. La col·laboració professional.

Per a la psiquiatria actual és evident que s'ha d'estar en contacte amb la família, se li ha de donar sistemàticament un espai d'escolta i d'orientació, se l'ha de recolzar. Tots veiem molt positivament

aquest moviment espontani, que des de la pròpia societat civil s'ha anat posant en marxa en els darrers anys, constituint grups d'autoajuda, associacions de familiars i associacions d'usuaris. Associacions, que possibiliten i afavoreixen el sentiment de pertinença a un grup. Un grup en el qual, els participants es poden ajudar mútuament tractant de rescatar les experiències més positives i més favorables.

En aquest sentit, crec que en aquestes actuacions poden existir sinèrgies i cooperació entre familiars i terapeutes. Penso per exemple, que en un grup d'autoajuda de famílies hi podria intervenir algun col·laborador tècnic que orientés el grup. Els nostres grups multifamiliars, que fa anys vam engegar en els nostres hospitals i centres de dia, és un espai on un conjunt de familiars poden parlar i analitzar els seus problemes al voltant de temes comuns fonamentals, i on el paper del terapeuta no és el de donar una classe on tothom escolta, sinó que és ell qui, a través de la seva experiència i formació, escolta i orienta les solucions que van sorgint del propi diàleg dels participants en relació a les seves inquietuds.

Hem organitzat un cicle de reunions mensuals entorn a 8 àmbits temàtics de reflexió com són:

1. Parlar dels inicis de la malaltia, l'atribució de les causes i el tractament a seguir
2. Les esperances fallides, les recaigudes
3. Les repercussions, la relació familiar abans i després, el paper dels germans i/o dels fills
4. El seguiment de les prescripcions i la prevenció de les recaigudes
5. L'autonomia i llibertat del pacient, la gestió dels diners, l'oci i el lleure
6. La sexualitat i els eventuais vincles de parella
7. La inserció social i laboral
8. Finalment, l'afectació de l'autonomia de la família, el dia a dia, les eventualitats, les vacances, les perspectives de futur i les possibles necessitats de tutela

És important que tota aquesta problemàtica, que fins fa poc les famílies havien d'intentar resoldre per sí mateixes, pugui ser objecte de diàleg i de recolzament compartit.

Per acabar, us diré un cop més, que penso que és molt important que s'hagin creat aquests moviments associatius de famílies com són AFAMMCA, FECAFAMM i tants d'altres. Crec també que s'haurien d'incloure als usuaris. Mentre la psiquiatria continuï esbrinant els aspectes tècnics i científics de la prevenció i el tractament de l'esquizofrènia, tots plegats hem de seguir treballant en equip. Amb una idea d'equip àmplia, que no només inclogui professionals, sinó també familiars, associacions, als propis afectats, perquè tots, conjuntament amb l'Administració, contribuïm a donar les millors solucions possibles a una malaltia tan complexa com és l'esquizofrènia. Crec sincerament que avui en dia les perspectives de tractament, rehabilitació i reinserció han millorat moltíssim, gràcies en gran part, als esforços de les associacions d'usuaris i a les associacions de familiars i a l'empenta que ens han donat a què tot això vagi endavant pel millor camí. Moltes gràcies.

P.Gallo

Segurament hi ha moltes preguntes, però tots tenim una llarga jornada a l'esquena ja. El Dr. Fàbregas estarà encantat d'atendre'ls vis a vis a l'acabar aquest acte.

En tot cas, agrair-te Josep, les teves contribucions i aportacions a aquesta jornada. Gràcies.

Moltes gràcies. Hem descobert avui no solament entre els ponents, sinó també entre el públic, que tenim aquests còmplices que necessitem. Fins una altra ocasió. Moltes gràcies.