



# CONÈIXER L'ESQUIZOFRÈNIA

RICARD BORDAS

## QUÈ ÉS L'ESQUIZOFRÈNIA ?

L'esquizofrènia és una malaltia de la ment, amb tendència a ser crònica, altament incapacitant, amb efectes devastadors tant per al pacient com per als seus familiars i amb uns elevats costos socials.

El terme esquizofrènia significa “ment dividida”, separació entre el que és real i el que és viscut per qui la pateix. Aquesta separació de la realitat forma part del nucli bàsic de les anomenades psicosis. Es tracta d'un desordre psíquic, el qual, fins i tot conservant la consciència i la capacitat intel·lectual, interfereix en el control de les emocions, en la capacitat de discernir el que és real del que és imaginari, en la forma de pensar, en emetre judicis i de comunicar-se amb els altres.

## DADES EPIDEMIOLÒGIQUES

Afecta igualment ambdós sexes, sense discriminació de raça o nivell sociocultural. En els homes sol iniciar-se abans i amb pitjor pronòstic; en les dones té un començament més tardà i millor pronòstic.

La possibilitat de patir aquesta malaltia (taxa de prevalença) al llarg de la vida s'estima entre el 0,5 i l'1%. La incidència (casos presents) de l'esquizofrènia en la societat és d'1 cas per cada 100 habitants.

S'ha constatat que en les nostres latituds (hemisferi nord), les persones nascudes a l'hivern

o a principi de la primavera (de gener a abril) tenen major risc de patir la malaltia, sense que se'n sàpiga ara com ara el motiu, a pesar d'haver-hi diverses hipòtesis al respecte.

## EDAT D'INICI

Habitualment abans dels 30 anys d'edat, amb lleugeres variacions segons el gènere. Els homes tenen un inici més precoç, entre els 16 i els 25 anys i les dones entre els 20 i els 30 anys.

El començament pot ser bruscat, en hores o dies, però altres vegades és de forma gradual en mesos o fins i tot en anys. Quan l'inici és molt lent, en anys, és d'interès conèixer quines són les manifestacions clíniques d'aquestes “psicosis incipients”, per la importància que té la intervenció precoç i apropiada, que si es realitza correctament, influeix o pot influir molt positivament en l'evolució i el curs de la malaltia.

## QUÈ SÓN LES PSICOSIS INCIPIENTS?

Són estats previs al desenvolupament de la malaltia. En alguns casos es pot constatar l'existència prèvia d'una personalitat peculiar abans de desenvolupar la malaltia, caracteritzada per trets paranoides o de desconfiança, excentricitat, falta d'empatia o carència de sentiments. En altres casos existeix una veritable fase d'incubació o

“fase prodòmica” que precedeix la malaltia i que a vegades dura uns quants anys.

Aquest període previ a la malaltia, clínicament, només es pot objectivar per la presència de canvis subtils del comportament: aïllament social, alteracions laborals, afecte inadequat, desinterès i idees estranyes. És important que, davant canvis del comportament que no puguin acabar de ser ben entesos o compresos pels pares o familiars, es consulti el metge de família o el pediatre.

També cal dir que no tots els canvis substancials del caràcter i del comportament, molt propis de l'adolescència, són preludi d'una malaltia esquizofrènica, així com tampoc l'existència de certs individus que presenten conductes excèntriques o afectivitat peculiar i que donen la impressió de ser esquizofrènics ho són, ja que no presenten pas els símptomes essencials per al seu diagnòstic.

### ÉS UNA MALALTIA HEREDITÀRIA?

L'esquizofrènia és una malaltia familiar ja que existeix un risc augmentat de patir-la per part dels familiars dels afectats. S'ha demostrat una decisiva influència dels factors genètics a través d'estudis amb famílies, amb bessons i en casos d'adopció, quan es coneixen els pares biològics. La predisposició a l'esquizofrènia deguda a factors genètics es xifra en un 63-85%.

El mode de transmissió és complex perquè no es regeix per les lleis habituals de l'herència mendeliana. No n'hi ha prou d'heretar alteracions genètiques per patir la malaltia, sinó que hi cal la presència d'altres factors. S'ha postulat que l'esquizofrènia té una herència que afecta diversos gens diferents, que poden interaccionar amb factors ambientals i que alhora són capaços d'influir en l'origen, la forma clínica i el pronòstic de la malaltia.

Aquesta teoria explicaria que, d'una banda, el risc d'esquizofrènia sigui més alt com més gran és el nombre de familiars afectats; i, de l'altra, que

l'esquizofrènia persisteix i manté la seva presència en la població, en un percentatge gairebé constant (de l'1 al 3%), tot i la poca capacitat reproductora que tenen aquests malalts.

### ELS SÍMPTOMES I EL DIAGNÒSTIC

L'esquizofrènia té una manifestació clínica molt variada, amb una àmplia gamma de símptomes i de formes d'aparició i d'inici. El curs clínic i la seva expressivitat poden arribar a ser tan diferents d'uns malalts a d'altres que podrien fer pensar erròniament que estem davant d'entitats diferents.

En el curs d'una malaltia esquizofrènica poden aparèixer tant símptomes positius com negatius. Els positius són:

- **Desorganització del pensament.** És una pèrdua de la capacitat d'associar els pensaments, els uns amb els altres, de forma adequada, per la qual cosa el discurs és imprecís, perd contingut i continuïtat, i pot arribar a la total disgregació o caos. Pot haver-hi una sobtada interrupció del curs del pensament (bloqueig de pensament), per la qual cosa la conversa resulta difícil de seguir, i perd coherència i sentit el que ell diu per als altres. El malalt, i a causa dels seus pensaments, presenta a vegades un comportament estrany al que és socialment acceptat, com ara fer ganyotes, gestos estranys (esterotípies) o postures rares sense raó aparent (manierisme).
- **Deliris.** Són trastorns del contingut del pensament, idees errònies que el pacient viu i se les creu i que persisteixen encara que les hi expliquem: idees de perjudici, en contra d'un mateix, solen ser les més freqüents (se sent vigilat, observat o que el volen enverinar); idees de grandesa, religioses, nihilistes, d'influència, etc.; idees estrofolàries: que li

endevinen el pensament, que li roben, que li imposen, que li escolten a manera de sonorització/difusió (de la mateixa manera que es difonen les ones radiofòniques)...

- **Al·lucinacions.** Són alteracions de la percepció, habitualment auditives, però poden ser visuals, gustatives, olfactivas o sensorials, com sensacions estranyes, percebudes en els òrgans o a la pell, com si explotessin els vasos sanguinis o com una cremor al cervell. Les més freqüents són de tipus auditiu: sons, escoltar el propi nom, veus que es dirigeixen a ell, diàlegs que anomenen el pacient en tercera persona. Altres vegades aquestes veus prenen un caràcter amenaçador, amb existència de veus “imperatives” que li donen “ordres” de conducta agressives cap a ell mateix o vers els altres.

Els símptomes negatius són:

- **Pensament empobrit.** Es manifesta a través d'un llenguatge molt pobre. El pacient perd la seva fluïdesa i espontaneïtat en la conversa.
- **Embotiment afectiu.** Hi ha una dificultat a poder expressar l'afectivitat, que pot arribar, en els casos més greus, a la total absència d'expressió emocional, és a dir, un veritable aplanament afectiu.
- **Apatia.** Falta de voluntat i de motivació per a qualsevol iniciativa o activitat, amb deteriorament de la cura i netedat personal.
- **Retraïment o aïllament social.** Falta d'interès per les activitats socials; no hi participen o bé, quan ho fan, és de manera totalment passiva. En els casos extrems poden arribar a l'aïllament total, recloent-se a casa seva o fins i tot a la seva habitació sense gairebé sortir-ne en tot el dia.

A més a més, i entre les diferents combinacions de tots aquests símptomes actius i negatius, poden aparèixer:

- **Alteracions de la psicomotricitat,** com ho són la immobilitat prolongada i sovint en postures estranyes o inadequades (flexibilitat cèria), amb absència total de contacte amb l'entorn (catatònia). També el contrari: agitació catatònica, que consisteix en una agitació important sense cap finalitat i sense que hagi estat desencadenada per l'entorn.

- **Alteracions de l'estat d'ànim,** amb predomini de símptomes depressius a vegades molt intensos.

- **Dèficit en el control dels impulsos,** que arriben a provocar importants alteracions de la conducta.

- **Deteriorament cognitiu,** que va apareixent al llarg del curs de la malaltia, a vegades de forma intensa, amb disminució del rendiment de la memòria verbal i de la capacitat d'atenció.

#### EXISTEIXEN DIFERENTS TIPUS D'ESQUIZOFRÈNIA?

En realitat, la clínica de l'esquizofrènia és molt complexa. Per facilitar-ne la comprensió, descriuim tot seguit diferents subtipus de la malaltia, basant-nos en criteris purament clínics.

**Esquizofrènia paranoide.** És la forma clínica més freqüent, amb predomini d'idees de perjudici, de persecució, etc., juntament amb les al·lucinacions auditives. Això fa els pacients desconfiats, suspicços o hostils en la interacció social. El curs de la malaltia sovint és crònic, però hi ha casos amb evolució episòdica amb remissions parcials o completes.

**Esquizofrènia desorganitzada o hebrefrènica.** És poc freqüent i d'aparició primerenca, en l'adolescència, amb desorganització del pensament, al·lucinacions, idees delirants, aplanament afectiu, riures immotivats, etc. El pacient està incapacitat per a un funcionament social adequat, desatén la

cura personal i no té iniciatives ni plans de futur. El curs és crònic i el pronòstic dolent, amb un creixent i progressiu deteriorament mental.

**Esquizòfrenia catatònica.** És una forma clínica poc freqüent avui en els països desenvolupats. Existeix un predomini dels trastorns psicòmors greus: agitació catatònica, immobilitat postural, negativisme, obediència automàtica, mutisme, etc.

**Esquizofrènia indiferenciada.** En aquesta forma clínica s'inclouen tots els casos que no aconsegueixen satisfactòriament criteris per als altres subtipus.

**Esquizofrènia residual.** En aquesta predominen els símptomes deficitaris o negatius. Són pacients amb un gran retraïment social, deteriorament de la cura personal i afectivitat empobrida.

#### CURS DE LA MALALTIA I DIAGNÒSTIC

En qualsevol de les esmentades formes clíniques de l'esquizòfrenia, el curs pot ser de tipus continu o en forma de brots, amb símptomes actius o deficitaris o sense, amb remissió completa després dels brots o sense i amb progressiu deteriorament social o sense.

No existeixen proves analítiques, ni radiològiques, ni de cap altra índole que siguin específiques per realitzar el diagnòstic d'esquizofrènia. Els professionals —metges en general i especialistes en psiquiatria en particular— es basen en la història clínica i en l'exploració psicopatològica per emetre el diagnòstic d'esquizofrènia. El que sí que cal és que els professionals, abans d'emetre el diagnòstic, descartin realitzant el diagnòstic diferencial.

Hi ha una sèrie de malalties que a vegades es poden confondre amb l'esquizofrènia, per la qual cosa haurien de ser descartades. Aquestes són:

*Psicosis provocades per altres malalties:* trastorns neurològics: epilèpsies, tumors, esclerosi múltiple, malaltia de Huntington, etc.; traumatisme encefàlic; trastorns endocrino-metabòlics; infeccions: encefalitis viral, SIDA, neurosífilis, etc.

*Psicosis provocades per drogues:* consum de substàncies psicoactives (coca, amfetamines, etc.).

*Psicosis provocades per fàrmacs:* intoxicacions. I amb d'altres trastorns psiquiàtrics, sobretot de tipus psicòtic com:

*Trastorns esquizoafectius:* trastorns de l'estat d'ànim amb símptomes psicòtics o per abús de substàncies o per trastorn orgànic.

*Trastorns psicòtics breus:* la clínica de tipus psicòtic, però amb menys d'un mes de durada.

*Psicosi amb retard mental:* l'autisme infantil.

*Trastorns delirants:* sobretot els de tipus paranoide.

*Trastorns esquizofreniforme:* amb presència de símptomes actius o deficitaris de més d'un mes de durada però de menys de 6 mesos.

*Trastorns de la personalitat:* paranoide, esquizoide o esquizotípica. Personalitat doble. El trastorn antisocial de la personalitat i els agressors sexuals.

És fonamental poder entrevistar les famílies que conviuen amb el pacient per obtenir informació relativa no solament al seu estat actual sinó a la seva manera de ser i personalitat anteriors al procés. Les normes o criteris internacionals per al diagnòstic d'esquizofrènia exigeixen, a més a més, la presència d'un determinat nombre de símptomes i d'alteracions en el funcionament sociolaboral del subjecte, que tots ells es mantinguin almenys durant 6 mesos.

#### TRASTORNS O CONDUCTES A TENIR EN COMPTE

**Trastorns relacionats amb substàncies.** El consum de substàncies d'abús en els pacients esquizofrènics s'estima en un 40%, cosa que provoca l'aparició d'un major nombre de crisis, amb hospitalitzacions més freqüents i conductes violentes. La presència del consum de substàncies passa sovint desapercebuda i molt poques vegades és modificada espontàniament pel pacient; la informació arriba normalment a través d'amics o familiars. La clau per al tractament és realitzar un doble enfocament

que integri l'abús de la substància en qüestió i el de l'esquizofrènia. Una vegada establitzada la situació clínica i conquerida l'abstinència de la substància d'abús, és recomanable la teràpia grupal per mantenir-se en l'abstinència.

**Conducta violenta.** La conducta violenta que es pot donar en els pacients amb esquizofrènia està íntimament lligada amb els seus trastorns delirants i al·lucinatoris, així que la clau del seu control és un tractament farmacològic eficaç. Aquestes conductes es poden posar en evidència davant de situacions que el pacient viu com de risc per a la seva integritat i per això és més freqüent que es manifesti quan s'intenta "forçar" que canviï la seva conducta en el seu hàbitat, o bé davant de situacions de tensió que es donen en les visites d'urgències, aglomeracions, etc. El tractament de l'esquizofrènia, quan aquesta es dona, passa per la sedació farmacològica en un entorn tranquil i la reducció/ hospitalització.

**Risc de suïcidi.** El suïcidi és la principal causa de mort prematura en els pacients amb esquizofrènia i la taxa de suïcidis consumats està al voltant del 10%. Els factors de risc de suïcidi són els mateixos que per a la població en general: sexe masculí, raça blanca, aïllament social, ser solter, manca de treball o dependència de substàncies i depressió o desesperança; però hi hem d'afegir els específics de la malaltia: la presa de consciència del seu decurs crònic i el deteriorament progressiu, el trencament de la joventut, de la carrera professional, més evident com més brillant i prometedor hagués estat el seu futur en la fase prèvia a la malaltia.

No és possible predir si un pacient concret es traurà la vida. Un percentatge important dels suïcidis es donen en les fases de remissió de la malaltia o després d'un alta hospitalària recent. D'aquí la importància d'un seguiment continuat, amb programes d'atenció específica per a trastorns mentals severos (TMS) com ho és l'esquizofrènia, que faciliti una atenció directa, propera i amb un enfocament d'empatia i recolzament. Sempre que se sospiti d'un risc de suïcidi, el pacient ha de ser hospitalitzat.

## TRACTAMENT DE L'ESQUIZOFRÈNIA

Com més temps estigui un malalt sense tractament, més difícil és recuperar-lo, pel deteriorament mental que anirà patint. Els estats aguts amb els seus deliris provoquen alteracions continuades de la ment, que provocaran el mateix mal que si estigués sota l'efecte d'un tòxic, per la qual cosa deixarà seqüeles. Com en la resta de la medicina, cal aplicar la màxima: "el diagnòstic i tractament precoç és essencial perquè el pronòstic sigui el millor possible".

Atesa la natura de la malaltia, que és de tipus biopsicosocial, el seu tractament s'ha de realitzar en tres eixos essencials: biològic (medicació); psicològic (psicoteràpia); i social (rehabilitació psicossocial). Els símptomes positius poden ser controlats amb medicació antipsicòtica, però els negatius requereixen a més a més recursos comunitaris i rehabilitadors que persegueixin el màxim desenvolupament psicossocial possible del pacient.

## TRACTAMENT BIOLÒGIC. MEDICACIÓ

Atesa la inexistència avui dia d'una única causa que provoqui la malaltia, no és possible un únic tractament curatiu.

L'esquizofrènia necessita ser tractada i medicada amb fàrmacs específics: els *antipsicòtics*. El tractament antipsicòtic no sols ha d'alleujar els símptomes, sinó que a més no hauria d'aportar efectes secundaris al pacient que facin disminuir notablement la seva qualitat de vida, atesa la cronicitat de la malaltia i la necessitat de mantenir sempre la medicació a les dosis indicades pel metge psiquiatre responsable de la seva assistència.

La medicació, doncs, és un "*pilar bàsic*" per al tractament de l'esquizofrènia i no ha d'haver-hi dubtes per part dels familiars ni del mateix entorn sobre la necessitat d'utilitzar-los, tot i els efectes secundaris que puguin ocasionar. Correspon i és responsabilitat del metge psiquiatre corregir o evitar, en la mesura del que sigui possible, aquests

inconvenients. D'altra banda, la medicació no s'ha d'interrompre ni abandonar, tot i que s'obtingui una gran millora, ja que això és la causa més freqüent de recaigudes o nous brots. Davant de qualsevol dubte s'ha de consultar abans de deixar la medicació. No s'han de prendre mai begudes alcohòliques ni drogues quan s'està amb un tractament psicofarmacològic. Finalment, el psiquiatre sempre ha d'informar el malalt i familiars, dels possibles efectes secundaris

La medicació es basa fonamentalment en el fàrmac que actuen modulant l'activitat de la *dopamina* (que és un dels tres principals neurotransmissors del nostre cervell, junt amb la serotonina i la noradrenalina) i que són del grup mal anomenat antipsicòtics, ja que també són útils i beneficiosos per a trastorns mentals no psicòtics.

Com que l'esquizofrènia és una malaltia crònica, el tractament sovint serà per a tota la vida (de la mateixa manera que li passa a un pacient amb hipertensió, diabetis o cardiopatia). L'adequació de la dosi, el tipus de medicació i el seu manteniment a llarg termini ha de ser l'objectiu de tots: de l'equip assistencial, de la família i del mateix malalt.

No sempre és necessària la medicació si remet el quadre clínic, però l'experiència clínic aconsella mantenir el tractament de 3 a 5 anys després d'un primer episodi i amb evolució favorable, però en el cas de recaigudes o evolució desfavorable s'aconsella tractament indefinit. Existeixen pacients amb un alt risc de recaigudes i que són aquells que tenen baixa consciència de malaltia, inquietud en haver de prendre la medicació i que utilitzen tot tipus d'astúcies i estratègies per tal de no ingerir-la. Un bon mesurador ("*predictor*") de l'incompliment en la presa de la medicació és el consum de substàncies de forma habitual (porros, coca, alcohol, etc.).

Sovint, els pacients, a causa de la malaltia però a vegades també a causa del mateix tractament farmacològic, presenten alteracions del son, ansietat o estats depressius, per la qual cosa cal associar altres medicaments al mateix temps que

els antipsicòtics. En la pràctica veiem que la majoria de receptes per a aquests malalts contenen 3, 4 o 5 medicaments.

### **TRACTAMENT PSICOLÒGIC**

Les intervencions psicològica i psicosocial proporcionen recolzament emocional i poden abordar dèficits concrets associats a l'esquizofrènia. La supervisió i el suport social milloren l'adherència al tractament.

Aquesta intervenció pot aportar millores per als malalts com ara la prevenció de recaigudes, la millora de la capacitat d'afrontar les coses, el millor funcionament social i laboral, que al cap i a la fi dona un funcionament global més independent.

### **TERÀPIA INDIVIDUAL O PSICOTERÀPIA INDIVIDUAL**

La teràpia individual òptima per a aquests malalts és la que utilitza diverses estratègies basades en una relació interpersonal de continuïtat, de comprensió i d'empatia.

Els objectius i estratègies de la teràpia individual s'organitzen en funció de la fase de la malaltia en què es trobi el pacient. Aquells malalts que aconseguen una aliança terapèutica sòlida, aconsegueixen bé el tractament farmacològic i són capaços de tolerar i fins i tot controlar les seves conductes negatives en contra de si mateixos, millorant així el coneixement del seu trastorn.

### **INTERVENCIONS FAMILIARS**

Les famílies són quasi sempre les qui cuiden els pacients i per tant han d'intervenir i involucrar-se en el procés del tractament. Per això és molt útil l'educació sanitària, l'orientació i el recolzament per ajudar-los a realitzar la seva funció. Si no, poden mostrar-se altament crítics o sobreprotec-

tors amb els pacients i ambdues actituds poden augmentar la probabilitat de recaigudes.

Moltes vegades els símptomes de dèficit o negatius poden ser interpretats erròniament com a mandra o passotisme voluntari del pacient i els mètodes que s'utilitzen amb els familiars faciliten l'entesa amb la malaltia i amb el malalt i la seva col·laboració en la planificació del tractament amb l'elaboració d'objectius senzills, clars i assumibles.

Les famílies poden ser ateses individualment o en grup; ambdues tècniques són efectives, si bé la més emprada és la grupal.

### TRACTAMENT SOCIAL

L'esquizofrènia és un trastorn mental sever (TMS) que s'associa a un grau variable de deteriorament que dificulta l'adaptació social de l'individu. La no institucionalització de l'esquizofrènia, com succeïa fa anys, quan se'ls reclouia en institucions psiquiàtriques, comporta que les famílies s'hagin transformat en les principals cuidadores d'aquests malalts i per a elles es fa necessari el recolzament professional, per donar-los suport emocional i educatiu. Aquest suport professional a la família en l'àmbit comunitari pot i ha de ser realitzat pels professionals d'infermeria i de treball social de salut mental.

### REHABILITACIÓ PSICOSOCIAL

És bàsica la rehabilitació del malalt, sobretot del crònic, ja que les seves dificultats per a les relacions interpersonals s'agreugen amb la manca d'ajut social i de rebuig per part de la societat. Sense aquesta rehabilitació els malalts tenen tendència a quedar-se a casa sense fer res, fins i tot sense sortir de la seva habitació o bé, si són a l'hospital, sense realitzar cap activitat.

Abans d'iniciar la rehabilitació cal una avaluació psicològica i una avaluació social, que són les que marcaran la necessitat d'un entrenament

en habilitats socials, en forma de programa de rehabilitació individual i específica per a cada malalt. La rehabilitació psicosocial ha d'emprar entrenament en habilitats socials, psicoeducació i intervenció amb la família.

### PROGRAMA DE REHABILITACIÓ INDIVIDUAL

Aquest programa ha d'incloure objectius per a cadascuna de les següents àrees:

- **Activitats bàsiques de la vida diària:** adequació dels hàbits d'higiene corporal, d'alimentació, de netedat personal i en el vestir. I en general sobre la resta d'hàbits de salut.
- **Activitats instrumentals de la vida diària:** la seva autonomia en tràmits burocràtics, ús del transport, maneig del diner, informació de l'actualitat, de l'habitatge i educació vial.
- **Àrea motora i física:** adequació de la seva psicomotricitat, esquema corporal i orientació temporal i espacial.
- **Àrea de capacitats cognitives:** comprensió general, comprensió lectora, atenció i concentració en situacions grupals i individuals.
- **Àrea d'oci i temps lliure:** nombre d'activitats, distribució del temps, combatre la passivitat i la inactivitat.
- **Àrea de competència personal i autocontrol:** concepte d'un mateix, nivell de tolerància a la frustració, nivell de coneixement de la pròpia malaltia i dificultats per al maneig de l'estrés.

### PSICOEDUCACIÓ

Els programes psicoeducatius han de donar informació general sobre la malaltia, la necessitat del tractament medicamentós, el risc de les recaigudes i les perspectives a llarg termini. Es tracta, doncs, de donar i crear les expectatives reals tant als malalts com als seus familiars i aconseguir una comprensió i col·laboració mútua.



Si es fan aquests programes per tal que el mateix pacient i els seus familiars aprenguin a detectar signes i símptomes premonitoris o d'avís de recaiguda, els equips assistencials haurien de ser-hi conseqüents, facilitant i garantint l'accessibilitat dels pacients en el moment oportú. Si no, el pacient acabarà en el millor dels casos a urgències, on amb tota seguretat li canviaran el tractament i les pautes, de manera que es crearan complicacions en l'estratègia i en el programa anteriorment elaborats.

### **INTERVENCIÓ SOBRE LA FAMÍLIA**

Augmentar els coneixements de la família al voltant de l'esquizofrènia, pautes d'interacció amb el pacient i dels mecanismes per a la seva rehabilitació. Fomentar la participació activa de la família en la generalització i manteniment dels objectius aconseguits en la rehabilitació.

Els equips assistencials han d'organitzar-se per poder atendre ràpidament els familiars que sol·liciten informació i orientació sobre com actuar davant el malalt.

**RICARD BORDAS I REIG** (Barcelona 1946), és metge (1971) i psiquiatre (1977). Ha treballat amb malalts psicòtics més de 25 anys a l'Hospital Psiquiàtric de Santa Coloma de Gramenet (1972-1995, director mèdic entre 1989-1995). Professor de l'Escola Universitària Gimbernat de Barcelona (1979-1992). Coordinador de Salut Mental de la Regió Sanitària del Barcelonès Nord i Maresme (1995-1999). Des del 2000 segueix treballant amb malalts mentals com a cap de servei del Centre de Salut Mental d'Adults del Maresme Sud (el Masnou) i com a metge psiquiatre a Santa Coloma de Gramenet.

**ESU**

**U17**

**JFK**

**ENIA**