

Experiencias
confesiones
reflexiones
investigación
opciones
denuncias
propuestas
soluciones

ENTREVISTA

CRISTINA MARTÍN,
PRINCESA INCA
“escribo poesía
de salvación”

MONOGRÁFICO

Las voces
que hay
que oír

ALTERNATIVAS A LA
PSIQUIATRIZACIÓN

sumario

staff

CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi,
Directora MyS

Carme Valls Llobet,
Directora del Programa Mujer Salud y
Calidad de Vida

Montserrat Cervera Rodon,
Margarita López Carrillo,
Redacción

Núria Agell,
Secretaría de redacción

COLABORADORAS HABITUALES

Enriqueta Barranco

Malén Cirerol

Rita Gavarró

Pilar Parra

Maria Elena Cuyás

Esperanza Aguilà

Carmen Mosquera

Corina Hourcade

Gemma Cànovas

Regina Bayo-Borrás

María José Hernández

Jimena Jiménez

COMITÉ ASESOR

Charo Altable

Lucía Artazcoz

Vita Arrufat

Consuelo Catalá

Emilce Dio

Mari Luz Esteban

Anna Freixas

María Fuentes

Asunción González de Chávez

Neus Moreno

Isabel Matamala

Judy Norsigian

Carmen Sanchez-Contador

Fina Sanz

Victoria Sau

Verena Stolcke

M^a José Varela Portela

EDICIÓN

CAPS (Centro de Análisis
y Programas Sanitarios)
Rambla Santa Mónica 10.
Barcelona 08002
Tl. 93-3226554

e-mail: caps@pangea.org

Web: <http://mys.matriz.net>

Diseño y maquetación:

www.labodoni.com

Impresión: amadip-esment.

Centre especial de treball

Déposito legal: PM 765-1996

EDITORIAL LOCAS. Ibone Olza	3
oiqan!! Leonor Taboada	4
Las voces en mi cabeza. Eleonor Longden	5
crónicas perdidas. Sara Toledano	8
ENTREVISTA A La princesa inca, por Patricia Rey	11
pactos de cuidado. Paula Tomé	16
Mis voces. Olga Runciman	19
¿todas Locas o un gran negocio? Carme Valls y Noemia Loio	22
campañas anti-estigma que estigmatizan. Marta Carmona Osorio	25
rabia contra La máquina. Miguel Bustión.	28
inmovilización terapéutica. Consuelo Carbball y Montserrat Cendán	29
una nueva perspectiva para recuperarse de La psicosis. Daniel Mackler.	33
terapia multifamiliar. Gely Girau	35
psiquiatrización de La transexualidad. Rosa Almirall.	38
peor el remedio que La enfermedad. Manuel Alonso.	41
trastorno Límite de personalidad y violencia de género. Rebeca González	43
La diversidad funcional psíquica. Sabela Lodeiro	45
La salud mental desde el trabajo social. Silvia Pereira y Fernando Estrada	47
EL Escritofrénico de raul velasco, por Tomás Corominas	49
Hablando claro de Joanna moncrieff, por Margarita López Carrillo	50
Las Bucles de La mandrágora (La raíz que grita)	51
CONTRAPORTADA Declaración de Atocha	52

myses publicados

- | | | | |
|--|--|---|--|
| 1 NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias. | 8 OTRO MUNDO ES POSIBLE | 18 MONOGRÁFICO: CÁNCER DE MAMA. | 26 LA INQUIETUD DE LAS MÉDICAS |
| 2 DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000. | 9 POR UN PUÑADO DE ÓVULOS. Revolución de la reproducción. | 19 MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS. | 27-28 PARA QUIÉN EL BENEFICIO |
| 3 HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor. | 10 "DOCTORA, ME DUELE TODO". Fibromialgia. | 20 VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES. | 29 EL TRANSFONDO DEL MALESTAR |
| 4 DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes. | 11-12 A VUELTAS CON LA MATERNIDAD. | 21 LAS MUÑECAS no tienen la regla, pero las mujeres Sí. | 30 LA CRISIS DE LOS CUIDADOS |
| 5 LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida. | 13-14 LA SALUD DE LAS MUJERES EN TIEMPOS DE GUERRA. | 22 DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE LA INDÚSTRIA? | 31 LA TIRANÍA DE LA BELLEZA |
| 6 VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario. | 15 SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización. | 23 ¿QUÉ VIVA EL CORAZÓN! | 32 LOS RIESGOS DEL MAL AMBIENTE |
| 7 MATAR MOSCAS A CAÑONAZOS. Plaguicidas de uso ambiental. | 16 COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA. | 24 TU CUERPO, PERSONAL E INTRANSFERIBLE. | 33 SALVEMOS LA SANIDAD PÚBLICA |
| | 17 LA MALA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES. | 25 DOSSIER ANTICONCEPCIÓN | 34-35 AUTOCONOCIMIENTO: VIAJE AL FONDO DE TI MISMA |



Ibone Olza
Psiquiatra

LOCA(S)



Me fui. Hace pocos meses dejé el hospital público donde trabajaba como psiquiatra desde hacía 9 años. Me impulsó sobre todo la intuición de que si seguía allí iba a enfermar. Salí por la puerta de atrás, casi a escondidas, en medio de una profunda crisis profesional. Me siento traumatizada por el maltrato y la violencia que he percibido y que a veces he ejercido yo misma en las urgencias psiquiátricas. Atendiendo malamente a montañas de pacientes con un alto sufrimiento (casi siempre por rupturas afectivas) al que desde lo público ya casi sólo se responde con más y más pastillas y/o contenciones mecánicas, eufemismo del clásico "atar a la cama". Llegué a encontrarme a una mujer paralítica atada a la cama en una guardia, la propia paciente se reía al contármelo: ¡adonde se iba a escapar ella sin su silla de ruedas!

Tuve una pesadilla. *Había un preso condenado a muerte al que iban a ejecutar. Alguien, no sé quién, me venía a buscar. Me pedían que le diera un calmante al preso, para que pudiera afrontar su ejecución más tranquilamente. Yo respondía horrorizada: "¿Cómo podéis pedirme esto a mí, si yo estoy absolutamente en contra de la pena de muerte?" - Le vamos a ejecutar igualmente", me decían. "Lo que opines sobre la pena de muerte da igual, lo único que queremos saber es si quieres ayudar a este pobre hombre a estar más tranquilo en sus últimos momentos o no". En algún momento yo accedía, le daba un ansiolítico, le ejecutaban. El resto del sueño*

yo lo pasaba atormentada, preguntándome a mí misma cómo era posible que me hubieran convencido, como había accedido a ser cómplice de una ejecución. Qué angustia.

Era fácil ver que en esa pesadilla estaban magnificados hasta el extremo muchos de mis conflictos cotidianos en el hospital. ¿Soy cómplice de la violencia cuando intento aliviar el sufrimiento de los que la padecen? ¿Puedo trabajar dignamente en un sistema público cada vez más deteriorado donde muchos profesionales nos sentimos maltratados por los que nos dirigen? ¿Hasta cuándo resistir? ¿Cómo ocuparme de la salud mental de los demás cuando corre serio peligro la mía? Al fin y al cabo ¿qué entendemos por salud mental? ¿Y qué hay de la salud mental de las mujeres? ¿No es acaso señal de salud no adaptarse a un mundo enfermo, donde son tan frecuentes los abusos a las niñas y prima la presión para anular nuestros cuerpos y deseos? ¿Y el sufrimiento que me genera la destrucción de la naturaleza, dónde se contempla?

Me remitieron a la consulta del psiquiatra. Este, un hombre afable y cariñoso, me pasó un artículo con un título muy ilustrativo: "Prevención del suicidio en médicos". En el mismo se mencionaba que "la tasa de suicidio de las médicas es claramente superior a la de los médicos, siendo esta tendencia aún más pronunciada entre psiquiatras y anestesistas". Qué casualidad.

Buscaba respuestas a mis preguntas cuando me preguntaron si podía escribir el editorial a este número de Mujer y Salud. Vaya, precisamente a mí y ahora. ¡Qué suerte! Así he podido leer y pensar con detenimiento en estos textos de Sara Toledano, Cristina Martín, Marta Carmona o Paula Tomé entre otras. Usuarías o profesionales, ¿dónde radica la diferencia? ¿Cómo ayudarnos las unas a las otras? En sus aportaciones una percibe el camino a seguir en esta necesaria y profunda revolución que se avecina en la salud mental y que como bien sabemos de las revoluciones en ciernes: *será feminista o no será.*

Paula Tomé en su maravilloso texto "Pacto de cuidados" afirma: "Mi concepto de salud mental pasa por devolver un lugar digno a estas experiencias mentales. Por redefinirlas y compren-

Las voces que hay que oír

derlas, por hacerlas propias y gestionarlas con mis propios recursos. Por desmedicalizarlas y despatologizarlas."

¿Cómo? Seguramente ya lo estamos haciendo, dentro pero también, cada vez más, fuera del sistema. Recogiendo las aportaciones de autoras como Clarissa Pinkola Estés, Christine Northrup o Jean Sinoda Bolen y otras más cercanas como la Psicoterapia de Equidad Feminista de Soledad Muruaga y Pilar Pascual. Escuchándonos sin juzgar, aceptando que cada uno de nuestros síntomas mentales y de nuestras emociones aparentemente inadecuadas son en realidad señal de una intuición sabia que trae un mensaje importante. Sosteniéndonos en los numerosos grupos y cada vez más florecientes Círculos de Mujeres donde celebramos nuestra naturaleza cíclica y aceptamos nuestro poderío.

Volviendo a la naturaleza y tomando sus herramientas como terapia: cambiando las consultas por paseos por bosques, permitiéndonos los masajes, la biodanza, el canto carnático o lo que haga falta para desenredar el ovillo de nuestras mentes. Sanándonos como nos da la gana. Relacionándonos usuarias y profesionales como lo que realmente somos: mujeres, personas, iguales, cuidadosas y necesitadas de cuidados. Como los compañeros de Batán (un centro de atención a drogodependientes de la Comunidad de Madrid ocupado tras su cierre y reconvertido en una comunidad gestionada por usuarios y profesionales: Galaldea)

Nosotras, todas, tendremos que buscar nuevas maneras de escuchar nuestros síntomas. Recojamos el guante que nos lanza Paula Tomé cuando nos dice: *"Queridas amigas feministas: si lo personal es político, se vuelve urgente la necesidad de ampliar estos pactos, generando redes de apoyo mutuo, intercambio de experiencias y estrategias, y trabajo colectivo sobre estos temas"*.

Las amigas. Cuando le conté a una que yo ya no podía seguir atendiendo a la gente así, como hacíamos en la urgencia psiquiátrica habitualmente, sonriendo me exclamó: *¡Te has curado!*



Leonor Taboada
Directora Mys

¡OIGAN!!!!

Si o sí. Escuchen atentamente. Presten atención. Atiendan. Olviden lo que han aprendido. Abran sus mentes. Abran los oídos y los ojos. Escuchen estas voces, lean estos textos. Rompan con el pasado. Con sus prejuicios. Con sus temores. Olviden lo que les han inoculado en sus carreras. Comprométanse con el presente y el futuro.

Escuchen las voces de quienes demuestran que hay otras formas de enfocar la salud mental. Únanse a la rebelión de quienes más padecen y de quienes han decidido ponerse de su lado.

Desde el editorial a la última página, este dossier reúne voces significativas de pacientes impacientes y valientes que, en distintos países y contextos, han decidido plantar cara a diagnósticos que condenan y recetas que no curan, y a profesionales que abandonaron la vía trillada de la medicalización como único recurso, de acuerdo con sus consciencias y a sabiendas del alto precio de su elección.

Por supuesto, queremos dar las gracias a todas las voces que se expresan en este dossier, de la primera a la última, y, en especial, a **Patricia Rey Artime** por los frutos de su trabajo que, además del de entrevistadora, ha incluido sugerir, coordinar y contactar a muchas de las autoras y autores, sin olvidar a **Maria Fúnez** y **Miguel Ángel Medina**, por sus precisas y preciosas ilustraciones del interior.

Confieso que trabajar en este dossier, también ha abierto mis oídos y mis ojos.



Maria Fúnez,
ilustradora



Patricia Rey Artime,
coordinadora



Eleanor Longden

Doctora en psicología

Pertenece a "Hearing Voices"

LAS VOCES EN mi cabeza

El día que me fui de casa por primera vez para ir a la universidad fue un día soleado lleno de esperanza y optimismo. Lo había hecho bien en la escuela, las expectativas sobre mí eran altas, y entré llena de alegría en la vida estudiantil de conferencias, fiestas y robo de conos de tráfico.

Las apariencias, por supuesto, pueden ser engañosas, y en cierta medida, esta persona luchadora, enérgica era una apariencia, aunque una muy bien elaborada y convincente. En el fondo, era muy infeliz e insegura y fundamentalmente asustada, de los demás, del futuro, del fracaso... y del vacío que sentí dentro de mí. Pero era experta en ocultarlo y desde el exterior parecía ser alguien con todo para esperar y aspirar. Esta fantasía de invulnerabilidad era tan perfecta que hasta yo misma me engañé y conforme el primer semestre terminó y comenzó el segundo, no había forma de que nadie pudiera haber predicho lo que iba a suceder.

Salía de un seminario cuando empezó, tarareando para mí misma, moviendo mi bolso igual que cientos de veces antes, cuando de repente oí una voz que decía con calma "ella está saliendo de la habitación". Miré alrededor y no había nadie pero la claridad y la firmeza del comentario era inconfundible. Agitada, dejé mis libros en las escaleras y corrí a casa, y ahí estaba otra vez: "Ella está abriendo la puerta". Ese fue el comienzo. La voz había llegado. Durante días, y luego de semanas, siguió y siguió narrando todo lo que yo hacía en tercera persona. "Ella está saliendo de la biblioteca". "Ella está yendo a una conferencia". Era neutral, impasible e incluso, después de un rato, extrañamente sociable y tranquilizadora, aunque me di cuenta de que su exterior tranquilo a veces resbalaba y reflejaba mi propia emoción inexpressada. Así, por ejemplo, si yo estaba enojada y tenía que ocultarlo (lo que hacía a menudo), siendo muy hábil para ocultar lo que realmente sentía, entonces la voz sonaba frustrada. De lo contrario, no era ni siniestra ni inquietante, aunque incluso en ese momento estaba claro que tenía que comunicarse conmigo acerca de mis emociones, especialmente las emociones que eran remotas e inaccesibles.

Fue entonces cuando cometí un error fatal, le hablé a una amiga sobre la voz y se horrorizó. Empezó, así, un proceso sutil de adaptación a la idea de que la gente normal no oye voces y, por tanto, algo en mí andaba muy mal. Tal temor y desconfianza fueron contagiosos. De repente la voz ya no parecía tan benigna, y cuando mi amiga insistió en que buscara atención médica, obligada acepté, lo que resultó ser el error número dos.

Pasé algún tiempo habándole al médico de la universidad de lo que creía que era el verdadero problema: ansiedad, baja autoestima, temores acerca del futuro, pero fui escuchada con indiferencia aburrida hasta que mencioné la voz, después de lo cual se le cayó su pluma y comenzó a interrogarme con verdadero interés. Y para ser justos, yo estaba desesperada por despertar interés y recibir ayuda, así que empecé a contarle sobre mi extraño comentarista. En este momento, la voz dijo, "ella está cavando su propia tumba".

Me enviaron a un psiquiatra, quien interpretó todo lo que dije a través de la lente de la locura. Por ejemplo, yo colaboraba en una estación de televisión de estudiantes que emitía boletines de noticias alrededor del campus, y durante una cita con él en la que se estaba haciendo muy tarde, le dije, "Lo siento, doctor, me tengo que ir. Yo leo las noticias a las seis". El anotó en historia clínica "Eleanor tiene delirios de ser una locutora de noticias de televisión".

Fue en este punto en que comenzaron los eventos que rápidamente me sobrepasaron. Hubo un ingreso en el hospital, el primero de muchos, después un diagnóstico de esquizofrenia y, lo peor de todo, un atormentado (tóxico) sentimiento de desesperanza, humillación y desesperación cayó sobre mí y mis posibilidades. Pero empujada a ver la voz no como una experiencia sino como un síntoma, mi miedo y resistencia hacia ella se intensificó, adopté una postura agresiva hacia mi propia mente. Se desencadenó en mi interior una especie de guerra civil psíquica, lo que provocó que el número de voces aumentara y fueran progresivamente hostiles y amenazantes.

Las voces que hay que oír

Impotente y desesperada, empecé a retirarme en este mundo interior de pesadilla en el que las voces estaban destinadas a convertirse tanto en mis perseguidores como en mis únicas compañeras. Me decían, por ejemplo, que si era digna de su ayuda, entonces podrían cambiar mi vida nuevamente a como había sido, y establecieron una serie de tareas cada vez más extrañas. Primero cosas pequeñas, por ejemplo, arrancarme tres cabellos, pero gradualmente fueron más extremas culminando en la orden de hacerme daño a mí misma, y una instrucción particularmente drástica: "¿Ves ese tutor allí? ¿Ves ese vaso de agua? Bueno, agárralo y échale el agua delante de los otros estudiantes". Lo cual hice y, no hace falta decirlo, no me granjeó la simpatía de los profesores, precisamente.

Dos años más tarde el deterioro era enorme. Tenía el repertorio frenético entero: voces aterradoras, visiones grotescas, delirios extraños, inmanejables. Pero además, mi estado mental se convirtió en un catalizador para todo tipo de abusos contra mí: discriminación, abuso verbal, la agresión física y sexual... Mi psiquiatra me dijo "Eleanor, estarías mejor con un cáncer, porque el cáncer es más fácil de curar que la esquizofrenia". Había sido diagnosticada, drogada y desechada. Fue entonces cuando, atormentada por las voces, intenté hacerme un agujero en la cabeza para sacarlas de ahí. Ahora mirando hacia atrás, a los escombros y la desesperación de aquellos años, me parece como si alguien hubiera muerto en ese lugar, y sin embargo, también alguien se salvó. Una persona rota y angustiada comenzó allí un viaje, y la persona que surgió de él fue una sobreviviente que, en última instancia se convertiría en la persona que yo estaba destinada a ser.

Muchas personas me han perjudicado en mi vida y las recuerdo a todas, pero los recuerdos se vuelven pálidos y débiles en comparación con las personas que me han ayudado. Los supervivientes, los compañeros oyentes de voces, los camaradas y colaboradores; la madre que nunca se rindió, que sabía que algún día volvería a ella y estaba dispuesta a esperarme el tiempo que hiciera falta; aquel médico que trabajó conmigo poco tiempo pero que tuvo la creencia de que la recuperación no solo era posible sino inevitable, y durante un período devastador de recaída dijo a mi familia aterrorizada, "No se dé por vencida. Creo que Eleanor puede superar esto. A veces, saben, nieva tan tarde como en Mayo, pero finalmente siempre llega el verano".

Catorce minutos no es suficiente tiempo para darle total crédito a esa gente buena y generosa que luchó conmigo y para mí y que esperó a darme la bienvenida desde ese agonizante lugar solitario. Pero juntos forjaron una mezcla de



valentía, creatividad, integridad y una fe inquebrantable de que mi destrozado ser podía ser curado y unido. Yo solía decir que estas personas me salvaron, pero lo que ahora sé es que hicieron algo aún más importante, me facultaron para salvarme yo misma y, sobre todo, me ayudaron a entender algo que yo siempre había sospechado: que las voces eran una respuesta a eventos traumáticos de la vida, particularmente eventos de infancia, y como tal no eran mis enemigas sino una fuente de conocimiento de problemas emocionales solucionables.

Al principio era muy difícil de creer, no tanto porque las voces parecían tan hostiles y amenazantes, sino por la dificultad de aprender a adjudicar un significado metafórico a lo que antes interpretaba como verdad literal. Por ejemplo, si las voces amenazan con atacar mi hogar, he aprendido a interpretarlas como el reflejo de mi propio miedo y inseguridad en el mundo, no como un peligro real y objetivo. Recuerdo, por ejemplo, desvelada una noche, de guardia ante la habitación de mis padres para protegerlos de lo que pensé que era una amenaza real de las voces. Como por mi intento de autolesión, la mayoría de los cubiertos de la casa habían sido escondidos, terminé armándome con un tenedor de plástico, de los de picnic, sentada fuera de la sala agarrándolo y esperando para entrar en acción si algo sucediera. Mi estrategia posterior, mucho más útil, ha sido tratar de deconstruir el mensaje oculto tras las palabras, así que cuando las voces, en una ocasión, me aconsejaron no salir de casa, les agradecí que dirigieran mi atención a lo insegura que me sentía porque, si era consciente de ello, podría hacer algo positivo al respecto. A la vez, vi que tenía que asegurarles tanto

Las voces que hay que oír

a ellas como a mí misma, que estaban a salvo y no necesitaban sentirse asustadas. En adelante, establecería límites a las voces, y trataría de interactuar con ellas de una manera asertiva pero respetuosa, estableciendo un proceso lento de comunicación y colaboración en el que podríamos aprender a trabajar juntas y apoyarnos mutuamente.

A lo largo de todo este proceso, lo que en última instancia entendería era que cada voz estaba estrechamente relacionada con aspectos de mí misma y que cada una de ellas expresaba una emoción abrumadora que no había procesado o resuelto: recuerdos de un trauma sexual y de abuso, ira, vergüenza, culpabilidad, baja autoestima... Las voces habían tomado el lugar de este dolor y le habían dado palabras y, posiblemente, una de las mayores revelaciones fue cuando me di cuenta de que las voces más hostiles y agresivas en realidad representan las partes de mí que habían sido lastimadas más profundamente, y como tal, eran esas voces las que necesitaban recibir más compasión y cuidado.

Armada con el conocimiento de que en última instancia, podría restaurar mi autoestima destrozada, reunir los fragmentos representados por cada voz, y suspender gradualmente todos los medicamentos, decidí retornar a la psiquiatría, pero esta vez desde el otro lado.

Diez años después de la primera voz, finalmente me gradué, esta vez con el más alto grado en psicología que la universidad hubiera dado y, un año más tarde, obtuve la maestría más alta, lo que no está nada mal para una loca. De hecho, una de las voces en realidad, dictaba las respuestas durante el examen, lo que técnicamente posiblemente cuenta cómo hacer trampa (risas).

Como dijo Oscar Wilde, la única cosa peor que hablar de ello es no hablar de ello. Y también te ayuda en labores de espionaje, ya que puedes escuchar dos conversaciones simultáneamente. Así que no todo es malo (risas)

He trabajado en servicios de salud mental, he dado conferencias, publicado capítulos de libros y artículos académicos, y argumento, y continuo haciéndolo, sobre la relevancia del siguiente concepto: para la psiquiatría lo importante no debería ser lo que está mal en ti sino lo que te ha pasado a ti. Y durante todo el tiempo, he escuchado mis voces, con las que finalmente he aprendido a vivir en paz y respeto, lo que a su vez me produce una creciente sensación de compasión, aceptación y respeto hacia mí misma. Recuerdo el momento más emotivo y extraordinario cuando apoyando a otra mujer

joven aterrorizada con sus voces, fui plenamente consciente, por primera vez, de que ya no me sentía así sino que era finalmente capaz de ayudar a alguien que sí lo estaba.

Ahora estoy muy orgullosa de ser parte de Intervoice, la organización del Movimiento Internacional de Oyentes de Voces, una iniciativa inspirada en la obra del profesor Marius Romme y la doctora Sandra Escher, que ven en el escuchar voces una estrategia de supervivencia, una sana reacción a circunstancias de locura, no como un síntoma aberrante de esquizofrenia a resistir sino como una experiencia compleja, importante y significativa a ser explorada.

Juntos, promovemos una sociedad que entiende y respeta a quienes oyen voces, apoyen su necesidades individuales y les valore como ciudadanía de pleno derecho. Este tipo de sociedad no es solo posible, ya está en su camino. Parafraseando a Chávez, una vez que comience el cambio social, no se puede revertir. No pueden humillar a la persona que se siente orgullosa. No pueden oprimir a la gente que ya no tiene miedo. Para mí los logros del Movimiento de Oyentes de Voces son un recordatorio de que empatía, compañerismo, justicia y respeto son algo más que palabras, son convicciones y creencias, y las creencias pueden cambiar el mundo.

En los últimos veinte años, el Movimiento de Oyentes de Voces ha establecido redes de oyentes de voces en veintiséis países en los cinco continentes, trabajan juntos para promover la dignidad, solidaridad y empoderamiento de las personas con enfermedad mental, para crear un nuevo lenguaje y práctica de esperanza, que se apoya sobre la creencia inquebrantable en el poder del individuo. Como ha dicho Peter Levine, el animal humano es un ser único dotado de una capacidad instintiva para sanar y del espíritu intelectual necesario para aprovechar esta capacidad innata. En este sentido, para el movimiento no hay mayor honor o privilegio que facilitar ese proceso de sanación para alguien, dar testimonio, tender una mano, compartir la carga de una persona que está sufriendo y mantener la esperanza de su recuperación. Así como animar a los sobrevivientes del sufrimiento y la adversidad, a no vivir nuestras vidas siempre definidas por las cosas perjudiciales que nos han sucedido.

Somos únicas, somos insustituibles. Lo que hay dentro de nosotras no puede nunca ser verdaderamente colonizado, desenchajado o quitado. La luz nunca se apaga. Como un maravilloso médico me dijo una vez, "No me digas lo que otras personas te han dicho de ti. Háblame de ti".

CRÓNICAS perdidas



Sara Toledano Márquez
Psicóloga y Psicoanalista

Hace ya algunas décadas que se produjo en el campo de la psiquiatría un movimiento de cambio en las ideas que se reflejó en una reorganización de las prácticas. Este cambio estuvo influido, entre otros muchos factores, por la constatación de los efectos perjudiciales que la reclusión manicomial producía en las personas. El tratamiento institucional de la época no solo no aliviaba el sufrimiento, sino que producía más enfermedad y la apuntalaba hasta convertirla en crónica. El cierre de las grandes instituciones psiquiátricas fue el símbolo de este cambio en las intenciones.

Cuarenta años después, a pesar de que existen evidencias suficientes de que la cronicidad no es un destino insoslayable para los que han sido diagnosticados de un trastorno mental, muchas de estas personas se convierten en enfermas para toda la vida y permanecen durante años ligadas a tratamientos, profesionales y servicios. Este hecho nos debería hacer pensar en cuáles son los factores culturales que están produciendo hoy, en la era de la atención comunitaria, la misma cronificación en el dolor emocional.

Enfermas para toda la vida

Conozco a Milagros desde hace más de 6 años. Acude diariamente al centro donde trabajo. Tiene 56 años, el pelo negro siempre arreglado, dos hijas con las que no mantiene ningún contacto desde que los Servicios Sociales se hicieron cargo de su custodia, la mirada fija y las manos permanentemente temblorosas. *“Lo de la enfermedad me vino después de tener a mi hija, la segunda. Qué mala suerte. Me puse tan malita que me llevaron al hospital y estuve allí año y medio. Solo me acuerdo del miedo que me daba la gente de allí y de que no quería hablar con nadie, fijate, con lo que yo soy. Muchas noches lloraba porque no sabía si había tenido a la niña viva o muerta. La escuchaba gritar todas las noches. El doctor Fernández ha sido buenísimo conmigo. Me explicó que esto de la enfermedad es como la “diabetis”, para toda la vida. Me pongo las inyecciones sin que se me olvide ni una, porque si no, me pongo mala otra vez. Lo que más me fastidia es lo de la memoria, que se te olvidan las cosas con la enfermedad. Y que no tengo ganas de nada. Eso es de la enfermedad también, ¿no? ¡Ay, con lo que yo era!*

Mira, era guapísima, delgada y todo”.

Las palabras no son inocentes. Los discursos proponen realidades a las que nos aferramos para poder explicarnos lo inexplicable. A Milagros, que no entendía nada de esos gritos que escuchaba en su cabeza, le han repetido durante años que “lo suyo” es una cosa del cerebro, algo que no le funciona bien, y por lo que tiene que tomar una medicina que compense una sustancia que no produce, o que produce de más, quién sabe. Una enfermedad como otra cualquiera. Eso sí, para toda la vida.

Hegemonía de una explicación

El sufrimiento humano es un fenómeno complejo y existen numerosas perspectivas para poder entenderlo y tratarlo. Pero de este conjunto de saberes y abordajes, solo una se encuentra legitimada frente a las demás e institucionalizada en un sistema de salud en el momento histórico en el que nos encontramos: la Medicina Científica o Biomedicina.

Desde esta perspectiva, una persona está mentalmente enferma cuando manifiesta alteraciones en sus procesos emocionales, cognitivos o comportamentales normales. Estos desórdenes estarían producidos por desequilibrios en la química del cerebro o por la genética del organismo en su interacción con el ambiente. Las “enfermedades mentales” se conciben como dolencias que se pueden reconocer, diagnosticar y curar. Esto es así porque son entendidas como un hecho natural, con existencia propia más allá del sujeto que las padece. Hay distintos tipos de enfermedades y entre sus características diferenciales se incluye el tipo de evolución que tendrán. Algunas se presentan de forma aguda y otras, las que son crónicas, llegan para instalarse porque, cuando se manifiestan, demuestran la existencia de un déficit permanente. La legitimación del saber biomédico¹ le permite acceder a

1. Para estudiar las causas de legitimación y hegemonía del modelo biomédico, puede consultarse Menéndez, E. (2003), “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y de articulaciones prácticas”, en: *Ciencia & Saude Coletiva*, 8(1): 185-207, Rio de Janeiro.



todos los contextos sociales. De manera sistemática, se nos informa de que las personas que han sido diagnosticadas de un trastorno mental de los considerados graves son enfermos crónicos. En las consultas, en las universidades, en las guías clínicas, en las estrategias nacionales de salud, en los grupos de psicoeducación, incluso en los medios de comunicación. La omnipresencia de este discurso nos hace creer que la explicación se ha convertido en una realidad, que el mapa es el territorio².

Pero, a diferencia de lo que ocurre con las enfermedades somáticas, el sufrimiento no tiene materialidad biológica. No hay ninguna prueba objetiva que pueda emplearse para determinar que el organismo está enfermo de la mente. Los síntomas subjetivos del malestar psíquico, descritos por aquel que los padece, no se corresponden de manera unívoca con signos clínicos de una enfermedad. No se puede objetivar la existencia de tristeza, ni siquiera de alucinaciones, de ningún modo que no sea escuchando aquello que el que sufre expresa. Por tanto, las experiencias de sufrimiento no existen separadas de las condiciones sociales e históricas del ser humano, ni aisladas de la subjetividad y de los significados particulares. La emocionalidad humana es irreductible a su desnuda base biológica. Por estos motivos el diagnóstico, en el caso del sufrimiento mental, no puede ser más que una simbolización de la comprensión del médico de la experiencia de malestar que una persona le está relatando.

La cronicidad como profecía

Dependiendo de qué destaque del discurso de la persona que sufre y de cómo lo entienda, la interpretación diagnóstica que haga un profesional será una u otra. A través de este proceso, sus opiniones y percepciones se transforman en verdades una vez formuladas en un diagnóstico. Y en cada decisión diagnóstica se ponen en juego las expectativas acerca del progreso de los pacientes. De este modo, la cronicidad adquiere carácter de realidad a través de la comprensión biomédica de las experiencias de sufrimiento emocional intenso.

Una de las virtualidades del diagnóstico psiquiátrico es la de convertirse en un mensaje cerrado dirigido al sufriente sobre las causas, síntomas y evolución de su malestar. Si se ha diagnosticado una "enfermedad mental" de las que se presentan de forma crónica, el mensaje se concreta en *"esto que te pasa*

será así toda la vida". Esta profecía supone condenar al receptor del diagnóstico a un presente perpetuo, augurando que su futuro no será más que una continuación del estado actual de las cosas. Le excluye del potencial creativo de la vida y de las posibilidades del porvenir, al no poder hacer nada para librarse de ese destino.

El diagnóstico de cronicidad crea una realidad que es asumida, se integra en la identidad de las personas que padecen la teórica enfermedad y se instala como condicionante en su vida, su mundo relacional y su futuro. Así, la propia profecía de cronicidad consigue cronificar a las personas.

La guerra contra los síntomas

La cronicidad no es solo una realidad creada por la aplicación del modelo de comprensión biomédico a las experiencias de sufrimiento intenso, sino también un efecto de las prácticas profesionales basadas en él.

Ante la presencia de lo que se entiende como anomalías que indican la existencia de una enfermedad, la artillería biomédica se dirige hacia la eliminación de los síntomas subjetivos del malestar, que se hace equivaler a la desaparición del trastorno. Pero en demasiadas ocasiones, el sufrimiento y los síntomas insisten a pesar del despliegue terapéutico. Entonces, en lugar de modificar la estrategia de abordaje por considerarla ineficaz, se postula la incurabilidad del trastorno y se presupone la existencia de un déficit de carácter permanente que solo podrá ser susceptible de un tratamiento paliativo (preferentemente farmacológico) y de rehabilitación.

El saber del paciente está de entrada excluido de este modelo. Sin embargo, el encuentro con las personas diagnosticadas enseña que esos síntomas son soluciones que se han puesto en marcha para manejar el dolor emocional. Surgen como producciones subjetivas cuando no se pueden reconocer y enfrentar los conflictos de la propia existencia, creaciones propias de un ser enfrentado a la incompreensión y el derrumbe de las seguridades que organizan nuestra relación

2. Una descripción del fenómeno por el que el mapa se convierte en el territorio está en las teorías de la semántica general de Alfred Korzybski.

con el mundo. Están cargados de sentido y hablan del sujeto que los está produciendo y de sus circunstancias.

Por tanto, buscar la eliminación de los síntomas como tarea terapéutica principal, también envía a la persona que sufre un mensaje: el de la inutilidad de sus intentos auto-curativos, dejándoles desarmadas e impedidas en su posibilidad de contarse y de reinventarse. Una vez desestimada la palabra y descartadas las posibilidades de encontrar soluciones creativas para librarse del dolor emocional, aparece como única posibilidad ponerse en manos de terceros expertos que sí sabrían cómo hacer para sanarles. Es así como comienza a fraguarse una relación de dependencia de profesionales, tratamientos y servicios que nada tiene que ver con las necesidades persistentes de los diagnosticados.

Profesionales cronificados

Desde la lógica biomédica, los profesionales y los servicios cumplimos la misma función que se otorga al fármaco que hay que tomar para toda la vida: como la persona a la que se supone una enfermedad mental tiene un déficit psicosocial, tendrá que tener apoyos profesionales para compensarlo. Igual que en el caso del fármaco, la mejoría se atribuye a la prestación de ayuda profesional, no a lo que esta facilita para que cada persona pueda restablecer su bienestar. De esta forma, la ausencia de asistencia regular a una consulta o un centro se convierte, en la mente de los profesionales, en un factor de riesgo de "recaída" en la enfermedad.

La intervención profesional entendida desde esta óptica produce una cierta ilusión de control para los expertos que trabajan desde este modelo. Pero tiene como consecuencia la pérdida de todo objetivo terapéutico y todo sentido emancipador, porque lo único que hay que hacer es estar ahí. La dependencia se prolonga a tiempo indefinido y relación de apoyo se convierte en un vínculo interminable. Como resultado de este esquema, los profesionales también nos cronificamos. La cronificación profesional se evidencia, además de en la pérdida de sentido terapéutico, en la falta de confianza en que las personas puedan recobrar su bienestar, en la repetición de la misma respuesta estereotipada para todas las personas y en la ausencia de diálogo y de implicación emocional. El peligro es que un técnico cronificado es inductor directo de cronicidad. Si considera que no hay mucho que hacer para curarse de un trastorno mental deja de buscar alternativas, abandona la posibilidad de comprender y trasmite un orden de fatalidad y desesperanza que merma de nuevo los intentos de los diagnosticados de sobreponerse a su situación.

Restaurar el porvenir

"El otro día estuve en casa de mi vecina, que ahora somos muy amigas. Y vino su hija, que ha tenido una niña pequeña hace poco. Me vino el recuerdo de cuando yo estaba embarazada de la mía. Se acababa de morir mi madre, pobrecita. Mi marido estaba bebiendo porque le habían echado del trabajo y se juntaba con unos que andaban haciendo cosas que yo no sé todo el día. La mayor tenía una cosa que me habían dicho los médicos que era culpa mía porque no la había educado bien. Yo no podía cuidar a otra niña. Pero, ¿cómo le iba a decir eso al padre? ¿Qué iban a pensar todos de mí? Estaba ya a punto de parir y no quería que viniera. Empecé a no dormir y a hacer cosas rarísimas. Me volví loca. ¿Te lo he contado ya? He pensado que a lo mejor podíamos hablar con la asistente social y que tú me acompañes a ver a mis hijas, sin molestarlas, solo para saber cómo están. Y para que vean que su madre ya no está loca, que hago muchas cosas. Me gustaría que vinieran a mi casa un día a tomar café y a charlar, como la hija de mi vecina. Y si tienen niñas, yo podría ayudarlas".

Milagros empezó hace un tiempo a "hacer cosas" y a disfrutar. Casi simultáneamente dejó de tener miedo de todo. Para mí es difícil entender cómo ha sido. Afortunadamente, los procesos de cambio ocurren como acontecimientos que no se explican por lo que les precede. Se parecen más a las revoluciones que a la historia. Se alejan de la continuidad para liberarse del pasado en una mutación creativa.

Consideraciones finales

La idea de la cronicidad como cristalización de la patología se revela como una creencia, un prejuicio científico, que es desmentido cada día por millones de evidencias andantes: las propias personas diagnosticadas. Tiene más que ver con la ideología profesional y con las prácticas sustentadas en ella que con la duración natural del malestar o su incurabilidad. Muchos años después de la revolución psiquiátrica que pretendió provocar la desinstitucionalización, cabe pensar que el manicomio no es un edificio, sino una lógica que organiza las relaciones y que excluye a las personas diagnosticadas de experimentarlas si no es a condición de ser objeto de cuidados. Si esto es así, cambiando de nuevo las ideas podremos modificar las prácticas de atención al sufrimiento mental y liberar a las personas diagnosticadas de la imposibilidad de nombrarse y de ser de un modo distinto al que los discursos dominantes les tienen reservados.



ESCRIBO POESÍA DE SALVACIÓN

Por Patricia Rey

Cristina Martín, poeta, activista, loca orgullosa, mujer guerrera, vida de relato, asidua a las ondas, pionera, valiente...

Nos animamos a la charla a través de una video-conferencia. La princesa me recibe sonriente, en casa de una amiga, que se acerca de vez en cuando para ver si todo va bien. La princesa tiene los ojos grandes y expresivos, y en mi ordenador, divididas nuestras caras en dos partes, pareciera que estuviésemos sentadas al lado; yo agua, ella rizados que mesa, y asienten, dudan, o niegan a su vez. Un placer de conversación, una entrevista larga, un encuentro, pienso para mis adentros, de los que siempre deseé.

Aún hay quien no sabe por qué Cristina Martín es "Princesa Inca", cuéntenoslo una vez más:

Cuando estaba en pleno delirio, me sentía una reina, una princesa de una tribu, estaba feliz. Me atraen estos pueblos porque son pueblos guerreros, muy profundos. No era princesa por la cuestión del rango en una comunidad, sino que era algo más de corte espiritual, tenía que ver con algo elevado, con sentir a nuestros antepasados... era inspirador, tenía mucho de comunión con el universo. Un delirio de felicidad, lleno de nueva sabiduría. Tenía interés en reivindicar la parte bonita del delirio, que no todo es malo y enfermo, paranoias, la C.I.A que te quiere atrapar, y cosas por el estilo. Del momento delirante de "subidón" han salido cosas interesantísimas, por ejemplo en el terreno del arte... pintura, literatura, música. La psiquiatría y la psicología, a veces, trata el delirio como un fallo, y se tiene que medicar,

abortar... Yo digo que no es una enfermedad en la que todo falla. Realmente estás viendo más allá de la realidad que se percibe normalmente, eres un poquito "visionaria", y yo quiero reivindicar esa parte bonita, útil, eso que tienden a castrar y a negar, porque es un error. No es así, de los delirios aprendes mucho, muchas cosas de la vida.

¿Algo que te hayan aportado estos estados, en especial?

He aprendido sabiduría existencial. La trascendencia, hay muchas cosas más allá de lo material. Antes de mis "viajes", era bastante atea, bastante racional. Pero después de vivir cosas tan grandiosas, ahora sé que el universo es inmenso, que hay mucho más allá, que la muerte ni mucho menos es el final de todo. Y esto para mí ha sido la parte "regalo" de la "enfermedad". Porque realmente hay mucho sufrimiento dentro de una crisis, es también una tortura inmensa, pero esta es la parte buena.

¿En el hipotético caso en que estos estados delirantes fuesen asumidos y acompañados como algo "normal", conocido, nada que hubiera que temer, el sufrimiento de quien los está padeciendo, se reduciría?

No conozco otras sociedades en las que no se reprima a la persona "enajenada", pero tengo la intuición de que en una sociedad en que cuando delirases, no te ataran, no te pincharan, no negaran lo que estás viviendo como algo terrible y enfermo, no te añadieran sufrimiento, te acompañaran... por supuesto que seguramente lo viviríamos de otra forma, mucho menos traumática, con mucho menos dolor. El loco siempre es reprimido, y de formas muy dolorosas, ataduras, sedación... y un loco o una loca en libertad, no sé dónde podría llegar... quizá a cambiar el mundo...



Existen otras culturas, por ejemplo la Mahorí, en donde las alucinaciones auditivas, las voces, se atribuyen a antepasados o a experiencias espirituales, las integran culturalmente y no las relacionan con nada enfermo.

Sí, yo a mi psiquiatra le he comentado: "Yo en otra cultura, quizá sería una chamana". Pero mi psiquiatra me responde que vivo en esta cultura, y sencillamente yo me siento una inadapta desde pequeña. Se toleran delirios estrambóticos, pero de acuerdo a lo que manda: coches, tener mucho dinero, religión... hablar con dios. Yo conecto normalmente con la naturaleza, con los árboles... y con antiguas religiones paganas (wicca por ejemplo), así era. Hoy esto se considera enfermedad y es por intereses. En esta sociedad capitalista, la enfermedad mental es una convención. Ocurre como con la sexualidad. Nos marcan quien está loco y quién no. De hecho, la esquizofrenia no existe, es un cajón de sastre. Cada persona diagnosticada tiene síntomas diferentes.

En el momento en que hicimos la entrevista, yo coleccionaba unos cuantos diagnósticos. En el último mes, tengo dos más, supuestamente, los dos "más graves", de esos que "asustan". Hablamos sobre esto.

Si soy negra, y vivo en un país de personas blancas, seré discriminada. Y si me voy a África, no lo seré. Como tengo que vivir en esta sociedad y esta cultura, tengo que aceptar que la psiquiatría y la psicología son lo que hay. Y matizar también, que hay una parte de profesionales dentro de la psiquiatría y la psicología excelente, que te escucha, que te ofrece su teléfono por si estás angustiada, que no todas las personas profesionales se rigen por los mismos criterios, de represión, falta de comprensión, empatía o escucha, desvalorización de tus síntomas...

Princesa Inca es una mujer negra subida a un autobús, una pionera que tuvo el valor de levantarse del asiento asignado a las personas de su color, su ADN (científicamente), llámenlo como quieran. Pero podía haberse adaptado y no haber representado nunca una voz disidente, impulsora de un movimiento que cada día va a más. Has "bajado del desván" de las primeras y a través de algunos programas de radio de audiencia masiva. Háblame de los costes

y beneficios de esa exposición. Nadie en tu entorno desconoce que eres "una etiquetada, diagnosticada" ¿Te has arrepentido alguna vez? ¿Te queda a ti misma algo de auto-estigma?

Llevo unos once años de activismo. Ingresé involuntariamente con veinte años. He estado en Radio Nikosia y en la Cadena Ser. Al principio tienes muchas ganas, no te pierdes un debate, una charla, viajando, luchando siempre con ilusión y pensando en que hay que cambiar esto. Enfrentándote a debates con profesionales que tienen muchos conocimientos y que te ponen en breves difíciles de afrontar, existe el desgaste de hablar en público... Pero paradójicamente, lo que más me ha decepcionado, es la actitud de otras personas diagnosticadas. Tu dejas tu energía, te expones, te arriesgas a que te llamen "iluminada"... y muchas de las personas diagnosticadas no tienen interés en nada de esto. Son personas psiquiatrizadas, pero les importa un pito. Yo me estaba dejando la piel, y otras personas, no saben ni qué fue la antipsiquiatría, qué pasa con las farmacéuticas, qué medicamentos están tomando, qué les han diagnosticado y por qué les medican de una u otra forma. No es lo mismo un antipsicótico que un antidepresivo, o un somnífero... Ni siquiera les preocupa lo enferma que está esta sociedad. Están a veces en centros de día, lo digo con respeto, pero ignorantes, apalancados, un poco como corderitos, jugando al parchís, que no exigen ni exigirán sus derechos, ni se informarán de cual es verdaderamente su problema, o los problemas sociales. Yo había idealizado a las personas con problemas de salud mental, como más sensibles, creativos, más profundo... y no. Es como el resto de la sociedad, hay de todo. Y eso me llevó a que desde hace unos cinco años, ya no estoy en primera línea de lucha con ese esfuerzo tan grande. Me dedico más a mí misma, a estar con mis amistades, a hacer cosas que me gustan, a mi familia... Hay también otra parte de personas diagnosticadas que a pesar de compartir discurso conmigo, se busca la autodestrucción. Sabiéndose tan sensible al mundo, se buscan la autodestrucción, usan drogas, alcohol, se hacen adictas, se maltratan... Tu estás recorriendo España, dando voz al colectivo, y luego hay personas con estas conductas que desactivan el discurso. Realmente a mí, quien más me ha comprendido y ayudado son mi gente, mis amigas, personas no diagnosticadas... Y siempre digo que ni siquiera estoy en contra de las medicaciones, nunca las he dejado. Lo que digo es que las medicaciones no son lo único.



A partir de ahí dejé de ir a toda costa a cada viaje, congreso, empecé a cuidarme, dejé de dar voz al colectivo por encima de todo, a cuidarme yo más. Tienes una responsabilidad y debes cuidar si tu cuerpo puede o no. No es tomarse un café y leer un libro, es exponer una gran cantidad de energía.

(Llegadas a este punto, no puedo por más que pensar en mí misma. Diagnosticada, consumidora de tóxicos, con varias adicciones, y pretendiendo luchar por estar "sana" mentalmente y por no causar sufrimiento a otras personas. ¿Activista? Quizá no pueda decirlo con la frente tan alta como Cristina. Alguna bombilla se enciende, como espero lo haga en alguna persona más, de las que tengan a bien leer las respuestas de esta Inca por deseo y derecho. Este párrafo ha supuesto una inflexión en mi propia vida, así que se lo agradezco a esta princesa, para poder dignamente acompañarla en este "está todo por hacer", del mundo de la salud mental. No todo son medicaciones. Pero hacer una vida sin tóxicos, tóxicas, sin toxicidad es fundamental. Así si puede que quizá, esas medicaciones puedan disminuir, y quienes tenemos un diagnóstico, podamos luchar por cambiar ese mundo que nos enferma, sin morir por su causa o la nuestra. Hay que cuidarse, hay que cuidarnos, y cuidar el mundo).

Respecto a la atención recibida como paciente ¿Fueron suficientes los recursos destinados desde los servicios públicos? ¿Hubiera sobrado alguno? ¿Has sufrido violencia institucional? ¿Se te ha practicado contención mecánica? ¿Cómo has vivido tu "enfermedad" y qué se te ofreció?

Se me ofreció lo mínimo. Un psiquiatra que te ve cada mes o dos veinte minutos y te pregunta si te has tomado tu medicación, un enfermero que te pregunta qué tal estás, qué tal tu familia... lo demás es arsenal químico. Y todo lo demás eres tú, tu lucha, tú misma y tu familia, tus amigos... la gente que te quiere, levantarte cada día: hoy tengo ansiedad, y así ir hacia adelante. Y tampoco creo que la gente que tiene dinero para poder ir a psiquiatras de pago y esas cosas pueda hacer mucho más. Hay gente que lo piensa pero yo creo que no es así.

Y sí que he sufrido violencia. Llega un paciente depresivo y está sentado en una silla y no le hacen mucho caso. Pero si llegas gritando, con mucha energía, te desnudas, o deliras mucho, pues te cogen, te atan a la cama, te pinchan con drogas muy fuertes... puede que pases días atada a una cama, allí te meas, te cagas... Yo he llegado a estar una semana

atada... si eso no es violencia... Saben que tienes una enfermedad, pero se te trata como a una delincuente. Igual que quien está en una cárcel y se le tortura. De hecho, a mí se me han practicado varios "electroshocks" sin mi consentimiento. Yo estaba en un brote y mi madre era mi tutora. Se había muerto mi padre y me había afectado mucho su pérdida. No recuerdo lo ocurrido en el hospital a lo largo de cuatro meses. Hicieron firmar a mi madre que iban a practicar "terapia electroconvulsiva", una buena argucia. Mi madre no sabía qué era esto, que esto era el famoso "electroshock". Yo estaba con delirios, y presuponían que yo no podía participar en la decisión, me pregunto por qué. Tengo un vacío de cuatro meses en mi mente. Yo no estaba reaccionando rápidamente a la administración de neurolépticos. Y tenían prisa en que volviera de mi delirio. Estaba en un proceso de duelo... simplemente. Ya habría vuelto, siempre se vuelve del delirio, a no ser que te drogues o algo así. Y la gente sigue pensando que el "electroshock" ya no existe...

Dice la neurociencia genética que una caricia, una simple palabra de cariño, puede modificar la química cerebral proporcionalmente mucho más que un antidepresivo. Pero también que este tipo de "tratamiento" entre humanos, puede modificar incluso la genética de una persona. ¿La vida te ha acariciado? ¿La medicina te ha tratado amorosamente? ¿Qué alternativa propones cuando tú entras en este espacio tan eufórico, desnudándote...?

La mayoría de contenciones mecánicas se podrían solucionar con un poco de amor y paciencia. Depende de la persona y como se encuentre. Quizá tengas que estar contenida un cierto tiempo, pero alguien debería estar a tu lado, y ver qué puede hacer con una palabra de cariño. El loco, la loca, da miedo, porque es impredecible, y las personas tienen miedo. Y las personas profesionales, tienen miedo muchas veces. Hay violadores que están en régimen abierto, y locos y locas que están atados a una cama. Y el trabajo de la salud mental es vocacional. No puedes trabajar en ese sector si no tienes vocación. Y en salud mental hay muchos/as profesionales que no respetan al loco a la loca.

Cristina, hablando de empleo, Beatriz Preciado no habla de discapacidad sino de "diferencia". Ella hace una llamada a la unión de los/as raros/as para el cambio social. Ella sitúa el nacimiento de la palabra discapacidad al albur



de la industrialización, porque no servimos para este sistema de producción. Háblame de esto, háblame de empleo.

Lo bonito sería no trabajar en algo que no te gusta, tener un sueldo guapo, y vivir la vida de guapo. Solo que nos autoengañamos. No hay trabajos que nos gusten... solo algunas personas privilegiadas pueden tenerlos. "Si el trabajo es salud, viva la tuberculosis", que dice un amigo. Pongámonos en una fábrica a turnos, mañana, tarde, noche... pierdes días, años de vida. El trabajo es un abuso, es un error,

es una mierda. No te remuneran, te explotan... el sistema es perverso. Nos hacen creer que tienes que trabajar para adaptarte, porque están manipulados por el capitalismo: estas sano porque trabajas. En el momento en que te hablan de discapacidad se refieren siempre a algo material. Reinsertarte pasa por trabajar.

Y puedes quizá trabajar en un centro de empleo en que te paguen una mierda por un trabajo en cadena... Y te ponen el ejemplo de un chico que tiene enfermedad mental, y no tiene vida social, ni amigos, ni vida afectiva ni sexual, ni es feliz: pero trabaja. Está recuperado, contribuye, colabora, se mantiene, ayuda a enriquecerse al patrón, y a mover dinero.

¿Son las mujeres, el género históricamente oprimido a nivel global, las más vulnerables en cuanto a padecer problemas de salud mental?

Totalmente. Por ser mujer. Nosotras llevamos cadenas. Yo estoy mejor ahora que en la época de mi abuela, que no podría ni escribir... Pero mira, somos sumisas a la belleza externa que se pretende de nosotras, por ejemplo. Yo tomo determinadas medicaciones, estoy algo gordita. Tengo unas amigas que me dicen: ¿Pero qué te pasa? Tienes que perder kilos... Tenemos que tener las tetas bien firmes, ser delgaditas... es una cosificación de la mujer, despersonalizándola. Es una vergüenza. A nivel de presión social, las adolescentes de hoy en día están peor que nuestras abuelas... - *hablamos también del estallido de la guerra civil en España, hablamos de esas mujeres adolescentes que integraban el frente popular, nuestras abuelas, y bisabuelas. Tenían conciencia política, sabían qué querían, qué derechos deseaban para*



ellas y las generaciones venideras... ahora... -. Vamos hacia atrás en muchos sentidos. El lenguaje televisivo es denigrante con las mujeres, por ejemplo. Y existe un doble vínculo. Tras la liberación sexual se nos dice que podemos mantener las relaciones sexuales que queremos, cuando queremos, como queremos, pero por otro lado la sociedad impone que si no eres mona, joven y delgadita, sin arrugas y sin tu príncipe azul y tu trabajo ideal, no vales nada. Las mujeres hemos hecho todo, cocinamos nosotras, pero las estrellas "Michelin" se las llevan mayoritariamente los grandes chefs varones. En el resto de campos es lo

mismo. -*De hecho, comentamos algunas cuestiones más, como que las mujeres salimos día a día a la calle, con miedo a que nos violen o nos asesinen. Y no "locos", por cierto.*

Hablando de tu producción literaria. En ocasiones, lo hemos visto con Leopoldo María Panero, la persona eclipsa bastante su obra. ¿Te hubiera gustado que cuando alguien ve tu última publicación, "Crujido", no tuviera ese dato?: Ah, es Princesa Inca, diagnosticada de...

Me gusta que me lean, estar un medio en que llegue a más gente, hablar de mi libro en la cadena Ser, por ejemplo, que en medios minoritarios, vamos, no busco ser una "guay" de la poesía. Sí una señora que escucha la cadena Ser me lee, encantada, es maravilloso - en este punto comentamos algo sobre la elección de lecturas, surge en la conversación "Cincuenta sombras de Grey", no diré más... - . Paso de eruditos de la poesía, me gusta que las personas lean y se emocionen con un poema, quien sea, lo que sepa o no, entienda o no, me da igual. Desconozco además el mundo de la poesía, las tertulias literarias, no tengo amigos ni amigas poetas. Bueno sí, pero escriben para ellos y su gente, ni siquiera publican..., simplemente disfruto de escribir y sobre todo de que me lean. En cuanto a encasillarte, se encasilla absolutamente a todo el mundo, cada autor/a su etiqueta, de eso no hay huida. Yo disfruto y nada más pretendo. Aunque soy lectora desde pequeña, y me gusta que me lea gente que ha leído buena literatura. Me produce respeto. Pero también que lo haga quien ha leído el libro de Jorge Javier Vázquez.

¿Y por qué escribes?

A veces se escriben noticias, hablan de “esquizofrénico que degüella...” tal o cual barbaridad. Sabemos que esto solo es una mala propaganda, las personas diagnosticadas, agredimos menos, matamos menos, delinquimos menos. (*En este momento charlamos sobre aquello de “evitar el paso al acto”, de jugar mucho a la ficción de arrancar un coche y conducirlo, para no caer en la tentación de hacerlo en realidad sin tener permiso de conducir, por ejemplo...*) Sí, escribo para no matarme, también, lo llamo poesía de salvación. A veces me preguntan: ¿Cómo van los libros, cuántos has vendido? Yo pienso: no habéis entendido nada. En realidad todo eso me importa un pito. Yo escribo desde pequeña, de siempre, y si no publicara seguiría haciéndolo, y si no me leyeran también. Es una terapia, es “mi salvación”. No comprendo lo que hay, lo que ocurre. Tengo un dolor, o una alegría y necesito plasmarlo. Lo seguiré haciendo aunque nadie me lea.

Princesa Inca ha escrito “Mujer precipicio” y “Crujido”. ¿El delirio y la poesía son lo mismo, no Cristina?

La poesía es un territorio de libertad, al igual que el delirio. Es una libertad total. Ahora ya no respetamos ni siquiera el verso ni la rima. El delirio expresa lo que quiere y la poesía también, se parecen mucho, puedes recrear una realidad, la que deseas, sin límites. Nada te obliga. Y es el territorio en el que me siento más libre y a gusto. Me cuesta hacer cuentos, novela... no tengo paciencia. No puedo levantarme y escribir 5 horas después de desayunar, como hacen algunas personas, porque es una labor cotidiana... Me parece impensable. Yo no puedo obligarme a escribir poesía.

Eso es algo que se percibe en la “verdad” y visceralidad de tu poesía. En “Crujido”, ¿qué es lo que “cruje”?

Cruje todo: los huesos, las entrañas, el alma, la vida. La vida es el crujido de algo. Es el ruido del desgarrar. Me dicen que mi poesía es muy dura, que no pueden leerla mucho rato – risas-, “pues léala en poco rato, ¿no?”, comentamos, -más risas-.

Cristina, de loca a loca, qué es lo que más te ha ayudado en tu proceso, en tu sufrimiento mental: ¿las técnicas, las medicinas, el apoyo mutuo, la familia, escribir, la vida profesional, alguna relación concreta que hayas tenido?

Compartir con personas que hayan tenido experiencias similares y te comprendan es fundamental. Alguien que compren-

da qué es el vacío existencial por ejemplo, muy asociado al TLP, desde su propia experiencia, no es lo mismo que alguien que nunca lo ha sentido. No es lo mismo estar “depre”, que tener una depresión... Tienes que encontrar personas que te comprendan desde la experiencia, y que sea al mismo tiempo, receptiva.

¿Qué dirías a cualquier mujer que esté en cualquier parte del proceso que tú viviste, en relación con el sufrimiento mental? Una recomendación de mujer sabia.

Pues un poco de humor. Humor, amor, y paciencia. Este es un proceso de toda la vida, va para largo. Hoy puedes estar bien, y dentro de dos días mal. Paciencia consigo misma, tienes que curarte el alma, y esto es un proceso largo. Y si eres un “enfermito” que asiente, y solo quieres trabajar y tener dinero, puede que lo consigas. Pero si no te gusta este sistema, y aspiras a cambiar cosas, o a comprender cosas, el mundo, el universo, el alma, es un doble sufrimiento. Esto es como los sabios y sabias de Grecia, quizá seas más sabia a los noventa, entonces si te pasa esto con veinte... imagínate, paciencia.

Cuando vas a las charlas, debates, y das conferencias, la personas que son profesionales de la salud ¿te respetan realmente o hay algo de convención en la escucha respetuosa?

En general se me respeta, pero siempre hay lugares y profesionales a quienes no les gusta oír tu discurso. En una charla en un colegio oficial de psicología por ejemplo, no gustó que comentara el rumbo biologicista que toma la psicología actualmente. Eso puede traducirse en algún tipo de falta de respeto o en alguna respuesta poco empática. Si comentas que “más filosofía y menos biologismo y psiquiatría”, puede no sentar muy bien, en según qué ámbitos. Pero también hay quien se emociona francamente cuando escucha mis recitales de poesía.

Cristina, para mi eres una “colega”. Tengo la sensación de haber charlado con una de las personas más cuerdas con las que he hablado últimamente; de haber aprendido muchísimo. “Tengo tantas ganas de morir que viviré” (Ext. “Crujido”). Espero que vivas muchísimos años, Princesa Inca. Muchas gracias



Paula Tomé

Filóloga

Máster de Educación, Género, Igualdad

Redactora del blog “¿Esquizoqué?”

Equipo Radio Prometea (pertenece a Intervoice Network)

Pactos de cuidado

Hablo desde el lugar de las desposeídas de razón. Será que me han desposeído de la razón heteropatriarcal, que reparte derechos según las capacidades de adaptación a un medio hostil: aquel en el que esta razón nunca se define del todo, pero del que sí se expulsa a quien no la posee. La pertenencia a ese espacio, el de la razón, se define, si acaso, en negativo: no tener problemas de adaptación, no tener problemas emocionales, no tener problemas con el estado de ánimo, no tener problemas con la interpretación de la realidad, no tener alucinaciones, no tener estados de exaltación, no tener ganas de suicidarse bajo ningún concepto ni ataque, no emprender una contestación fuerte de ciertas prácticas e instituciones, no tener dudas sobre el sentido de la vida, no tener problemas de adaptación a unas normas de género que nos colocan siempre “por debajo de” (como mujer, y más aún, como mujer loca), no establecer fuertes dependencias de personas, sustancias, o cualquier objeto de consumo, no estar triste más allá de lo razonable... (¿qué es una tristeza razonable?), y sigo: no negarse a tomar psicofármacos por ausencia de conciencia de enfermedad.

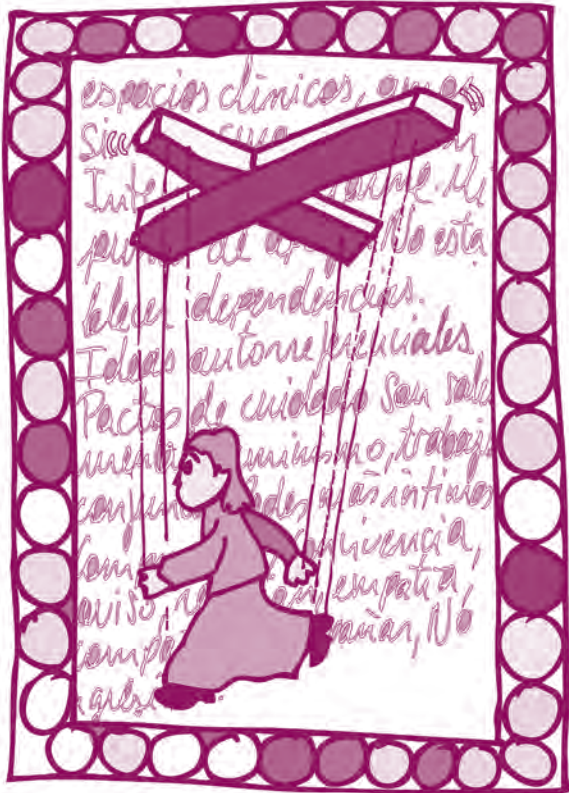
El salirse del surco, debido a experiencias traumáticas, intuitivas, paranormales, religiosas, paranoicas o directamente alucinatorias se considera patológico. Delirar es un estado mental que no tiene cabida en nuestra cultura, excepto como patología. El hecho delirante se acepta sólo como patología revestida de una pátina médico-científica que lo delimita al terreno del objeto, convirtiendo al sujeto delirante en objeto del delirio y en objeto de la ciencia. Se podría decir que lo convierte también en objeto para el resto de la sociedad, objeto de contención, privación de libertad, de potestad, objeto también y simultáneamente de medicación, normativización, psicologización, psiquiatrización, ostracismo y estigma. Y todo en nombre de la salud mental.

Mi concepto de salud mental pasa por devolver un lugar digno a estas experiencias mentales. Por redefinirlas y comprenderlas, por hacerlas propias y gestionarlas con mis propios recursos. Por desmedicalizarlas y despatologizarlas. O dicho de otro modo, que no sean una cuestión patológica, y que su gestión no sea -al menos no exclusivamente- médica.

Pero vamos a empezar por el principio. Desperté a la locura como consecuencia de un profundo enfado conmigo misma. Por otra parte, la magnitud de la experiencia psicótica, sus contenidos argumentales terroríficos, bien pudieron ser una estrategia de autovictimización para no asumir ciertas responsabilidades. Asumir tales responsabilidades, pues, fue el camino para dejar de victimizarme, y, en consecuencia, transitar, comprender, y finalmente dejar atrás estas experiencias. Esta es sólo una explicación posible, me gusta porque resiste el paso del tiempo. De la multiplicación de explicaciones posibles trata, en realidad, toda esta historia.

¿De qué experiencias y de qué explicaciones para ellas se trata? En primer lugar, hablaría de la distinción entre delirio y psicosis. Delirio es un estado mental, caracterizado por una sensación de irrealidad, poblada por diferentes percepciones, más o menos alteradas: el olfato, la vista, el oído, y una sensación, quizá la más característica, como de sueño lúcido. Podrá parecerse a estar dentro de una película surrealista, donde las cosas no son como son, sino cómo las interpretamos, podría parecerse también a los efectos de algunas drogas, o a los efectos de muchas horas sin dormir. Las ideas se relacionan de otra forma, y en gran medida se tiende a relacionarlo todo con una misma, tal es el estado de egocéntrico extrañamiento: las ideas autorreferenciales. Creo que las ideas autorreferenciales cumplen una función, la de hacernos existir para los demás, en momentos en que la existencia misma es gelatinosa, escurridiza,

Las voces que hay que oír



irreal, y poco segura. Las otras, cuyas palabras, gestos e intenciones traemos a nuestra sed interpretativa, pueden verse obligadas a desempeñar, sin que lo sepan, diferentes roles. Uno de esos roles puede ser hostil, amenazador, muy amenazador, alcanzando incluso la amenaza de daño físico, la amenaza de muerte. Si las ideas autorreferenciales están llenas de mensajes así, si la autorreferencialidad convierte a los demás en verdugos y a nosotras en víctimas, entonces hemos entrado ya en el terreno de la psicosis. Si el delirio fuera la película, la psicosis sería uno de sus argumentos posibles, el más terrible sin duda, una tempestad de sufrimiento psíquico que, en sus reacciones más graves, puede conducir al suicidio. No conozco mejor campaña de prevención de suicidios por psicosis que la comprensión, la identificación y el saber manejar estos estados como metáforas creadas por nosotras mismas. ¿Metáforas de qué? Quién sabe, cada persona tiene su propia historia de vida, sus propias coordenadas, sus propias experiencias, y debe tener el derecho a otorgarles su propio significado.

El delirio se nutre de pensamiento mágico, aquel que busca interpretaciones poéticas, oníricas, divergentes, insomnes, llenas de atribuciones y señales que nos guíen por donde no es capaz de hacerlo la razón, que lleguen donde no llega la razón. Un acto poético quizá poblado de demonios, pero que nos proporcione las herramientas para enfrentarlos. Delirar es también dramático en un sentido profundamente teatral. Una ficción autoconstruida, habitada por personajes, dilemas, situaciones a resolver, escenarios, tiempos, viajes a los miedos del pasado, y también a los del futuro. Si fuera un estilo literario, sería experimental, vanguardista, dadaísta incluso,

fragmentado. Como explica el crítico literario D. Viñas Riquer: *“El carácter ficcional de los textos literarios nace de un pacto implícito entre escritor y lector: ambos suspenden determinadas reglas de su mundo de referencias y ponen en juego otras, aceptan las que funcionan en el mundo imaginario que se propone. Es el pacto de la ficción. Así, la ficcionalidad nos remite a una creación de un mundo imaginario, la literatura crea mundos ficticios con autonomía propia, lo que equivale a decir que la obra literaria no es imitación de la realidad, sino creación de realidad. (...) el autor propone un mundo imaginario y el lector tiene que aceptarlo para que la comunicación literaria tenga un resultado feliz.”* (Historia de la crítica literaria, David Viñas Riquer)

Si el delirio, entonces, como drama poético, fuera creación de realidad, ¿quiénes serían las lectoras con las que firmar el pacto? Llamaré *pactos de cuidado* entonces, a las relaciones que se establecen entre quien delira, quien/es pululan alrededor del delirio, y el propio delirio como historia. Tales pactos de cuidado no sólo son posibles, sino que pueden conducirnos al preciado tesoro de la salud mental. Al menos así ha sido en mi propia experiencia. ¿Cómo pueden crearse las condiciones para este tipo de pactos? Hablaba antes de responsabilidad, luego en este pacto es necesario asumir ciertas responsabilidades: la del origen de la historia, la de sus diferentes personajes, y sobre todo, la de intentar comprender las dos anteriores. La comprensión, entonces, se sitúa como el punto de partida, lleno de ingredientes como la escucha, la empatía y la voluntad de tirar del hilo para llegar a la madeja, que suele ser el origen del conflicto. En ese origen puede haber de todo, las experiencias de cada persona que delira pueden ser muy variadas: duelos, agresiones, fracasos, experiencias traumáticas infantiles, acoso, elecciones equivocadas...

Compartir la angustia y sentirse acompañada ya es muchísimo. Negociar si es necesaria ayuda profesional es fundamental. En mi caso no la quise, aunque eso sólo pude decidirlo a partir de la segunda vez que tuve esa experiencia, ya que la primera desembocó en un ingreso hospitalario, el primero, y espero que el último. No quiero volver a un hospital, no solo no me sentí cuidada, sino que sufrí una agresión directa en medio de una contención. Para mí, hospital psiquiátrico es sinónimo de psicosis y terror. Por esta razón, los pactos de cuidado fuera de los espacios clínicos se convirtieron en una necesidad. Tampoco quiero volver a tomar medicación antipsicótica. Durante los únicos seis meses que la consumí, hace ya muchos años, no me gustaron los efectos secundarios, no me gustó la sensación de “no ser yo” con ella, no me gustó la rigidez muscular ni el embotamiento emocional.

Las voces que hay que oír

Como mucho, alguna vez puedo tomar alguna pastilla para dormir, para evitar los males mayores del insomnio. Entonces, al renunciar a la ayuda profesional y a los psicofármacos, los referentes sobre cómo construir estos pactos había que inventarlos.

El primero de los pactos fue conmigo misma, aprender a separar lo real de lo poético, la conciencia habitual (aquella que coincide con la realidad más o menos consensuada de los demás) de la conciencia delirante. Separarlas no quiere decir que la segunda desaparezca, ni que desaparezcan las ideas autorreferenciales o los pensamientos psicóticos. Quiere decir que los identifico como tales. Mis amigas y parejas me ayudaron muchísimo con esta distinción, sobre todo cuando pude perder el miedo a expresarlas. La libertad de expresión no tiene precio en estos estados, encontrar personas con las que poder expresarse sin censura, sin miedo a que te estigmaticen ni te juzguen, es un regalo que debería convertirse en derecho. A este regalo me aferré con todas mis fuerzas, y lo sigo haciendo, ya que es mi tesoro más grande. Ahora bien, si tienes la suerte de encontrar personas así, lo mínimo que puedes hacer es darles autoridad como cuidadoras de confianza. Ese es el pacto más importante.

El pacto con las amigas, entendiendo amigas como toda persona que ESTÉ AHÍ, DE ESA FORMA, puede organizarse muy bien con cierta prevención. Cuando hablo de prevención me refiero a que se puede aprovechar el tiempo que sucede entre una experiencia delirante y otra. Puesto que nadie vive en "crisis" permanente, los períodos de conciencia habitual, no interferida por la conciencia delirante, son estupendos para aclarar qué pasó, cómo me sentí, qué explicación le di, y sobre todo, qué me gustaría o no me gustaría, si volviera a pasarme. Al mismo tiempo, mis amigas también cuentan su parte, sus sensaciones, su preocupación, sus valoraciones... y de esos intercambios nacen los pactos. Un ingrediente importantísimo de ellos es la confianza, y el cultivo de la memoria de esa confianza. Puesto que los pensamientos psicóticos pueden hacer que no te fíes ni de tus mejores amigas, es de gran ayuda que se establezcan fórmulas compartidas para actuar ante esta posible eventualidad. Por ejemplo, pequeños rituales íntimos (pueden ser argumentos, frases, objetos simbólicos...), que pueden "rescatarse" en esos momentos, y que actúan como recordatorio de una amistad sólida, en los momentos en que esos recordatorios pueden marcar la

diferencia entre sentirse completamente perdida o sentirse a salvo, con un punto de apoyo, importantísimo por frágil que pudiera parecer. Pactos de cuidado también son pedir ayuda para vigilar la alimentación y el sueño, para no encerrarse en casa, o para enfrentarse a determinadas situaciones en buena compañía.

Pero los pactos de cuidado tampoco se reducen a angustia compartida, vigilancia, preocupación... Es cierto que esos ingredientes están ahí, y no son agradables, pero también hay otros aspectos que me gustaría poner en valor. Puesto que los pensamientos psicóticos son solo uno de los argumentos posibles de estos estados, y puesto que, a mayor confianza y experiencia, se reduce progresivamente el riesgo de psicosis, compartir estas experiencias entre amigas puede dar también muy buenos momentos. Por ejemplo, risas: si delirar es un drama (siguiendo con la metáfora de los géneros literarios), el humor es la herramienta más desdramatizadora, al punto que un período delirante puede llegar a convertirse en comedia, aunque sea a posteriori, que no es poco. Buscarle a un delirio el lado cómico es muy saludable, como cuando una amiga comparó un paseo juntas con llevarme "flotando como un globito", o como cuando le pedí a otra amiga: "diles a los de la tele que me dejen en paz, ya está bien de leerme el pensamiento, ¡pesados!" (a propósito de las ideas autorreferenciales). Al principio, este tipo de estrategias humorísticas solo podía hacerlas a posteriori, hasta que llegué a conseguirlo en tiempo real, estableciendo un puente de apoyo entre la conciencia habitual y la conciencia delirante. El humor es una herramienta muy poderosa en general, y puede ofrecer resultados estupendos para transitar delirios. También lo es el baile, con su potencial catártico. Entonces, como veis, muchos de los ingredientes de estos pactos de cuidado se asientan primero en períodos sin delirio, y se recuperan después durante el período delirante. Siempre me dio buen resultado esta estrategia, tiene un componente preventivo muy poderoso, es como sentar las bases, previamente, para un delirio "llevadero", y por llevadero quiero decir lo menos psicótico posible.

Queridas amigas feministas: Si lo personal es político, se vuelve urgente la necesidad de ampliar estos pactos, generando redes de apoyo mutuo, intercambio de experiencias y estrategias, y trabajo colectivo sobre estos temas.



MIS VOCES*

Olga Runciman

Psicóloga por la Universidad de Copenhague

Enfermera de salud mental

Presidenta de la Red de Voces Danesa de Intervoice

Diagnosticada como un caso incurable. Escribe sobre la ética de las prácticas psiquiátricas y las formas alternativas de curarse.

Soy una "oyente de voces" y estoy orgullosa de ser parte de una comunidad poderosa y creciente que rechaza las etiquetas que nos otorga la psiquiatría. Veo "nuestras voces" muy significativas, importantes y relacionadas con nuestras historias de vida.

Voy a empezar por mí y "mis voces" y más adelante voy a describir mi proceso de recuperación como sobreviviente psiquiátrica.

Oí mi primera "voz" cuando era una niña muy pequeña, de cuatro o cinco años, no recuerdo con exactitud. Recuerdo sin embargo, la primera vez que la escuché. Yo estaba sentada jugando sola dentro de nuestra casa y dijo mi nombre en voz muy alta. Tenía una voz tan profunda como un eco y parecía venir de arriba y de alrededor. No reconocí la voz, e inmediatamente tuve curiosidad por saber quién era esta persona extraña que me estaba llamando por mi nombre y comencé a buscarla por la casa. Busqué por todas partes y cada vez que me llamaba yo gritaba de nuevo: "sí, estoy aquí!", o algo por el estilo. No encontraba a nadie y eso me hizo sentir cada vez más frustrada y angustiada y, al final, muy enojada con su habilidad para esconderse tan bien que era imposible encontrarla.

Más adelante la voz siguió apareciendo y pronto acepté que era invisible, que estaba bien y que estaba allí para ayudarme. También pronto me di cuenta de que tenía la capacidad para predecir los acontecimientos y situaciones que, con su ayuda, podía evitar o hacer frente. A medida que pasaba el tiempo se convirtió en mi consuelo y mi guía en este laberinto de la confusión emocional que era mi casa y llegó a jugar un papel muy importante para sobrevivir los primeros años de mi vida. La llamé Dios.

Hay una segunda voz, que tal vez siempre ha estado ahí, de una niña pequeña, mi niña. Siempre de espaldas a mí, siempre sola, muy sola. Vestida la mayoría de veces en color rojo,

nunca habla, sólo grita. Levanta la cabeza y grita en voz alta el dolor agonizante del abandono total, sin embargo, nunca ha sido ni será escuchada. A veces deja escapar unos sollozos estremecedores. Otras veces se sienta con las piernas cruzadas; de espaldas a mí, acurrucada sobre alguna actividad secreta que sólo ella conoce. Yo sé que es una parte de mí, una parte secreta y quiero desbloquear el secreto, pero no sé cómo llegar a ella; se sienta allí tan cerca que casi puedo tocarla, pero está tan lejos que bien podría estar en otro planeta al que toda una vida de viajes no me acercará. Ella es mi enigma, la gran pregunta en el tapiz de mi vida, mi por qué.

Mi tercera y cuarta voz llegaron más tarde, mucho más tarde; vinieron cuando eché a Dios. Arrojé a Dios y lo que vino detrás a escondidas, como los ladrones en la noche, robaron mi alma llenando mi mundo de oscuridad. Una piscina negra impregnada de odio y destrucción, quemando mi lengua y cortando mis brazos. Eran mis culpas, la prueba viviente de mi espectacular fracaso. Nada es nunca bueno, todo es siempre malo, son un recordatorio constante de mi suciedad, la niña sucia que se convirtió en lo sucio que me ensució. Poco a poco (o tal vez bastante rápido), me envenenaron con grapas negras estirándose y moviéndose hacia lo más profundo. Pero al ser mis defectos, ellas mismas fueron finalmente condenadas a fracasar en su misión: la intoxicación completa de todo lo que soy. Un fragmento o fragmentos de mí permanecieron intactos, eran inmunes a su veneno, se mantuvieron limpios, serenos, fuertes y poderosos.

Elas han sido mi compañía constante, siempre están ahí, pero no siempre están presentes. A veces llenan mi cabeza, asumiendo mi lengua, diciendo palabras que no reconozco. No las reconozco en el sentido de que esa no soy yo, es un desconocido pidiendo prestada mi boca, mi lengua, diciendo cosas terribles que hieren, cortando como un cuchillo en la parte blanda de mi interior. O peor aún, un mentiroso, hiriendo a quienes tengo tanto cariño, mientras el dolor reverbera y se vuelve con-

tra mí como ondas. Otras veces su ne-grura está lejos, muy lejos, cubierta por capas de calma, fuerza, amor y felicidad, atrapándolas para que sus zarcillos negros no puedan escapar. Entonces yo la controlo a ellas y su poder se reduce a nada. Pero ¿cómo es posible que a veces aún vomiten zarcillos negros? Me gusta pensar que son un eco, a veces un eco fuerte, pero sólo eso. Sin embargo, sé que son mi pasado que incide sobre mi presente, distorsionado y lleno de veneno, siempre veneno.



Luego está la voz del que llamo el comodín. Llega mucho después que los demás, y es en realidad muy sabio. Sé que cuando viene resume todo el episodio con sus bromas jocosas, con su graciosa forma de caminar; es el que trae la paz y yo le doy la bienvenida. Sé también que para el mundo exterior, es el más aterrador. Me hace reír y el mundo exterior no sabe interpretar mi risa, no la entiende, y escuchar mi risa sin su interpretación les mueve por dentro, "es una loca" dicen, "encerradla".

Me gustan sus bromas. Bromeando dispersa los zarcillos negros, lo que hace que se disuelvan, se retiren y neutralicen su veneno. Sus irónicos pero tan auténticos chistes van directamente al centro, dibujando, con un poco de sangre en su interpretación precisa de la realidad, mi realidad.

A menudo me hace ver lo absurdo de todo el episodio, lo completamente pequeño e insignificante que es cuando se mide en la perspectiva del rico tapiz que es mi vida. No es más que una mota, ese episodio en el que, por un corto momento, se le ha abierto la puerta a las grapas negras del veneno. Él cierra la puerta.

Finalmente (casi), tenemos a los murmuradores. Los murmuradores nunca dicen nada con claridad, siempre están a las afueras de la claridad de las palabras. Son un grupo de indeterminado tamaño, a veces grande y amenazante, otras veces lejano como nubes de tormenta, vallando el horizonte. Son los guardianes que advierten que los tiempos oscuros se acercan. Su acercamiento puede ser, a veces, tan sutil que, de repente, ellos están ahí, como un chaparrón de destellos, cogiéndote desprevenida; otras veces su murmullo es como una lejana tormenta de truenos retumbando que se acercan cada vez más, avisándote de la inminente tormenta.

Sus murmullos son confusos, su mensaje claro, pero siempre están ahí en los momentos de cansancio o agotamiento mental. Me confunden, distorsionan el significado y las palabras del mundo exterior. Otras voces comienzan a incluir mensajes

oscuros y siniestros y ocultos, haciendo a la gente sombría y amenazante al igual que las nubes del temporal que se avecina. Palabras bondadosas se vuelven crueles y duras, haciéndose eco de un pasado en el que las cosas no eran como parecían.

Mi Voz, mi propia voz

Llegar a ser yo, llegar a ser Olga, fue un viaje, un viaje duro, pero también un camino de alegría que acababa en el amor. Los viajes son extraños, piensas que vas en una sola dirección, pero

de repente te encuentras en un camino diferente en un país diferente, la gente te dice cosas extrañas que son difíciles o incluso imposibles de entender .

En este viaje de convertirme en un todo, pasé por una tierra ya conocida para mí pero que, vista desde el otro lado, se convirtió en extraña. El lenguaje que solía hablar en ese país dejó de existir, entendía sus palabras vacías, pero mis palabras fueron vistas como locura. Yo era una esquizofrénica, me decían "recuerde que debe dejar de pensar que hay una cura, usted es crónica, una esquizofrénica crónica, un defecto biológico con una enfermedad incurable" Pero yo también, desde el otro lado, leí libros y aprendí biología, me habían dicho, y yo había creído, que se trataba de una enfermedad crónica. Pero ahora se trataba de mí y no lo podía creer.

Al principio les conté mis problemas pero nadie escuchaba, solamente escribían. ¿Por qué escribían? no lo sé. Yo no era relevante ni jugaba ningún papel. Lo importante era enseñarme mi lugar en el esquema biológico de un modelo médico. La química de mi cerebro estaba cruzada debido a la genética y para arreglarla había productos químicos. Orap, Cisordinol, Risperdal, Leponex son sólo algunos de los que he probado en este viaje de 10 años. Me volví grande y gorda, apática y rígida, y en cuanto a mi cerebro dejó de conectar, desarticulado, atrapado y lleno de lana creando una distancia entre yo y mi vida.

"Va a ayudarte con tus voces, que son sólo un síntoma de esta enfermedad grave, no son reales ", dijeron una y otra vez. Mis sentimientos se volvieron confusos, mis emociones, grises, el color había desaparecido y lo único que me quedaba era vacío, interminable vacío sin sentido que me llenó de desesperación. Eso sí lo podía sentir. El tiempo se estiraba, parecía más lento (lo era para mí). Me sentaba en una silla para pensar "¿qué debo hacer hoy?", y de repente el hoy estaba oscuro, se había ido, la noche había llegado. Otro día sin sentido, sin objetivo, había pasado, gracias a Dios por las pastillas, por lo menos había dormido la mayor parte del día en otro lugar ... otra vez.

Yo les preguntaba -¿están seguros de que no es un error que mi vida vaya a ser así durante el resto del tiempo, de mi tiempo? Dejé de preguntar cuando ya no era yo la que oía las palabras de desesperanza. Me volví loca ja! ja! preguntando y preguntando si había excepciones para esta terrible regla. Pero ni ellos ni yo habíamos oído hablar jamás de la recuperación, de que muchos antes que yo se habían recuperado y que ¡sí era posible! El silencio en el sistema era mortal acerca de la recuperación, y las salas y pasillos estaban llenos de desesperanza, no solamente para mí sino para todos nosotros, el personal y los “esquizofrénicos” por igual. Entonces la desesperanza se propagó y después de un año, o quizás dos, mi familia fue informada y yo tuve que aceptar de una vez por todas que esto era mi vida y que tenía que reconocerlo. Qué mejor manera que ante los testigos de mi pasado. “Olga está gravemente enferma y nunca se recuperará” decían, “es demasiado frágil y necesitará ayuda el resto de su vida”; “no volverá a trabajar y, por supuesto, tendrá que medicarse el resto de su vida”. Quería que la tierra se abriera y me tragara viva pero en vez de eso mi voz se unió al silencio sepulcral del sistema para no volver a preguntar si era seguro que esa fuera la verdad. Las voces de mi pensamiento no se tranquilizaron, no se fueron nunca, tomara la pequeña pastilla redonda o larga, la roja o la verde para silenciarlas, ¿o se trataba de silenciarme? El personal era dulce y amable y hacían todo lo posible, no sabían hacerlo mejor y tampoco yo sabía -después de todo, una vez pertencí al otro lado, así que lo comprendo. Las palabras Diagnóstico y Pronóstico dominaban el día, Significado y Comprensión se perdieron por el camino. Ellos son los expertos, han sido avalados, deben representarnos y la genética les sirve para justificar racionalmente por qué ellos no son uno de nosotros. El miedo traicionero a que, tal vez no fueran tan diferentes.

Entonces, ¿cómo me recupero? Al mirar la muerte a los ojos. En mis preparativos para hacer frente a la muerte, escribí una mentira, una mentira que brillaba fuera del papel y quemaba los ojos y supe que no creía esta extraña condena de cuatro palabras, no podía dejar este mundo terrenal en una mentira. Escribí “Lo he intentado todo”, pero no lo había hecho. No lo había hecho a mi manera por estar tan ocupada escuchando a los demás, a los llamados expertos que, en realidad, ignoran tanto sobre el sufrimiento de la mente como los mismos sufridores. Así que me preparé un plan, un plan concreto que al principio se pudiera seguir paso a paso y donde la creencia en el plan fuera una compañía irrelevante.

Yo era convencional, o eso creía, aunque en realidad no lo era. Elegí la terapia con un terapeuta que conocía de antes, la diferencia esta vez fue que no tenía nada que perder así que sin tabúes todo se podría contar. “Pero la terapia no es buena para una esquizofrénica como tú”, decían ellos, “sería descu-

brir demasiado y hará que te sientas más enferma, sienta la cabeza, trágate tu dolor, eso nos ayudaría”.

Elegí la terapia de todos modos.

Mi terapeuta podía ver una diferencia en mí, que yo hablaba en serio y eso la llenaba de esperanza, mi esperanza, la esperanza que empezó a moverse nuevamente dentro de mí dándome fuerza y luz, fue lo más importante, el principio de mi viaje de regreso a la vida.

La medicación era ahora un asunto delicado. Durante años, se me dijo, y yo realmente lo creía, que me sentiría mucho peor si dejaba mi pequeña pastilla blanca ¿o era roja? (había tantas que se confunden en mi cabeza). Pero ahora, con la muerte mirándome fijamente a la cara, a quien le importa, sería una razón más para morir si sintiera más dolor. Entonces ellos dijeron: “No las dejes” pero lo hice de todos modos, en secreto - y poco a poco la madeja iba retrocediendo, mi cabeza se volvió más clara, mis sentimientos volvieron. Sentí el dolor, la angustia de mi nueva comprensión pero también sentí alegría y un entusiasmo por la vida: ellos habían mentido, no me sentía peor, me sentía viva. El color regresó.

Había engordado con esas pastillas mías; nunca había estado gorda, por lo que hice una dieta para esta nueva cura descubierta. Perdí peso, empecé a moverme, mi energía estaba de vuelta y entonces, un día, tuve que ir a comprar ropa. Ahora, de repente, podía comprar en una tienda normal para gente común con tallas regulares. Eso puso una sonrisa en mi cara porque podía vestirme para este viaje mío.

Había tenido un sueño una vez. Iba a ser la primera mujer estudiosa de las estrellas en el espacio pero los exámenes requeridos no estaban permitidos en mi escuela.

Sin embargo, con este nuevo plan encontrado yo quería aprender, estimular mi mente, así al menos podría salir con algo grande (un big Bang). Así que el sueño fue revivido como un curso para estudiar las estrellas, los planetas y el inicio de la vida y, para mi sorpresa, me encontré con mi razón, con un propósito para existir. He encontrado que hay más para vivir que la muerte, que hay algo más grande, mayor y más lleno de significado y que la vida no es un accidente! Así que estaba tan fascinada por la grandeza del universo cósmico que sentí una transformación dentro de mí y con esa transformación mi verdadero viaje comenzó. Mi voz de la infancia regresó y Dios volvió, solo que ahora él no es Dios, al menos no en el nombre. Es la buena, la buena voz y con este regreso todo cambió, el equilibrio del poder, el equilibrio del control. Con ella empecé el viaje de unión, reuniendo los fragmentos y uniendo cada trozo de mí para mí, para finalmente llegar a ser un todo, llegar a ser yo, llegar a ser Olga.

¿ TODAS LOCAS... o un gran negocio ?



Carme Valls-Llobet
Endocrinóloga



Noemia Loio Marqués
Médica

Las demandas y quejas de las mujeres en la asistencia sanitaria se han considerado en un 25% de los casos como psicósomáticas en primera consulta antes de realizar cualquier exploración, como ya constató Bernstein en 1991. En la evaluación de quejas semejantes, las demandas masculinas son consideradas más "serias" (dolor precordial, intento de suicidio, dolor lumbar). En primera consulta es mucho más probable que se administren psicofármacos a las mujeres que a los hombres.

Tomados en su conjunto, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias se cobran un alto precio, y representan el 13% de la carga mundial de morbilidad ¿según la OMS?, es decir, de la cantidad de personas que enfermaron durante el año. El diagnóstico de depresión representa el 4,3%, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad ya que representa el 11% del total mundial de años vividos con discapacidad, y se aplica sobre todo a las mujeres.

La prescripción de psicofármacos en España y en el mundo tiene sexo

Con los antecedentes citados no es difícil deducir quién está recibiendo mayor número de prescripciones de psicofármacos. Según el Informe Alegria 2013 en España, con una encuesta que analiza el consumo en los quince días anteriores a ser preguntados, la media nacional de consumo de ansiolíticos, relajantes, tranquilizantes o pastillas para dormir es de un 16,8% de la población y la media de consumo de antidepresivos de un 7%. Asturias y Galicia presentan el consumo más alto (Asturias: 28,7% sedantes y 13,9% antidepresivos, Galicia: 21,4% sedantes y 10,6% antidepresivos). En el caso de Galicia, 216.700 mujeres toman tranquilizantes frente a 108.200 hombres, y 128.400 mujeres toman antidepresivos frente a 22.500 hombres. En este estudio también superan la media

española el País Vasco, Aragón, Andalucía, Canarias, Extremadura, Castilla y León, y la Comunidad Valenciana por orden de mayor a menor consumo.

En estudio realizado en Noruega por Bogwald (2012) con 1533 pacientes a los que se administraron antidepresivos, antiepilépticos y antipsicóticos en función de edad y género, se comprobó que los antidepresivos se administraron a dosis más altas que las recomendadas, según el compendio noruego de productos farmacéuticos. Las mujeres recibían más antidepresivos que los hombres y aunque las mujeres mayores de 65 años recibían dosis más bajas de antidepresivos tenían niveles más altos en sangre.

A partir de 2003 los psicofármacos son los primeros fármacos que aumentan la factura farmacéutica en el estado español, según datos del Ministerio de Sanidad. En Catalunya se calcula un gasto de más de 265 millones de euros anuales en psicofármacos, el 85% de los cuales son destinados a mujeres.

Según Soledad Márquez y Ricard Meneu (Revista de Filosofía. Enero 2007 www.revistadefilosofia.org) la administración de psicofármacos entraría de lleno en uno de los conceptos de la MEDICALIZACIÓN: "Marginal cualquier otro tipo alternativo de lidiar con las dolencias". En primer lugar porque no se valoran los factores psicosociales, la doble jornada, la discriminación y la devaluación patriarcal de las mujeres en la génesis de los problemas de salud mental, y se intentan tratar problemas relacionados con la cultura patriarcal con psicofármacos. Y en segundo lugar porque tal como denuncia Marcia Angell en el The New York Review of Books del 2011, se diagnostican cada vez más problemas de enfermedad mental. La discapacidad por enfermedad mental creció entre 1987 a 2007, de 1 por cada 184 americanos a 1 por cada 76. Entre niños/as

el incremento fue de 35 veces más en estos 20 años debido al exceso de diagnóstico del Síndrome de Hiperactividad (que, por cierto, también tiene relación con deficiencia crónica de hierro en el cerebro). Marcia Angell denuncia que a veces las bases fisiopatológicas por las que creen que actúa un fármaco se descubren después de la comercialización. La teoría de la alteración de neurotransmisores fue encontrada a posteriori del fármaco inhibidor de la recaptación de serotonina. El fármaco se comercializa antes que la descripción de la anomalía.

¿Quién receta los psicofármacos?

En la tabla de datos del Ministerio de Sanidad sobre el consumo de drogas de 1995 a 2009, podemos observar el consumo de sedantes, ansiolíticos e hipnóticos según sexo. Puesto que las farmacias exigen receta para dispensar un psicofármaco, podemos afirmar que España es el país del mundo que receta más psicofármacos en atención primaria, destinados mayoritariamente a mujeres. En Suecia, por otro lado, son los profesionales de primaria (GPs) los principales prescriptores de psicofármacos a personas mayores, entre los que Benzodiazepinas y antidepresivos tricíclicos son los más frecuentes. Martinsson ha publicado en 2012 que los geriatras y psiquiatras tienden a recetar más psicofármacos a mujeres.

al 2011 en la revista Española de Salud Pública del 2013, en el que concluye que en 11 años el incremento del consumo de ansiolíticos ha sido de 37,34%, especialmente de alprazolam, lorazepam, diazepam y sus derivados. También el grupo de los hipnóticos sigue la misma tendencia con un incremento progresivo desde 2000 del 66,24%. El lormetazepam, el zolpiden y midazolam son los que presenten mayor aumento.

¿Y son eficaces los antidepresivos?

En 2008, dos investigadores analizaron 35 ensayos clínicos, con el apoyo de la FDA, sobre los efectos de los antidepresivos versus los efectos del placebo en la depresión, usando los 6 antidepresivos más prescritos entre 1987-1999: 5 ensayos con fluoxetina; 6 con venlafaxina; 8 con nefazodona; 16 con paroxetina. El número total de pacientes era de 5.133 pacientes: 3.292 con medicación y 1.841 con placebo.

Las conclusiones fueron muy sorprendentes: el efecto general de los antidepresivos fue el mismo que el del placebo. Además, los antidepresivos de nueva generación presentaron un efecto terapéutico inferior a los criterios recomendados para efectos clínicos significativos. Se vio que la "eficacia significativa" del efecto terapéutico de los antidepresivos solo se alcanzaba en los ensayos con pacientes con depresión severa, pero se observó que este efecto se debía a la disminución de la respuesta al placebo NO al aumento de la respuesta a los antidepresivos.

Las conclusiones sobre la escasa eficacia de los antidepresivos llevaron a la dirección de Salud Pública del Reino Unido a redireccionar los fondos públicos dedicados a la salud mental invirtiendo en apoyo psicológico y mejora de las condiciones socio-culturales.

¿Saben los que prescriben que los psicofármacos presentan diferencias farmacocinéticas entre mujeres y hombres?

La ciencia de la Medicina de la diferencia está avanzando desde los años 90 en los que denunciamos la ausencia de las mujeres en las cohortes de los trabajos de investigación y en el estudio de fármacos. En estos momentos, un excelente artículo de Begoña Calvo Hernández, publicado en la revista de Formación Médica Continuada en 2013, sobre la farmacocinética

de las diferencias entre mujeres y hombres, señala diferentes factores fisiológicos y moleculares existentes en función del sexo: mayor semivida de eliminación del fármaco (duración del

Tabla 1.1.7. Evolución de las prevalencias de consumo de drogas en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años según sexo (porcentajes). España, 1995-2009.

	1995		1997		1999		2001		2003		2005		2007		2009	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Tabaco	-	-	55,0	38,7	50,3	39,2	51,5	40,5	53,0	42,6	47,2	37,5	46,0	37,6	48,4	37,0
Alcohol	79,3	58,0	86,4	70,5	83,2	67,2	85,2	70,9	84,5	68,4	84,0	69,2	80,4	66,4	84,4	72,7
Cannabis	10,7	4,4	10,7	4,7	9,6	4,3	13,0	5,5	16,2	6,3	15,7	6,6	13,6	6,6	14,8	6,2
Éxtasis	1,9	0,7	1,2	0,5	1,2	0,5	2,8	0,7	2,0	0,8	1,8	0,6	1,6	0,5	1,4	0,3
Alucinógenos	1,1	0,4	1,4	0,4	0,8	0,4	1,2	0,2	0,9	0,3	1,1	0,4	0,9	0,3	0,7	0,2
Anfetaminas/speed	1,3	0,7	1,4	0,4	1,0	0,4	1,6	0,6	1,1	0,5	1,4	0,5	1,3	0,3	1,0	0,3
Cocaína en polvo	2,7	1,0	2,6	0,6	2,3	0,8	3,8	1,3	4,1	1,2	4,6	1,3	4,4	1,5	4,2	1,0
Cocaína base	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,3	0,0	0,7	0,1	0,2	0,1
Cocaína general	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,7	1,6	4,2	1,0
Heroína	0,8	0,3	0,4	0,1	0,2	0,0	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Inhalables	0,2	0,1	0,3	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	0,0	0,0
Tranquilizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,6	5,2	4,7	9,1	3,4	7,6
Tranquil. sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	1,0	0,9	0,9	1,5	1,7
Somníferos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,0	3,5	2,8	4,3	2,6	4,6
Somníferos sin receta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,9	0,6	0,8	1,1	1,0
Hipnosedantes*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,5	6,7	6,8	11,5	4,6	9,3
Hipnosed. * sin receta	8,2	1,6	2,3	2,4	2,3	2,4	2,5	3,1	2,9	3,3	1,1	1,3	1,2	1,4	1,9	1,9

* Tranquilizantes y/o somníferos.

FUENTE: DGPNSD. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España (EDADES).

El investigador Vicente Sánchez, ha realizado una evaluación sobre la utilización de ansiolíticos e hipnóticos durante 2000



efecto), acumulación del mismo a nivel tisular y mayor incidencia de efectos adversos si no se realiza un ajuste de la dosis. Diversos estudios han demostrado que la actividad del CYP3A4, enzima hepática, es hasta un 40% mayor en mujeres que en hombres, siendo este citocromo responsable de la biotransformación de numerosos fármacos.

La proporción media de grasa corporal en el sexo femenino aumenta desde el 33%, en jóvenes pospuberales, hasta el 48%, en la tercera edad, mientras en hombres la proporción es del 18% y 36%, respectivamente. El mayor contenido de grasa corporal en la mujer conlleva, en general, un mayor volumen de distribución de agentes liposolubles tales como la ciclospolina o el diazepam.

Tanto los medicamentos anticonceptivos como el embarazo producen una disminución de la 1 glicoproteína ácida en plasma. En consecuencia, la fracción libre de muchos fármacos (diazepam, clordiazepóxido, imipramina, etc.) es significativamente mayor en mujeres que en hombres. Ello se traduce en una mayor cantidad de fármaco disponible en mujeres para su distribución a los tejidos.

Aunque no existe una opinión unánime en la literatura, parece ser que los antipsicóticos inducen mayor mejoría en mujeres que en hombres, pero también les provocan más efectos secundarios. Esto en parte es debido a que la mujer posee más receptores dopaminérgicos en el córtex que el hombre; por este motivo, las mujeres también son más sensibles a la cocaína y a diferentes psicoestimulantes y al diazepam, y son más dependientes a las benzodiazepinas. Aunque las evidencias disponibles indican que las mujeres debieran recibir dosis más bajas de antidepressivos en comparación con los hombres, las guías clínicas actuales no recomiendan ajustar la dosis en función del sexo, ya que se considera que las diferencias no son clínicamente significativas.

Las píldoras para dormir acortan la vida.

Este es el título del libro que Daniel F Kripke publicó en 2012. La prescripción de hipnóticos incrementa la mortalidad a partir de 18 píldoras al año. A mayor dosis mayor incremento de problemas secundarios (incluyen zolpidem, temacepam, eszopiclone, zaleplo, barbitúricos, benzodiazepinas y antihistamínicos sedantes). Este autor asocia el consumo de hipnóticos con un 35% de incremento en la incidencia de cáncer. Los ingresos en urgencias aumentaron en casi un 220 por ciento entre 2005 y 2010. En el caso de las mujeres el aumento fue mayor, 274% frente al 144% en hombres. En 2010, el 37% de las visitas a emergencias en EEUU se debió a este tipo de fármacos que deprimen el sistema nervioso central. Las mujeres conformaron el 68% de este grupo.

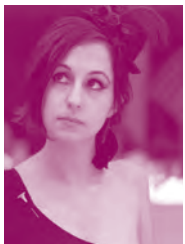
En Enero de 2013 la FDA obligó a los fabricantes a reducir la dosis a la mitad en el caso de las mujeres (y analizar la de los hombres) y advirtió del incremento de mortalidad entre mujeres que utilizan los opiáceos como tratamientos para el dolor. Recomendó que antes de recetarlos se deben valorar de forma fehaciente los riesgos/beneficios. En España son usados especialmente entre mujeres a las que se les ha dicho que tienen Fibromialgia.

Conclusión:

La salud mental es uno de los principales problemas actuales de las sociedades occidentales, con fuertes estigmas sociales y sesgos sociosanitarios. Se necesita un abordaje amplio, específico y con visión diferencial de los diferentes condicionantes que influyen sobre ella. Medicalizarla sin investigar sus causas, convierte en enfermas o enfermos a quien padece condicionantes exógenos. Estoy de acuerdo con MARCIA ANGELL que criticó en 2011 la responsabilidad de los DSM en convertir en discapacitadas y enfermas a casi la mitad de las personas de Estados Unidos. La FDA acaba de notificar que no se piensa adherir ni utilizar el DSM V que está a punto de ser publicado.

Ni dos o tres veces más locas que los hombres pero, eso sí, de tres a cinco veces más medicalizadas.

campañas anti-estigma que estigmatizan



Marta Carmona Osorio
Psiquiatra

Consumidores de a pie en el mundo actual, estamos acostumbrados a que la publicidad hiera. A que falte al respeto a colectivos e individuos, a que a veces incluso lo haga con cierta gracia, disfrazada de autohumor, o a que simule un respeto hondo y promueva fines aparentemente incontestables. Se acepta que la publicidad es para vender suspendiendo, por aburrimiento, la capacidad de alerta hacia lo perversos que pueden ser muchos de sus mensajes. “Eres una mujer moderna, así que al fregar sonrío”, “no escojas la comida por su sabor sino por un cuento chino acerca de que mejora tus defensas”, “acéptate a ti misma pero adelgaza”.

La Industria Farmacéutica, una de las mayores del mundo, y cuyo poder la gente común apenas alcanza a entrever, está más que acostumbrada a los entresijos del mundo publicitario y baila sobre ellos como nadie. A cada campaña social denunciando sus abusos responden con cara de pena, aduciendo que nadie investigaría si no fuera por ellos y que les duele quedar siempre de malos cuando son los verdaderos héroes. El hecho de que la inmensa mayoría de su investigación sea destinada a ampliarle la patente a fármacos ya existentes y que las verdaderas innovaciones suelen venir de la investigación pública queda reducido a mero matiz. Sin embargo su mayor baza, al estilo Coca-cola o Apple es considerar que la publicidad mediática es un mero apoyo, si uno puede tener al propio consumidor, al que se deja dinero en los productos, evangelizando a su entorno acerca de las ventajas de aquello que acaba de comprar. La próxima vez que acudas a la consulta de tu médico fíjate en cuantos bolígrafos, post-its, folios o lámparas publicitarias tiene. Lo más probable es que ella/él ni siquiera se haya dado cuenta, se asume que la publicidad está ahí y que la prescripción está libre de toda influencia. Podrías preguntarle incluso a cuántos congresos ha ido financiada/o por la Industria Farmacéutica, cuántas

cenos le han pagado y cuántos de sus libros han sido “cortesía” del laboratorio. Tu médico parpadeará asombrada/o y te dirá “no tienes por qué preocuparte, el dinero de la Industria Farmacéutica no me afecta”¹. Si aguzas el oído escucharás a la Industria en pleno carcajeándose. Pero lo cierto es que la mayoría de los médicos defiende esa tesis, aunque sí denuncian que el resto de sus compañeros se ven afectados por la influencia de los laboratorios farmacéuticos. Paradojas de la negación humana, extremadamente rentables para los hábiles en números.

En este contexto, los laboratorios Janssen lanzan una campaña en contra del estigma que acarrearán las enfermedades mentales. Antes de enzarzarnos con el asunto estigma, cabe destacar que Janssen ostenta la patente de un puñado de fármacos con indicación en esquizofrenia, extremadamente caros (unos 500 euros cada inyección mensual cuesta el último en salir) en comparación a fármacos análogos (de unos 3-8 € la inyección mensual) ante los cuales no han demostrado superioridad; habiendo conseguido hacerse un hueco de oro en el sector. Hace pocos meses organizaron, junto con una de las dos grandes asociaciones nacionales de psiquiatras que existen en España unos encuentros en los que promovían la generalización del TAI (tratamiento ambulatorio involuntario) en los enfermos mentales. A día de hoy el TAI existe, y se aplica a personas que han cometido un delito en circunstancias relacionadas con su enfermedad, trocándose la condena al uso por este tratamiento involuntario. Sin embargo aquellos que promueven extenderlo se saltan el paso haber cometido un delito y promueven la obligatoriedad de tratamiento en previsión de dicha actividad delictiva sin saber si esa persona cometerá un delito o no, asumiendo la clásica (y perversa) premisa “enfermedad mental = delincuencia”. Habrá quien, desde la distancia, pueda compartir este planteamiento de la prevención-a-costa-

Las voces que hay que oír



de-derechos-fundamentales, probablemente sin saber que los estudios hechos al respecto demuestran una mayor eficacia² del Tratamiento Asertivo Comunitario frente al Tratamiento Ambulatorio Involuntario, siendo la característica principal del primero respetar los derechos del sujeto y trazar un plan de tratamiento y rehabilitación conforme a su voluntad³.

Decíamos entonces que el mismo laboratorio que promueve entre los profesionales el Tratamiento Ambulatorio Involuntario amparándose en la supuesta peligrosidad social del enfermo mental, crea una campaña destinada a reducir la imagen peyorativa del, por ejemplo, esquizofrénico en la sociedad. Y siembran nuestras marquesinas, periódicos y banners de fotos de enfermos mentales de sonrisa radiante, jugando con niños, abrazados por sus madres y siendo publicitariamente felices en general. Sólo les falta llevar ropa de Desigual, supongo que ambas marcas no llegaron a un acuerdo.

Si obviamos la contradicción implícita entre ambas campañas, la desestigmatización de sonrisa dentífrica podría ser algo bueno. Dado que es el ciudadano de a pie el que debe cambiar su concepción acerca del enfermo mental qué mejor que inundar la cotidianidad de los ciudadanos. Pero no nos olvidemos. No es promoción ética. Es publicidad. Y con un mensaje aún más perverso del habitual. Pero para llegar a este punto tengo que detenerme otra vez.

Lo cierto es que el ciudadano común no tiene demasiada idea de qué es un trastorno mental. O bien lo relaciona con los problemas de ánimo que ha experimentado en carne propia o próxima, que en general son problemas adaptativos a la vida cotidiana (el paro, los jefes insoportables, los suegros aún más insoportables, etc.) o bien tiende a pensar en una masa informe de gente con aspecto extraño, que mira muy fijamente y en las películas sale llevando un gorro de papel de aluminio en la cabeza. Cabe añadir que todo el mundo entiende que un diabético comente en público que está hasta el colodrillo de pincharse varias veces al día y será mirado con comprensión; mientras que si se escucha a un esquizofrénico decir que está hasta el colodrillo de tomar pastillas/inyecciones que le dejan adormilado la reacción probablemente sea de miradas de pánico y la súbita conversión de todos los presentes en profesores de primaria con tono de explicar la prueba de la resta.

En verdad los profesionales de la Salud Mental tampoco tenemos demasiada idea de qué es un trastorno mental. Corrijo, sabemos mucho y hemos escrito y leído MUCHO (ninguna otra especialidad médica tiene el volumen de literatura técnica que tiene la psiquiatría) y nos organizamos en una práctica bastante estructurada y pensada y re-pensada una y otra vez. Sin embargo nos dividimos en dos polos opuestos, dentro de los cuales hay millones de posturas intermedias, a la hora de explicar las causas de los trastornos mentales y por ende de aquello en lo que se debe hacer énfasis en su tratamiento. Por una parte podemos encontrar psiquiatras y psicólogos que opinan que las enfermedades mentales son análogas a otras enfermedades del organismo humano, en este caso problemas del funcionamiento del cerebro, que pueden leerse a través de los desequilibrios de los neurotransmisores y que llegará un día, más temprano que tarde, en que se hallen fármacos que devuelvan al cerebro su funcionamiento normal, como la insulina compensa la insuficiencia del páncreas de un diabético. El trabajo psicológico en esta perspectiva está destinado a fomentar la adherencia al tratamiento y la adquisición del rol de enfermo.

En el otro extremo del espectro, otros psiquiatras y psicólogos (a su vez divisibles en múltiples escuelas) defienden que los hallazgos orgánicos son poliinterpretables y no determinantes; defendiendo, entre otros puntos, que pueden encontrarse asociaciones igual de potentes entre traumas infantiles y trastorno mental grave, cuestionando la naturaleza genética que los del primer grupo promueven. Es común a muchos de los que están en este extremo del espectro decir que las enfermedades mentales son per se diferentes a las enfermedades físicas puesto que afectan precisamente a la subjetividad,

a aquello que distingue a unos individuos de otros. Que no se pueden comparar las hepatitis con los suicidios; porque nuestros hígados se parecen más entre sí que nuestras vidas.

Se explique la enfermedad mental desde las teorías psicodinámicas, las teorías sistémicas o las relacionales, en este extremo del espectro les dirán que pretender entender algo tan complejo como la enfermedad mental fijándose sólo en neurotransmisores es como pretender controlar los embotellamientos de una ciudad estudiando a nivel molecular los materiales de los que están hechos los coches.

Si encuentra dos profesionales de estos extremos opuestos, le recomiendo que les siente a debatir y coja unas palomitas, entretenimiento garantizado. Respecto al paciente ambos profesionales harán algunas cosas muy parecidas: darán tratamiento psicofarmacológico en periodos de descompensación (en algunos casos durante toda la vida) y trabajarán la adherencia al tratamiento, pero otras las harán de forma muy distinta; en un caso centrando la intervención terapéutica en la toma de medicación, que apoyarán con accesorios como la rehabilitación laboral; y en el otro caso centrando la intervención terapéutica en una evolución del sujeto a partir del momento de aparición de la enfermedad, usando la medicación como un apoyo a esta evolución.

Hay una cosa cierta para todos, y es el estigma. Pese a los múltiples estudios que demuestran lo contrario, la gente común sigue pensando que el esquizofrénico es un individuo peligroso que delira con degollarnos a todos al volver del trabajo (ni siquiera yendo, que igual era para plantearse). Siempre que aparece un asesinato bizarro en televisión telespectadores y periodistas saltan con la esquizofrenia o, si están originales, el "trastorno de personalidad". La gente sigue sin saber que la única característica común entre los esquizofrénicos es lo mucho que sufren. Que el mayor riesgo en el psicótico no es que agrede sino que se suicide. Que necesitan ayuda para poder estar tranquilos, para recuperar las riendas de su vida y no quedarse paralizados por la sensación de Terror desestructurante que conllevan las psicosis. Aunque sea la ayuda de un psiquiatra biologicista que sólo ve neurotransmisores disfuncionales. Necesitan poder estar tranquilos sin hundirse en el vacío. Por lo que un entorno de gente que les mira espantados y en el mejor de los casos les da órdenes lejos de ayudar sólo contribuye a maltratar más a quién ya vive suficientemente maltratado por su situación.

Al mirar la marquesina con la publicidad de Janssen no es comprensión lo que encontramos. No es un "eres bienveni-

do aquí aunque mires fijo y sin parpadear, aunque en algunas épocas de tu vida digas cosas extrañas, aunque en esas épocas sólo bebas coca-cola y fumes cigarrillos para intentar compensar la sensación de somnolencia que implica la medicación". No es un "vamos a intentar entender qué te ha pasado, ver si alguien te ha hecho daño o si alguien te lo está haciendo ahora" ni un "vamos a darte un lugar en el mundo por raro que vistas y por raro que resultes, porque al final todas las personas somos raras unas respecto a otras y tú tienes tanto derecho a estar en el mundo como los demás, y si ese Terror volviera aquí tienes alguien dispuesto a escucharte, a ayudarte y acompañarte hasta que se pase". No. Lo que vemos en la publicidad anti-estigma es un COMPRA MI PRODUCTO acompañado de un MIRA, CUANDO TOMAN MI PRODUCTO HASTA PARECEN PERSONAS.

Habrá quien no lo vea así, y considere que la Industria hace una buena labor promoviendo esas imágenes, aunque sea para promocionar sus fármacos. Lo cierto es que se ha estudiado en múltiples países, entre profesionales y entre población general, los efectos de las campañas anti-estigma y en muchas ocasiones son contra-intuitivos⁴. Sacando de la ecuación los conflictos de interés del que vende el fármaco y promueve la explicación "sólo son genes"; podría parecer razonable que explicarle a los vecinos de un bloque que el del 5º C tiene una disfunción cerebral parecida a la disfunción lumbar de la vecina del 1º A podría relajarles y darles ganas de invitarle a tomar el té. Sin embargo los resultados se repiten a lo largo y ancho del globo, al pensar los vecinos que van a tener tomando el té a un señor cuyo cerebro funciona mal se fomenta la idea de que ese señor es impredecible y peligroso. Y se repite también que funcionan mejor las campañas planteadas como "el señor del 5º C es así porque las ha pasado canutas en su vida, marcada por el sufrimiento y el rechazo, y lo que necesita es un entorno no hostil". Sin que esto signifique que hay que sacar de contexto teorías antiguas y pensar que todo es culpa de las madres, o negar que la medicación tenga su función. Si uno se detiene a pensarlo, no es tan contra-intuitivo que para algo tan arraigado como es el estigma sea más efectivo plantear algo tan complejo como la enfermedad mental puesta al nivel de lo único que es igual de complejo: el sufrimiento humano.

1 <http://www.medicossinmarca.cl/medicos-sin-marca/no-mas-almuerzos-gratis/>

2 <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%202612845&DocumentID=CD004408>

3 http://www.aen.es/docs/tai_historia.pdf

4 http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v85n6/02_colaboracion_especial1.pdf

Rabia contra La máquina

Miguel
Bustión

Texto de un estudiante con diagnóstico psiquiátrico. Publicado en el blog de Radio Prometea

No me considero precisamente inteligente o especialmente conocedor de nada. Tengo inquietudes y preguntas. Especialmente desde que conocí el timo de la psiquiatría convencional. Especialmente desde que vi que no era este un mal aislado y un "antioasis" de podredumbre.

Me gusta saber cosas.

Me gusta leer y no me disgustan nada artículos y ensayos.

Me gusta ver documentales casi más que ficción.

Me interesa el ámbito social en sentido amplio.

Me interesa el activismo.

Me he implicado y trabajo con el activismo en salud mental.

Me gusta lo que estudio y creo que más que cualquier otro existente.

Me interesa toda la materia del programa de estudios, en mayor o menor grado, pero me interesa.

Me ha interesado cada unidad explicada.

Cada colectivo tratado me ha generado ideas, relaciones entre ellas y con otras de diferentes procedencias.

He encontrado muy estimulante muchos de los temas que se nos ha planteado, ya sea por comprenderlos, verlos útiles y necesarios o por una reacción de rechazo, a veces instintivo, que tras informarme sobre el tema y meditarlo, se veía plenamente confirmado.

Tengo un montón de caminos abiertos que querría recorrer.

Pero...

Es muy frustrante no poder aprender y disfrutar aprendiendo porque los sistemas educativos son una copia de las fábricas. La educación como la conocemos, surgió en el siglo XIX para enseñar a lxs estudiantes lo básico para trabajar en las fábricas. Horarios, campana, turnos, descansos, ... no son casuales. Además existe rigidez burocrática generalizada en todo este sistema social y que se extiende hasta después de muertos... y aún por encima cuesta dinero morirse.

Soy una persona con "diversidad psíquica". Casi prefiero "loco", "chalado", "retrón" o "cascao" (al estilo de los bloggers de "De retrones y hombres" en ElDiario.es) o similar. De la palabrita "esquizofrenia" diré que es estigmatizante pero "enfermedad" mental me parece la máxima mentira (o eslogan) de la "ciencia" psiquiátrica rampante y orgullosa de hoy en día. Mi locura la he interpretado siempre como una reacción

a un trauma con origen o como consecuencia de una cierta sensibilidad al estrés o a nuevos traumas. Sospecho que esto es cierto en la mayoría de las personas despojadas de su mente y emociones por la mala praxis psiquiátrica.

Creo que esta sensibilidad, a mi y a otras personas con diagnósticos, hace que seamos como el canario en el pozo de la mina de carbón. Cuando había gas grisú, estos pájaros morían rápidamente. Por eso los bajaban a la mina. Para advertir a la gente, que trabajaba en durísimas condiciones, de que podían morir si no salían rápido del pozo.

De la misma forma, nosotrxs, lxs locxs, somos lxs primerxs en caer cuando el estrés aumenta. Cada año que pasa todo va más rápido, se multiplican los estímulos, el número de miedos, de traumas potenciales, de exigencias de otras personas con las que convivimos, de las empresas en las que todxs estamos obligados a trabajar explotadx por imperativo de esta "civilización", de los medios de comunicación que usamos, los que nos exigen que usemos para estar integradx o para que nos usen ellos a nosotrxs, la formación continua durante toda la vida, la disponibilidad para cualquier cosa en cualquier momento y desde cualquier lugar, rendimiento óptimo desde la guardería, ... Lxs locxs somos lxs que caemos primero con todo esto. Lxs locxs sois vosotrxs cuando caéis. Con la suficiente presión cualquier material se rompe. Cualquiera.

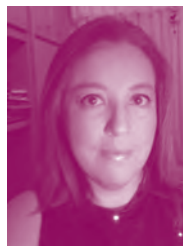
Vine a este instituto a aprender y poco a poco me fui despistando para ser un pequeño operario de fábrica más. No en las metas que me propuse pero sí en la forma. Es imposible no caer en las dinámicas de unas clases orientadas a obtener rápidamente un papel que nos "autoriza a" trabajar como operarixs en una fábrica que reproduce el mismo proceso de "formar y autorizar a" con pocas diferencias realmente profundas. Y no hablo del profesorado implicado y con buena voluntad, estoy hablando de todo un enorme sistema.

No puedo dormir. Son más de las 4.00. Tengo clase a las 8.30, un examen a media mañana y según la lógica de la fábrica esto es una tontería. Cuando empecé a escribir esto me sentía mal. Ahora puede que consiga dormir algo. Mañana surgirán los problemas por tener otros problemas o por intentar arreglarlos. Posiblemente estaré mucho mejor que si me hubiera tomado un sedante pero no hubiera ni trasnochado ni escrito nada. Pero pocas personas parecen entender realmente que los "demonios" no se barren debajo de la alfombra.

¿Inmovilización terapéutica?



Mª Consuelo Carballal Balsa
Enfermera, especialista en salud mental



Monserrat Cendán Verez
Enfermera, master en investigación sanitaria

De la Psiquiatría a la Salud Mental

Antes de entrar en el tema que nos ocupa es necesario recordar una serie de aspectos relacionados con el mismo. La idea de higiene mental, de salud mental, surge con el siglo XX, fruto de una modernidad ilustrada que cree en el progreso y en sociedades más igualitarias y más justas. Está relacionada con el poderoso movimiento de salud pública del primer tercio del siglo, que en psiquiatría va a reflejarse en la creación de dispensarios de higiene mental y en la política de puertas abiertas de asilos y manicomios en Francia y Reino Unido, y sobre todo, en la fuerza del movimiento ciudadano y profesional que reunió a 4.500 delegados y delegadas de 53 países en el 1er Congreso de Higiene Mental celebrado en 1929 en Washington.

Actualmente, a pesar de que han pasado casi cien años, el pasaje de la Psiquiatría a la Salud Mental, no es un capítulo concluido. Desde el inicio hubo una lucha con el poder psiquiátrico representado por las tendencias que provenían del llamado "manicomio".

Alejandro Vainer (2007) en su artículo *De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental* nos recuerda que los servicios de los Hospitales, y hasta de los propios manicomios, pueden llamarse "de Salud Mental" aunque su trabajo sea absolutamente manicomial, y que muchos dispositivos, aunque tengan un barniz progresista, apuestan por la medicación como piedra de cambio, considerando que el resto de las terapias sólo "entretienen" al paciente con "charlas" (psicoterapias), "talleres" (dispositivos grupales), y otras, descalificadas todas como "auxiliares" de la "verdadera" terapéutica: la medicación.

Todo esto bajo una supuesta científicidad que no la es, ya que no toma en cuenta la verdadera complejidad de las problemáticas del padecimiento subjetivo en su dimensión bio-psico-social. Esta complejidad es la que lleva a que el trabajo genuinamente científico tenga que ser interdisciplinario, en equipos de trabajo organizados para situaciones específicas, con abordajes de distintos profesionales y dispositivos. En estos momentos los problemas de salud mental, como señala Correa Urquiza (2010) viene unido a una curiosa paradoja. Por un lado se desarrollan distintos dispositivos que acercan la atención a la comunidad siendo una alternativa al modelo custodial clásico mientras es necesario un esfuerzo para no reproducir en los nuevos espacios asistenciales las inercias del modelo manicomial, como la exclusión, el estigma, la segregación, la vida tutelada y otras formas de confinamiento que operan tanto en el plano ideológico como en las prácticas sociales de los sistemas expertos y populares. Quizá por ello, a lo largo de las dos últimas décadas han ido surgiendo nuevas voces que cuestionan el papel de las políticas estandarizadas en salud mental (Alves 1994, Shera 2003, Amarante 2001 y 2007), que inciden en la idea de que el modelo custodial simplemente ha sido sustituido por una reforma burocrático-administrativa (Szasz 1994) o que aseveran que es necesario ir más allá de las teorías biologicistas y/o psicologistas para rescatar la relación dialéctica que se establece entre afectados, enfermedad y mundo social (Corin 1991, Lewis-Fernández y Kleinman 1995, Leff y Warner 2006, Yang 2007).

En general se puede dividir la historia de la atención a la enfermedad mental en España en las siguientes fases:

- 1.- Situación del sistema de atención a los trastornos mentales en la primera mitad del s. XX.
- 2.- Primera etapa de transformación de la atención a los trastornos mentales: Protorreforma psiquiátrica e inicio de Salud Mental Comunitaria de 1965-1985.
- 3.- Segunda etapa de la transformación de la atención a los trastornos mentales: Ley General de Sanidad de 1985-2002.
- 4.- Tercera etapa de la transformación de la atención a los trastornos mentales que abarcaría desde el final de las transferencias sanitarias, la promulgación de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2002, la Declaración de Helsinki de 2005, el Libro Verde de Salud Mental en el 2006, el Pacto Europeo de Salud Mental en 2008, hasta el momento actual.

Todos estos documentos ponen de manifiesto una nueva concepción de la atención a la salud mental, desde una "Dimensión Positiva de la Salud Mental" que engloba los siguientes puntos:

- Concepto de bienestar
- Habilidades para adaptarse a la adversidad
- Resiliencia
- Capacidad de afrontamiento (Empowerment)

Llevar a cabo una asistencia en salud mental desde una dimensión positiva, además de ser una acción imprescindible para garantizar una asistencia profesionalizada de calidad, implica promover la autonomía personal, las competencias y habilidades (intelectuales y emocionales), la autoestima, etc.; con el propósito de que la persona con problemas de salud mental alcance una vida plena, que le permita disfrutar de las cosas sencillas de la vida cotidiana, satisfacer sus necesidades y dar respuestas a los retos y a las adversidades cotidianas.

La salud mental no es algo estático y definitivo sino un estado dinámico y cambiante. La salud nunca es permanente sino que tiene que ir "reciclandose" continuamente, cada vez que las circunstancias internas y/o externas de las personas cambian. Es un proceso constante de adaptación y equilibrio que genera un movimiento progresivo de crecimiento personal. Contemplar la personalización de la asistencia (especialmente en las unidades de hospitalización), requiere promover un ambiente terapéutico basado en lo relacional (individual y grupalmente), donde las necesidades de las personas atendidas en ellas sean el núcleo de la atención, así como una dinámica de trabajo que implique activamente a los mismos en sus cuidados, en sus tratamientos y en la organización de la cotidianidad durante su estancia en la mismas.



La inmovilización terapéutica

La práctica de la inmovilización terapéutica era habitual cuando las personas eran recluidas en contra de su voluntad en centros donde eran reducidos -si es que no anulados- sus derechos de ciudadanos libres. Sin embargo, se sigue utilizando. Desde el punto de vista de todo lo dicho más arriba está claro que es una práctica contraria a un ambiente terapéutico, pero entonces ¿por qué se produce y en qué condiciones continua aplicándose?

Si se revisan los distintos protocolos que actualmente existen para amparar legalmente esta práctica encontramos definiciones similares a esta:

La contención mecánica o física, o también llamada "inmovilización terapéutica" es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo en una persona que lo precise, para tratar de garantizar la seguridad de él mismo o de los demás.

Desde un punto de vista ético, la contención física y/o mecánica es una medida de urgencia que debería de utilizarse como último recurso, después de que hayan fracasado el resto de medidas alternativas. En cualquier caso, siempre que esté justificada la aplicación de una contención física y/o mecánica deberán respetarse los principios éticos básicos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, dado que las medidas de contención pueden vulnerar algunos de los derechos

fundamentales de la persona, como son el derecho a la libertad y a la dignidad.

Los dispositivos sanitarios en los que es más frecuente su aplicación son en las unidades de psiquiatría y en las distintas unidades de geriatría. Las indicaciones, en los dos casos, en general, son:

- Prevención de daño inminente a sí mismo o a otros cuando otros medios (contención verbal o farmacológica) han resultado ineficaces.
- Prevención de daño al entorno (familia, pacientes, personal asistencial, instalaciones...).
- Para asegurar el seguimiento del tratamiento prescrito cuando se asocia a conducta agresiva o riesgo inminente de la misma.

Algunos autores sugieren que el uso de la contención física y/o mecánica es, debido más a la conveniencia de los profesionales cuidadores que a razones terapéuticas o de seguridad. El no conseguir condiciones organizativas, el mantenimiento de entornos sociales cómodos, aliviar problemas de escasez o de formación adecuada del personal dedicado a la atención directa, así como enmendar defectos en el diseño de los espacios físicos destinados a la atención de estos grupos de personas son, en muchas ocasiones, las razones reales que llevan al uso de la contención. Estas justificaciones, son tan reales como graves las posibles consecuencias del uso de la contención física y/o mecánica. En todo tratamiento terapéutico se debe de poner en una balanza los beneficios que se quieren obtener de él comparándolos con los efectos secundarios que se pueden llegar a dar como consecuencia de su uso.

En los distintos protocolos aparecen las siguientes puntos:

-Consecuencias perjudiciales de la inmovilización de los pacientes

- Daños severos o permanentes: compresión de nervios, contracturas y muerte (por asfixia, estrangulación, o fuego)
- Úlceras por presión, incontinencia urinaria o intestinal y aumento de la frecuencia de la tasa de infecciones nosocomiales.

-Factores que pueden contribuir o aumentar el riesgo de muerte

- Inmovilización de personas fumadoras
- Inmovilización en posición supina sin elevación de la cabeza, ya que predispone al riesgo de broncoaspiración.
- Inmovilización en decúbito prono, ya que predispone al riesgo de asfixia
- Inmovilización a personas que se encuentran en una

habitación en la que no hay observación continua del personal sanitario.

- Inmovilización de personas con deformidades
- Inmovilización de mujeres embarazadas

En cuanto a los aspectos legales, en general, la inmovilización de una persona en un medio hospitalario concurren dos circunstancias: se aplica un plan terapéutico casi siempre sin el consentimiento del paciente y se le priva de libertad. La regulación de estas acciones se encuentra recogida en el capítulo de la Tutela del artículo 211 del Código Civil y en el Art.763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (internamientos involuntarios) y en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad (consentimiento informado).

La legislación vigente pretende cumplir el mandato constitucional por el que la privación de libertad debe estar sometida a la tutela judicial. Esta es la razón por la que toda inmovilización (no sólo en sujeciones involuntarias, sino también en aquellas que son aceptadas por la persona o la familia, e incluso cuando es la propia persona quien la solicita), debe ponerse en conocimiento del juez. De acuerdo con el artículo 211 del Código Civil, el médico (no especifica la especialidad), ha de comunicar al juez las razones por las que considera necesario sujetar al enfermo, y el juez procederá a la autorización pertinente o a su denegación.

En cualquiera de los casos, ya sea en las instituciones geriátricas como en las de salud mental, en sus documentaciones se reconocen los posibles riesgos pero no se proponen medios para evitarlos, salvo la realización de protocolos que cubran sus responsabilidades legales pero que dicen muy poco de su calidad de prácticas asistenciales. Por todo esto, distintos colectivos han decidido cuestionar el calificativo de TERAPÉUTICAS de estas prácticas y solicitar su cese. Es el caso de la Asociación Bipolar de Madrid (ABM) que en 2010 planteó una denuncia de carácter institucional ante las autoridades sanitarias en relación a la aplicación de ciertas medidas supuestamente "terapéuticas" en el ámbito hospitalario. Los testimonios recogidos por la asociación reflejan una realidad en la que la aplicación de contención mecánica a los pacientes bipolares es una constante en la mayoría de los hospitales de la Comunidad de Madrid en donde se efectúan internamientos psiquiátricos. Además, la forma en que es aplicada, según los relatos de las personas de esta asociación, afecta gravemente a varios derechos fundamentales. Además, la duración de la aplicación de esta medida se prolonga en ocasiones durante varios días, sin una supervisión y seguimiento adecuados ni tampoco



se deja constancia registral de su aplicación en los informes que al alta hospitalaria recibe el usuario una vez concluido el internamiento. De los testimonios recogidos se deduce una clara conculcación de las previsiones legales al respecto que se concreta en una falta de garantías que impidan la lesión de derechos fundamentales que debieran ser protegidos por el sistema socio-sanitario.

En el caso de las instituciones geriátricas en la actualidad existen varios proyectos en España que favorecen la supresión de las contenciones, tanto físicas y/o mecánicas, como farmacológicas. Así, en el año 2010 la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) recibió el Premio Príncipe de Viana de Atención a la Dependencia, otorgado por el Gobierno de Navarra, por su Proyecto 'Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer'. Este proyecto fue creado en el año 2005 y se corresponde con una iniciativa aglutinante de voluntades y hechos encaminados a conseguir que las personas mayores y enfermos de Alzheimer vivan libres de restricciones de cualquier tipo y en cualquier lugar o momento. En España la iniciativa es absolutamente innovadora, lo que la ha convertido en la única referencia para todos los colectivos interesados, suscitando el interés de participación de organizaciones profesionales, asistenciales y administraciones, que ahora se están tomando más en serio esta práctica.

Es necesaria la implicación de todos los actores protagonistas y de la población general para conseguir entre todas actitudes positivas hacia quienes han sido diagnosticados de trastorno mental, rechazando cualquier tipo de estereotipos y estigma como el que, hasta ahora, ha acompañado a estas personas. También es necesario que la sociedad rechace la exclusión y favorezca la integración social de todas las personas, con plenas garantías, cualquiera que sea la circunstancia de salud en que se encuentre, como le corresponde a una ciudadanía libre en un estado de derecho propio del siglo XXI.

BIBLIOGRAFÍA

Alarcón T. El uso adecuado de la restricción física en el anciano: una preocupación creciente. Rev Esp

Geriatr Gerontol. 2008;43:197-8. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-espanola-geriatria-gerontologia-124/el-uso-adecuado-restriccion-fisica-anciano-una-13124861-editoriales-2008?bd=1>

Comisión De Las Comunidades Europeas. LIBRO VERDE: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas, 14.10.2005. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf

Correa, M. Radio Nikosia: La rebelión de los saberes profanos (otras prácticas, otros territorios para la locura). Tesis Doctoral UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI. ISBN:978-84-693-1537-8/DL:T-643-2010. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8437/Tesi.pdf?sequence=1>

Correa, M; Silva, J; Belloc, M; Martínez, A. La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales. Disponible en:

<http://www.raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/viewFile/121042/201089>

Desviat, M. Salud Pública y Psiquiatría. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2001, vol XXI, n.o 77, pp. 125-133. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n77/n77a09.pdf>

Fernández De Los Ronderos, MA. Problemas prácticos del control Judicial de las intervenciones involuntarias en salud mental. Disponible en:

http://www.faisem.es/ficheros/Problemas_pr%C3%A1cticos_control_judicial_intervenciones_involuntarias_salud_mental.pdf

Hospital General Universitario Gregorio Marañón . Cuidados al enfermo con restricciones mecánicas protectoras código: pt-gen-59 Versión:2 Entrada en vigor:1/03/2012 .

II Seminario sobre Salud Mental e Intervención Comunitaria "Revisando la idea de locura". Lanzarote 26-28 Septiembre 2012. Disponible en: <http://es.paperblog.com/revisando-la-idea-de-locura-resumen-de-un-seminario-1498856/>

Moreno, A. ¿Ciudadanos de pleno derecho? Revista Atopos. Disponible en: http://www.atopos.es/pdf_06/pleno-derecho.pdf

Vainer, A. De qué hablamos cuando hablamos de Salud Mental. Revista Topia. Agosto 2007. Disponible en: <http://www.topia.com.ar/articulos/de-qu%C3%A9-hablamos-cuando-hablamos-de-salud-mental>

una nueva perspectiva para recuperarse de La psicosis



Daniel Mackler

Psicoterapeuta

Traducción: **Teresa Abad**
y **Sara Toledano**

Todos los días me escribe gente de cualquier parte del mundo contándome el impacto tan negativo que el sistema de salud mental ha tenido en sus vidas y en la de sus familias. También he escuchado a terapeutas, y a veces a algunos psiquiatras, decir que se han dado cuenta de que la formación que han recibido no sólo no ayuda a sus pacientes, sino que incluso les daña. Todos ellos me localizan a través de mis artículos y documentales. Me encanta estar en contacto con tanta gente aunque, al mismo tiempo, me asusta e incluso me deprime, darme cuenta de lo extendidas que están las ideas de la psiquiatría biológica tradicional.

El punto de vista más retrógrado de la psiquiatría ha sido tan eficazmente popularizado que hasta la gente inteligente no lo cuestiona, a menos que ellos o personas cercanas hayan sido dañados directamente por el sistema. He conocido mucha gente lista y con estudios que se queda sorprendida cuando les cuento que hago películas sobre la recuperación sin medicación psiquiátrica de eso que se llama esquizofrenia. La mayoría nunca ha oído nada parecido y piensan de mí que soy un bicho raro (como un conspiranoico... o un científico). Generalmente se me respeta más cuando les explico cómo llegué a tener esta perspectiva.

Mi experiencia me ha enseñado que curarse de esos estados mentales extremos que se etiquetan como esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo no es tan infrecuente. De hecho es bastante normal recuperarse y sería mucho más normal si nosotros, como cultura y como sistema de salud mental, no lo obstaculizásemos con nuestros tratamientos médicos supuestamente punteros. Cuando trabajaba como psicoterapeuta en Nueva York, lo vi con mis propios ojos. Se recuperaban con menos frecuencia, por no decir que apenas se recuperaban, aquellas personas a las que se había forzado a entrar en la rueda medicación-y-hospitalización de la psiquiatría. En cambio, las rebeldes que habían querido seguir, para curarse, el camino que su corazón les dictaba, lo conseguían con mayor frecuencia. Estas últimas lo hicieron de diferentes maneras. Muchas de ellas contaban que habían entendido que eso que la psiquiatría etiquetaba como



psicosis era en realidad un camino, una necesidad desesperada de acceder a partes escindidas de sí mismos. Otras, aunque lo describieron como un proceso doloroso que generalmente tenía un gran coste, encontraron en ello cierto valor, especialmente cuando su entorno respetaba su proceso y veían sentido en lo que estaban atravesando, e incluso les intentaban ayudar a hacerlo. Drogar las emociones y los pensamientos para que la persona pareciera normal y calmada era casi siempre un callejón sin salida. Se cargaba todas las posibilidades de darle sentido. En los últimos años, desde que hago documentales sobre el tema, he conocido a muchas más personas que se han recuperado sin ningún tipo de terapia. Algunas se alimentaron de manera más saludable, otras hicieron más ejercicio. Otras encontraron apoyo en personas que habían pasado por experiencias similares. Algunas se mudaron de la ciudad al campo. Otras lo intentaron con productos de herbolario. Otras se dedicaron a aprender cómo dormir mejor, porque pensaban (con razón) que sus estados extremos habían sido precipitados por la falta de sueño. Otras lo intentaron buscando amistad, cambiando de trabajo, de casa, volviendo a estudiar... Y otras buscaron ayuda para ahondaron en los asuntos dolorosos de

Las voces que hay que oír

su infancia, revisar su historia personal y familiar, y hacer el duelo por los horrores pasados, logrando una paz que nunca habían sentido antes.

Como mis críticos dirán «pero tú no has conocido a nadie que tuviese un episodio psicótico real”. Por eso, en mi primer documental «Take this broken wings» puse el foco deliberadamente en la historia de dos mujeres diagnosticadas de esquizofrenia grave que atravesaron su psicosis sin antipsicóticos, con terapia, y que nunca han vuelto a tener una crisis en décadas. Las elegí porque representaban lo supuestamente imposible, casos incurables. Pero no son tan infrecuentes, podría dar muchos ejemplos de gente como ellas. Y como a veces la psicoterapia individual de una o dos sesiones semanales resulta insuficiente, hice el documental «Healing homes» que trata sobre la Family Care Foundation, una organización sueca que aloja en familias que tienen granjas en el campo a muchas personas que de otro modo estarían en instituciones mentales. Allí, estas personas también hacen terapia, pero como un suplemento al tratamiento principal, que es la convivencia familiar saludable, que puede durar un año, o dos, o más, y representa un cambio de vida radical.

En «Open Dialogue» traté sobre un programa de psiquiatría en Laponia occidental, Finlandia, que consigue los mejores resultados estadísticos del mundo para el tratamiento de la psicosis. Su trabajo se ha documentado científicamente durante más de 25 años y sus métodos, aunque psiquiátricos, han cambiado por completo aspectos esenciales de la psiquiatría convencional. Aunque en este sistema algunas personas con psicosis son hospitalizadas y tratadas con medicación, la mayoría no lo son. Su objetivo es mantener a la gente fuera del hospital y sin antipsicóticos, ofreciéndoles a ellos y a sus familias, en lugar de eso, terapia familiar intensiva, generalmente diaria, desde el mismo comienzo de la crisis. No hay listas de espera y no tiene coste económico, porque forma parte del sistema público de salud finés.

«Pero eso es muy caro», dirán. No tanto. Laponia occidental gasta menos dinero per cápita en psicosis que cualquier otra parte del país. Y la razón es muy simple. Si ayudas a las personas a manejar sus procesos internos e interpersonales lo más pronto posible, no se convierten en consumidores a largo plazo de recursos psiquiátricos. Ellos y sus familias dan sentido a sus experiencias y continúan adelante dejando atrás la psiquiatría. El gasto real en el sistema de salud mental no es la terapia familiar superintensiva del Diálogo Abierto de Laponia Occidental, con dos o tres terapeutas (que suelen ir a las casas de la gente y los atienden allí porque la gente se siente más cómoda). El gasto real es la hospitalización repetida y prolongada, los tratamientos farmacológicos a largo plazo (con fármacos de marca) y, más especialmente,

sostener económicamente a las personas que se convierten en discapacitadas de por vida y no vuelven a trabajar. Y esto es sólo el coste económico. ¿Qué pasa con el coste humano?

Los e-mails que recibo a diario atestiguan todo esto. Muchas veces los escriben personas cuyas vidas se han destruido por el sufrimiento. Están confusas acerca de qué hacer, porque no se les suelen dar buenas opciones ni esperanza. Esas opciones mejores están ahí fuera y no son tan complicadas. Sólo requieren más implicación emocional y humana por parte de las personas que les ayudan, más apertura por parte de la sociedad, más ciencia de verdad que investigue las prácticas con mejores resultados y menos intentos de quitar con medicación el dolor, la frustración y la confusión de la gente. Esto requiere un cambio de paradigma.

Al mismo tiempo sigo recibiendo e-mails de gente que está en proceso de recuperación, superando su dolor y sus historias dolorosas. De personas que han sido etiquetadas de esquizofrenia y otras cosas malsonantes que han dejado atrás esa etiqueta, aparcado las ideas del sistema de salud mental y olvidado sus fármacos. Esta gente está por todas partes. La mayoría no lo dice públicamente porque les da vergüenza: se les estigmatizaría y se les llevaría al hospital contra su voluntad si lo contaran. Muchas de estas personas no se dan cuenta de lo común que es su situación, porque nunca se lo han dicho a otros a los que les hayan pasado cosas similares y, seguramente, no han visto nada parecido en los medios de comunicación habituales. Pero están en todas partes. Muchas veces incluso me he sentado por casualidad al lado de alguna de estas personas en un avión y, sólo cuando les digo en qué trabajo, me doy cuenta.

Así es que ¿tengo esperanza?

Me gustaría decir que sí con absoluta certeza, pero no es el caso. En mi opinión, el sistema de salud mental tradicional está muy enfermo, pero lo niega, y es muy poderoso. Muchos profesionales son gente fantástica, pero sus entornos de trabajo están tan atascados, sus expectativas profesionales están tan torcidas, su formación es tan mala y la ciencia en la que está basada su educación está tan llena de fallos, que la marea de malas prácticas se los lleva por delante. Sin embargo se puede encontrar esperanza entre las grietas del sistema. Existen programas pequeños y buenos en países con sistemas de salud mental podridos. La gente se recupera todo el tiempo sin caer en las garras de la psiquiatría tradicional. Y cada vez más, la gente está contando públicamente sus historias de recuperación.

Poco a poco el movimiento hacia el cambio está ganando fuerza. Poco a poco la información se está extendiendo. Poco a poco el diálogo se está expandiendo. Poco a poco... pero está ocurriendo.

Terapia multifamiliar

HABLEMOS DE NOSOTR@S,
CON NOSOTR@S



Gely Guirau Valero

Psicóloga Centro de Rehabilitación
e Integración Ciudad Jardín
Alicante (AFEMA)

“Llega un momento en que es necesario abandonar las ropas usadas que ya tienen la forma de nuestro cuerpo y olvidar los caminos que nos llevan siempre a los mismos lugares. Es el momento de la travesía. Y, si no osamos emprenderla, nos habremos quedado para siempre al margen de nosotros mismos”

Fernando Pessoa

Hace unos días Patricia, una desconocida hasta esos momentos para mí, me escribía para pedirme si podría elaborar un artículo sobre que son los Grupos Multifamiliares, con la premisa de que solo dispondría de dos días para realizarlo. Andaba yo en esos momentos con mi café recién despierta, y creo que por eso tuve el impulso rápido de responder que sí. Pasados unos largos minutos, fue cuando logré ser consciente de qué se me había pedido, y fue entonces cuando mi cabeza empezó a pensar, ordenar, entender, reflexionar e inquietarse. Al fin al cabo es lo mismo que sucede cuando participas en un Grupo de Terapia Multifamiliar. Y del mismo modo que pasa en estos grupos, me dieron ganas de huir, de echar marcha atrás, de salir corriendo y decir “¿pero dónde me he metido?”.

Pero aquí me encuentro, tratando de explicar qué son los grupos de terapia multifamiliar, cómo funcionan, qué ofrecen y qué piden.

Hace cerca de año y medio, conocí a otro desconocido, Javier Sempere, psiquiatra que conduce uno de estos grupos en el Hospital de la Vega Baja de Orihuela (Alicante) y en el Centro de Terapia Interfamiliar de Elche. Yo, una psicóloga que lleva doce años trabajando en un centro de rehabilitación

psicosocial para personas con enfermedad mental, encontré con Javier un nuevo espacio de salud mental que me sorprendió y trastocó muchos de mis esquemas y moldes, no solo en el formato laboral sino también en el personal. Decidí quedarme y seguir observando que era eso de los grupos de terapia multifamiliar y, según me quedaba, mi entendimiento sobre la enfermedad mental se iba transformando en “desentendimiento”, un desentendimiento que me introduce en la construcción de una nueva forma de visión y trabajo en salud mental.

Parece sencillo describir y explicar qué es un grupos de terapia multifamiliar, sin embargo plasmarlo con palabras es otra historia, porque se trata un espacio vivencial, cargado de palabras y silencios (palabras y silencios que nos construyen por dentro a través de ser acompañados desde fuera). Si entendemos la salud mental como la capacidad para vivir en relación con los demás de una manera satisfactoria, entenderemos que el mundo de lo humano es el mundo de la interlocución, de lo vivencial, del compartir las experiencias. En la vida anímica del individuo el otro cuenta como objeto, como modelo, incluso como enemigo y solo rara vez puede prescindirse del vínculo con él. Las personas con trastorno mental grave -y también, muchas veces, sus familias- acaban siendo desposeídas de ese otro con la irrupción de la enfermedad.

El impacto de los trastornos mentales crónicos en la familia ha sido estudiado a lo largo de la historia del siglo pasado por diferentes profesionales de la salud mental. Brown (1972), Hammer (1981), Goldman (1982), Fadden (1987) y Carpenter (1992) señalaron que las familias con personas con trastorno mental tienen una red social pobre y padecen aislamiento. Estos autores resaltaron la carga que representaba para la familia tener un miembro con un problema de esta naturaleza; aumentan en ella la ansiedad, la depresión, las dificultades de



pareja y en las relaciones intra e inter familiares. La carga familiar que asume la familia con un miembro con trastorno mental grave desemboca en dos formas de estrés y desesperanza. Una subjetiva, sensación de derrota, culpa, cólera y sentimiento de inadecuación, y otra objetiva, agotamiento, dificultades económicas y falta de servicios de atención.

Cuando una persona con un trastorno así vive con su familia o mantiene un estrecho contacto con ella, ésta tiene una importante responsabilidad en la recuperación, no solo del miembro enfermo sino de la vida familiar y personal de cada uno de sus miembros. Con frecuencia sufrir un trastorno mental grave desliga a la persona de su participación activa como individuo en la sociedad. La familia acaba siendo, a menudo, el recurso más sustancial del que dispone esa persona. A la vez, como señala García Badaracco, las dinámicas familiares también pueden ser sostenedoras de patologías, imposibilitando el desarrollo del "sí mismo".

Desde el ámbito de la psiquiatría y salud mental el predeterminismo genético-biológico ha ido dejando paso a las intervenciones psicosociales en los trastornos mentales graves. Los tratamientos han ido incorporando una atención más cercana al usuario que involucra a la familia y con ella a la comunidad.

Si entendemos la familia como un espacio social, y entendemos la salud mental como una forma satisfactoria de estar con los otros, entenderemos que la capacidad de enfermar o curarse se encuentra en cómo la persona se siente mirada por los demás y cómo mira a los demás.

Ya en 1905 el Dr. Pratt, médico internista en Boston, comprobó la mejor recuperación de sus enfermos de tuberculosis y diabetes mellitus, que participaban en charlas y discusiones comunes junto a sus familias. Naturalmente que desde esos inicios, hasta la aceptación del grupo de terapia multifamiliar como valiosa técnica psicoterapéutica en alteraciones emocionales y conductuales, han transcurrido años y décadas de trabajo, esfuerzo e investigaciones.

Es en los años 60 cuando el Dr. Jorge García Badaracco da comienzo en el Hospital Neuropsiquiátrico José T. Borda, de la ciudad de Buenos Aires, a la experiencia multifamiliar en familias y pacientes con trastorno mental grave. García Badaracco explicaba así el origen conceptual de su trabajo: "... al darme cuenta de que el *setting* psicoanalítico es intolerable para los pacientes mentales graves, y conociendo las experiencias que se estaban haciendo en terapia familiar, que también presentaban sus limitaciones, concebí una nueva forma de trabajar con todos los pacientes y familiares en la sala al mismo tiempo...".

Empezó desalojando una sala que se usaba como dormitorio, un espacio amplio, y sentándose en ella a la misma hora cada día. De forma natural, poco a poco, los pacientes se fueron sentando a su alrededor y con ellos sus familias y otros allegados, y también, poco a poco, empezaron a construirse con-

versaciones espontáneas. Así nació el primer grupo de terapia multifamiliar.

En líneas generales se puede considerar que el grupo de terapia multifamiliar constituye una mini-sociedad que nace del encuentro y la relación de sus participantes, donde se va representando el individuo, la familia y la sociedad y donde se lleva a cabo de forma simultánea una terapia individual, grupal, familiar y contextual/social.

Características

El grupo es un lugar de llegada. Se diferencia de otras técnicas terapéuticas de grupo con sujetos sintomáticos, así como de las intervenciones individuales, la terapia de pareja o de familia, por ser más amplio, poco selectivo, comunitario, y por incluir el contexto social de pertenencia de cada miembro. Esta extensión y amplitud da a todos los participantes igual protagonismo. En él están incluidos los elementos, nociones y conceptos esenciales de diferentes modelos y técnicas terapéuticas grupales: libertad de participación, empatía, cohesión, ajuste, responsabilidad individual y grupal, permisividad, aprendizaje social, diferenciación, crecimiento, respeto, pertenencia etc.

Integra diversos modelos de psicoterapia: el psicoanalítico, el sistémico y el cognitivo; e incorpora diferentes saberes de diversas áreas: terapia ocupacional, trabajo social o educación social. El paciente o usuario siempre está invitado a formar parte del grupo, responsabilizándolo de su proceso terapéutico y participando, junto a su familia, en el tratamiento de otros usuarios y otras familias, en una red de coterapia espontánea y complementaria junto a los terapeutas conductores.

Quizás lo más sorprendente y enriquecedor que el grupo de terapia multifamiliar ofrece a los profesionales de la salud mental es la "horizontalidad". Las instituciones y sobre todo los equipos de trabajo en salud mental, evidencian de forma constante fuertes tendencias en sus dinámicas a la repetición y a la evitación del contacto con el exterior, por ello el grupo de terapia multifamiliar es un espacio terapéutico transgresor con lo establecido pues rompe el hermetismo institucional. Y como consecuencia de la apertura al exterior, pone en contacto a la institución y sus equipos con el contexto social, creando un punto de unión entre individuos, familias y profesionales. La horizontalidad en los grupos de terapia multifamiliar nos permite a los profesionales salir de posiciones de omnipotencia, mostrarnos como somos, sin distancias terapéuticas, de forma espontánea y sincera, aprendiendo con y de los usuarios y sus familias a través de una experiencia compartida.

No es difícil pensar que si ponemos a una persona cuerda en un contexto loco acabe pensando y comportándose como tal, pero si por el contrario ponemos a una persona loca en un

Las voces que hay que oír

contexto cuerdo, posiblemente acabe actuando cuerdamente, si se le da el tiempo suficiente. Ya que la realidad social siempre es más poderosa que la realidad interna individual. Y en este acompañamiento, cuando la "locura particular" se convierte en la "locura de todos", los profesionales del grupo de terapia multifamiliar aparecen como un individuo más del grupo, un instrumento posibilitador y creativo, permitiendo nuestra desmitificación y desapareciendo la función terapéutica persecutoria. Y permitiendo además que con el tiempo las personas con trastorno mental grave y sus familias asuman funciones coterapéuticas.

De este modo se crea un espacio multirelacional, interpersonal, porque al fin y al cabo todos somos hijos y/o padres que pertenecemos a familias y portamos etiquetas: hijo con esquizofrenia, padres con hijo esquizofrénico, psiquiatra, psicólogo, trabajador social de salud mental. Etiquetas que, en el espacio de grupo, quedan a la puerta.

En estos grupos el proceso terapéutico es a largo plazo, pudiendo permitir la reestructuración, re-definición y acomodación individual, intra-familiar y contextual a otro modo y calidad de vida. Y surgiendo distintos niveles; nivel individual, nivel intra-familiar, nivel intra-grupal y nivel contextual.

Inicio de la experiencia del grupo de terapia multifamiliar en AFEMA

Esta nueva forma de entender y trabajar con personas con trastorno mental grave y sus familias, me creó la necesidad, incluso la obligación, de dar a conocer en mi lugar de trabajo, Asociación para Familiares y Enfermos Mentales de Alicante, esta herramienta tan poderosa. Empecé a visitar otros grupos de terapia multifamiliar en Barcelona y Madrid, a incorporar a compañeros a mis visitas a los grupos de terapia multifamiliar conducidos por Javier Sempere en Elche, y por fin, con la colaboración de dos de ellos, presenté un proyecto a la Junta Directiva de la asociación y empezamos este viaje hacia lo relacional y vincular con el otro.

Asumimos este reto desde la emoción, la incertidumbre y, también, el miedo. Desde mediados de octubre, una vez a la semana, todos los miércoles a la misma hora, 17.30, un grupo de personas, familias, usuarios, allegados y profesionales entramos en un espacio común, dejando fuera etiquetas, diagnósticos y prejuicios, desde un encuadre abierto y espontáneo, y intercambiamos vivencias, emociones, relatos, pensamientos, y experiencias. He aquí algunas de las consecuencias del grupo:

LAS FAMILIAS	LOS HIJOS
Empiezan a concienciarse de las dificultades reales de su familiar	Empiezan a sentirse menos solos y únicos en el sufrimiento
Se interesan por el modo de pensar de sus familiares	Se vuelven más conscientes de los conflictos y dificultades de la familia
Disminuyen el discurso de culpa y acusación	Se sienten menos culpables
Empiezan a hablar de si mismos.	Tienen menos miedo a decir NO
Desarrollan empatía	Se vuelven más espontáneos y empáticos con ellos mismos

Y junto a las familias, usuarios y allegados nos encontramos el equipo conductor, compuesto por dos psicólogos y una trabajadora social con la simple y a la vez compleja tarea de: Reducir el exceso de intervención de los profesionales; Velar por el respeto y fomentar un clima de confianza; Promover la identificación de cada miembro a través de las vivencias particulares emergentes en cada sesión; Potenciar el pensamiento ampliado; Situarnos en la horizontalidad, donde todos tengamos el mismo protagonismo.

Cuando el equipo conductor supo de la petición de este artículo no pudimos evitar la tentación de preguntar su opinión a los participantes del grupos de terapia multifamiliar de AFEMA. Éstos resaltaron la experiencia positiva de poder

compartir con otros sus vidas en un espacio donde el terapeuta no es más que un facilitador del diálogo; dijeron que para ellos es un mundo nuevo de aprendizaje, en el que se exponen y aprenden a través de los ojos de los demás, donde son ayudados y comprendidos como iguales, donde pueden ser vistos desde diferentes puntos: profesionales, padres, hermanos, amigos y donde descubren que no hay barreras, que los problemas muchas veces son comunes y compartidos y que la enfermedad mental no está tan lejos ni es tan diferente a cualquier otro problema.

"Hasta que lo leones tengan sus propios historiadores, las historias de caza siempre glorificarán al cazador" (Igbo, Nigeria)

Psiquiatrización de La transexualidad

ser hombre o mujer
no depende de Los genitales



Rosa Almirall

Ginecòloga.

Trànsit: servicio de
promoción de la salud
de las personas trans

Mecanismos de control de las conductas humanas

Todas las sociedades y todas las culturas, ancestrales y actuales, se han encargado de clasificar las conductas humanas en aceptables y no aceptables. Han sido muchos los mecanismos que han puesto en marcha, para transmitir la no idoneidad de algunas conductas a toda la sociedad y en establecer sistemas de control y penalización de las mismas. Desde el poder religioso, el legislativo, el médico y los medios de comunicación se han estigmatizado y penalizado conductas desde los siglos de los siglos.

La transexualidad resulta una provocación en la mayor parte de sociedades. Pone en cuestión el hecho, minoritario, pero persistente a lo largo de la historia, de que algunas personas puedan sentirse, vivirse y percibirse en un sexo/género distinto del que se les ha asignado a partir de los genitales externos observados al nacer. Nuestra sociedad clasifica a las personas según la forma de sus genitales externos. En función de los mismos, serán asignados a categorías excluyentes entre sí. A partir del momento de ser clasificados como mujeres u hombres, deberán sentir, actuar y comportarse según unos esquemas rígidos preestablecidos culturalmente.

Sin embargo, en todas las sociedades y en todas las culturas han existido, desde siempre, personas que no se han identificado ni en sus comportamientos ni en sus roles, con los esperados en función de sus genitales externos. En algunas sociedades y culturas, estas personas, han sido identificadas como personas del "tercer sexo". Los *fa'afafine* en Samoa, los **rae rae o mahu** en Hawái, los *hijra* en la India, los *muxes* en Méjico, los *berdache* o *badea* en Estados Unidos, los *kathoey* en Tailandia son algunas de ellas. Muchas de estas personas son consideradas o han sido consideradas personas con

capacidades y habilidades superiores a las de las mujeres o los hombres, porque en su vida se expresan integrando lo femenino y lo masculino.

Pese a la lucha política activa de personas que se definen como transexuales, para visibilizarse desde la normalidad y exigir el derecho a ser y estar más allá de estigmatizaciones, etiquetas y exclusiones, nuestra sociedad continua con una mirada reprobatoria. No acepta presentaciones corporales distintas que transgreden lo femenino o lo masculino. A partir de estas corporalidades distintas, deduce necesidades, sentimientos y comportamientos que han de ser objeto de evaluación para poder justificar su existencia. La psiquiatría ha sido y es la responsable, aquí y ahora, de ejercer, sobre estas personas, el control que la sociedad reclama.

La psiquiatría como garante de lo socialmente aceptable

La psiquiatría como ciencia se basa, naturalmente, en la convicción de sus profesionales de que existen enfermedades mentales que impiden la adecuación social de las personas "enfermas", y que disponen de instrumentos fiables para diagnosticarlas y tratarlas. Sin embargo ¿Dónde está el límite entre lo normal y lo patológico en gran parte de los problemas psiquiátricos? Frecuentemente lo anormal no es patológico, simplemente es menos frecuente y lo normal se define desde el ámbito sociocultural, como adaptación adecuada a un contexto social.

La historia de las clasificaciones psiquiátricas nos muestra que el contexto social es un referente permanente. Por ejemplo, comportamientos antes considerados productos de la maldad humana (piromanía, cleptomanía, pedofilia), vicios (juego

patológico, exhibicionismo) o normales (duelo prolongado, trastornos del deseo sexual, disfunción orgásmica femenina) están incluidos en las clasificaciones psiquiátricas. Otros, como la homosexualidad, fue considerada durante muchos años una enfermedad mental, tratada con métodos, que en la actualidad nos parecen totalmente reprobables, y no fue eliminada de los sistemas de clasificación como enfermedad mental hasta 1980. Este inmenso error de la psiquiatría, al clasificar como enfermedad mental una situación que simplemente no era aceptable para la sociedad, pone en evidencia la fragilidad de sus diagnósticos

La transexualidad como diagnóstico psiquiátrico

Curiosamente, en el mismo año en que desaparece la homosexualidad en la clasificación de enfermedades mentales, se incluye la transexualidad. El término transexual fue introducido en 1923 por Magnus Hirschfeld, diferenciándolo del travestismo. Denominaba así a las personas que sentían la necesidad de modificar sus cuerpos hacia el sexo distinto al que expresaban sus genitales. Y es Harry Benjamin, endocrinólogo, quién en 1948 a petición de Alfred Kinsey, sexólogo, inicia el primer tratamiento con hormonas femeninas de un joven que expresa la necesidad de vivir como mujer; junto al psiquiatra John Alden, la electrologista Martha Foss en San Francisco y el cirujano plástico José Jesús Barbosa en Tijuana, atendió a varias centenas de pacientes con necesidades semejantes.

En 1979 un grupo de profesionales de distintas disciplinas, establecen el primer protocolo de atención a las personas transexuales: **El Standards of Care de la reasignación sexual hormonal y quirúrgica de las personas con disforia de género**. En este protocolo son los profesionales de salud mental, psicólogos y psiquiatras, los que evaluarán a las personas que manifiesten el deseo de pertenecer al sexo contrario al que indican sus genitales y sólo si cumplen una serie de requisitos podrán acceder al tratamiento hormonal o a una posterior cirugía. Y establecen, en aquel momento, las condiciones necesarias para iniciar un tratamiento hormonal hacia el género con el que se identifican. Para ello es imprescindible:

1-El testimonio de algunos familiares y amigos, que "certifiquen" que la persona que necesita este tratamiento, siente una incomodidad persistente con su anatomía sexual.



2- La persona debe manifestar su deseo de "deshacerse" de sus genitales, exigencia que no va a desaparecer de las siguientes ediciones de este manual, hasta el año 1998.

3- Una relación psicoterapéutica de unos 3 a 6 meses de duración con un psicólogo o psiquiatra que emitirá el diagnóstico, si lo considera oportuno, tras la valoración de la persona.

4- Un certificado diagnóstico de transexualismo, emitido por un psicólogo o psiquiatra y dirigido al endocrinólogo, responsable de iniciar el tratamiento hormonal o al cirujano, responsable de realizar la cirugía de reasignación de sexo.

5- La última condición previa a la hormonación (que no puede dejar de pensarse como una vuelta de tuerca, absolutamente perversa en el imaginario de psicólogos y psiquiatras) exigen a la persona, con caracteres sexuales masculinos, que tenga el valor de vivir un mínimo de tres meses, vistiéndose, comportándose y visibilizándose como mujer, y a la persona con caracteres sexuales femeninos, vistiéndose, comportándose y visibilizándose como hombre.

Se harán nuevas versiones de este protocolo en los años 1978, 1980, 1981, 1990 con muy pocas variaciones en los requisitos previos a la hormonación de cambio de sexo. Es en el año 1980 cuando se incluye la transexualidad como diagnóstico de enfermedad mental en el DSM (Clasificación de Enfermedades Mentales) y persiste en la actualidad, a pesar de las reivindicaciones de la personas transexuales sobre su retirada, especialmente a partir del año 2007, con el movimiento internacional STP 2012 (*Stop Transpatologization*).

En la nueva versión de 1998 se modifica el título, que aparece como **Standards of Care para las personas con trastornos de identidad de género**. Elimina el requisito de que la persona exprese la necesidad de deshacerse de sus genitales. Añade que se ha de verificar la autenticidad del

certificado diagnóstico de transexualidad, mediante llamada telefónica al psicólogo/psiquiatra, por parte del profesional de endocrinología que iniciará el tratamiento hormonal o el cirujano cirujana, responsable de realizar la cirugía.

Es en este protocolo donde aparece en todo su esplendor, lo que llaman la RLE (Real life Experience o experiencia de vida real), que no desaparecerá hasta la edición de 2012. La persona que desea iniciar un tratamiento hormonal deberá aportar testimonios documentados de algunos miembros de su familia o amigos, sobre la vivencia durante tres meses en el rol del sexo deseado y además debe demostrar que no pierde su trabajo o continúa con éxito sus estudios o participa en actividades comunitarias de voluntariado. En este mismo protocolo se establece como alternativa a la RLE, la realización de una psicoterapia de duración variable (mínima de tres meses), según el criterio del profesional que hace la evaluación inicial. Muchas de las personas transexuales son obligadas antes de empezar el tratamiento hormonal, a vivir la RLE y además seguir largas psicoterapias, que según este protocolo debían demostrar mejoras en su salud mental o una salud mental estable libre de sociopatías, tóxicos, psicosis o ideaciones de suicidio.

La nueva edición del 2001, exige de la realización de la RLE o de la psicoterapia, sólo en aquellas personas que utilizan tratamientos hormonales del mercado negro o hacen autotratamientos sin control médico. Sin embargo, se reconoce que el tratamiento hormonal puede ofrecer bienestar de género a las personas que no desean cambiar de género en su vida cotidiana y no desean o no pueden operarse. Es en este contexto, cuando en el año 1999, en el Hospital Carlos Haya de Málaga, se inaugura la primera Unidad de Trastornos de Identidad de Género, para posteriormente abrirse otras unidades en la mayor parte de comunidades autónomas de nuestro país.

La siguiente y última edición de estos protocolos aparece en 2012 y lleva por título: **Standards of care para la salud de las personas transexuales, transgénero y género disconformes**. Introduce ya muchos elementos, con una mirada menos psiquiatrizante de la transexualidad. Se plantea como una guía clínica flexible y modificable por los profesionales de la salud, que debe adaptarse a las necesidades de las personas y reconoce y valida diversas expresiones del género, de tal manera que acepta que haya personas que no necesitan tratamiento psicológico, hormonal y/o quirúrgico. Establece que los tratamientos deben ser individualizados y han de ser respetuosos con las necesidades de cada persona, en función de sus objetivos de expresión del género y apunta que las personas transexuales, transgénero y género disconformes no siempre sufren un trastorno.

La psiquiatrización de la transexualidad: Una forma de discriminación transfóbica institucionalizada

Las personas transexuales son personas que sienten y se sienten en un género que no es el que tienen asignado en el momento de nacer. Son ellas y sólo ellas, quienes a lo largo de su crecimiento como personas, viven la contradicción entre cómo se identifican y cómo los identifica el entorno. Todas viven en algún momento, situaciones, algunas incluso agresivas, que intentan negarles quienes son. Dependiendo de la intensidad de este sentirse, de los recursos personales para mostrar quienes son, del entorno familiar más o menos tolerante y del medio sociocultural e incluso religioso al que pertenezcan, podrán o no poner nombre a lo que les está sucediendo.

La mayor parte de ellas viven bastantes años intentando esconder la persona que sienten ser y adaptándose al rol condicionado por sus genitales, sintiéndose solas y sintiendo la no aceptación de su ser por parte del entorno. Algunas de estas personas viven con dolor el no poder ser ni estar. El camino será distinto para cada uno de ellas, de tal manera que algunas se identificarán como transexuales muy pronto y buscarán, por todos los medios, el camino para llegar a ser quienes sienten que son. Otras pasan algunos años en una relativa confusión respecto a si su sentir tiene relación con la identidad o con la orientación sexual. Otras simplemente se lo esconden a sí mismas, lo apartan de su pensamiento y deciden seguir el rol del género socialmente asignado. No es infrecuente que estas personas sientan dolor psicológico. La ansiedad, depresión, ideas suicidas y los intentos de suicidio son bastante frecuentes. Los trastornos alimentarios en la adolescencia, para no dejar crecer el cuerpo en el que no se reconocen, también son bastante habituales.

Por todo ello, un acompañamiento psicológico parecería ser necesario tanto en el proceso de autodefinición como en el de transformación. Sin embargo la psiquiatría y la psicología no les han prestado, en general, este acompañamiento. Su afán es el diagnóstico y su afán es no equivocarse y diferenciar el "verdadero" transexual, de otras expresiones de género. Para ello, han obligado a demasiadas personas a cumplimentar tests de masculinidad y feminidad totalmente vejatorios, a exponerse indefensos a la transfobia social, performando masculinidades en un cuerpo femenino o feminidades en un cuerpo masculino en las obligadas "experiencias de vida real". Les han forzado a salir del armario ante familia, amigos, mundo laboral, etc., sin respetar el proceso de cada una de estas personas y reconocer las dificultades que comporta esta salida en un entorno transfóbico. Les han cuestionado su propia transexualidad en función de su orientación sexual

o tras interrogatorios, totalmente improcedentes, sobre el uso sexual de sus genitales.

Cada vez hay más profesionales que cuestionan la etiqueta de enfermedad mental a la transexualidad o incluso la etiqueta de enfermedad. Es absolutamente necesario que desde la psicología y la psiquiatría se abandonen todas las prácticas y conductas, que no son más que formas de discriminación transfóbica institucionalizadas.

Para leer más:

The narratives of transgender rights mobilization in Spain. Raquel (Lucas) Platero. *Sexualities*. 2011; 14(5), 597–614

Despatologización trans y práctica arteterapéutica. Amets Suess. *Arte-y-políticas-de-identidad* 2011; vol. 4 (junio), 107-126

Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad. Cristina Polo Usaola, Daniel Olivares Zarcob. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2011; 31 (110), 285-302.

Sacudirse la tutela médica. Hacia la despatologización de la transexualidad

Fernando Tena *Revista andaluza de antropología*. 2013; (5),35-65.

Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas trans en el marco del sistema nacional de salud Editada por la Red por la

Despatologización de las Identidades Trans del Estado español



**Manuel
Alonso Montes**
Escritor, activista

Peor el remedio QUE LA enfermedad

Para quien no lo sepa, me diagnosticaron con dieciséis años una esquizofrenia, aunque yo, en un principio, no dije que tenía alucinaciones visuales y auditivas a nadie por temor a que me encerraran en un manicomio de por vida (esto lo sabrán ya los lectores de la revista *El Mundo de Selene*, en el primer número en un artículo titulado “La esquizofrenia y yo”)

Pero yo, aquí y ahora, no voy a hablar de mi enfermedad, sino de los psiquiatras que me tocaron y que pueden llegar a convertirse en peor el remedio que la enfermedad.

Cuando mis padres decidieron enviarme a una psiquiatra, fue en contra de mi voluntad. Esa primera profesional me diagnosticó *síntomas de trastorno psicótico* y estaba obsesionada con decirme, cada vez que yo entraba en su consulta, que tenía la boca torcida y que mi imaginación eran alucinaciones visuales.

De acuerdo, yo tenía alucinaciones visuales (ver cómo mis manos me arrancaban los ojos, ver a mi madre con calavera

en vez de con cabeza...), pero también tenía imaginación que me servían para escribir poemas y algún relato. Pues, según esa psiquiatra, la imaginación que tenía era una serie de alucinaciones visuales. La gente que esté leyendo esto me preguntará: ¿cómo sabes eso si tenías brotes psicóticos? Muy fácil, porque lo controlaba a voluntad y, claro está, al ser imaginación, podía imaginar lo que me diera la gana y cuando me daba la gana.

Como esa psiquiatra no convenía a mis padres (bueno, a mi madre que era la quien quería llevarme a psiquiatras), pidieron a mi médico de cabecera que les recomendara un médico de la mente para tener una segunda opinión. El médico de familia nos envió a un loquero que tenía consulta en la calle Corrida. La primera vez que estuve a solas con él, me preguntó a qué quería dedicarme profesionalmente.

“Bueno, mi sueño es dedicarme a la literatura –contesté–, ser escritor”. Y él, por toda respuesta, dijo “Uf, desde que uno empieza hasta que gana el premio Planeta...”

Las voces que hay que oír

Vamos a ver, yo conocí en el bachillerato, a gente que se quería dedicar a lo artístico, y lo sabían los profesores. Había una chica que quería ser actriz y nadie le dijo: "Uf, desde que uno empieza hasta que gana un Goya..." También había un chico que quería montar un grupo musical punk y nadie le dijo: "Uf, desde que uno empieza hasta que gana un Grammy..."

Lo del bachillerato fue otra. Ese psiquiatra quería enviarme a un centro de día. Me decía que había equipo de fútbol, una revista..., pero yo dije "Ah no, yo hago el bachillerato". Y si no hubiera tomado esa decisión seguro que habría estado en el centro de día muchos años y, al final, no hubiese hecho el bachillerato de Humanidades (me lo hubieran prohibido, como ahora con los estudios superiores, y actualmente sería un ignorante de los más grandes).

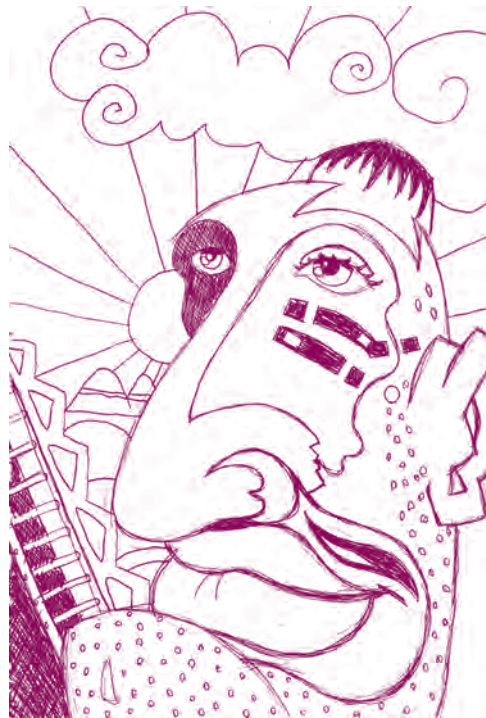
Ese médico de la mente opinaba lo que le daba la gana. Una vez, haciéndome un test, me preguntó si oía voces cuando estaba solo.

-No -contesté (las oía cuando estaba acompañado).

-Pues yo creo que sí (¿entonces para qué me preguntaba?).

Cuando empecé el bachillerato diurno (más tarde me pasaría al nocturno) en el Calderón de la Barca, una profesora que daba clases de filosofía (y que me dio clases de ética en el Doña Jimena), me dijo que si desconocía qué enfermedad padecía, tenía derecho a saberlo. Pregunté a aquel loquero y sólo me dijo: "psicosis". Un punto a favor de este psiquiatra: movió papeles para que yo tuviese una pensión de minusvalía. Ahí fue cuando me enteré que mi enfermedad se llamaba *esquizofrenia paranoide*. Eso sí, me prohibía leer libros sobre mi mal, aún no sé por qué.

Después de todo decidí dejar de ir a su consulta porque estaba harto de aquel médico e hice todo el bachillerato sin medicarme, sólo tomando orfidal, un tranquilizante para calmarme y del que me hice adicto. Después de superar esa adicción, y como no se me quitaban los nervios, acudí a ese médico, el cual me engañó para ingresar en una unidad de psiquiatría para que me diesen medicación para la esquizofrenia. Pero yo no quería curarme de la esquizofrenia, pues



sabía qué era real y qué era ficción, sino los nervios. En esa unidad de psiquiatría, mi psiquiatra era una mujer que decidió enviarme al centro de día, con este diálogo:

-Irás allí y harás amigos.

-Tengo amigos y números telefónicos y direcciones en una agenda, cuando quiera puedo acudir a ella.

-Sé que te será dificultoso, pero harás amigos.

¿Me escuchó, no me hizo caso, era esa médica tonta? Al final de este artículo-biografía daré mi opinión.

La unidad era peor que la cárcel, me

ataron por no escucharme y ataban con correas a la cama a cualquiera aunque su único pecado fuese hablar en el comedor. Eso sí que es "peor el remedio que la enfermedad". Al final fui al centro de día y me tocó un psiquiatra y una tutora que me decían que ser escritor "es muy difícil". Repito: a la chica que quería ser actriz y al chico que quería tener un grupo de punk nadie les dijo que fuera difícil. ¿Por qué a mí sí? Además, el centro de día era lo más cutre que había visto en la vida.

Cuando me dieron el alta en el centro de día me tocó ir al centro de salud mental más cercano a mi casa, y me volvió a tocar el loquero que me envió a la unidad de psiquiatría. Cuando le dije que quería hacer una carrera, él me respondió que no me garantizaba nada (¿qué me tiene que garantizar, si la carrera la estudio yo?). Siempre salía enfadado de su consulta por su falta de empatía. Y lo que me hartó fue cuando, al referirse a los malos tratos que me dio mi progenitor de niño, dijo: "Por siete u ocho bofetadas que te haya dado tu padre..." e hizo un discurso como diciendo que el hombre ha de ser el cabeza de familia y que mi padre podía pegarme todo lo que quisiera porque era mi padre. Ahí decidí cambiar de psiquiatra, y ahora estoy mejor.

Creo que los psiquiatras suelen ser personas sin empatía y que la mayoría escuchan lo que quieren oír. Creo que lo he demostrado con este artículo sobre mi vida. Por ahora, un caso diferente al resto es mi actual psiquiatra, que es alguien que me apoya a escribir y que me escucha y me ayuda. Pero la mayoría de los psiquiatras... peor el remedio que la enfermedad.

trastorno Límite de personalidad y violencia de género



Rebeca
González Ibañez
Psicóloga clínica

Mujer impulsiva, consumidora de tóxicos (pongamos alcohol y a veces cocaína), hipersexualizada, nada satisfecha con su físico y con estados depresivos, que van y vienen en el tiempo. A veces se encuentra mejor, otras peor, pero cada vez le parece más insoportable encontrarse así. Pongamos que llega a nuestra consulta, agobiada por el poco control que está ejerciendo sobre su vida y por el efecto demoledor que su conducta está generando en su entorno. Ahora pensemos... ¿qué es lo primero que se nos viene a la cabeza? Ya está, ya lo tenemos, nuestra formación y experiencia nos guía: trastorno de personalidad, un trastorno límite de libro.

Empecemos la terapia... Puede ser (¿por qué no?) que nos estemos enfrentando a esta realidad, pero deberíamos (por ética y responsabilidad) buscar más allá, y establecer otras posibles causas y referentes. ¿Conocemos otras posibilidades? ¿Sabemos enfrentarnos a esto desde otra óptica?

Sólo hace falta leer a Leonore Walker y dar un breve repaso por lo que denominó "Síndrome de mujer maltratada" para observar que éste, y el Trastorno Límite de Personalidad, comparten más de lo que podríamos pensar. Pocos intuyen, conocen y reflexionan acerca de este parecido. Algunos profesionales por desconocimiento, otros por pasividad: es más fácil enfrentar una problemática individual a una que tiene una carga social tan directa, tan dura, tan complicada. Si disgregamos la sintomatología explicada en el DMS-V encontramos los siguientes parámetros curiosamente parecidos:

1. "Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado"

¿Y este síntoma no podría ser consecuencia de un estilo de apego ambivalente, inestable o ansioso, debido a un patrón de maltrato continuado en el tiempo?

Una de las hipótesis de trabajo de Walker explora esa hipótesis: "Los maltratadores inducen a las mujeres a mantener una relación de dependencia (...) Es posible que las mujeres maltratadas posean un mayor nivel de dependencia de las personas con las que entablan contacto, aunque cometen el error de sopesar sus deseos o necesidades con lo que la per-

sona puede o está dispuesta a dar." (Walker, 2013, p.304).

Una relación de maltrato se sostiene sobre dos grandes características: poder y control. De manera insidiosa al principio, aunque a medida que la relación se va estabilizando (gracias al control, la coerción, la manipulación,...) más directamente, sin explicaciones, más allá del porque yo lo digo, porque yo lo mando, porque yo lo sé, porque yo lo decido. Una vez que te desposeen del control sobre ti, ya no existe ninguna validación a la hora de tomar tus propias decisiones. No existe la seguridad para creer, pensar o decidir. La voluntad de la víctima no existe: todo es el otro. Las capacidades se ven anuladas por el control y el poder del otro, y el "tú" se convierte en el "él". Cuando tu validación depende del otro, lo que parece lógico es aferrarte a esta persona, ya que sino quedarías desprotegida, vulnerable, ya que "tú no vales nada sin él".

2. "Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación".

Propio del ciclo de la violencia explicado por Walker hace más de 20 años. Las relaciones violentas pasan por tres etapas diferenciadas: 1) acumulación de tensión 2) incidente grave 3) arrepentimiento cariñoso. Dentro de estas tres etapas podemos incluir esa alternancia dentro de las relaciones interpersonales. "Los estudios también indican que las mujeres maltratadas con baja autoestima o disforia muestran un mayor control de percepción de su agresor, además de que utilizan con más frecuencia el consumo de sustancias, de desconexión conductual, la negatividad y la autoculpabilidad como mecanismos de defensa". (Walker, 2013, p. 297).

(Posteriormente, hablaremos del consumo de sustancias en mujeres maltratadas).

3. "Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable".

Cash y Prunzinsky (1990) ya establecieron la relación entre la imagen corporal y la autoidentidad, es decir, cómo poseemos una actitud con respecto a nuestra imagen, que según sea



positiva o negativa, así repercutirá en nuestro autoconcepto y en nuestra estima. Imaginen una mujer abusada y vejada de manera constante psicológicamente, y saquen sus propias conclusiones. Vivir inmersa en una ambiente que repite, una y otra vez, lo poco que vales, genera una interiorización de este mensaje, aumentando cada vez más su credibilidad. Si a esto le unimos el aislamiento al que se ven sometidas las víctimas, como resultado del propio proceso de maltrato, el único punto de comparación, la única idea y opinión que rige su mundo es aquella que, a su vez, está vejándola constantemente.

4. "Impulsividad, en al menos dos áreas, potencialmente dañina para sí mismo (p. ej. gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida)".

Cuando hablamos de consumo de tóxicos relacionados con el maltrato, solemos poner el foco en el agresor. Legalmente, hasta hace poco el consumo de alcohol y otras sustancias era un atenuante de esta conducta. Me temo que, socialmente, aún está anclado este atenuante en la conciencia colectiva. Casi nunca pensamos en las mujeres, en el consumo que éstas pueden realizar, en la función de bloqueo de emociones negativas que cumple este consumo. Existen múltiples teorías sobre el consumo de tóxicos, del por qué se da, cómo y cuándo es más prevalente. Cuando hablo de consumo, incluyo la sobremedicación: el consumo de analgésicos, ansiolíticos y antidepresivos de manera patológica. Múltiples han sido las campañas de concienciación en el sistema público sanitario

para hacer frente a la lacra social que supone la Violencia de Género. Múltiples son los protocolos que los profesionales sanitarios tienen la obligación de poner en marcha ante la mínima sospecha o duda. No obstante, aún se sigue invisibilizando este problema, aún sigue manteniéndose en el espacio privado, y muchas son las mujeres con jaquecas y fatigas crónicas, dolores de abdomen, insomnio crónico (y un largo etcétera diseminado en el síndrome explicado por Walker) a las que se medica (sin atender) a más razones.

5. "Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)".

Es incluso insultante hablar de inestabilidad afectiva como síntoma (y no como consecuencia directa del maltrato), teniendo en cuenta el control, sometimiento y coerción a la que está siendo sometida la víctima a lo largo del proceso del maltrato. Lo curioso (e impactante) sería que una mujer maltratada afectivamente estuviera intacta. Es inimaginable la tensión e indefensión a la que una mujer puede llegar a verse sometida: todo lo que haga, diga, o el agresor imagine que haga o diga, puede ser susceptible de reproche, acusación o golpe. Todo, lo bueno y lo malo. Algo que antes estaba bien, repentinamente puede convertirse en algo malo, y todo ello puede dar la vuelta en un segundo. Esto genera lo que Seligman (1975) denominaba Indefensión Aprendida, y es otro de los ejes centrales de una mujer que sufre maltrato. Walker también hablaba de este aspecto como una de las bases fundamentales para explicar el Síndrome de la Mujer Maltratada. La víctima no tiene ninguna percepción de control sobre sí misma, sobre lo que puede llegar a pasar, y sobre la situación y contexto en el que se mueve. De ahí, que la única reacción que desarrolle sea la pasividad. A su vez, esta pasividad incrementa la sensación de descontrol de la víctima sobre su situación.

6. "Sentimientos crónicos de vacío"

El vacío, el estado depresivo, producto del proceso de Indefensión Aprendida en la que se encuentra esta mujer. Festinger (1957) hablaba de la Disonancia Cognitiva, como un proceso en el que el sujeto debe compatibilizar dos ideas que, a priori, no pueden ser compatibles. Imaginen compatibilizar "una pareja tiene que quererme" con "mi pareja me pega, me insulta, me viola". La depresión, los sentimientos crónicos de vacío como consecuencia lógica (¿o no?) del proceso del maltrato. Responsabilidad, esa palabra que todo profesional que se mueva en este mundo de lo social debería tener a fuego escrita en su escritorio. Responsabilidad y coherencia, como las patas que sujetan la mesa de nuestro trabajo. Me sorprende

ver como estas dos palabras se esfuman cuando nos toca posicionarnos, enfrentarnos a realidades que nos superan, a realidades que no podemos manejar, no sabemos o nuestro ego impide una reacción responsable ante ellas. Un ejemplo es la cantidad de diagnósticos, cuanto menos dudosos, que circulan de una consulta a otra, sin más respuesta que una etiqueta colocada por unos o por otros. Espantosa, esa es la palabra que mejor describe la realidad de muchas mujeres a las que se les ha colocado la etiqueta de Trastorno de Personalidad x. El más difundido es el trastorno de personalidad límite, de ahí mi exposición sobre él. Las etiquetas son meros vehículos comunicativos en contextos determinados (en nuestro caso salud mental) pero que han sido desvirtuados por unos y por otros, y lo único que generan es frustración, miedo, dolor e incompreensión. Posicionarnos es algo complicado, algo que genera dudas, algo que puede traernos que nuestro camino sea menos

fácil de lo que se pretendía, pero mucho más coherente, sano y responsable para con nosotros y sobre todo para con el paciente. Se trata de poner el foco donde se debe, no donde nos resulta más cómodo. Se trata de iniciar un buen tratamiento, un camino de recuperación, de autonomía, y eso siempre empieza por un buen diagnóstico, un buen punto de partida. Se trata, claro que sí, de desculpabilizar a una mujer, y no señalar un trastorno inexistente. Observar las consecuencias y estudiar las causas. Con esto no quiero caer en el error de pensar que no existen mujeres maltratadas que podemos incluir dentro del parámetro de un trastorno límite de personalidad (recuerden: sólo para comunicarnos entre nosotros) sino poner una alerta, un aviso de una realidad que día a día, podemos ver en consulta, y que sería tan fácil de remediar como tener una buena perspectiva de género, actuar desde esa óptica socialmente responsable pero, a su vez, incómoda y pesada para otros.

LA DIVERSIDAD FUNCIONAL PSÍQUICA transitando en La comunidad



**Sabela
Lodeiro Vales**
Poeta

Para empezar este artículo conviene que aclare qué entiendo por diversidad funcional psíquica. Para ello haré mención del **Foro de Vida Independiente y Diversidad Funcional**, del cual formo parte, y que nació en el año 2001 y nos sirve como una comunidad virtual que conforma un foro de reflexión filosófica y de lucha por los Derechos Humanos de las personas con diversidad funcional. En enero de 2005 se propuso el término de diversidad funcional con toda una filosofía tal y cómo nos explican Palacios y Romañach: "Es la primera vez en la historia y en el mundo que se propone un cambio hacia una terminología no negativa, ni basada en la capacidad, sobre la diversidad funcional, y esa propuesta parte exclusivamente de las mujeres y hombres con diversidad funcional" (Palacios, A., Romañach, J. El modelo

de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional).

A mi me gustaría incidir en el concepto "psíquico" en su acepción referente al estado anímico, y lo hago frente al de mental que se refiere a la mente. En suma esta reivindicación supone posicionarme como defensora del modelo social de la diversidad y no del modelo médico. Para mí empezar por cómo me nombro es de suma importancia y siempre lo haré como "diversa psíquica", reivindicando con ello mi Dignidad y mis Derechos. Es un modo de situarme ante la vida y de vivir en la comunidad que me ha costado casi dos décadas construir. He decidido comenzar mi relato explicando mi posición reivindicativa, ya que es una posición a la que he llegado o estoy llegando.

Las voces que hay que oír



comunidad, aunque ello se entiende en la medida en que sean rehabilitadas o normalizadas.” (Palacios y Romañach).

Cuando me hicieron mi primer diagnóstico recuerdo, incidieron en preguntarme por si había habido algún familiar con algún trastorno, y lo mismo con el tema de los neurotransmisores. Se me obligó a continuar hacia delante obviando lo que me había pasado. La psiquiatría biologicista me medicó, incluso en contra de mi voluntad: me mandaron al pueblo de origen a vivir con mis padres y sentenciaron que no tenía futuro. Hace año y medio también estuve en el hospital, por decirlo suavemente diré que no me trataron bien, luego pretendían enviarme al hospital de día, cuando yo lo que necesitaba era poder estar con mis amigos, poder vivir en la ciudad, tener asistencia personal. Todo eso se me negó, tuve la suerte de poder hablar de toda esta rabia contenida con Laura, pasear con ella, ser cómplices...

Durante muchos años, desde las que se denominan asociaciones de familiares y enfermos mentales -conceptos con los que no estoy nada de acuerdo- se ha demandado tratamiento a base de psicofármacos. Todavía recuerdo los años noventa cuando los psicólogos apenas estaban en el sistema de salud público. Lo que se hizo fue darnos muchas pastillas, devolvernos a casa de nuestras madres y padres y decirnos que no teníamos futuro. Se nos dio una psicoeducación, teníamos que estar atentas a todos los supuestos síntomas, teníamos que estar equilibradas...

Por el contrario el modelo social, “según los defensores de este modelo no son las limitaciones individuales las raíces del problema sino las limitaciones de la sociedad para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las mujeres y hombres con diversidad

Ahora bien, para entender la diversidad psíquica no podemos obviar el peso que sigue teniendo el modelo médico rehabilitador, aquel en el “*que se alude a la diversidad funcional en términos de salud o enfermedad. (...) considera que pueden tener algo que aportar a la*

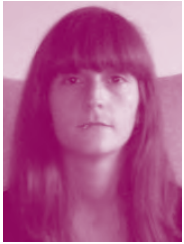
funcional sean tenidas en cuenta dentro de la organización social” (Palacios y Romañach).

A día de hoy, si me hubiesen explicado lo que me pasó, desde la perspectiva de “Modelos de locura” de Jhon Read, hubiese participado más en grupos de diversidad funcional, feministas, de lesbianas, en sindicatos, etc. En definitiva habría participado en la comunidad, pues es aquí dónde nace la diversidad y es desde aquí desde dónde hay que dar una respuesta. Conviene que nos alejemos de la clínica, de los psiquiátricos, y nos mezclemos con los sujetos portadores de todo tipo de vivencias en la comunidad.

Me pregunto qué sociedad hemos construido en la que las mujeres con diversidad funcional psíquica estamos totalmente ocultas, silenciadas, con miedo, al tiempo que el machismo, la lesbofobia están presentes con casi total impunidad. Urge reivindicar la interseccionalidad de la diversidad psíquica, pues siguiendo con modelos de locura vemos que esta está presente en las mujeres, en las lesbianas, en las migrantes, pobres, tomando como definición de interseccionalidad la siguiente: “se utiliza para señalar cómo diferentes fuentes estructurales de desigualdad que mantienen relaciones recíprocas” (Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada, Raquel (Lucas) Platero). Es un enfoque teórico que subraya que el género, el sexo, la etnia, la clase o la orientación sexual, como otras categorías sociales, lejos de ser “naturales” o “biológicas” son construidas y están interrelacionadas.

Quisiera acabar este artículo reivindicando a las asociaciones de usuarios, las propias personas hacemos uso de nuestra dignidad y reivindicamos nuestros derechos. Hacernos visibles ya es todo un gran paso, el miedo a sufrir alguna agresión física o verbal está presente, así como el miedo a que hacernos visibles nos afecte en algún ámbito de nuestra vida como el laboral. Urge romper con el sistema, que todxs nos preguntemos en voz alta por lo que está pasando, que nombremos las cosas por su nombre, que no seamos cómplices con estas opresiones. Urge que nos unamos todxs: diversas psíquicas, trans, intersexuales, lesbianas, migrantes, etc., porque en ello nos va nuestra dignidad y nuestra vida.

LA SALUD MENTAL desde el trabajo social



Silvia Pereira y

Fernando Estrada

Trabajadores sociales

Asociación para la Salud Mental Hierbabuena

hierbabuenasaludmental.blogspot.com.es

Huir del abordaje médico

Actualmente, el abordaje de la salud mental se hace, casi excesivamente, desde el punto de vista de salud física. Lo cual pasa por reducir el sufrimiento que provocan los trastornos mentales a una cuestión médica, sin considerar con igual peso el resto de factores que entran en juego.

En este marco de intervención, se simplifica la complejidad de la problemática social que acompaña al trastorno mental, reduciéndolo al padecimiento de una enfermedad y a la prescripción de un tratamiento médico, dejando de lado el resto de consideraciones, a las que no se puede llegar por falta de recursos técnicos, económicos, profesionales... por la falta, por tanto, de una verdadera apuesta política por la recuperación de las personas con problemas de salud mental.

Desde el Trabajo Social se nos enseña a trabajar e intervenir con y desde las personas a través de un proceso que ayude a establecer una relación entre el/la Trabajador/a Social y la persona usuaria desde un punto de vista global e interrelacional en el que todos los factores influyentes sean tenidos en cuenta al mismo nivel. De esta forma, al hablar de Trabajo Social en Salud Mental deberíamos tener en cuenta todos los elementos que entran en juego: personales, sociales, sanitarios, relacionales, etc. que configuran una situación y un marco de intervención diferente en cada caso, diferente en cada persona. Y son estos elementos, en su conjunto, los que realmente permiten atisbar algo de claridad en las verdaderas causas que desencadenan los problemas de salud mental.

En nuestra experiencia, hemos podido comprobar como en muchos casos las vivencias familiares, relacionales, sociales, laborales, han sido determinantes a la hora de desarrollar un trastorno mental. Es por ello que deberíamos buscar el origen de los problemas de salud mental en las historias de vida de las personas que acaban sufriendolos, y en la manera en que han vivido las experiencias que han conformado esas historias, más que irnos a un origen puramente médico el cual piensa la salud mental desde los síntomas, configurando un sistema en que la enfermedad define a la persona, pasando de ser personas con problemas de salud mental a ser enfermas mentales.

Realidad y estereotipos

A menudo las personas con problemas de salud mental reclaman mayor atención hacia sus necesidades sociales (de relación e intercambio personal) y personales (de autorrealización), que pasan por recuperar las riendas de sus vidas, que en muchas ocasiones han perdido. Las situaciones de vulnerabilidad a las que han tenido que enfrentarse, como consecuencia del sufrimiento derivado de los trastornos mentales, les han colocado en una situación permanente de infantilización que, en ocasiones, les impide desarrollarse plena y autónomamente como personas. Este sufrimiento despoja a las personas de sus deseos, motivaciones, intereses y ansias de autorrealización, situándolas, con frecuencia, en una situación de inferioridad y discriminación en casi todos los ámbitos de sus vidas: laboral y formativo, vivienda, relacional y afectivo. Es nuestro deber como profesionales conocer, informarnos y acercarnos a las numerosas problemáticas sociales con las que coexistimos, con una mente abierta y libre de prejuicios. Todo lo dicho determina el abordaje de la Salud Mental y configura una filosofía de trabajo en la que es menos importante la regulación de la medicación y de los síntomas físicos que provoca la enfermedad y se da más valor a la satisfacción con la propia vida y el sentimiento de recuperación personal, a través del empleo, la formación, la participación social, la vivienda.

Seguimos viviendo en un mundo lleno de prejuicios y estereotipos hacia las personas con problemas de salud mental que configuran una situación de desigualdad y discriminación hacia estas personas: no pueden quejarse porque entonces son personas violentas; no pueden opinar, porque los problemas de salud mental les nublan la mente y no les permiten pensar con claridad y por ellos/as mismos/as; no puede tener sueños y esperanzas, porque están delirando; no pueden tener un mal día, o estar tristes, porque la regulación de la medicación se pone en duda... Cada uno de los pasos que estas personas dan en el camino de su recuperación es un obstáculo que tienen que superar para demostrar que pueden, que son capaces y válidas. Y el problema es que no todas las personas pueden superar estos obstáculos.

Falta un verdadero sistema de intervención, en el sentido de interacción e interrelación, en el que todos los ámbitos trabajen e interactúen de manera coordinada e integrada en torno a la persona y su proceso de recuperación personal, que permita pensar globalmente y actuar localmente.

Apoyo frente a ayuda

Sin embargo, actualmente, el Trabajo Social continúa

interviniendo de una forma predominantemente asistencial, idea que inevitablemente lleva a configurar un sistema en el que una parte ayuda y la otra es ayudada. De esta forma, la persona queda en un segundo plano, relegada por la ayuda en sí y dejando paso a una recuperación profesional en lugar de una recuperación personal. Hablar de procesos de ayuda, en lugar de apoyo, en Trabajo Social perpetúa la intervención asistencialista que se supone dejamos atrás. Continúa situando a las personas en una situación de inferioridad y dependencia respecto del sistema al que tiene que acudir para dar respuesta a sus necesidades. Seguimos pensando en pedir y no en reclamar.

Todo ello supone que hablar de la Carta de Derechos y Deberes de las Personas con Enfermedad Mental sea una fábula ya que si no puedo decidir lo que yo quiero, no se están cumpliendo mis derechos.

Desde nuestra experiencia, sentimos que a las personas con problemas de salud mental no se las ha animado a opinar y participar, trabajar, formarse, relacionarse, formar una familia... y esto, a lo largo de los años, ha perfilado una serie de características, muchas veces, comunes a estas personas, a las que les cuesta dar su opinión y hacerse oír, reclamar sus derechos, sentirse útiles y capaces de afrontar nuevos proyectos y retos, tener iniciativa. Se las ha tratado y considerado como inferiores y se les ha hecho creer que realmente eran menos válidas. Y este estigma hacia las personas que sufren o han sufrido un trastorno mental se ha convertido en un autoestigma del que todas las personas somos responsables, también los/as trabajadores/as sociales, dado el papel que jugamos en el afrontamiento de los problemas y necesidades sociales.



La diferencia entre mujeres y hombres

Intentando ir un poco más allá, y con el objetivo de continuar en la lucha por la igualdad efectiva entre mujeres y hombres, no podemos dejar de ponernos las gafas moradas y aportar una perspectiva feminista en este análisis de la intervención del Trabajo Social en Salud Mental. Esta consideración, pasar por reconocer la doble discriminación que sufren las mujeres que padecen o han padecido un trastorno mental, como consecuencia de la enfermedad y por el hecho de ser mujeres. Es innegable que las desigualdades entre mujeres y hombres se siguen manteniendo y perpetuando en este sistema patriarcal en el que

vivimos, y el campo de la Salud Mental no es ajeno a esto.

El gran peso que la asignación de roles en función del género ejerce sobre las mujeres nos ha colado en una situación de mayor vulnerabilidad y desprotección con respecto a los hombres, a la hora de ponernos enfermas o de sufrir algún tipo de discapacidad. Somos doblemente cuestionadas si no podemos ejercer las funciones reproductivas y productivas que la construcción social nos ha asignado, y dejamos de ser útiles para una sociedad que únicamente nos ve como cuidadoras y madres.

La doble socialización que se ejerce sobre mujeres y hombres a lo largo de la vida nos ha enseñado a comportarnos de manera diferente, a sentir y afrontar las experiencias de manera diferente. Y es lógico, por tanto, pensar que mujeres y hombres no sufrimos los problemas de salud mental de la misma manera, y que el afrontamiento social de estos problemas debería pasar por la consideración del género de manera transversal.

Queda un largo camino que recorrer en nuestra lucha por un enfoque de derechos humanos con perspectiva de género en el abordaje de la Salud Mental, que rompa con los estereotipos y prejuicios que nos han acompañado a lo largo de toda la historia y acabe con la discriminación que sufrimos, a través del conocimiento y la integración.

Hierbabuena: Asociación para la Salud Mental, entidad sin ánimo de lucro formada y gestionada por y para personas con problemas de salud mental, es una organización que trabaja de forma diferente e innovadora, poniendo en el centro a las personas, e intentando ofrecer un espacio de participación que promueva la autonomía personal necesaria para avanzar en el camino de la recuperación.

eL escritofrénico DE RAUL VELASCO



Tomás L. Corominas
Sapiens Demens

Mente escrita, escritora, escribidora; mente que escribe, escritor de la mente, sobre la propia mente y sobre la ajena, sobre la escritura como locura y como medicina para el pensamiento; escritor escindido, esquizofrénico, etiquetado como tal... Recuerdo que cuando empecé a leer la novela -el ensayo novelado, el tratado- de Raúl enseguida me sentí identificado con esa cotidianeidad de Marcos, desde que sale de su internamiento forzoso, con la inquietud, al principio, de no saber por dónde tirar, ni cómo, ni si hay con quién, a medida que va transcurriendo su vida tras el huracán, pero aún sin la calma. Como tan bien tantos sabemos... Ese joven, Marcos, desorientado en proceso de reorientación sirve a Raúl como sólido vehículo en que trasladarnos su reflexión sobre los problemas de volverse loco y también sobre las respuestas que cada uno da o las soluciones que busca, sobre los encuentros y desencuentros de quienes hemos vivido situaciones así. Pero es al mismo tiempo reflexión sobre un mundo con cuyas enfermedades, al verlas hacerse carne en nosotros, ese mismo mundo nos nombra. En parte para desentenderse de nosotros pero, a la postre, de sí mismo.

Sobre ese paisaje yermo y ante tan contaminado paisaje, invadido por simplificaciones, culpabilizaciones, excusas cruzadas y, sobre todo, desbordante de ignorancia en todas sus formas posibles, subtitula Raúl su "Tratado sobre la curación de la psicosis" para dar donde sabe que más hay para dar. Cuando la mayoría de los supuestos expertos en esto aún no se plantean reflexionar dos segundos seguidos en tal osadía, plantear la propia idea de Psiquiatría ('curación del alma', según su etimología) parecería una utopía muy poco viable. Y sin embargo, precisamente al margen de la psicofarmacología oficial y sus orejas, cada día es más visible ese horizonte, cada vez más personas encontramos la escapada incluso después de haber acatado durante años la imposición inercial masiva 'por si acaso' de las camisas de fuerza químicas y sus efectos indeseados, aceptados resignadamente no sólo por la certeza falaz que la opinión cientifista del reduccionismo biológico ha instalado en nuestra cultura, también por nuestra propia ignorancia acerca de los derechos que nos asisten, incluido el de tomar nuestras propias decisiones en relación al tratamiento que debemos recibir. Teniendo en cuenta la fase pañalesca en que está todo esto, el verdadero trabajo

del médico o del equipo correspondiente —como el que forman para Marcos sus veteranos amigos Miguel e Inés— ha de consistir necesariamente en generar confianza y proporcionar simple información real sobre ensayos, errores y aciertos, opciones y posibles inconvenientes para que cada persona elija entre todas la o las que mejor se adapten a ella. No al revés. Sólo así se podrá encontrar el abordaje que desde el protagonismo de la propia vida se considere más oportuno pues, haciéndolo propio, se podrá seguir con claro convencimiento.

Para que despierte la responsabilidad que lleva a la libertad y poder tomar las riendas de la propia vida, nada tan valioso como un entorno que favorezca la autonomía e infunda esa imprescindible confianza. La esencia del loco es su estar solo, aislado de un mundo ciego a su mirada, incapaz de comprender y ponerse en su lugar. Se sea o no consciente, en la riqueza y en la pobreza, en la salud y en la enfermedad nada acerca y une tanto como las experiencias comunes, mejor cuanto más extremas y, también, cuanto más comunicables. Por eso ninguna herramienta, técnica o conocimiento tiene ni tendrá jamás la potencialidad del apoyo que proporcionan los que son como tú. Encontrar a otros suficientemente de tu lado, lo bastante semejantes para sentirte comprendido y comprender el sentir del otro es, por sí mismo, liberador.

Tenemos, tantísimos amigos y amigas semejantes, muchísimo existido, muchísimo que compartir y, poco a poco, la inmensa fortuna de poder contarlos, algunos con tanto acierto y alcance como Raúl. No sólo para anunciar que una vez más la Vida se supera, también para mostrar el orgullo de haber estado allí, para presumir por nosotros y por todas nuestras compañeras y compañeros. Por quienes con tanta prisa dejaron cadáveres bonitos tanto como por las actuales renqueantes, resistentes y también deleitantes que cada día mejor saben que es posible volver a vivir con tanta y mayor plenitud que toda la pérdida. Que también nuestro día llega. Y que no ha de estar lejos.



hablando claro

UNA INTRODUCCIÓN A LOS FÁRMACOS PSIQUIÁTRICOS.

JOANNA MONCRIEFF



**Margarita
López Carrillo**

En la actualidad, prácticamente toda la atención a la salud mental desde la psiquiatría es farmacológica. Además, la consideración de enfermedad mental ha ido ampliándose, en las últimas décadas, hasta abarcar una gran cantidad de estados anímicos de las personas y reacciones ante las circunstancias de su vida que antes nunca hubieran sido consideradas patológicas o ni siquiera trastornos.

Por ejemplo, antes de la década de los 50, con la aparición de los denominados antidepresivos, la depresión era considerada un trastorno grave pero raro, sin embargo, desde entonces, este diagnóstico se fue extendiendo progresivamente hasta 1988 en que, con la salida de Prozac al mercado, se disparó. Lo mismo ha ocurrido con los diagnósticos de lo que se consideran enfermedades mentales graves que han experimentado un espectacular aumento en las últimas décadas, tras la aparición de los Antipsicóticos, Relajantes, Estabilizadores del ánimo, etc. ¿Cómo hemos llegado a esta situación?

El primer paso, es el hecho de que la psiquiatría occidental, desde su inicio, considera los trastornos del comportamiento, y el sufrimiento emocional asociado, como problemas biológicos abordables por la medicina, como lo son puedan ser el cáncer o la diabetes. Se trataría de una anomalía en el funcionamiento de un órgano, el cerebro en este caso. Y poco a poco, en las últimas décadas ha ido cuajando la idea de que este mal funcionamiento cerebral se concreta en un mal funcionamiento químico. Y puesto que los fármacos psiquiátricos alteran la química cerebral, se ha querido pensar que el efecto que hacen sobre el cerebro de los pacientes es el de permitir recuperar a éste el equilibrio químico perdido, modificándose paulatinamente la concepción anterior que veía a este tipo de fármacos simplemente como inductores de estados mentales toscos pero útiles de sedación y apatía.

La autora plantea, por un lado, que la idea de que la enfermedad mental es un trastorno químico es algo muy lejos de haber sido demostrado, que no pasa de ser una hipótesis que la investigación no ha logrado confirmar hasta ahora y, por otro, que la pretendida capacidad de restablecer el funcionamiento cerebral sano de los psicofármacos es sencillamente falsa. Es una idea que se ha ido extendiendo con el beneplácito de la industria y la más o menos activa complicidad de los psiquiatras, y con la ayuda del nombre de los fármacos: el hecho de denominarlos Antidepresivos o Antipsicóticos sugiere que



su efecto es curativo.

Esta concepción del funcionamiento de los fármacos psiquiátricos se encuadra en lo que la autora llama el Modelo Centrado en la Enfermedad, que es el que impera en el resto de la medicina, según el cual, a un trastorno, que puede ser identificado, cuantificado y medido, se le puede administrar un fármaco que revierte total o parcialmente un segmento del proceso biológico que esté produciendo los síntomas de la enfermedad. Puesto que el origen de los trastornos psiquiátricos no ha sido identificado (aunque se deje creer lo contrario) y no se pueden, por tanto medir ni cuantificar, la autora propone, en contraposición, abordar el estudio de los efectos de estos fármacos bajo el prisma del Modelo Centrado en el Fármaco, el cual observa los fármacos psiquiátricos como lo que son, sustancias psicoactivas (como las drogas ilegales o el alcohol) que inducen estados alterados en el cerebro, lo cual en ocasiones puede ser de interés terapéutico pero en muchas otras no. Este enfoque permite admitir también que estos fármacos producen una intoxicación y por tanto su uso puede ser dañino a corto o largo plazo, y también que por sí solos producen síntomas. Con el modelo centrado en la enfermedad, que da por supuesto que el fármaco restablece el buen funcionamiento cerebral, todos los reacciones indeseadas se atribuyen a la enfermedad, pero el modelo centrado en el fármaco obliga a plantearse la conveniencia de usarlos o no teniendo en cuenta sus efectos adversos, sopesando los pros y los contras en cada caso (persona) y en cada momento de cada caso.

Este es el planteamiento básico que desarrolla el libro de Joanna Moncrieff. Desde esta perspectiva que aporta el modelo centrado en el fármaco, analiza en profundidad, en los distintos capítulos, lo que realmente se sabe actualmente del funcionamiento de los antidepresivos, los neurolepticos, el litio, etc., su mecanismo de acción, los estados que inducen, los efectos derivados de su consumo prolongado...

Al final del libro aporta varios apéndices sumamente útiles, incluido un decálogo de recomendaciones para pacientes y profesionales basado fundamentalmente en el derecho a la información veraz que permita la toma de decisiones compartidas.

Los bucles de La mandrágora (LA RAÍZ QUE GRITA)



... ESPERAMOS VUESTRAS VOCES:
buclesfeminista@riseup.net

Venidas de muchos lugares y aterrizadas en la ciudad-desorden de Barcelona, unas cuantas desequilibradas nos hemos encontrado y hemos decidido emprender un viaje juntas bajo el nombre de Las Bucles (*Boges Ultravioletes Conspirant Lluites Excèntriques per Sobreviure*).

Somos un colectivo recién nacido que empieza a caminar con muchas preguntas, dudas e inquietudes, y que pretende reflexionar en torno a la "salud mental", a las prácticas antipsiquiátricas y a los feminismos.

"Bucles" rinde homenaje a la palabra-concepto "cómplice" que cotidianamente utilizamos entre nosotras para nombrar esos estados de no-retorno, de pensamiento repetitivo y obsesivo, todas aquellas emociones que siempre vuelven, ya sea a raíz de un conflicto personal o político, de unas vivencias corporales incómodas, o de un malestar indefinido y cíclico.

Creamos y creemos en este espacio como lugar desde el que poder politizar el malestar, a partir de relaciones basadas en la afinidad, la confianza y la seguridad. Partimos de la necesidad de socializar, compartir y crear colectivamente estrategias y herramientas para gestionar el dolor, el sufrimiento, los miedos, los bloqueos con los que vivimos cotidianamente y para los que no solemos encontrar

espacios habitables. En relación a esto, nos resulta fundamental cuestionar la normatividad imperante y el hiperproductivismo de muchas de las dinámicas militantes de las que venimos, y poner sobre la mesa las lógicas de los cuidados, es decir, cómo nos acompañamos y cuidamos desde nuestros propios límites y los de la comunidad.

Queremos indagar desde las experiencias personales acerca de cuáles son las relaciones que se dan entre la psicopatologización y la construcción social del género, considerando la psicologización otro mecanismo/dispositivo de control de la vida cotidiana. A partir de una crítica a la industria psicofarmacológica, nos interesa explorar en torno al fármacopoder y su relación con nuestros cuerpos y subjetividades. Descuartizaremos los imaginarios que nos introyectan a modo de corsés asfixiantes, mercantilizando nuestra propia experiencia dolorosa en términos utilitarios que responden a una lógica líquida y consumista.

Por todo ello, sentimos la necesidad de seguir recuperando las genealogías feministas de la locura, para constituirnos y visibilizar a nuestrxs hermanxs lokxs a través de sus vidas, historias, luchas, gritos, balbuceos, murmullos... incallables por la

tecnología psiquiátrica. Y como la mandrágora gritamos: ¡¡jos hacemos caso y no os convertimos en caso!! En definitiva: aspiramos a autonombrarnos como grupo de autodefensa feminista antipsiquiátrica.

Y, como chispa de arranque que encienda y sea motor de todas estas inquietudes anteriormente verborreadas, aprovechamos este espacio de publicidad para anunciaros con entusiasmo nuestro próximo proyectil "Mandrágora", una publicación donde expresar todos estos delirios y muchos más, a través de la escritura, la poesía, los gritos, el dibujo, o ninguna de ellas, o un conjunto de todas... Buscamos entrelazar nuestras experiencias cotidianas, personales y colectivas, de cómo nos sentimos locas en este sistema heteropatriarcal y capitalista, cómo nos salva y mata nuestra condición feminista, y narrar así el malestar a través de nuestras realidades en los espacios colectivos o de militancia, cuestionando "el origen" de la enfermedad, el binomio sanx-enfermx, la violencia de la normalización sobre nuestras vidas y nuestros cuerpos, que determinaría quién entra y quién queda fuera de lo socialmente adecuado, adaptado, razonable, "normal"...

EXTRACTO DE LA DECLARACIÓN DE ATOCHA

MOVIMIENTO EN DEFENSA DE LA ATENCIÓN PÚBLICA A LA SALUD MENTAL

Quienes suscribimos estas valoraciones y propuestas somos ciudadanos/as conscientes de los derechos de las personas y de las obligaciones de los poderes públicos, somos concededores/as cualificados/as de lo que está ocurriendo en nuestro ámbito de actividad sanitaria, nos sabemos responsables de nuestras acciones y omisiones asistenciales, somos profesionales de la salud mental que hemos vivido, y junto con muchos otros protagonizado cambios de progreso que se plasmaron en los principios que inspiraron el Informe de la Reforma Psiquiátrica desde el último inicio de la construcción democrática y contra la resistencia de algunos contemporáneos. Dichos cambios han traído la atención a las personas con trastornos y problemas mentales hasta niveles de respeto muy superiores al existente en un pasado que muchos recordamos con nitidez.

DENUNCIAN:

Se vulneran los derechos de los ciudadanos/as
Se oculta información
Se carece de dirección, de capacidad de gestión y de una estrategia de salud mental
Se impide la participación en el funcionamiento y gobierno Sanitarios
Se empobrece y limita la respuesta asistencial
Se descuidan los instrumentos de seguimiento de la formación de las especialidades de SM en los servicios de SM acreditados para tal fin (Unidades Docentes Acreditadas, UDAs).
Se potencia la estigmatización y la marginación
Se establecen discriminaciones diagnósticas y terapéuticas
Se anuncia el reforzamiento de las medidas de coerción mientras se reducen las acciones orientadas a la reinserción social.

PROPONEN:

Ha de reafirmarse el carácter público de todos los bienes y servicios sanitarios, tanto en su titularidad como en su gestión.

La atención a la salud mental ha de regirse por los principios de universalidad, equidad, eficiencia, solidaridad y normalización.

En la atención a la salud mental ha de revitalizarse la comprensión multidimensional, la respuesta multiprofesional, la orientación asistencial comunitaria, la continuidad de cuidados, la atención y apoyo en el ámbito domiciliario, y el trabajo psicosocial de prevención.

La organización y funcionamiento de los servicios de atención a la salud mental en todos los niveles ha de ser participativa, transparente, y potenciadora de la participación Priorizando el desarrollo e implantación de recursos para la respuesta a las necesidades de las personas con trastorno mental grave

No se ha de consentir ningún retroceso en la igualdad de trato legal a las personas.

Es necesario reforzar y apoyar el movimiento asociativo de usuarios/as y familias

Texto completo en: <http://declaraciondeatocha.wordpress.com/>

Suscríbete al MyS
para que podamos
continuar

www.mys.matriz.net
También síguenos
en facebook
[www.facebook.com/pages/
Revista-MYS/](http://www.facebook.com/pages/Revista-MYS/)
y clicla "me gusta"



...Y PARA
PASAR UN BUEN
VERANO YA
SABES...
REGALA SALUD
A QUIENES
MÁS QUIERAS...

MyS MUJERES
Y SALUD

Vale Regalo por la suscripción de un año
(2 números) a la revista MyS.

- > Haz un ingreso de 15€ en la cc de CAPS: 2100-0781-49-0200081043
- > Mándanos un mensaje a mys@pangea.org con los datos de la persona a quien se la regalas.

Con la colaboración de:

