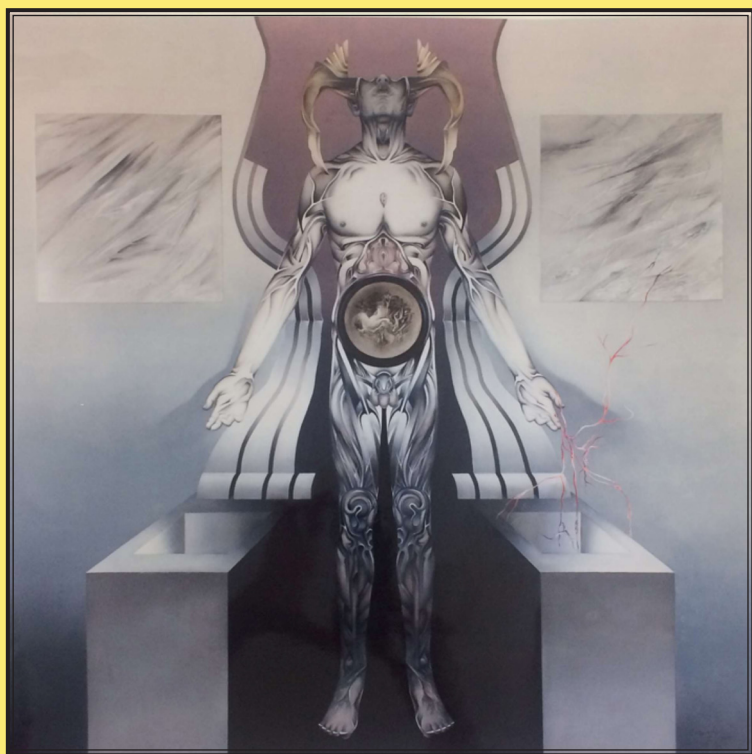


BEGOÑA BEVIÁ FEBRER y LAURA MARTÍN LÓPEZ-ANDRADE
(Coords.)

PONENCIA EN ESPEJO. CLINICA Y ASISTENCIA



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
AEN DIGITAL

**PONENCIA EN ESPEJO.
CLINICA Y ASISTENCIA**

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
AEN DIGITAL / 4

COORDINADORAS:
BEGOÑA BEVIÁ FEBRER y LAURA MARTÍN LÓPEZ-ANDRADE

**PONENCIA EN ESPEJO.
CLINICA Y ASISTENCIA**

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
MADRID
2018

Ilustración de portada: Daniel Escolano, Arte y resurrección.

«El arte pertenece a toda la humanidad... Lo pinto para el universo completo».

«En esta obra aparece la figura de José, uno de los hijos del Rey Jacob que interpretaba los sueños. No tiene ojos, como si lo ojos fueran el universo entero. Aparece un hueso o cuerno que le da una potestad espiritual enorme... Hay como dos recintos, uno donde están los elementos vacíos y otro donde está la vida, por eso en un lado salen del dedo las venas, porque aquí está la parte de la vida. La vida y la muerte. El cuadro nos habla también de que es imposible la muerte, porque siempre hay un lugar de vida...».

Por deseo del autor, citamos a continuación personas con malestar psíquico que han destacado en diferentes campos: John Nash (Premio Nobel de Economía), Vincent Van Gogh (pintor), Leopoldo Panero (poeta), Wolfgang Amadeus Mozart (músico), Albert Einstein (Premio Nobel de Física), Isaac Newton (físico), Carrie Fisher (actriz).

Edición: Asociación Española de Neuropsiquiatría
Magallanes, 1, Sótano 2, Local 4.
28015 Madrid, España.
Tel. 636725599. Fax 918473182.
ISBN: 978-84-95287-86-1.

Maquetación: Gráficas Marí Montañana
Av. Blasco Ibáñez, 22. 46132 Almàssera (Valencia)



*No intentes ser profundo
si no tienes un vacío.*

Pedradas.

Índice

Índice de autores	7
Prólogo	10
CAP. 1.- CLÍNICA	15
A.- Alucinación y delirio	15
B.- Tristeza	44
C.- Angustia	61
D.- Los "Trastornos Mentales Graves" (TMG)	71
Las psicosis	71
Los trastornos límites	82
CAP. 2.- ASISTENCIA	87
A.- Dispositivos asistenciales	87
B.- Medidas terapéuticas y sociales	108
Anexo I	126
Anexo II	130

1. Avelino
2. Anónimo
3. Anónimo
4. Anónimo
5. José
6. Vicente
7. Inma
8. Rebeca
9. Carlos
10. Ignacio
11. Pepi
12. Elisa Isabel
13. Amalia
14. Angel
15. Daniel
16. Ute
17. M^a José
18. Ignacio
19. Angel Manuel
20. Eli
21. Alvaro
Omar
22. Cutillas
Juanico
Johne
23. César
Francisco
24. Chicet
Lucas
Debicki
25. Rafael
Juan
Mamadou

26. Jorge

**José Antonio
Carlos**

27. Jonathan**28. Doctora House****29. Doctor X****30. Marta**

En primer lugar ni esto es un espejo, ni esto una ponencia, ni esto una ponencia en espejo.

31. Guillermo Pastor Sobrino. Asociación Caleidoscopio Valladolid. Experto en primera persona del malestar psíquico. Títulos en Integración social y auxiliar de enfermería. Miembro de fuera de la jaula. Ex paciente CIC.

Desem-pastillado, superviviente del sistema institucionalizador y alienante de esta sociedad... Conceptos que se dan más aún en lo que a psiquiatría corresponde. Experto en primera persona (7 ingresos en unidades de agudos con más de tres meses de privación de libertad no continuados). Conejillo de indias al servicio de profesionales conejillos de indias con zyprexa, seroquel, depaquine, risperdal, haloperidol, invega... Midiendo los límites de la cronicidad (el infinito tiene su fin).

32. Aurelio**33. Christian****34. Carlos****35. Fina****36. Grupo de trabajo contra el Estigma****37. Physicoach. Portavoz de Obertament y Vocal territorial de ActivaMent Catalunya Central.**

Nos falta mucho por recorrer, pero no podemos desfallecer, puesto que las personas mal que nos pese, trastornos mentales cada día irán a más. Faltan recursos de todo tipo, económicos, humanos, estructuras. Pero las asociaciones, no podemos ir en contra de los profesionales, si no que hemos de sumar esfuerzos para intentar en lo que sea posible mejorar el día a día del ciudadano con estos problemas.

38. Ricardo. Socio de Activament

Gracias por pedir la opinión.

39. Kike López. Asociación Caleidoscopio**40. Alfonso Rodríguez Sapiña.**

La brutalidad de la psiquiatría sólo desaparecerá si los profesionales, todos, adquieren una sensibilidad especial hacia el colectivo de los "psicodolientes" - o como se nos quiera llamar-. No sólo cuando se adquieran nuevos conocimientos.

Esta sensibilidad especial no es otra cosa que la "vocación".

41. Anónimo

42. Basi Jorquera

ME PARECE COJONUDO QUE DESDE UNA ASOCIACIÓN CON TANTO RENOMBRE EN ESTE MUNDILLO DE LA SALUD MENTAL COMO LA AEN SE INTERESE DE VERDAD POR CÓMO VIVIMOS LOS IMPLICADOS NUESTRA ENFERMEDAD. QUE CUENTEN CON NOSOTROS Y SE INTERESEN POR NUESTRO DISCURSO. PORQUE A LA MESA LE FALTABA UNA PATA Y ERA, YO CREO QUE LA MÁS IMPORTANTE, LA NUESTRA.

GRACIAS POR PERMITIRME, POR PERMITIRNOS DAR NUESTRA OPINIÓN QUE PIENSO QUE ES MÁS QUE ESO PORQUE ES EN REALIDAD NUESTRA VIVENCIA, LO QUE NOS HA MARCADO NUESTRA EXISTENCIA, A NOSOTROS Y EN LA MAYORÍA DE LAS OCASIONES A NUESTRAS FAMILIAS.

HABRÁ TANTAS OPINIONES COMO PSICODOLIENTES Y TANTAS VIVENCIAS COMO PERSONAS PERO TODAS SON IMPORTANTES Y TODAS SERVIRÁN PARA REALIZAR VUESTRO TRABAJO.

GRACIAS.

43. Isabel Cabrera Lago. Junta Directiva ASCASAM (Cantabria) y miembro del comité Pro-Salud Mental en Primera Persona (Confederación Salud Mental España).

He decidido describir, explicar, detallar todo lo que pasó por mi cabecita cuando estaba enferma. Y hacerlo contrastando el mundo en el que me hallaba inmersa, con el real; con lo que recuerdo que sucedió a mi alrededor —el mundo de la gente que no pasa por esto—, cuando los brotes tuvieron lugar. Es la tónica que pretendo seguir en este formulario. No encuentro manera mejor de hacerlo.

Hay, no obstante, más de lo descrito aquí...

Doy las gracias por haber planificado una ponencia de estas características.

44. Josechu**45. María Isabel García Peña. Representante de Fedefes País Vasco en el Comité Pro Salud Mental en Primera Persona de la Confederación Salud Mental España.****46. María Alonso Voto**

Que siga habiendo dinero para el sector. Quiero más profesionales y más lugares. Hasta que haya una persona con una enfermedad mental, hay que seguir luchando para que haya cero personas.

47. Montserrat Manresa Boixet. Obertament i Activament Catalunya Associació.**48. Pedradas. Asociación Caleidoscopio, Valladolid.****49. Anónimo****50. Basilio. Asociación Salud Mental, Ceuta.****51. Jorge Daniel Castilla Morchón. Associació ment o salut, La Muralla de Tarragona. Club social, La Muralla de Tarragona.**

Me parece muy buen cuestionario y muy necesario. Espero que no sea el último en hacerse y que se publiquen los datos libremente para que todos el mundo sepa que se piensa de la salud mental en Catalunya. Gracias.

PRÓLOGO

Intención

Esto es una Ponencia de la AEN. Pero es una *Ponencia en espejo*. Es la reunión de las experiencias de muchas personas acerca de lo que llamamos «psicopatología», «tratamientos» o «dispositivos». Son las respuestas de los que reciben atención clínica y que utilizan nuestras redes de salud mental.

Tradicionalmente, los socios de la AEN seleccionan tres Ponencias que serán desarrolladas en el periodo que discurre entre sus Congresos Nacionales. Textos que siempre han sido elaborados por socios. Es decir, por profesionales de la salud mental.

En el XXVI Congreso Nacional de la AEN, celebrado en 2015 en Valencia, propusimos que fueran personas con experiencia en malestar psíquico las que dieran cuenta de sus conocimientos a través de este formato. Planteamiento que fue calurosamente aplaudido por la mayoría de miembros de la Asociación. Esta iniciativa respondía a la intención, cada vez más extendida entre los que trabajamos con la locura, de demostrar que el Saber no reside en los que teorizamos sobre ella, sino en aquellos que la experimentan.

En 1911, Sigmund Freud escribió en *El caso Schreber*, que «el delirio es en realidad la tentativa de curación, la reconstrucción»¹ del sujeto. Esta afirmación supuso, según sus propias palabras, «el golpe más atrevido contra la psiquiatría»². Tanto que, desde entonces, todo profesional de la salud mental debe definirse respecto al síntoma, pues su enfoque clínico

¹ S. FREUD, «Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia», *Obras Completas, T. IV*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1972, p. 1.522.

² S. FREUD, C. JUNG, *Correspondencia*, Madrid, Taurus, 1978, p. 440.

y asistencial variará radicalmente si lo considera un trastorno a eliminar o una defensa a respetar.

Han pasado más de doscientos años y aún podemos distinguarnos según este baremo. Por un lado, queda la posición de la Salud Mental mayoritaria, que considera la locura como una alteración de la normalidad subsidiaria de ser reparada. Algo que acontece —por causas biológicas aún por determinar— sobre un individuo doliente, que pasará de inmediato a ser diagnosticado, tratado y psicoeducado bajo el supuesto de que se trata de un *enfermo mental*. Por otro, queda la consideración de los profesionales que entendemos que el malestar psíquico es una experiencia de la subjetividad, legítima y libre, que acontece en una persona singular y única. Esta *clínica de la resistencia* se aleja del concepto médico de enfermedad. Define al sujeto desde la responsabilidad subjetiva. Desde una posición activa respecto a su síntoma que le permitirá trazar la línea a partir de la cual sufre y requiere algún tipo de intervención. Es la que intentamos impulsar con este texto.

En este orden de cosas, entendemos que la clínica y la asistencia se organizan de una forma diametralmente opuesta según una u otra consideración del síntoma. Bajo la premisa de que hay una enfermedad que descubrir y reparar, ondean las banderas del poder psiquiátrico, del etiquetado diagnóstico, las unidades específicas y la vulneración de derechos. Son el testimonio, en definitiva, de que el profesional *sabe* sobre la experiencia del otro. En el territorio opuesto estamos los que abogamos por abandonar los diagnósticos para acercarnos a la subjetividad, declinar nuestra posición de saber y poder, posicionarnos como herramientas a disposición de las personas y establecer alianzas en la defensa de su libertad.

Esta Ponencia en espejo es un intento de llevar a cabo esta labor. Una tentativa de demostrar que no existen dos experiencias iguales del malestar, por lo que los profesionales debemos renunciar a ese supuesto derecho a nombrar y organizar el sufrimiento de las personas.

Método

Para elaborar este texto redactamos dos documentos. Uno, para explicar brevemente en qué consiste nuestra Asociación, el ideario que

impulsaba esta Ponencia y la intención de elaborar una publicación que se presentaría en el XXVII Congreso Estatal del 2018, en Córdoba – Anexo I–. El segundo era un formulario sencillo dividido en tres partes –clínica, asistencia y datos personales–, que podía ser contestado por escrito o digitalmente, y que constituye el armazón de este trabajo – Anexo II–.

Realizamos un primer envío a varios colectivos. Entre ellos, la Confederación Salud Mental España –dirigido al grupo «en primera persona»–, la Asociación Caleidoscopio, la Fundación Veus, Activament, Flipas GAM o la Asociación Hierbabuena. También lo remitimos a algunos dispositivos de distintas redes de salud mental, psiquiátricos penitenciarios y personas con malestar psíquico que no participaban de ninguna asociación, animando a hacer difusión *en bola de nieve* entre conocidos que desearan contribuir a la ponencia. Más tarde, se hicieron dos envíos a modo de recordatorio.

Resultados

Se han obtenido 51 formularios con un total de 64 participantes, (algunos formularios han sido cumplimentados por más de una persona). En 26 sólo se respondió a la sección clínica.

Procedencia Participantes	n
Centros de día	20
Centros de Rehabilitación	8
Asociaciones	11
Psiquiátricos Penitenciarios	12
Título individual	13

En este texto se han recogido rigurosamente las respuestas de los participantes. Transcribimos rigurosamente la forma de expresar sus experiencias. También hemos sido fieles al modo en que se han escrito,

tanto respecto a la puntuación de las frases o al uso de mayúsculas, como a la organización de los párrafos. Además, se ha respetado el hecho de que muchos de los apartados no han sido cumplimentados por la mayoría de los autores.

Las coordinadoras de esta publicación sólo hemos añadido, al comienzo de cada sección, las definiciones de los distintos conceptos a los que se refería el cuestionario. El lector notará que muchos cuentan con dos formas de definirse. La primera, recogida del texto *Kaplan&Sadock*, un libro de referencia de la Psiquiatría actual afín a las clasificaciones internacionales. La segunda, del *Manual de Psicopatología* editado desde nuestra Asociación, que se sustenta en una visión subjetivista del malestar psíquico. Con ello se pretende dar cuenta de la dualidad del discurso psiquiátrico a la que nos referíamos al comienzo de este prólogo.

Palabras finales

Para terminar, y sin ánimo de influir en lectura del texto, las que firmamos esta compilación queremos transmitir al lector algunas de nuestras impresiones.

La primera, la decepción por no haber tenido una mayor respuesta al cuestionario. Sorprende, y más por el auge que estamos viviendo en los últimos años de los movimientos reivindicativos *en primera persona*. Puede que el cuestionario fuera demasiado largo, no se difundiera adecuadamente o se tratara de experiencias tan personales que resultara complicado transmitir las. Sin embargo, esperamos que esta primera publicación actúe como revulsivo y permita una reedición más completa y enriquecida.

La segunda, la constatación, al recoger las respuestas, de lo ridículo que puede llegar a ser nuestra labor asistencial. Vergüenza que muchos sentimos en nuestro trabajo diario pero que tratamos de oscurecer para mantener nuestro lugar privilegiado en la labor clínica. Leer tantas formas de narrar la tristeza, descubrir la satisfacción de *estar loco* o constatar que los psiquiatras echan mano enseguida de «la pastilla», nos debe llevar a reflexionar sobre lo que hacemos y a aprender de los modos de *curarse* que tienen los sujetos.

Y, por último, el desconsuelo de contrastar respuestas frescas, únicas y cargadas de experiencia personal, con otras significativamente salpicadas por el lenguaje institucional y las tácticas normalizadoras de los profesionales. Por suerte, muchos autores de esta ponencia han podido demostrar, aún habiendo sido víctimas de la *psicoeducación*, su resistencia a ser encorsetados a través de escondidos giros en sus explicaciones. Referencias que invitamos al lector a subrayar como si de una pequeña victoria se tratara.

Sin embargo, y a pesar de la decepción, la vergüenza y desconsuelo que señalamos en estas impresiones, nos sentimos muy satisfechas con el resultado de este texto. Pensamos que con este escrito se confirma la lucha quijotesca de muchos profesionales de la salud mental. Una batalla contra gigantes que privan a las personas de su identidad transformándolas en enfermos. Un combate que siempre nos parece perdido, pero que podemos ganar si lo libramos con rigurosidad, lo impulsamos con nuestro trabajo y lo dirigimos hacia la libertad.

1. CLÍNICA.

A.- Alucinación y delirio

Las alucinaciones son alteraciones de la percepción. Son percepciones en ausencia de estímulos que las justifiquen. Los delirios son ideas falsas y fijas no compartidas por los demás y se dividen en extraños y no extraños (los no extraños se refieren a contenidos del pensamiento que no son ciertos, pero no quedan fuera de lo posible).¹

El delirio es una narración íntima y reparadora del sujeto psicótico. Es un conjunto de ideas que, en su inicio, son autorreferidas, de perjuicio y se acompañan de la impresión de sentirse elegido. El delirio es la emergencia de un saber nuevo. Una revelación de certeza irrefutable, pues sirve de sostén de la identidad donde la angustia domina porque el lenguaje no sirve. La alucinación tiene el mismo origen y función que el delirio. Es su componente imaginario. No es un fenómeno sensorio-perceptivo, sino el efecto de un delirio sentido, en lugar de pensado.²

¿Qué es la alucinación? ¿Y el delirio?
¿Cómo se viven? ¿Qué explicaciones les das?

Alucinación: a veces veo imaginaciones.

Delirio: a veces veía a los pies de cama. Y era un delirio porque mi padre está muerto.

El delirio vence. Es imposible de controlar.(3)

¹ Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. 11ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer, 2015; p. 202.

² Martín L, Colina F. Manual de Psicopatología. Colección Libros de Cabecera. Madrid: AEN, 2018. (en prensa).

La alucinación es vivir cosas o espejismos que no existen. Ver a Dios cuando nadie lo ve. Hay momentos en que existe, y luego puede salir otro nuevo.

En el trastorno bipolar, existen con bastante frecuencia. Muchas veces, en las hojas en las que nos explican en qué consiste tu enfermedad, se equivocan, porque la alucinación no siempre ocurre, ya que es real. Algunas de ellas.

El delirio se trata de una rapidez poco frecuente en los actos, procurando actos en los que se puede controlar la realidad, ya que en el cerebro se mueven los pensamientos con velocidad y se cae en una falta de control enfermizo. Todo hace que todo sea visto por mí y que toda la razón la tengo yo. Y si llega a ser muy fuerte, se necesita una alucinación.(4)

De repente, digamos que estás así mirando, y te quedas en blanco. Y lo pasas muy mal. Estás con una persona y, de repente mirándola, te quedas quieto y te caes al suelo.

Se viven muy mal y siempre estás como si fueran barbaridades.(5)

Surgen sin darse cuenta.

Por ejemplo, que me leen la mente, me observan los que salen en televisión. La gente sabe todo de mi vida.(6)

Yo tuve alucinaciones de pequeña y se pasa mal.

Es cuando tu ves algo que tú ves y no es casual.

No sé por qué ocurren.(7)

Alucinación: no lo sé. Pienso que es una recaída de la esquizofrenia. No dormir por la noche nada. Estar muy nerviosa, violenta con la familia, ingresar en el XXXX para un respiro familiar.

Delirio: no lo sé. Creo que es estar mal con la familia. No poder convivir bien. Y dar muchas gracias a que el psiquiatra me vea en el centro de salud mental.

No sé cómo se viven. No les doy explicación. Cuando estoy nerviosa mis padres me llevan al psiquiatra o llaman al 112 demasiado.(8)

La alucinación es escuchar voces que yo creo que son reales a causa de mi enfermedad, pero que las voces no son reales.(9)

La alucinación es un pensamiento relacionado con el problema. El delirio, un sufrimiento.

Son explicaciones pertinentes. (10)

Las alucinaciones son imágenes de cosas irreales. Yo las llamo imaginaciones. El delirio es síntoma de locura. (13)

La alucinación, simplemente, es nada. Pero es curioso que es tan real que te desesperas contando lo que tú has sentido o pensado o visto. Y, a última hora, ya no tienes ni encuentras argumentos para defender tu verdad.

Hay veces que la considero un capricho de la imaginación que, cuando está saturada de pensamientos o hechos reales o irreales, sucede que en la mente acontece un vacío de esa necesidad de construir cosas particularmente fáciles de construir y de hallar respuestas fáciles de explicar.

Pero, para mí, en esencia, no es más que un capricho de la imaginación. En eso consiste principalmente.

El delirio, para mí, es (yo) locura y también consiste en la búsqueda de uno consigo mismo. Pero también considero que estoy loco, sólo a veces, lo cual es sano, quizás cuando estoy presionado por las circunstancias y los problemas.

El delirio consiste en la determinación de dejarse llevar por el sentido común, que es la clave de la razón y la lógica.

Sensaciones que provocan: aprendizaje y valor para crecer tanto espiritualmente como física y en tu inteligencia emocional particularmente.

¿Qué te quitan? Nada. Sólo te aportan dolor y expectativas/bienestar después del dolor y el sufrimiento.

En esencia, son, en cierto sentido, un bienestar. Falso y engañoso bienestar. O, más bien, un bienestar relativo a la vida.

Por más que lo pienso sólo puedo decir que el delirio y la alucinación son de naturaleza confusa.(19)

Alucinaciones y delirios son efectos que provienen del cerebro y pensamientos. Una fase por la cual se expresa, en realidad o imaginativamente, uno o varios sufrimientos y cosas imposibles.

Pueden ser mentales, físicos o trastornos.

En la mente, entran con gases de todas las formas. Puede ser uno muy fuerte o uno pasivo, o algo muy parecido a la propia mente no existente.

Con ellos tratas de engañar a la propia mente.(21)

La alucinación es una distorsión de la realidad en una persona. Es delirio cuando tiene doble personalidad.

Se pueden vivir de buen rollo o con malestar.(23)

Te dan poder, temor, alegrías y, probablemente, recaídas.
Surgen por las drogas y por la ausencia familiar.(24)

Son cosas que vemos y escuchamos, pero que realmente no existen. Cuando tienes un brote psicótico en el sistema nervioso central.

Provocan miedo, estrés, depresión y generan comportamientos negativos.

Surgen la mayoría por las drogas, pero también por una mala infancia, pérdida de un familiar...(25)

Una alucinación es una serie de cosas que pasan por nuestra cabeza, como ver cosas o sentir voces, siendo irreales.

Con el delirio puedes llegar a pensar que eres *Superman*. También puedes pensar que es realidad.

Todas me dan ilusión, poder, temor y mucha alegría. Son sensaciones que provocan placer y poder.

Creo que ocurren porque las neuronas se atrofian porque son imaginables.
(26)

Las alucinaciones son, para mí, ideas recurrentes, pensamientos o sentimientos que invaden a la persona y no la dejan avanzar como ser humano.

El delirio representa cuando estás saturado de información y no logras organizarla en tu cabeza. Ahí surge el mismo delirio (querer alcanzar un objetivo y no lograrlo).

Ambos me dan novedad. Me restan en eficacia y objetividad. Provocan malestar, confusión, creatividad, mareo, náuseas, angustia, soñar despierto, desorden...

Creo que se trata de una realidad paralela a la convencional.

Surge por el estrés, la sobrecarga de información y los traumas anteriores, con el fin de organizar la información infligida como si fuera un sueño, pero despierto.

Aumentan si los demás se oponen frontalmente a ellos y disminuyen con el diálogo y la comprensión por parte de las personas calificadas para ello. (27)

Alucinación es una visión falsa, producida por el cerebro. Delirio es pensar razonadamente, pero de forma falsa e incorrecta.

A mí no me aportan nada bueno. Cuando estoy con delirios es mejor desconectar con música. A veces es mejor quedarte en casa para que estos auto-

matismos no se queden. En mi casa los delirios no son peligrosos, aunque sí absurdos. En ella, simplemente los dejo estar.

El calor es un factor clave en su evolución.(29)

La alucinación es un estado de delirio, pero el delirio no es una alucinación. Es decir, el delirio es un estado de conciencia hacia la huida o hacia el estado de gritar cariño.

En ocasiones decimos que queremos estar con los padres y en ocasiones, no. Como una persona «NORMAL».

Los delirios es plural. Pueden significar alegría o sufrimiento.

Surgen:

- trauma,
- problemas con gente mala,
- por tener demasiada bondad o ser demasiado bueno/a,
- complicidad,
- complejidad.(30)

¡¡¡Pero tú estás mal!!! ¿Eres tonto? ¡Estás loco?! ¡Estás fatal! ¡Alucinas! Definitivamente tu deliras... ¡No me lo creo!

Léanse todas estas expresiones con la mejor acentuación y vocalización posible. Con el timbre más serio y el tono adecuado tienen un significado. En un tono de sarcasmo, ironía o exageración también podrían entrar, pero obviamente nadie se ha imaginado una escena en la que un ser querido haga un regalo de unas vacaciones con vuelos y hoteles pagados por ejemplo.

Delirio y alucinación son sinónimos.

El ejemplo sencillo que se me viene a la cabeza es un *roll-playing* de relajación. Respirar... imaginar ese lugar... esa paz... ese campo...esos ríos... ese árbol... coger ese limón... y salivar... ¿Alucinación, delirio o imaginación? ¡Me da igual! ¿Pero hasta que punto y dependiendo de qué experiencias y educación/cultura tengas puede eso extrapolarse del «gusto» (reacciones de nuestro aparato digestivo), al resto de nuestros sentidos?

Se pueden dar por separado o de forma conjunta; es decir, una persona puede ver y oír a otra persona.

A poco que a estas alturas de vuestra vida sepáis empatizar un poco... ¿Sabes ya que las creencias esas de las que habla «el delirio» son verdaderas para la persona, no?

Adapto la frase de un paciente, muy citada: «Mejor creerse dios que sentirse NADIE». Yo no he llegado tan arriba, no he sentido tener en mis manos «la creación» pero sí la capacidad de crear. ¿Y quién no? Pero de crear algo nuevo y ambicioso, el problema es que su origen surge de la soledad, la angustia y de una fuga de ideas delirantes... para otros brillantes. Esa frase en ciertas etapas de mi vida también me definía (a pesar de considerarme ateo) también lo hace la de «cómo no hacer el cristo creyéndome Jesucristo», sí, un mesías que razona. Cuando uno se siente solo y su antena capta tan lejos que la voz de su conciencia es el debate moral de nuestra hipocresía social, ¿qué sucede? Ejemplo para el «jeroglífico»: El hombre es sociable por naturaleza ¿Y por qué hay gente que prefiere vivir sola o «aislada» de la multitud? ¿Por qué potenciamos como sociedad el odio y la competitividad? ¿Qué pasó con la tolerancia? ¿Y con el respeto? ¿Y con el amor? ¿Por qué lo banalizamos llevándolo a la intimidad y mostrándolo burdamente a la (sub)conciencia social en forma de sexo? Por-no evidenciar la prostitución publicitaria que sufre...

Existe la explicación del fracaso que desencadena cierta soledad, y no me refiero a fracasos grandes, sino simplemente a cualquier situación en la que podamos definir que algo no ha salido como esperamos. Pongamos una ecuación de metas/expectativas. (En estas situaciones, nuestra mente crea ese paralelismo en el cual la perfección de ir enlazando metas va constituyendo otro mundo en el cual la seguridad existe)*. En nuestra vida se tocan y se dan la mano demasiadas palabras que debido a nuestro rico lenguaje se pueden llegar a confundir. El fracaso (cuna a mi parecer donde todo empieza) puede llevar al infinitivo de fracasar, o de *ser* y derivar en creer(*se*) un perdedor. La filosofía nos enseña también que cualquier experiencia de fracaso es también un momento de aprendizaje, de perfeccionar ciertas situaciones para no cometer «el mismo tipo de errores». ¿Hasta qué punto nos han educado para saber hacer introspección?

Tengo clara cuál es la cuna de los «delirios y alucinaciones», pero...¿Quién mece la cuna? ¿Nuestra forma de comprender el mundo? ¿Alguien realmente lo comprende? ¿Hablamos también de autoestima? ¿Y el concepto de procrastinación? Hay situaciones que ni teoría ni práctica, pero aun sabiéndonos la teoría... ¿Somos capaces de llevarlos a la práctica?(31)

Yo no tengo enfermedad. Estoy aquí en un refugio de estatutos cívicos españoles del Ejército Mayor.(32)

Alucinación: percepción no real con ansiedad. Siento miedo, alegría, amor, amor profundo, asco, vergüenza, sorpresa.

Delirio: idea con excitación sexual.

Percepción.

CIRCUNSTANCIAS, HECHOS, SITUACIONES, PENSAMIENTOS, EMOCIONES, IMPULSOS, ACTOS, CONDUCTAS, CONSECUENCIAS, MÁGICAS, AGRADABLES, POSITIVAS, PRODUCTIVAS, IMPORTANTES, BUENAS, ÚTILES, CONSTRUCTIVAS, INTERESANTES, TERAPÉUTICAS, TRANQUILIZANTES.

Se viven así:

ACEPTAR

DEJAR ESTAR

RESPETAR

TOLERAR

IGNORAR

AQUÍ NO PASA NADA (TRANQUILIZARSE)

EL ARTE DE DORMIR, EL ARTE DE LA ALIMENTACIÓN, MEDICACIÓN, COMPLEMENTOS VITAMÍNICOS, SUPLEMENTOS NUTRICIONALES, LAVARSE LOS DIENTES, EL ARTE DE LA HIGIENE, EL ARTE DE LAS DUCHAS, ARREGLO Y ASEO PERSONAL.(33)

La alucinación es percibir sensorialmente como real algo que no lo es. Como ver e interactuar con personas que no existen o como escuchar voces que tampoco son reales.

El delirio se refiere más a un pensamiento delirante, que procede de la enfermedad. Es decir, es un pensamiento que no es real, que no se ajusta a la realidad. Como creerse un Dios o un Rey.

Las alucinaciones pueden ser percibidas por el paciente como algo real, en lo que ellos creen o como algo irreal (que saben es producido por su enfermedad) pero aún así no pueden evitar. Según la intensidad de la alucinación y el contenido pueden llegar a ser verdaderamente insoportables para unos y soportables para otros.

Los delirios pueden producir numerosas sensaciones en el individuo, pena, alegría, grandiosidad, euforia, miedo etc.

Surgen por varias causas: genéticas, consumo de drogas, combinación de ambos, sucesos impactantes, trágicos y traumatizantes. Estos pacientes suelen mejorar con la medicación y empeorar cuando dejan de tomársela de golpe.

Yo no he sufrido esas experiencias.(34)

Yo tengo trastorno bipolar, no he tenido alucinaciones ni delirio. Que ando de lado. Que babeo. Lo que se me pasa por la cabeza es hacer *gomaeva* y no paro de hacerlo, hacer punto de cruz y no puedo parar.(35)

Alucinación

Experiencias sensoriales: de presencias, visuales. Sensaciones auditivas, sentir que alguien te habla sin estar a tu lado.

Un malestar o una reiteración de un hecho que pudo pasar en la adolescencia que es muy importante para esa persona.

Amores no correspondidos, monstruos que salen.

El cerebro se prepara para los sueños, votan del subconsciente, efectos del consciente.

Sentir algo que es irreal como real.

Sentir voces, muchas voces.

Delirio

Lo que te dice el cerebro tu lo haces.

Lo que me hace realizar mis fantasmas, mis miedos, mis temores.

Escape de la realidad, montar una realidad paralela, construcción paralela que hace tu mente ante nuestras «miserias».

La ilógica forma parte de la lógica. La ilógica ayuda a afrontar crisis de pánico o miedo. El cerebro se antepone a tu voluntad.

Se viven con dudas, malestar, remordimiento, autocastigo.

Afecta a una rutina, se va degradando la persona, sin embargo la sociedad te exige que «aquí no pasa nada» cuando sí hay un daño emocional.

Es una auténtica pesadilla, yo le daba miedo a la gente y la gente me daba miedo a mí. Muy desagradable.

Te dan placer.

Te quitan amigos.

Te sientes poderoso, te crees Superman.

Surgen por cargo de conciencia, si has hecho algo que no debías tienes sentimiento de culpa que no ha sido eliminado de tu mente y la consciencia de lo devuelve. Por experiencias pasadas, como insultos, que quedan marcados en el cerebro, van deambulando como un fantasma que queda escondido.(36)

Para mi, la alucinación es una alteración anómala de los sentidos, pues tenemos alucinaciones que pueden ser visuales, auditivas, gustativas, etc.

Por lo general suele ser bastante real para quien la vive, pues normalmente no es colectiva, y no puedes defenderla ante los profesionales.

El delirio es cuando, y siempre basándome en mi opinión personal, es cuando una persona tiene una idea de algo que sólo está en su mente, que se monta una película, vaya. El mismo a través de indicios que no tienen ninguna relevancia, cobran una inmensa importancia en su mente, dando lugar a una historia totalmente ficticia, de la cual es el protagonista.

He sufrido las dos cosas en mi persona, y durante el brote no eres consciente de todo lo que generan estos dos trastornos. Sólo cuando lo ves en perspectiva eres capaz de asumir y tal vez llegar a entender lo que pasaba por tu cabeza. Cada alucinación y delirio son diferentes, dependiendo a la clase de persona que le toca vivirlos, pero por regla general, no dejan buen sabor de boca.

Yo, por ejemplo, antes de que me ingresaran por primera vez, me sentaba en medio del bosque y con el poder de mi mente hacía que hiciera viento o se parara, viendo cómo se movían las nubes y los árboles a mi orden, era muy real, y aún hoy después de 30 años de aquello, sigo pensando si no era cierto.

Otra alucinación o percepción es que establezco lazos con presentadores de TV, como en el caso de Andreu. Incluso en un programa, «Sense Titol», él nombra mi apellido Franch, se puede recurrir a la videoteca para buscarlo.

Esta alucinación o como quieran llamarlo, siempre me ha acompañado, durante mi evolución vital, en más o menos intensidad, pero de una manera real.

Pero lo he asumido y lo he incorporado a mi vida de manera que representa un juego para mi, sin darme mayores quebraderos de cabeza.

Ya desde joven me ha interesado desarrollar el poder de la mente, con la lectura del libro *El poder psicotrónico*, entre otros. Para mi la explicación que doy a mis percepciones, por llamarlo de alguna manera, con la TV. No sé por qué me pasa, tal vez digo yo sea un don, pero con que no lo puedo demostrar, ahí queda.

Así como la vez que tuve las alucinaciones en el bosque, fueron causadas tal vez por el consumo de hachís, lo de la TV mira que hace ya años que dura, estando en diferentes estados anímicos.

Tal vez después de esto no sigáis leyendo, pero es algo que me ocurre desde joven y mi padre que nunca ha tenido un diagnóstico de salud mental, en un programa que hacia Joaquín Pujal, comencé a darme cuenta de que el también era capaz de interactuar con la TV.

Para mi no hay explicación, lo único que me quedo sin saber, aunque yo tengo la certeza absoluta de que algo hay de verdad, que lo que digo y me pasa es cierto.(37)

Alucinación: que oigo, veo o siento cosas no reales.

Delirio: que creo que me espían o persiguen cuando no es cierto.(38)

«Veo cosas raras.» Es cuando te «engañan» los sentidos y ves u oyes, etc., cosas que no existen o bien cuando, aún existiendo objetivamente «esas cosas» las das un significado «como que te atañen a ti» (autorreferencia).

El delirio es algo parecido a lo anterior. En realidad es toda una cadena de razonamientos bien consecuentes pero que están apoyando una cosa que no es verdad. Todo perfectamente hilvanado, en realidad, para que te den más importancia.

No dan más que disgustos, porque al final te remiten al círculo espiral de las hospitalizaciones y de la psiquiatrización.

Además, la psiquiatrización no es «por lo que tú creías», sino que de un modo que lo soslaya sería por tu malsana autorreferencia.

Te quitan la dignidad de persona pues estas creyendo «cosas que no son ciertas».

Te quitan la libertad (à psiquiatrización).

Provocan: 1. Miedo de ti y de los demás. 2. Ríos de lágrimas en tus allegados.

¿Sus causas? La soledad, la deficiente educación recibida (en mi caso el tema sexo/religión).

Se explican porque en un estado de soledad o casi total soledad (basta que nos sintamos solos), con alucinaciones y delirios nos creemos más importantes para nosotros mismos. Aunque los demás se rían y «te sigan la corriente».
(39)

Puedo llamarlas «visión» –en un sentido no religioso- o «sustitución» –parcial o total-. Cuando hablo de alucinaciones me refiero sobre todo a las visuales. No recuerdo haber vivido las olfativas o táctiles, por ejemplo.

La posibilidad de escuchar voces que no son «reconocibles fuera de ti» no se deberían reducir sólo a una «invención psicótica». Puede ser parte de un recuerdo, de un sueño o incluso telepatía (cuya existencia yo no debería descartar).

El delirio se diferencia de otro tipo de pensamiento como una obsesión en que es «más raro». Y si va a más, uno no sabe realmente en qué va a acabar todo eso (línea ascendente o descendente). Una obsesión es mucho más predecible (bucle).

Puede parecer morboso pero en tanto se asemejan más al fantasear y no a «lo extraño» uno puede disfrutar de sus «delirios»... ¿en qué momento hay que detenerlos? Uno puede aprender sin caer en las brutalidades típicas de la psiquiatría.

Surgen del miedo, la soledad y el fracaso. Está claro que el insomnio y las drogas pueden provocar alucinaciones e incluso brotes. Pero considero más importantes los primeros factores.

Son una defensa, un «desahogo» que lamentablemente el entorno no comprende desde el inicio. Por eso estas defensas o «desahogos» se cronifican. Aunque suene desastroso: muchas veces la familia no es el mejor entorno para ser entendido, por lo menos desde un principio. A veces es la familia la que genera y mantiene –sin «ella» saberlo- estos pensamientos.

¿Qué los mitiga? Terapia y buenos amigos. Si el terapeuta no conecta contigo: mal. Si tus amigos no hacen el esfuerzo de entenderte: mal. Por lo menos a mí no me bastaba con mis «actividades individuales». Y aunque sea de cajón: quizás la figura o rol de «buenos amigos» la ocupe la pareja. No es mi caso y se me hace impensable que con pareja estable uno tenga un brote.(40)

Al principio me producían miedo y rechazo. Ahora, han pasado a formar parte de mi vida ordinaria.(41)

ES VER, OLER, O EN GENERAL SENTIR SENSACIONES DE LAS QUE SÓLO TÚ ERES CONSCIENTE.

PARA MI, ES UN INDICADOR DE QUE ALGO EN MI INTERIOR VA MAL Y QUE TENGO QUE VERBALIZARLO PARA PREVENIR FUTUROS BROTES.

EL DELIRIO ES UNO DE LOS SÍNTOMAS DE UN BROTE.

VA SIEMPRE ACOMPAÑADO DE UNOS PENSAMIENTOS ERRÓNEOS DE LOS QUE TÚ SÓLO TIENES TODAS LAS CLAVES Y POR MUCHO QUE QUIERAN DESMONTÁRTELO NO PUEDEN PORQUE TÚ CREES QUE ES CIERTO AL 100%. EN MI CASO VA SIEMPRE ACOMPAÑADO DE PENSAMIENTOS AUTOREFERENCIALES Y DE IDEAS DE QUE ALREDEDOR SE TEJE UN COMLOT CONTRA MI Y CREENCIAS DE QUE SOY DIOS, O UN MENSAJERO SUYO.

CON MUCHA ANGUSTIA PORQUE YO ME LO CREO Y LAS PERSONAS QUE ESTÁN ALREDEDOR TE DICEN, TODOS, QUE SON PENSAMIENTOS ERRÓNEOS Y NO SE DAN CUENTA DE QUE EN ESE MOMENTO ESA ES MI REALIDAD Y POR MUCHO QUE ME ARGUMENTEN EN CONTRA YO MI DELIRIO ME LO CREO A PIES JUNTILLAS. ES COMO SI FUERA UN HIJO MÍO Y NO PUEDO TRAICIONARLO PORQUE HA SURGIDO DE MI INTERIOR, DE MI CABEZA. UNAS VECES LO HE DICHO Y OTRAS ME LO HE CALLADO PORQUE AL VERBALIZARLO VAS AL PSIQUIÁTRICO SÍ O SÍ. POR LO MENOS ESA ES MI EXPERIENCIA.

EVIDENTEMENTE TE DAN UNA VISIÓN DE LA REALIDAD DE LA QUE SÓLO TÚ TIENES LA LLAVE. TE PERMITE VER Y PENSAR COSAS DE LAS QUE LOS DEMÁS NI POR ASOMO SE IMAGINAN. ES COMO VER LA VIDA CON OTRO PRISMA, CON OTRAS GAFAS CON CRISTALES DIFERENTES A LOS QUE LOS DEMÁS USAN. A PRIORI LO PASAS MAL, PORQUE TE LO CALLAS PARA QUE NO TE INGRESEN Y LUEGO A POSTERIORI PIENSAS: COÑO Y ASÍ ESTABA YO, ESO PENSABA, ESO ME CREÍA, ESO SENTÍA... PORQUE ENTRE OTRAS COSAS SIENTES MIEDO Y SI ERES CREYENTE TE PELEAS CON TU DIOS E INCLUSO CONTIGO MISMO POR PENSAR Y CREER LO QUE CREES EN ESOS MOMENTOS.

HE LEÍDO QUE HAY EXPLICACIONES BIOLÓGICAS, PSICOSOCIALES, ETC. DESDE LUEGO LA QUE MÁS OYES A TU ALREDEDOR ES LA BIOLÓGICA PARA JUSTIFICAR EL USO DE ANTIPSICÓTICOS DE MANERA CRÓNICA. SEGUN MI PUNTO DE VISTA ES LA MÁS FÁCIL DE DAR Y CUANDO TE DA EL DEBUT ES LO PRIMERO QUE TE DICEN PARA JUSTIFICAR EL USO DE MEDICACIÓN. HAY ALGO MAL, ALGO QUE NO FUNCIONA BIEN AHÍ DENTRO Y ESTA PASTILLITA LO VA A SOLUCIONAR.

YO ME HE PREGUNTADO MIL VECES EL PORQUÉ Y SIEMPRE ME RESPONDO: PORQUE SÍ, POR QUE ME HA TOCADO A MÍ LA CHINA Y POR ESTADÍSTICA ESTOY COMO ESTOY Y HE PASADO LO QUE HE PASADO.

SON COMO PRUEBAS DE VIDA QUIZÁS, EN MI CASO, PARA VER LA VIDA CON OTROS OJOS, PARA ENRIQUECERTE HACIÉNDOTE VER COSAS QUE LOS DEMÁS NI POR ASOMO SERÁN CONSCIENTES NUNCA. PARA LLEVAR UNA VIDA INTEGRADO EN LA SOCIEDAD PERO A LA VEZ AL MARGEN DE ELLA PORQUE DEBIDO A LAS CRISIS NO HAS PODIDO ESTUDIAR, TRABAJAR O TENER UNA FAMILIA COMO LA MAYORÍA DE LOS MORTALES. AL ESTAR «FUERA» TIENES OTRAS ACTIVIDADES OTROS DESEOS, OTRA REALIDAD QUE NO SON LOS DE LA MAYORÍA.

UNA VIDA DESORGANIZADA, EN SUEÑO, EN COMIDAS, EN HORARIOS, AUMENTA LAS POSIBILIDADES DE QUE TE DÉ UN DELIRIO. A MÍ, EN CUANTO NO DUERMO UN PAR DE NOCHES, SE ME ENCIENDEN LAS LUCES ROJAS Y EMPIEZO A OBSERVARME. PORQUE A VECES OBSERVARNOS ES BUENO Y EFICAZ PARA PREVENIR POSIBLES RECAÍDAS.(42)

Tratar de explicar qué es la alucinación para mí es tarea harto complicada. Si pudiese transmitir un poquito de la angustia constante e imparable en la que una persona vive, me daría por satisfecha. Es justo lo contrario a sentir tranquilidad. Es la antítesis de la felicidad, de la paz... Pero en esos periodos, durante los brotes, era todo mi mundo; todo estaba «bien».

Podría comenzar diciendo...

– Que alucinación para mí es una opresión tal en el pecho, a altas horas de la noche, que no me permite dormir. Pensaba: «Empiezo a ‘molestar’ al demonio, porque me empiezo a dar cuenta de todo el mal que ha generado en mi familia. Y eso le desespera de rabia. Así que trata de mantenerme quieta y controlada oprimiéndome contra la cama con toda su fuerza»; –es la explicación que le doy–.

– Otras, es el convencimiento; la «percepción» de que, de noche y totalmente a oscuras, un demonio tiene sus ojos clavados en los míos, a menos de un palmo de distancia, mientras trato de alcanzar la Biblia que tengo en mi mesita para apretarla muy fuerte, hasta que se vaya. Hace calor, es verano, pero

no pienso sacar la cabeza de la manta de mi cama. Hasta que ya no sienta su presencia.

– Alucinación es «ver» cómo mi madre puede traspasar la pared de mi habitación, que se ha vuelto elástica, para vigilar lo que estoy haciendo con el chico con el que creo tener telepatía. También de noche.

– Alucinación es tener la «seguridad» de que me vigilan; de que me vigilan a través de otras personas, que pueden «invadir» mi cuerpo para obtener información, **en plena jornada de laboral**. También me «controlan» directamente en la calle, desconocidos. Desconocidos que saben quién soy. Que sospechan que yo sé lo que están tramando; y es algo grave –un atentado–. No vaya a ser que descubra cómo, dónde, en qué fecha y hora pondrán la bomba. Porque mi jefe también está involucrado en el asunto. De hecho, lleva formando parte de esto desde hace ya algunos años; porque a la oficina entra gente que, sin mediar palabra, recibe dinero en efectivo. Y sospecha que yo sospecho que lo sé todo y que, por eso, el día menos pensado, vuela el edificio en el que está la oficina, por miedo a que le delate. «No debo dar muestras de que lo sé...», es **la constante que se repite** en mi mente. Y adopto un comportamiento en consonancia, para tenerlo todo bajo control. Porque mis convicciones religiosas me dicen que pasaría siglos sentada frente al edificio, alma en pena, viendo pasar generaciones por el mismo lugar; tratando de comunicarles, gritando con toda la fuerza de mi alma, que debe hacerse justicia: que el señor que voló el edificio con un montón de familias viviendo en él y conmigo dentro nunca fue condenado... Que lo tenía todo bien atado para librarse de la justicia...

– Cómo es «ver» lo que no existe.

Algo así como empezar a visualizar, por ejemplo, a un hombre –**real**–, en el parking del supermercado, mientras espero a mi madre en el asiento del copiloto, convencida de que estamos en pleno Apocalipsis. **Se puede percibir** el olor a muerte en el ambiente. Por si fuera poco, el tiempo acompaña: hace bochorno. Este hombre, de semblante gris –como todos los que moran en el infierno–, gira su cabeza hasta mirarme, a unos 25 metros de distancia de mí, haciéndome burla; me saca la lengua de forma repetitiva, algo desproporcionada para el tamaño de su cabeza. «el infierno está lleno de gente así... no quiero acabar en él...», es **lo único que me preocupa** en ese momento.

– Cómo es «Oler» sin que haya nada que desprenda olor.

Recuerdo lo siguiente:

«Ese olor a azufre que desprende el demonio cuando anda cerca... esa asquerosa sensación consistente en notar cómo se eriza el pelo de la coronilla cuando anda rondando, mosqueado porque no le interesa que empiece a rezar todos los días; no vaya a ser que pierda otra alma y, lo que es peor, arrastre conmigo a mi familia y conocidos...». «Debo creer», pienso a diario; «la única salida es creer...».

– **Cómo es «Escuchar»** voces directamente en la cabeza.

Año 2009. La dulce percepción del amor «correspondido»... sola en la oficina, sintiéndole... su voz repitiéndome una y otra vez que me ama... ¿cuándo fue la primera vez que le escuché? Fue una tarde, después de comer; me eché un poco en la cama, pensando en que lo nuestro estaba perdido. Ya no tocaba volver a verle más. **Sólo verle, y cruzar 4 palabras contadas**, como de costumbre, durante unos 3 meses. El curso había terminado. De pronto, **en mitad del silencio**, su preciosa voz «me susurra» una frase. Me estaba gastando una broma, pero me negué a pensar que fuese él. La segunda vez lo «escuché» algo más claro. No había duda, era él. Mi cabeza no pensaba en ese momento en eso que me dijo –ni por lo más remoto–, así que sí, era él, ¿de dónde si no salía **eso en lo que no estaba pensando** ni remotamente? Dos años «feliz». Dos años «estable». Dos años ilusionada porque me comunicaba con él. Me enfadaba a veces porque nunca concretábamos hora y lugar para vernos, «¿cuándo nos veremos?» –le preguntaba de vez en cuando...– Los meses pasaban... «Si. Le espero. Tiene que terminar su carrera; tiene que estudiar mucho. No tiene tiempo, ni para un café. Le espero...».

Verano del año 2011. Aparcamiento del hospital. Mi madre no sé qué ha ido a hablar con mi psiquiatra. No aguanto más en el coche; me aburro. «Con esta mujer siempre hay que andar esperando para nada...», pienso. Así que salgo del coche y me dirijo al hospital. Lo siguiente que recuerdo es que ya estoy en la consulta. Están mi psiquiatra, mi madre, dos personas más y yo. Sólo sé que no quiero volver a casa. Mi madre me pellizca fuerte en el brazo para que salga con ella de vuelta a casa. Me ha hecho muchísimo daño, pero de ninguna manera volveré a casa. No sé qué harán conmigo, me da igual. Yo a casa con ella no vuelvo. «¡Seguridad!, ¡Seguridad!», oigo decir a mi psiquiatra; la misma profesional desde el año 2000. Me conoce de sobra. De lo que ocurrió ese día guardo vagos recuerdos. Un montón de tiempo esperando en silla de ruedas en un cuarto; **nadie vino a verme. Nadie se interesó por mí**. No habría personal disponible, supongo. Sinceramente, **no sabía dónde me encontraba**. Mientras, mi mente se entretenía «cediendo» mi cuerpo a un viejo amigo fallecido. Le prestaba mi cuerpo para que ayudarle a recordar qué se sentía volviendo a estar vivo...

La telepatía se había extendido; ya no sólo podía «escuchar» al «chico de mi vida». Mi mente había doblado su capacidad. Podía «abarcar más», podía comunicarse con más personas. Con todas las que se cruzasen por mi mente. Incluso con personas que ya no están con nosotros. Viajo en ambulancia –**con camisa de fuerza, creo recordar, pero desatada**–, hacia otro hospital. Uno con planta de salud mental. El ingreso dura unos quince días. Medicación. Esta vez sí. No hay manera de eludir la medicación. Tampoco lo pretendo. Atrás comienza a quedarse ya esa negativa a tomar la medicación que mi psiquiatra sabiamente me pautaba, cuando le contaba que tenía capacidad telepática. El problema era que esa capacidad desaparecía con la medicación, y era sustituida por una tristeza aplastante. Despertándome entre lágrimas todas las benditas mañanas porque él ya no me decía nada... Por esa razón dejé de tomarla; **no tenía con quién** compartir esta tristeza.

El delirio es –apoyándome en la definición para dar una respuesta comprensible–, una creencia rígida, incuestionable, fuerte, basada en convicciones seguras, irrefutable. Al tiempo, inadecuada, por el contexto cultural en el que me movía. Es una historia que empecé a construir en mi mente y que constituyó, durante unos 2 años, todo mi mundo. Todavía hoy me cuesta creer que todo aquello no sucediese realmente... Fue el primer brote. Año 1998 (19 años). La historia puede resumirse así:

¿Cómo no dar crédito a la percepción de que alguien se fija en ti...? Maldito comienzo... ¿por qué –solía repetirme con frecuencia hasta hace unos años–, no pasé de largo ante esas nimiedades? La respuesta es simple: porque me sentía sola. Ese fue el detonante... la soledad; la falta de contraste de sentimientos y opiniones con otras personas, de manera natural; sana.

Si sigo el hilo de la historia, que es larga, y parto de ese momento en que me fijo en alguien que, a su vez, y como consecuencia, se fija en mí y **no hay opción de mediar palabra, ni tampoco yo lo pretendo**, porque él es un profesor y yo una alumna un tanto perdida. Entonces, como no podía ser de otra manera, en mi cabeza se empieza a cocer toda una historia basada en lo que viene a llamarse un delirio persecutorio en toda regla. En el que acaban por verse implicadas más personas. **Siempre sin mediar palabra con nadie**. Es decir, imaginando lo que debe de pensar **un tercero** acerca de mi obsesión por el profesor y su manía de posar su mirada en mí, mientras «adapta» la explicación del temario a mi situación particular; a mi vida universitaria... «¿quién me mandaría a mí rellenar la ficha de alumno con mis

datos personales; incluido el dato que la profesión de mi padre...?» –suelo repetirme con insistencia, hasta hace unos pocos años–. Demasiado tarde. El lío está ya montado: una buena nota en el examen de una asignatura difícil puede resultar algo sospechoso para ese tercero que, aprovechando un despiste por mi parte, le ha echado un vistazo a esa ficha, y ya sabe cómo me llamo, dónde vivo y a qué se dedica mi padre. Y ese notable en el examen no ha sido fruto de mi esfuerzo, sino de vete a saber de dónde se han imaginado que procede... Y la bola de nieve se hace cada vez más grande. Y empieza a verse implicada más gente; otros profesores, otros amigos del tercero, que «seguro» ha debido de andar difundiendo el chismorreó a su círculo de amistades y hasta al rector de la universidad... «Que sí, que sí» –le hago saber por fin a alguien, a una amiga de clase, porque ya no aguantaba más–, «que te juro que es verdad, ¿que tienes que creerme...!». Nunca habíamos hablado de nada profundo; pero esta vez sus palabras y mi desesperación lo hicieron posible. «¿Me estás diciendo –me pregunta–, que te estás pasando así la mejor época de la vida –tenía 20 años entonces–?». Ante esta pregunta, no tenía respuesta... Pero la convicción de que toda esa historia era real, todavía existía; todavía la seguía alimentando. Había gente empeñada en volverme loca. Así que siguiendo el consejo de la única persona que me constaba que me escucharía –el párroco del pueblo–, abandoné. Dejé de ir. Con lo que eso implicó...

Una vez en casa, en cama todo el día; sin hambre... Nunca había estado tan delgada... No tenía apetito. Sólo le daba vueltas y más vueltas a lo mismo...

Llegaron ideas de convencimiento de que debía tener cuidado con lo que pensaba –las 14 horas del día–, dado que existían personas que, estando en contra de mí, eran capaces de leerme el pensamiento.

Este primer brote acabó derivando en alucinaciones auditivas: la TV me mandaba mensajes, esto iba en aumento... Al final ya todo creía que me mandaba mensajes; todo consistía en mensajes subliminales que había que interpretar... De eso, creía, que iba la vida. El mundo, ante mis ojos, estaba cambiando a nivel global y yo formaba parte importante en ese cambio. Para el bien de la humanidad.

A la vez, existía la amenaza de bomba atómica; con lo cual, teníamos que estar **mentalmente**, más unidos que nunca. ¿Cómo? Telepáticamente.

Me costaba quedarme a dormir. Y al despertar, todo proseguía. No tenía fin. No paraba de pensar y pensar. Más y más vueltas. Sin contrastar nada con nadie.

Meses después, ya medicada, empecé a estudiar administrativo... algo más estable. Con orfidales, eso sí, para soportar las clases y no pensar más de lo debido.

Durante los brotes, lo que ocurría en mi mente era todo mi mundo; todo estaba «bien». No era consciente de que eso no debiera ser así. No se me ocurría pensar que la vida no debe vivirse así, con esa preocupación desmedida por las cosas que ocurren y las personas que nos rodean. El problema es que, como no compartes lo que ocurre en tu cabeza con alguien y como tampoco se ve, empieza a convertirse en un modo de vida casi «normal». Y digo casi porque, en el fondo de tu corazón, de alguna manera y tarde o temprano; sabes que debes salir de ese bucle y «tomar tierra». Pero tomar tierra duele tanto... porque hay tan pocos estímulos y la vida es tan pesada... que casi prefieres seguir en ese mundo de estímulo perjudicial, pero intenso. Es **casi mejor que nada**.

En mi caso, haciendo memoria, todos los brotes han tenido en común la soledad, la falta de estímulos positivos y optimistas.

Nunca fui consciente de lo importante que es tener vida social. Ante esta situación de soledad, mi mente estaba muy poco despierta, y esto en el fondo, sabía que no estaba bien; no me gustaba porque me paralizaba y me conducía a un estado de pesimismo y mal humor.

Cada día, en tiempos de instituto –14 a17 años–, los días eran tediosos; falta de afecto –desde siempre–. Vivía una vida de amargura. Esta ausencia de vida social aceptable pasó factura en la universidad –a los 20 años–; como he descrito en la pregunta anterior.

Sabía que algo iba mal en ese sentido así que el plan sería, casi de un día para otro, sustituir esa falta de empatía y vida social forjada durante muchos años atrás, por una vida social más activa. Sin darme cuenta de que esto no sería fácil. Los amigos no aparecerían de la noche a la mañana. Sólo existía un grupo de amigas con las que compartir diversión. Pero los domingos, que era cuando nos veíamos –y no siempre, porque no tenía medios para desplazarme–, no eran el momento adecuado para hablar de estas cosas. De este grupo destacaba una amiga, que era la que más se preocupaba por el estado anímico de las demás, incluida yo. A esta amiga sólo la veía muy poco tiempo, ya digo, en un ambiente que no propiciaba el desahogo y el compartir sentimientos y que consistía en estar rodeados de música y bebida... Por tanto, seguía estando sola.

Tras dos años en la universidad, sobrevino el primer brote que antes he descrito.

Tanto tiempo sin estímulos y ahora, poco a poco, iban llegando. El mundo, mi vida, se iba convirtiendo en algo «interesante». Por lo tanto, lo alimenté, es decir, le di credibilidad a lo descrito antes.

Las alucinaciones y delirios le daban «sentido» a la vida. Un sentido falso, pero un sentido. A veces pienso que, tal vez, «gracias» a la alucinación la vida se volvió soportable... Es algo a lo que agarrarse **antes de perder la cabeza por completo** y morir de tedio o desesperación, ante la falta absoluta de estímulos positivos. En mi caso siempre han llegado en momentos de vulnerabilidad, en los que la tónica general era la soledad. Nadie se daba cuenta al principio; nadie sospechaba nada... ¿cómo iban a hacerlo...?, mi círculo de amistades era muy limitado. Siempre lo fue hasta entonces.

En cuanto a mi familia, bueno... como siempre me vieron tan callada y tímida, este comportamiento pasó a convertirse para ellos en una etiqueta que siempre, por costumbre, estuvo presente en lo referente a mí. Por todo esto, las alucinaciones, pienso, se hicieron más intensas; se retroalimentaron hasta que, al final, sólo la ayuda profesional pudo arreglar esto.(43)

No he tenido nunca alucinaciones, pero el delirio comienza cuando me encuentro incómodo o molesto rodeado de gente desconocida.

Todo empieza por intentar mantener el control porque uno no prefiere hacer cosas raras, como aspavientos y/o movimientos bruscos con la cabeza u otras partes del cuerpo. Entonces, poco a poco, es muy difícil aguantar y, aunque lo logre, creo que doy impresión de ser una estatua por el hecho de resistirme a hacer dichos movimientos y/o verbalizar algo con el lenguaje. Porque, si uno sigue esa dinámica, la bola se va haciendo más grande y el entorno se va convirtiendo en algo muy desagradable, con lo cual, a uno le viene el bajón y el desánimo y la motivación por salir a la calle.

Para mi todos los delirios, aunque sean irracionales en la punta del iceberg, siempre tienen una base real. Lo que pasa es que esta base se origina al inicio del brote (mayo 1992) y van creándose, junto con la imaginación, la ansiedad y la euforia, visualizaciones de, por ejemplo, acontecimientos peligrosos, ya sean tanto a nivel personal como colectivo (conjunto de la sociedad a nivel local o mundial).

Un ejemplo de delirio se sustentaba en algo real. Lo leí en la revista «Año Cero» y oí en programas/documentales de que en 1999 el mundo se acabaría o entraría en guerra debido a la invasión árabe en España y luego extenderse por

Europa. Y yo usé mi imaginación para ser el Salvador de dicha guerra con unas ideas ridículas que eran presentarme en un país árabe con música de Queen y que, con mi presencia, me hacían reverencias.

Ahora, de alguna forma, la base real que yo temía se ha cumplido en parte. Se han cometido atentados terroristas por parte de yihadistas y musulmanes radicales. Mientras pensaba lo de Queen, lo hacía escuchando música con auriculares. A estos delirios los llamo «delirios de grandeza» y con un deseo que choca con mi carácter: el de tener notoriedad frente al de tener mi privacidad. Entonces, por aquella época, vivía una gran confusión y conflicto. Los delirios y la ansiedad, que me daban una energía fuerte y poderosa, me invitaban a cambiar mi carácter tímido pero, con el paso de los años, no he querido caer en dicha tentación, pues la vida me ha dado varios reveses.(44)

Una alucinación es ver, oír, sentir algo que es irreal. Ejemplo: yo puedo ver una persona muerta y oigo que charlan de mí y se ríen. Para mí es real porque lo veo sólo yo.

Un delirio son malinterpretaciones. Es como si me dices algo que hago bien y yo puedo pensar que me has dicho lo contrario.

Sensación de miedo, de mucho miedo. Es como si estuviera en peligro de muerte o vejaciones. Y me producen una gran inseguridad porque hay veces que si veo de verdad algo, puedo pensar que no lo es. Por lo tanto pienso que puedo estar equivocada.

Yo no sé por qué surgen. Me dicen que es algo hereditario. Aumentan por el estrés, la muerte de seres queridos, la soledad no elegida y no tomar la medicación. Los mitigan conocer gente que te apoye y te de ánimos.(46)

Empecemos minoritariamente por el delirio. El delirio es un pensamiento, ya que tiene un nombre parecido al hilo usaré este símil. Toda persona ha sufrido de esto, ya sea por fiebre o por estar en duermevela, y los cuerdos que no lo han sufrido aparte de poner en duda su cordura no me importan. Suelen ser certezas sobre algo: imaginémonos a un juez dictando sentencia en nuestra cabeza. En la psicosis el delirio es el hilo que conecta con las alucinaciones o los hechos primordiales en la vida del loco con la locura. La diferencia entre una alucinación y un delirio es que el delirio se piensa y la alucinación se vive. Los delirios suelen chocar con las realidades de los demás y suelen ser bastante extravagantes. La alucinación sería una de las materias primas del hilo. Para mí fue como un viaje espiritual, un reflejo de mi mismo pero bastante exagerado,

en resumen como un sueño muy real con nexos a un pasado. La psicosis es la prenda de todo esto, caracterizada por ser novelesca, me hace pensar que es una satisfacción del ego, representada por un déficit de atención. Con déficit de atención me refiero a que no crees recibir la atención merecida. Y así se hace una camiseta Pedradas: el delirio teje la alucinación nutre y la psicosis coordina.

¿De que me ha servido? Aparte de que me hicieran un exorcismo (algo con lo que siempre soñé), para conocerme mejor, abrir la mente y rajar mi vena artística. También para sentirme un rarito, soñar con morir joven y dejar la droga (controversia).(48)

La alucinación es ver cosas que no existen. El delirio es lo mismo que la alucinación, sólo que, además, estás loco.

Deliras en situaciones comprometidas y de difícil explicación.(49)

La alucinación: debido a una situación de máxima presión, confusión y estrés los sentidos te pueden engañar.

El delirio: debido a esta situación límite tu entendimiento puede urdir una realidad que en situación de tranquilidad comprendes como un error.

Ambos estados no aportan nada positivo. Simplemente te ves en un laberinto del que hay que encontrar la salida.

Yo creo que surgen por una desorientación existencial. Su naturaleza es aleatoria y se basa en una distorsión de la información que tenemos en la memoria. Suponen una pérdida de la voluntad, a la que hay que regresar. Hay que comentar que en mi modelo de entretenimiento juvenil entraba el alcohol y el cannabis.(50)

Alucinaciones: Son imágenes que crea el cerebro a partir de lo que no se sabe el que, pero que no están físicamente.

Delirio: Para mí un delirio es el Estado en el que se llega a encontrar una persona cuando pierde la noción de esa realidad física y se sumerge en una propia realidad que sólo está en su mente.

Yo padecí un brote hace muchos años Y lo único que me dio fue miedo y una sensación de que podría morir en cualquier momento. Me alteró físicamente los nervios y me provocó una ansiedad crónica. Me quito la sociabilidad ya que estuve encerrado en mi casa más de 5 años.

En mi caso estoy casi seguro que estuvo provocado por un estrés en la vida y un ansia por ganar mas dinero. No me sentía quizás a gusto con un cambio

de trabajo que realice y pudo provocarme este episodio. Quizás el fin que perseguía era que me diera cuenta que la vida no se podía vivir tan rápido y sin disfrutar de los pequeños momentos que ahora sí que disfruto de ellos como el silencio, la soledad y la relajación. Quizás el estrés lo aumente y la relajación y en mi caso la natación los mitiga.(51)

¿Cómo tratan los profesionales al delirio y la alucinación?
¿Cómo los tratas tú?

Los profesionales no les dan importancia. Creen que alejándose del problema nos ayudan, pero yo pienso al contrario: que acercándose al problema es cómo lo puedo afrontar. Así, si aparece el monstruo, le invito a un té.(1)

Los psiquiatras (algunos) tratan nuestros problemas con pastillas, saturados de un sistema sanitario ineficaz. En mi caso, la enfermería sí que la he visto más involucrada en la raíz de nuestros problemas.

Trato los delirios con sumisión, como si no me quedara otra, consciente de que parte del éxito de mi mejoría es de los profesionales médicos.(2)

Sería bueno hablar y que todos hagan lo posible para que un gran grupo de delirios no aumente y tú pases o roces el delirio como si no hubiera ocurrido nada.

No paro de repetir que para mí no existen ya que he conseguido que no vengan más. Existen mínimos y sin ningún peligro.

Todo queda en el pasado y no hago nada porque todo transcurre con normalidad y la gente no ve desequilibrio y el estigma está todo controlado.(4)

Los profesionales te tratan con rayos laser y más métodos. Y tienes que ir con mucho cuidado, porque te van haciendo pruebas con distintos medicamentos.

Los médicos tratan con aparatos y revisiones permanentes y medicaciones.

Mi familia me lleva al médico.(5)

Hablamos poco con el psiquiatra.(6)

Los profesionales te ayudan con técnicas de relajación, hablan contigo, te dan medicación (que, poco a poco, dan con ella).(7)

No lo sé.(8)

A los profesionales les puedes contar lo que tu quieras de tu enfermedad.

Mi enfermedad es un retraso mental y yo estoy contenta de tener mi enfermedad.(12)

Conocen perfectamente los profesionales como afrontarlos. Pero mi actitud hacia ellos es y sigue siendo de incomprensión, porque mi manera de interpretar las cosas y sensaciones difiere mucho de ellos.

Yo siempre estoy pendiente de todos sus movimientos y ademanes, así como de la vocalización de ambos. Eso me ayuda a controlar todas mis experiencias.(19)

La ayuda de los profesionales es muy intensa y ausente.

Yo dejo que la mente se llene de información y elogio la adecuada a la situación concreta para no entrar en depresión.(21)

La mayoría de profesionales las tratan con medicación y charlas terapéuticas.

Yo, me refugio en las drogas y, al parecer, aumenta el delirio, lo cual me pone nervioso. A la misma vez, me pongo agresivo y muy violento.(25)

Los profesionales te cambian la medicación y te controlan.

Yo las trato con depresión y recaída y sin medicación.(26)

El tratamiento depende del profesional en sí... Esto se debe en mayor medida a la formación, a la afinidad, a la complicidad que exista entre ambos, y también a los factores sociales, personales, culturales, de edad y de género.

Si estás ingresado en una unidad de agudos el tratamiento es poco o nulo. Si, por el contrario, estás en una unidad de rehabilitación, el resultado es medio. Y si continuamos en terapia en centros comunitarios, el resultado es medio, tirando a elevado en algunas ocasiones.

Yo, en cambio, intento distraerme para tratarlos. A veces incluso recreándome en los mismos. Intento tener la mente despierta haciendo distintas actividades a distintas horas del día.

Me ayuda que me escuchen, que me aconsejen, que me echen una mano (pero no al cuello).(27)

Los profesionales hacen una evaluación del problema y aplican medicinas y psicología para restablecer el equilibrio. Están perfectamente cualificados para

tratar las enfermedades mentales y para expresarse con personas con enfermedades. Otra cosa es que estén mal vistos.

Para mí una relación horizontal es el trato diario y vertical cuando se trata de la enfermedad. De todo se aprende. Hay que ser realista.

Ya no reacciono ante las cosas de la misma manera porque ya las estabilizó la experiencia y sabes la respuesta antes de hacerte la pregunta.(29)

¿Los profesionales? Depende del profesional. Depende del profesional. Depende del profesional.

¿Yo cómo las trato? Trato de ayudarle, aunque en realidad la que necesitaría ayuda sería yo. Esto la mayoría no lo ha entendido.

Me sirve para establecer una conversación recíproca. (Si no se entiende, buscar en el diccionario «recíproca».)

¿Cómo me ayudan los demás? Pero, ¿no se trataba de nosotros?

Me las explico por muerte, enamoramiento, enamoramiento. Malentendidos y desmentidos.

Los malentendidos la aumentan. Los desmentidos la mitigan.(30)

Los profesionales, con ignorancia, con fármacos, omitiendo, subyugando, imponiendo...

La fórmula mágica no la tiene nadie. Todos sabemos que la clave está en llevar a cabo verbos que conlleven acciones, de los que uno se pueda sentir protagonista, acorde a gustos de la persona. Pero aunque la capacidad de razonar sea perfecta no es ese el motor que nos falla. Es un proceso muy complicado el de tener que pasar a la acción con «voces en la cabeza», y cuando digo voces, también puede ser sólo la de uno mismo (como cualquier persona) cuando analiza, decide o se plantea cualquier cuestión.(31)

Los profesionales, con visitas y pases familiares.

Yo, con saludar, dos besos y una caricia.(32)

Los profesionales:

ACEPTAR SINTOMAS

CAMBIAR SINTOMAS

AFIRMACIONES POSITIVAS

TRATAMIENTO

Yo:

APOYO

RESPETO

COMPENSIÓN

DEJARSE AYUDAR POR PROFESIONALES

REPROGRAMACIÓN MENTAL

AMPLIAR FRECUENCIA CEREBRAL

ADRENALINA SINTETICA ISRAUN 5MG-5ML.(33)

El psiquiatra actúa, farmacológicamente con fármacos como los antipsicóticos, estabilizadores del ánimo, tranquilizantes, hipnóticos etc. El psicólogo actúa con sus técnicas aprendidas aplicando la más conveniente a cada paciente.

Yo no he sufrido esas experiencias.(34)

Los profesionales me dan dinero para que pueda gastar. Manualidades, me explican y me comprenden.

Yo, con simpatía.(35)

Los profesionales no les dan importancia, creen que alejándonos del problema nos ayudan, pero el problema sigue estando ahí.

A veces con buenas razones.

Demasiado mecánico, demasiado DSM y demasiado fármaco.

Con pastillas los psiquiatras y medicación.

Más eficaz y preocupación por parte de profesionales de enfermería más agradable la intervención por su parte, se meten más en la raíz del problema.

No miran la persona que hay detrás. Aunque tengamos la misma sintomatología cada uno somos de nuestro padre y de nuestra madre y no se puede tratar a todos igual. No me sienta igual el medicamento que a otra persona.

Gracias a la medicación he llegado a encontrarme realmente bien. Si no hubiera sido por la medicación ya me habría suicidado.

Toma la pastilla pero no se va a la raíz.

Buenos profesionales son los que se inmiscuyen en el problema, hablan contigo y tienen una buena comunicación. Malos profesionales lo que tu les estás explicando una cosa y ellos dicen otra, con una soberbia...

Psicología: relativizan las cuestiones implicadas llegando al meollo de la cuestión.

Positivo terapias de grupos.

Tener una realidad clara, sentido común, buscamos realidades.

Anteponer ante todo el sentido común o lo que yo he considerado el sentido común.

Las pastillas son convenientes.

Crees que Tú lo puedes solucionar, es importante caer en la cuenta de que el problema no es culpa nuestra.

Hay que identificar los defectos.

Amigo imaginario y síndrome Peter Pan.(36)

Mirad hace poco vi un programa de TV3, donde hablaban de salud mental, y me quedé con una cosa que se dijo, que a diferencia de los profesionales en España, que cuando explicas que tienes un delirio te medican directamente para a poder mitigar los síntomas, en otros países lo que hacen, es hacerte hablar de ellos antes de tomar una decisión u otra.

Creo que es una medida acertada, pues toda alucinación o delirio no deja de ser cosas que creamos de una manera individual, y que tiene mucho que decir, si los podemos explicar con holgura y con tiempo,

Se trata de ahondar en esos delirios. ¿Qué hay detrás de ellos? El por qué creemos que nos surgen, que nos ha pasado, cual es el detonante de eso. Son preguntas que deberían hacerse los profesionales.

No sólo recetar sin más. Creo que el profesional tendría que ser mucho más empático con su paciente, aunque eso le lleve a sufrir. Se ha de poner en su piel, y llegar a sentir lo que le explica, es difícil, lo sé, pero creo que sería una buena cosa.

¿Yo? No dando importancia a lo que me ocurre, intentando conocer lo que me pasa desde una cierta distancia. Creo que una cosa importante es definir con un diagnóstico lo que nos pasa, es decir poner nombre al lo desconocido. Al darte un nombre por ejemplo Ud. es bipolar, tu ya puedes indagar por tu cuenta y gracias a la información que podemos recabar hoy en día, es posible mitigar los problemas que originan estas enfermedades.

Os voy a poner un ejemplo, para ver si me entendéis mejor, yo sufro en situaciones de estrés o de ansiedad de una desorganización en mi pensamiento, establezco un diálogo inconexo conmigo mismo, dentro de mi cabeza, lo cual me aturulla, incapacitándome. No sabía lo que era y cuando lo explicaba a mi psiquiatra nunca me dijo el nombre técnico de esta situación. Hasta que después de diez años una psicóloga le puso nombre: «ataxia».

Crean Uds. o no, pero fue conocer el diagnóstico y empezar a superar estos pensamientos.(37)

Yo llevo un registro de ellos así como de pensamientos para poder analizar y discernir. También para identificar la emoción que le acompaña.

La familia, con paciencia, hablamos sobre que me pasa pero no me agobian.(38)

Se quedan como tontos ante ello.

Es como si dijeran «otro más».

No hablan contigo de ellas, porque no te lo van a quitar.

De todas formas, y de una manera general, si que debieran de explicar por qué.

Estrategias, ninguna. Ni me sirve ninguna. Ni nadie me puede ayudar. Igual sólo se podría hacer algo explicándote por qué surgen y en este asterisco se encuentran principalmente el sentido común, el acompañamiento y la psicoterapia. Y el cariño, sin duda.(39)

Si todos los que tuvieran alucinaciones fueran al médico las farmacéuticas estarían más forradas (¡más forradas aún!) y los Manicomios más llenos.

No se puede «tratar» una alucinación o un delirio como si de un sueño se tratara. Los primeros son más «maleables».

Se me ocurren algunas estrategias:

Darle la vuelta al pensamiento: me dicen que soy inútil y sin embargo esto, esto y esto lo hago bien.

Fijarse en un objeto externo: como contar los pisos que tiene cada edificio.

Concentrarse en un recuerdo bonito o simplemente reparador.

Lo imprescindible es que el profesional llene con respeto y sin frialdad el «material» que uno lleva a la terapia o espacio terapéutico.(40)

SI ESTÁS EN LA CALLE Y TIENES ACCESO A UN CENTRO DE SALUD MENTAL EL PSIQUIATRA, INMEDIATAMENTE, SI LO VERBALIZAS, TE AUMENTA LAS DOSIS DE ANTIPSICÓTICOS Y DE HIPNÓTICOS. ES AUTOMÁTICO, VAYA.

SI TIENES LA SUERTE DE IR A UN CENTRO DE REHABILITACIÓN DE SALUD MENTAL Y TIENES CITAS PERIÓDICAS CON ALGÚN PSICÓLOGO PUEDES HABLAR DEL DELIRIO CON ESA

PERSONA Y POR LO MENOS TIENES A UN PROFESIONAL CON EL QUE COMPARTIRLO. PORQUE COMPARTIRLO ES TERAPÉUTICO. EN MI CASO LA MAYOR TERAPIA.

PARA LOS PROFESIONALES ES UNA CONSTATAción DE POR QUÉ ERES UN ENFERMO CRÓNICO, DE POR QUÉ TOMAS MEDICACIÓN Y DE POR QUÉ TE LLAMAN ENFERMO MENTAL.

TENGO QUE DECIR QUE NO EN TODOS LOS CASOS, AFORTUNADAMENTE, PORQUE HAY PROFESIONALES QUE APUESTAN POR NOSOTROS Y SE PREOCUPAN, Y TE PREGUNTAN, Y SE INTERESAN POR TÍ CUANDO ESTÁS Y CUANDO NO ESTÁS EN CRISIS. HAY GENTE BUENA POR AHÍ.

OTROS SIMPLEMENTE TE SUBEN LA MEDICACIÓN Y TE DAN CITA PARA DENTRO DE DOS MESES.

D. MI FORMA DE ENFRENTARME A LOS DELIRIOS ES DEJAR QUE PASE EL TIEMPO, QUE SUELEN SER DOS SEMANAS, PORQUE ES COMO UN PROCESO QUE REQUIERE SU TIEMPO. LAS FICHAS DEL PUZZLE SE HAN DESORDENADO Y NECESITO ESAS DOS SEMANAS PARA ORGANIZARLAS Y ORDENARLAS OTRA VEZ.

YO CUANDO ME DA UNA CRISIS SÓLO PRETENDO QUE LOS QUE ME QUIEREN ESTÉN AHÍ. QUE, SI ESTOY CATATÓNICO, ME SAQUEN A TOMAR UNA COCA-COLA, UN CAFÉ O LO QUE SEA. QUE ME SAQUEN A PASEAR, QUE ME HABLEN, QUE TENGAN EN CUENTA MIS DESEOS EN ESOS MOMENTOS Y QUE ME DEJEN VIVIR MI CRISIS SEGÚN ME PIDA EL CUERPO EN CADA MOMENTO. PORQUE CADA CRISIS ES DISTINTA.(42)

Entiendo que no es nada fácil para el profesional hacer entender a la persona con un brote que todo lo que está viviendo es irreal y falso...

Haciendo repaso mental... mi psiquiatra me escuchaba sin meterse a valorar lo que le contaba que ocurría con el tema de la telepatía. Veía que eso que yo creía me hacía «feliz». Que, si me «rebatía» eso, mi vida no tendría ningún color y, por tanto, no me lo negó. Ahora entiendo que debía darme cuenta de que aquella convicción era falsa por mí misma —**en aquel momento**—, y no porque me lo dijera alguien. No era momento de decírmelo y **se lo agradezco**. Me recetaba eso sí, la correspondiente medicación. Cuando me daba

cuenta de que esa medicación eliminaba la telepatía pues dejaba de tomarla. Cuando volvía le comentaba por qué dejaba la medicación; que la razón era que me hacía llorar desconsolada porque ya no escuchaba al chico. De alguna manera, como he escrito antes, **se daba cuenta** de que esa creencia mía **me mantenía «animada»**. «Feliz». Enfrentaba mis quehaceres sin problema.(43)

Cuando tuve las primeras visitas a psiquiatras, no hablaba nada o casi nada porque yo quería tapar la base real ya que me daba mucho miedo contarle y, a la vez, muy desprotegido. Entonces, uno va casi olvidando la base real y cuando llevaba tiempo con los psiquiatras me trataba la parte alta del iceberg porque la base real seguía en el limbo de mi memoria.(44)

Desde ayudarte y aprender tú solo a tomar la medicación a escribir diarios. Bueno, cuando te da alguna alucinación te dan alguna medicación. Te tratan muy bien. Aunque a veces tienen que explicarte que estás mal y que necesitas ir a un centro de día.

Yo, si no duermo un día, tengo peligro de tener una recaída. Suelo caminar para que se me airee la cabeza. Salir con amigos. Llamar a algún familiar para que me ayude a comprender si es verdad lo que pienso. El personal me trata muy bien, algunas veces pienso que demasiado bien.(46)

Con antipsicóticos.(47)

Busco la salida a este laberinto mental, que para mi es una fuerte autoestima.(48)

Los profesionales los tratan con fármacos. También con técnicas de relajación. Para ellos significan un reto y una preocupación por el paciente.

Yo las soluciono rodeándome de gente buena. Entre ellos, el especialista, los fármacos que te dice el médico y alguna infusión.(49)

Los profesionales dan por supuesto que tu experiencia mental es un error, pero no te dan palabras para entender esta experiencia. Eso sí, tratan de que ocupes tu mente en actividades más realistas, como la búsqueda de empleo o una vida social más activa. Una vez he visto con distancia mi enfermedad yo también pienso que mi mente ha fallado y a día de hoy no necesito que vayamos más allá. En mi caso yo necesito la clozapina y poco más y mi médico lo sabe. De tener la mente en orden me ocupo yo.

Yo, en plena efervescencia, no pude hacer nada. La situación me superaba. Hasta que comprendí que mi mente estaba fallando. La clave estaba en salir de la habitación y ocupar la mente en otras cosas (en mi caso el deporte; entrenaba cinco horas al día al tenis de mesa). Mi entorno, mi círculo afectivo ha respondido a la perfección, dándome plena responsabilidad y confianza.(50)

Bueno bajo mi punto de vista los médicos tratan los problemas de salud mental muy científicamente, como si sólo se tratase de descompensaciones en el cerebro de sustancias químicas. Quizás por eso su primera reacción sea la del tratamiento farmacológico. La psicóloga aunque e dedique a ahondar en el sujeto, muy pocos de los que me he cruzado les ha dado importancia a lo que realmente necesitaba en ese momento. Escuchar mis problemas si, dar consejos muy bien, pero una falta de darme a conocer sitios donde poder expresar mi problemática abiertamente como en una Asociación o grupo de terapia. Quizás tengan un poco de miedo a que nos emancipemos de ellos y trabajemos con mucha menos medicación y con más diálogo y trato humano a humano.

Yo cuando noto que empieza a subirme la ansiedad me voy directamente a hacer deporte, principalmente natación. Mi familia me pregunta como estoy y me ayuda en todo lo que pueden sin sobreprotegerme, me dejan hacer mi vida con la mayor normalidad que se puede y eso me ayuda a enfrentarme a situaciones que si no serían imposibles de que nunca las hiciera por mi mismo.(51)

B.- Tristeza

Resulta tentador considerar los trastornos del estado de ánimo como un conjunto de las variaciones normales del estado de ánimo [...]. La aplicación del concepto de continuidad podría traducirse en un exceso de identificación del profesional con la afección, lo que distorsiona su labor de abordar a los pacientes con trastornos del estado de ánimo.³

³ Sadock BJ, Sabock V, Ruiz P, Op. cit, p. 347. No podemos encontrar ninguna definición de «tristeza» en este texto. Sólo habla de «trastornos del estado de ánimo», que incluyen el «trastorno depresivo mayor» y el «trastorno bipolar», entre otros. En un intento por llegar a su conceptualización, el libro nos lleva a largas explicaciones sobre hipótesis causales biológicas y la descripción clínica se dirige a los criterios diagnósticos del sistema de clasificación DSM5. Íbidem, pp 347-86.

Es una interrupción del deseo, cuyo decurso se interrumpe por razones de agotamiento estresante o conflicto interno. Se acompaña de sentimientos de tristeza, inhibición, angustia, somatizaciones y, en los casos más profundos, de sentimientos de culpa e indignidad.⁴

¿Qué es la tristeza?

¿Cómo se vive? ¿Qué explicación le das?

La tristeza es perder la ilusión por todo. Sugestionarse en que todo está perdido y nada tiene sentido. No tener veneración por nada de lo que nos rodea. Sentirse vacío.(1)

La tristeza o depresión ocurre con mucha frecuencia, pero si te metes en la bañera unos tres cuartos de hora, luego te duchas y aseas y, luego de ducharte, te pones agua fría, la depresión desaparece. Ya puedes hacer una vida normal.

Cuesta mucho meterte en la ducha cuando tienes depresión. Siempre pasa cuando estás depresivo. Pues ponte las pilas y al baño. A la ducha, al agua fría.(4)

La tristeza es un estado de aburrimiento en el que siempre vas con la cabeza abajo.(5)

La tristeza me desmiente. Me vuelve loco. Me hace cobarde.(6)

Yo tengo esquizoafectivo y a veces estoy triste y otras, contenta. Y encima soy muy melancólica.

Ahora mismo no lo tengo porque estoy controlada con el Depakine.(7)

Es no tener ganas de levantarme por las mañanas ni de desayunar. Y el agobio del piso tutelado. La cabeza me duele y, como no paro de hacer las cosas que tengo que hacer, también me duele la espalda. Por detrás.(8)

La tristeza es un estado emocional de la persona. En concreto, en mí. Es también un estado de ánimo. Cuando tengo la tristeza la denomino que estoy triste.

⁴ Martin L, Colina F. Op cit.

Con el tiempo desaparece de mí.

Surge por problemas que hay en la vida y que, por mí mismo, no puedo solucionar.(9)

Tristeza es cuando veo agobiadas a mis dos hermanas y sin recursos. Yo sufro mucho y la cabeza se me empieza a llenar de todos los problemas y va a estallar. Y exploto.

Sólo quiero morirme y pienso en no vivir.(11)

La tristeza es todo, menos estar alegre.(12)

La tristeza es siempre un sentimiento de pérdida que sólo puedes satisfacer cuando haces lo que te gusta en el momento que deseas.

Se vive bien. Es un deleite para los sentidos. Me da placer y me quita intereses, pero si la busco siempre me enriquezco.

Surge por casualidad y es de naturaleza vacía.(19)

La tristeza es un sentimiento momentáneo que induce a pensamientos negativos. (21)

La tristeza es un comportamiento emocional que sale a la luz a través de algo negativo que se envuelve a nuestro alrededor.

Se vive mal, bastante mal. Te entra depresión que, junto a la tristeza, no son compatibles.(25)

¿Tristeza? Por ejemplo cuando te dicen que tal fecha sales de la cárcel, y después es mentira.(26)

La tristeza es el sentimiento de melancolía, pena, apatía, depresión...

Es pensar en los seres queridos que ya no están entre nosotros, pensar en los familiares que no te hacen ya ni caso a estas alturas de la vida. Pensar en lo que pudo ser y no fue al final.

Es un sentimiento que te invade, te embarga, te inunda. Me da pena interior, me quita la felicidad, me resta en eficacia, asertividad y positividad. Provoca abandono, dejadez, apatía, sumisión, cobardía, ganas de hacer prácticamente nada...

Puede provenir por una situación injusta vivida, por una violencia de tus derechos o física, por hartazgo, cansancio, dejadez, sobreesfuerzo no recompensado...

La frustración también la provoca. Metas inalcanzables o inalcanzadas.

La aumenta el abandono, el aislamiento, la soledad, tanto por uno mismo como por parte de los demás.(27)

Se trata de un estado de melancolía o abatimiento provocado generalmente por algún suceso negativo en la vida.

Puede llegar a quitarte la alegría de vivir. Estar en un estado de tristeza o melancolía puede hacer que alguien se centre principalmente en los aspectos negativos de la vida, en aquello que es causante de la tristeza, en lugar de poder ver los aspectos positivos de lo que uno tiene.

Provoca sensaciones de malestar, de decaimiento. Se tiene la sensación de que nunca más se va a volver a ser la misma persona, de que nunca más se va a poder volver a disfrutar de la vida de la misma forma que se hacía antes.

Tal vez pueda tener algún aspecto positivo. Por ejemplo, como motivo de reflexión. Durante el tiempo que la persona se encuentra triste puede analizar qué es lo que la ha llevado a encontrarse así, la responsabilidad que él/ella pueda tener en ello y cómo evitarlo o corregirlo de cara al futuro.

Asimismo, pasar por un periodo de tristeza puede ayudar a ver qué es lo que hay que poner en orden en la propia vida y así salir de esta situación habiendo madurado personalmente. Quizá con la autoestima reforzada.

Personalmente creo que surge del hecho de haber tenido una mala experiencia. También una desilusión respecto a la expectativa que se puede haber tenido en un momento dado.

También creo que la tristeza es inherente a la vida, como lo es la alegría. Todos en algún momento hemos pasado por situaciones de tristeza. El problema surge cuando corre el riesgo de convertirse en algo crónico.

No estoy segura de que la tristeza responda a un fin determinado. Simplemente creo que es una respuesta natural del organismo.

Pensar repetidamente en aquello que dio lugar a la tristeza evidentemente la aumenta. Tratar de cambiar de pensamiento y/o actividad, estar ocupado... puede servir para no pensar en ello y, por tanto, para mitigarla.(28)

Es un estado de apatía. De no disfrute de nada. De profundo sufrimiento, de no conectar con la familia ni con los amigos. De rechazo a los demás y anularme.

A mi no me aporta nada positivo. Es atravesar un desierto sin agua ni gente. Desconectar con la realidad, porque tienes que vivir la tuya propia.

Es un problema que aparece en la niñez y continúa en la adolescencia. La falta de comunicación y amigos, la imposibilidad de conseguir los objetivos.

Lo mejor para acabar con ella es quitar de en medio todas las cosas que hacen que te anules y no te comuniques.(29)

La tristeza es un estado de melancolía o un estado frustrante.

Me da pasión. Me quita a los amigos y a los enemigos. Me provoca soledad. Y es que, claro, soy una diagnosticada, ¿no?(30)

Sentimiento de pena, desaliento, conmoción, shock. La tristeza es un recuerdo del pasado, la tristeza es un futuro truncado, anhelo en el presente. Son lágrimas.(31)

Pocas veces tengo tristeza, pero es entrar en el cementerio, soledad. La tristeza no dura un día, ni dos minutos, ni todo el día, un rato.(32)

TRISTEZA

PENA

LLORAR DE PENA, TRISTEZA, AMOR, FELICIDAD

DESAHOGARSE

EXPRESARSE

NO SER AGRESIVO

NO SER PASIVO

SER ASERTIVO

SER OPTIMISTA

CAMBIAR SENSACIONES, EMOCIONES

QUE MIERDA DE VIDA VIENDO LO NEGATIVO DE LAS COSAS,
O DE LA REALIDAD

CIRCUNSTANCIAS, HECHOS, SITUACIONES, PENSAMIENTOS
EMOCIONES, IMPULSOS,, ACTOS, CONDUCTAS, CONSECUEN-
CIAS, MÁGICAS, AGRADABLES, POSITIVAS, PRODUCTIVAS, IM-
PORTANTES, BUENAS, UTILES, CONSTRUCTIVAS, INTERESAN-
TES, TERAPEUTICAS, TRANQUILIZANTES.

Se vive:

ACEPTAR

DEJAR ESTAR

RESPETAR

TOLERAR

IGNORAR

AQUÍ NO PASA NADA (TRANQUILIZARSE)

LA TRISTEZA AYUDA A RECONOCER QUE ESTAMOS RODEADOS POR COSAS NEGATIVAS.(33)

Es una sensación de pena prolongada. Puede ser algo pasajero (un estado de ánimo que raramente aparece) o puede ser algo más duradero, constante y fijo, derivando en enfermedad patológica (depresión).

Para mí la verdadera tristeza es una mezcla de angustia y sufrimiento que a veces puede ir acompañada de diferentes sensaciones: miedo abatimiento, impotencia, rabia, melancolía, pesimismo, etc.

La tristeza da ganas de llorar, sufrimiento, pasarlo mal. Quitaa la alegría, el estado normal positivo que uno tiene. Quitaa la calidad de vida. Las sensaciones que provoca son muy variada, pero siempre son negativas. Sólo se encuentra consuelo después de llorar.

Surge por algún tipo de sufrimiento. El fin que persigue es llevarnos a una situación desagradable y a unas sensaciones muy molestas. Aumenta con la desesperación, la ansiedad, el nerviosismo etc.(34)

Es un síntoma. Llanto, desahogo. Cuando veo que mi madre se ha caído y se hace un moratón. Cuando mi hermano tiene mucho trabajo.(35)

La tristeza es la sensación de no salir a la calle, estar acostada, sin ganas de nada ni de hablar con nadie.

No puedes hacer lo que quieres.

Para salvarte de la tristeza tienes que hacer estrategias, si no alimentas la tristeza no se va a hacer grande: estar con la gente adecuada, celebrar el cumpleaños, estar con los pies en la tierra y pensar que otras personas lo pueden pasar peor.

La tristeza me impide solucionar mis propios problemas.

Cuando se establece en nosotros estamos poco productivos, y tenemos incapacidad para realizar todo aquello que nos mueve, que queremos o que ansiemos.

Cuando hay periodo elevado de tristeza se convierte en melancolía.

Dos tipos de tristeza: tristeza mala, te limita, te inutiliza; tristeza positiva, te edifica, es constructiva... te ayuda a sobreponerte, en cierto modo en esa tristeza eres feliz, no llega a ser tristeza absoluta, se puede aprender de esa tristeza.

Tener pena, ponerse a llorar...

Pensar que las cosas me van mal, que no puedo ser como a mí me gustaría, cuando alguien me grita o me trata mal...

Sensación de apatía, de no tener ganas de hacer nada, que no puedes salir a la calle, y te sientes más sensible, más vulnerable, todo afecta más.

Estar llorando en la cama, no salir a la calle, no tener ganas de hacer nada... Se pasa muy mal.

Perder la ilusión por todo, sentirte vacío por dentro, desmotivación. Pierdes el don de decisión. Dejas de edificar tu deseo.

Quieres abarcarlo todo, no puedes, y te vienes abajo.

Surge:

Por pérdidas. Por algo que te han hecho. Porque te dejan de lado. Disgusto. Desajuste emocional.(36)

Siempre hay un detonante para que se dé un estado de tristeza, puede ser la muerte de un ser querido, pues por regla general no aparece per se, vamos creo yo. Para definirla exactamente no tengo palabras, pero podría decirse que es un estado en el cual se pierde el ánimo.

Se pasa mal, aunque también los que están alrededor, los más allegados, participan también de la tristeza que crea la persona.

Es un estado en el cual no sabes como actuar y dependes de la ayuda y los consejos de los demás.

Supongo, que como todo en esta vida, debe de tener su explicación, yo no la sé.(37)

Estar triste es recordar el pasado, todo lo que me ha sucedido. Me siento invadido por un desanimo general.

Se vive fatal, con culpabilidad por estar triste. Me da la oportunidad de comparar con el presente y eso me ayuda. Entonces lo veo todo negro y sin proyecto de vida.

Creo que la tristeza es como un círculo vicioso que te va hundiendo poco a poco si no eres capaz de romper esa dinámica con actividades y ocupando el tiempo.(38)

«Nada vale para nada», «así que me quedo S-O-L-O, sin interactuar con nadie de nada, sin hablar, sin que nadie ni nada me produzca placer». Anhedonia, lo llaman.

Yo creo que es mi estado normal, sólo se rompe en algunas situaciones o cuando estoy «disparado» por alguna medicina (droga) que me lo ha provocado.

Lo demás... pues... es estar COMO UNA ESTATUA DE SAL urdiendo pensamientos muy negros, a veces de lo más negro.

(Si esta encuesta es para aprender sobre estos temas...)

La soledad, a la que estoy tan malsanamente acostumbrado, a veces me produce PAZ. NADIE ME MOLESTA.

Por otro lado, NO TENGO NADIE CON QUIEN INTERACTUAR Y/O DIVERTIRME.

Se vive como un estado de fracaso y de ruina total personal.

No vale la pena ni levantarse de la cama, ni siquiera tener una ilusión que te habías propuesto y ya tenías algún logro parcial y vuelves a dejarlo. A FRACASAR.

Y después de todo esto, MÁS TRISTEZA Y TODO PEOR.

Vuelve la espiral hacia abajo.

Surge ante un fracaso.

La naturaleza es como el «remordimiento del pecado» en la religión. O sea: «he fracasado» ß »yo tengo la culpa». (39)

La tristeza es una sensación de fracaso, de pérdida, de que nada de lo que haces sirve para nada. Es una sensación de abandono y apatía. (41)

ES UN SENTIMIENTO DE MELANCOLÍA PERO EXACERBADA. ES UN SENTIMIENTO QUE, CUANDO TE PASA –NORMALMENTE UNIDA A LA DEPRESIÓN–, SÓLO TIENES GANAS DE ESTAR AISLADO, SIN VER A FAMILIARES, AMIGOS O CONOCIDOS. TIENES SÓLO GANAS DE ESTAR SOLO, VER PELIS ROMANTICONAS, LEER A NERUDA Y ESCUCHAR A SERRAT, AUTE O SILVIO RODRÍGUEZ.

TIENES GANAS DE ESTAR ENCERRADO EN TU HABITACIÓN Y ESTAR AISLADO, DORMITANDO Y DÁNDOLE VUELTAS A LA CABEZA. ¿POR QUÉ ME PASA ESTO? ¿QUÉ HE HECHO YO PARA ESTAR ASÍ?... ETC.

SE VIVE EN SOLEDAD, PORQUE NADIE TE COMPRENDE LA PRIMERA VEZ QUE TE PASA.

A MI ME DIO POR IDENTIFICARME CON EL EXISTENCIALISMO Y LEER O ESCUCHAR LIBROS O CANCIONES QUE POR MI EDAD NO ME CORRESPONDÍAN AÚN.

TE QUITA LA ALEGRÍA DE VIVIR, TIEMPO PARA ESTUDIAR, PORQUE CUANDO LA PADECÍ POR PRIMERA VEZ ESTABA ESTUDIANDO, Y POSIBILIDAD DE LLEVAR UNA VIDA COMO LA DE LOS DEMÁS.

ES UN ESTADO ANÍMICO POR LO TANTO POCO PREDECIBLE, Y POR OTRA PARTE NO HAY NADA CON LO QUE LUCHAR CONTRA UN SENTIMIENTO QUE SE TIENE O NO SE TIENE.(42)

Para mí la tristeza es mirar hacia atrás y no haber conseguido a la chica que se fijó en mí, de la que me enamoré, en la época de mis 16 años. Situación donde, pocos meses después, sufría el brote.

A partir de ahí lo psicológico y la enfermedad se aliaron contra mí y no pude saber con certeza si ella también sentía lo mismo que yo sentía por ella.

Con el tiempo, la tristeza se transformó en decepción, y la decepción en desengaño al convencerme, después de echar la mirada atrás y discernir en las ocasiones que hablé con ella, pasados varios años, que ella en realidad no encontró en mí lo que yo buscaba de ella, que era una relación de noviazgo, pues me puso las cosas realmente complicadas.

Aunque he pasado varios años viviendo un desengaño, me ha costado despertar de ello, pues la fantasía me daba esperanza en algo vivido a mis 16 años. Incluso, varios años después de los 23, cuando tomé un café con ella y me dijo que tenía novio, seguí con esa falsa esperanza varios años más, sin asumir la realidad.(44)

La tristeza es un sentimiento que aparece a veces con un motivo y a veces de forma natural. Pienso que es algo inherente a las personas, sentimos tristeza como también sentimos alegría, para reconocer la tristeza antes hay que conocer la alegría.

Al pasar por estados de tristeza también se aprende, a veces es una reacción emocional que te hace meditar y recapacitar sobre algún tema o situación que estas pasando. Te quita alegría, en algunos casos ganas de vivir. Puede provocar sensaciones de soledad e incomprensión. Sentir que estás sola pasando por ello.

Surge como reacción a algún suceso que haya pasado la persona o sin ninguna explicación, te puedes sentir triste sin saber por qué. Pienso que la tristeza nos hace distinguir más tarde la felicidad. La aumenta el sentirse solo/a en esos momentos o incomprendido/a. La mitiga que la persona encuentre apoyo

cuando pasa por este estado y que sea escuchada y comprendida, incluso el saber que hay otras personas que también han pasado o están pasando por la misma situación.(45)

La tristeza es la soledad no elegida. Llorar y no parar. No puedes ni hablar. Como si tuvieras un nudo en la garganta.

La tristeza surge ante una situación que no prevés y es mala. La mitiga cuando surge alguna novedad y es buena.(46)

Una sensación desagradable, agria, incómoda que te impide vivir con optimismo...

Puede surgir por muchos motivos: por la muerte de un ser querido/familiar, por la muerte de un animal de compañía, por quedarte sin trabajo, por una desilusión que te has llevado... aunque a veces también aparece sin motivo aparente.(47)

La tristeza, hay quien encuentra placer en ella, recordando que un día fueron felices. Qué placer ser ignorante, y cubrir de ego realidades. Veo demasiado diagnóstico en mis palabras. Conversaciones manchadas por la desconfianza, compadecencia del dolor, e impotencia hacia el futuro. Vacíos existenciales, que juegan con la ilusión, para desmembrarse contra un muro. La tristeza o impotencia ante un deseo. Nostalgia del alma, al ver que las cosas han cambiado. Un sentimiento desnudo, que rebusca en tu interior y busca una capa, para poder afrontar la vida. Debilidad, pero que vuelve sentimental el encontrarse.

El triste es amante de los sentimientos. Demasiado sentimentalismo en una sociedad fría como las cadenas. Incomprensión porque la tristeza es algo tan íntimo como la soledad que estas sufriendo. Tanto buscar en ti mismo que encuentras algo vulnerable y tangible el alma. Origen de la tristeza y del deseo, cúmulo de sentimientos. Droga de arte, desencanto y encantamiento. Demasiada angustia y poca es vanidad.(48)

La tristeza es un estado de ánimo en que se encuentra una o varias personas a lo largo de un periodo grande o pequeño por una causa.

La tristeza puede dar falta de apetito, o bien puedes llorar. También te puede dar melancolía.

Las causas pueden ser varias: pérdida de un ser querido, cambios de estación o, simplemente, te entra y la padeces (genética).

Persigue destruir tu vida. Aumenta si no la tratas con los medicamentos adecuados y las terapias.

Disminuye con una alimentación adecuada, dar con los medicamentos adecuados, terapias de choque y mucha paciencia.(49)

La tristeza es un sentimiento que desarrollamos cuando sentimos que nos falta algo. Nos quedamos pensando en aquello que pudo haber sido, en vez de mirar hacia adelante, con alegría.

Yo estaba triste porque no tenía un rol social remunerado, es decir, un proyecto de vida independiente. Es un enigma sin solución hasta que aprobé unas oposiciones.

La falta de objetivos concretos, la inmensidad de las horas cuando tienes un futuro te lleva a este sentimiento.(50)

Para mí la tristeza es tener el chip de la mente en modo negativo, en el cual todo va a salir mal o va a ser una tragedia. Donde se hace una montaña de un grano de arena y donde los miedos nos suelen dominar. Lo se porque la he vivido y seguramente la seguiré viviendo de vez en cuando. Por ejemplo en fiestas y celebraciones o aniversarios siempre entró en un pequeño bajón que me recuerda lo que nunca podré tener, pero para eso tengo el chip en positivo y pienso en lo que puedo hacer o lo que quiero hacer y me reponga al cabo de un tiempo.

La tristeza sólo da soledad. Quita el ámbito social porque te obliga a encerrarse y la sensación que provoca puede ser tan fuerte que llega a hacer que te cuestiones cosas tan efímeras como el que haces en este mundo, cual es tu papel en esta vida y con los que te rodean, etc. Preguntas que yo las llamo sin respuesta y que son síntoma de una depresión grave a mi modo de ver.

La tristeza suele surgir al no tener nada que te ofrezca una pequeña recompensa. Algo que te alegre cuando lo haces. Como si no se tuviera ningún plan de futuro o a veces por querer tener cosas que nunca se van a poder conseguir y no se es consciente de ellos. La aumenta este tipo de pensamientos que explicaba como las preguntas sin respuesta o lo que nunca tendremos y sólo la mitiga un acompañamiento constante y alguien en quien apoyarse pero no depender de esa persona.(51)

¿Cómo tratan la tristeza los profesionales?
¿Cómo la tratas tú?

Los profesionales son excelentes. Me ayudan en todo y me enseñan muchas cosas.

Me perdonan cuando cometo algún error.

Me han enseñado a poner la lavadora y la secadora. A poner la mesa, guisar y poner el lavavajillas.

Yo les tengo un gran respeto. Lo que pasa es que a veces llego tarde al centro. Y tengo que conseguir llegar pronto. A la hora exacta.(1)

Al ser algo muy interior y que el que lo padece se cree que es para siempre, profundamente es difícil entrar en el espacio en que vive el individuo que la padece, que se cree solo y que nadie le puede ayudar. Así que la psiquiatra, la psicóloga y enfermería difícilmente lo pueden hacer.

Ahora, con una medicación puesta inteligente para que disminuyan los síntomas sí que te tienes. Ahora afirmo que en todos los centros debería haber una piscina climatizada y así todo disminuiría con poca medicación.

Las curas del agua son las que me sirven. La medicación, creo que, las de farmacia, al tener tantos efectos secundarios, son dañinas. Tendría que haber en psiquiatría pastillas sin efectos secundarios.(4)

«Estás triste: alegra la cara» y tratan de poner remedio a eso. Hacen juegos y ayudan a la autoestima.

Yo, me rebelo, y es como un estado de depresión.(5)

Para eso han estudiado. Digo yo.(7)

Los profesionales me dicen que tengo que hacer los ejercicios de rehabilitación. Pero voy muy liada y me gustaría estar más relajada.

Yo, pinto mandalas.(8)

Los profesionales la tratan hablando conmigo y diciéndome que la tristeza es normal en algún momento de la vida. Yo, hablo con mi madre.(9)

Los profesionales la tratan con entereza y educación.

Yo, con normalidad.(10)

Los profesionales la tratan con charlas que aumentan nuestra autoestima y con terapias psicóticas.

Yo la trato llorando. Y drogándome. Sin ganas de hacer nada, ni salir de casa, sólo para ir al garito a comprar droga.(25)

Los profesionales la tratan con psicofármacos o terapia cognitiva. Escuchan con atención, dialogan, se comprometen con el paciente, tienen complicidad...

Creen que es un estado de ánimo pendiente de superar. Una etapa que no debe prolongarse en el tiempo y el espacio.

Dependiendo de cómo tengan el día ambos –paciente y profesional– hay una actitud u otra.

Yo la trato saliendo a la calle a que me dé el aire, viendo la tele o hablando con mi amigo.(27)

Hay varias técnicas que los profesionales de la salud mental utilizan para la tristeza: medicación, hablar de la tristeza, de sus causas o remedios con ellos y con otros pacientes, realizar diversas actividades (artísticas, deportivas...) para mantenerse ocupado, desarrollar las propias capacidades y reforzar la autoestima, recomendar hábitos de vida saludables...

En mi opinión creo que se recurre demasiado rápido a los fármacos para atajar la tristeza, cuando hay situaciones en que principalmente hablando podría solucionarse.

Yo, trato de pensar en las cosas positivas que tengo, en las posibilidades u oportunidades que puedo tener en la vida.

El paso del tiempo también me ha ayudado a que las sensaciones de tristeza vayan disminuyendo, simplemente por el olvido de los pensamientos tristes.

Estar ocupado puede ser una forma de «no tener que pensar en ello», aunque no estoy segura de que siempre funcione, porque tarde o temprano creo que todos nos tenemos que «enfrentar a nosotros mismos» y entonces los pensamientos negativos corren el riesgo de volver a aflorar.(28)

Hay que dejar a los pacientes que pasen por sus etapas. No intentar agobiarles, no hacer que se rían cuando no tienen necesidad.

Las negativas, en cambio, tienen un sentido subjetivo en cada uno, lo que hace que te hundas. Esa hay que eliminarla, no porque sea mala en sí, sino porque a esa persona no le hace bien.(29)

Los profesionales, ante la tristeza, usan el paternalismo. Quiero decir en psiquiatría y psicología.

En enfermería, sobre todo antes pero también ahora, hacían las veces de dialogar, de darte un beso... No todas, claro.

Para otros, por otro lado, significa mucho que estemos tristes. La actitud es fundamental, ya lo he dicho antes.

Yo la trataría con verdadera comprensión y cariño.(30)

Yo cuento un chiste.(32)

Los profesionales, no sé.

Yo:

CONTAR COSAS GRACIOSAS

S P E C

PENSAR ANTES LO JUSTO

PLANIFICAR

ACTUAR

CAMBIAR

MEJORAR

FIJARSE EN LOS VALORES QUE CONTRIBUYEN AL BIENESTAR

AL BIEN.(33)

Los psiquiatras pueden tratar la tristeza, en ocasiones como algo prolongado, que por tanto constituye una enfermedad (depresión u otra). Esta enfermedad la tratan con fármacos como antidepresivos, ansiolíticos, tranquilizantes y otros. La psicología utiliza la comunicación verbal y otras para intentar paliar, dentro de lo posible, este sentimiento.

Yo procuro salir de la tristeza pensando en cosas positivas que me gustan, en una motivación, en un objetivo. El llorar también, a veces, es necesario para soltar la pena acumulada, y sentirte más aliviado y mejor. A veces también busco la ayuda de las personas que me quieren para sentirme mejor, especialmente la de mi madre, que es la persona con la que me siento más a gusto en esas situaciones.(34)

Los profesionales, con medicamentos.

Yo, con tiempo libre. Pienso en cosas buenas.(35)

Los profesionales la tratan con medicación. Con terapia psicológica.

Yo:

Con un incentivo como una prueba de superación, que surja algo productivo. Hace falta motivación y determinación. Hacerte consciente de que querer es poder «que tu puedes con eso».

Hacer cursos de limpieza, me subió la autoestima.

Estar entretenidos para no darle vueltas a la cabeza.

Hacer cosas y actividades ayuda a mejorar.

Cumpleaños, fiestas.

Centro de día, rutinas, estar con gente, estar entretenido. Tener horarios. Caminar, andar. Hablar con las personas. Levantarse a una hora normal, no estar mucho tiempo en la cama.

Viajar.

Hacer las cosas y darse cuenta que no cuestan tanto como yo pensaba.

Buscar a alguien de tu confianza que te pueda escuchar.

Mensaje bien recibido.

Buscar un confidente, cualquier persona que tengas afinidad. Amigos, familiares, monitores del CD.

Trabajadora social.

Monitor.

Medicación ayuda para descansar mejor.

Tener amigos.(36)

Creo que estar triste no es malo, si hay una causa, imaginémosnos que se me muere el perro, al que yo tengo mucho cariño y paso dos o tres días chungo, ningún problema. El problema reside cuando la tristeza se alarga en el tiempo y yo pasados dos meses no levanto cabeza, entonces sí existe un problema.(37)

Yo recuerdo haber tomado terapias de grupo y me aconsejan hacer actividades pero sin pasarme.(38)

PASAN DE ELLO PORQUE «TIENEN MUCHA GENTE» Y NO PARAN DE TIRAR DE MANUAL Y RECETAR.

FALTA EMPATÍA, SOLIDARIDAD, CARIÑO Y sobre todo HABLAR CON EL TRISTE.

Nota: yo creo que no lo hacen porque si empatizaran con todo ello necesitarían una sábana para secarse las lágrimas. Y eso, NO ES PROFESIONAL.

Diciendo: Ya se me pasará. Bendita sea la luz del día. Santiguándome y poniendo en manos de Dios todo lo que me asa.

Demasiado religioso. A MI ME VALE.

Los demás te ayudan con una palmadita en la espalda.

Pero si saben el motivo de tu tristeza o son AMIGOS, SIMPLEMENTE, PERO VERDADEROS à hablarán contigo, buscarán huecos en su tiempo para estar contigo y cambiarte la cara hasta que igual te rías. Incluso te rías de ti mismo.(39)

Normalmente le quitan importancia, sin darse cuenta de que, en ocasiones, es necesario tratar la pérdida (propia o ajena).(41)

COMO TODOS LOS SÍNTOMAS QUE ESTÁN CATALOGADOS EN LOS DSM, CON AUMENTO DE MEDICACIÓN.

LOS PSICÓLOGOS SE INTERESAN MÁS Y TE PREGUNTAN E INDAGAN EN LAS POSIBLES CAUSAS QUE TE HAN LLEVADO A ESE ESTADO.

SÓLO HE PASADO POR UNA DEPRESIÓN QUE IBA ACOMPAÑADA DE TRISTEZA Y LO ÚNICO QUE ME VALIÓ ES DEJAR CORRER EL TIEMPO. PORQUE EN ESTA VIDA TODO LLEGA Y TODO PASA. (42)

En los momentos que me he sentido triste los profesionales me han escuchado y me han ayudado a orientarme para buscar una solución y que el sentimiento de tristeza cambie a otro estado de tranquilidad o incluso de alegría. Para ellos significa el tener que ayudar a alguien a mejorar su estado mental. Su actitud suele ser de escucha y positiva actuando para ayudar.

Cuando me he sentido triste, he hablado con la familia, amigos/as, en el entorno social. Me han escuchado, en ocasiones me han apoyado y otras veces me he sentido sola y lo he tenido que superar desde la soledad, descubriendo qué es lo que me pone triste y buscando una solución al problema.(45)

Los profesionales me hablan y me dicen por qué motivo lloro o me encierro y no quero salir. No puedo hablar mal de los profesionales porque me tratan muy bien.(46)

Los profesionales, con fármacos y terapia psicológica.

Yo, permitiéndome expresarla mediante las lagrimas y después intentando relativizarla si puedo.(47)

Te dan ansiolíticos, antidepresivos y hablando. Te dan pautas a seguir.

Yo tomo la medicación en el momento que el profesional me indica, hago relajación, deporte y escucho música que a mí me gusta. Por último, deshecho lo malo y cojo lo que me pueda beneficiar.(49)

Una vez superada las crisis psicóticas, tanto el equipo de profesionales, como mi familia, como yo, teníamos claro que lo que me faltaba era un trabajo.

Intenté ganarme la vida como entrenador de tenis de mesa y el ejercicio de la responsabilidad me hizo mejorar bastante. Pero hasta que no aprobé las oposiciones para funcionario no alcancé la paz mental.(50)

Bueno. Cuando entras a un psicólogo la primera pregunta es “como estas”. Esto a una persona con tristeza o depresión ya la hunde más de lo que venía. Además lo tratan como el hecho de no ser feliz y no es sólo eso. Es encontrar un pequeño camino que recorrer y que te lleve a algún sitio que te guste o a una sensación positiva. Siempre te recomiendan que te animes, que no pienses tanto en las cosas que le vas a explicar a la consulta en vez de derivar esas cosas a ese pequeño sendero que reclamo y a saber jugar con el paciente de forma que vea que se le escucha pero que además se le intenta ayudar en todas esas dudas que tiene, intentando derivar las dudas en pequeñas acciones que podría hacer para resolverlas por su cuenta y así conseguir un pequeño premio.

Yo desde que tuve un intento de suicidio que me dio muy fuerte por pensar que no valía para nada ni para nadie. Me hizo llegar a urgencias y salir ese mismo día con la mente cambiada al ver el centro que me esperaba si seguía así. No es bonito pensar en la gente que está internada en centros psiquiátricos y si subimos el nivel, las personas que están en Oncología o niños. Siempre hay alguien que está peor que uno mismo y lo que me ayuda a salir de ese pozo es pensar en cómo ayudar al que se pueda que este peor que yo.

Las personas que me rodean se enorgullecen del cambio que di y como redirigí mi vida hacia el voluntariado donde me siento super cómodo y ayudó en lo que se pueda a lo que se pueda.(51)

C.- Angustia

Existen pocas dudas de que las anomalías genéticas predisponen a estados patológicos de ansiedad; sin embargo, las evidencias indican claramente que los episodios vitales traumáticos y el estrés también son etiológicamente importantes.⁵

La angustia es una experiencia universal. Es el temor que mira al interior de la persona y que surge ante nuestras limitaciones e imperfecciones físicas, intelectuales o morales. El temor a la nada es una de sus vivencias principales, que se vuelve específico de las psicosis cuando la nada es innombrable y carece de referencia en el lenguaje.⁶

¿Qué es la angustia?

¿Cómo se vive? ¿Qué explicación le das?

La angustia es el resultado de los delirios y la tristeza. Es el principio del final del pozo donde caigo.(2)

La angustia es la imposibilidad y la creencia de que nadie te puede ayudar.

La angustia es un punto muy distinto.

La angustia no te da más que sufrimiento eterno. Me quita toda la alegría de vivir y provoca sensaciones de oscuridad.

La angustia existe por influencia social. También por una sensualidad necesaria en todo individuo.

Su naturaleza puede tener efectos dañinos, al no estar el individuo bien, y puede tener consecuencias graves cercanas al vacío.

Un amor que reciba en su familia y en los amigos. Esto es muy difícil, pero mitiga lo suficiente la angustia para que no sea grave.(4)

La angustia es, por ejemplo, cuando tengo una manía. Cuando creo que sale agua del grifo y no está saliendo agua.(5)

⁵ Sadock BJ, Sadock V, Ruiz P. Op cit., p. 387. Tampoco encontramos en este texto ninguna definición de la angustia. Sí habla de una «ansiedad normal» frente a otra «patológica» determinada por factores psicológicos y biológicos, pero no se acerca a diferenciarlas, salvo que la segunda cumple con los criterios diagnósticos de DSM5 de los distintos «trastornos de ansiedad» —«trastorno de pánico», «agorafobia», «fobia específica», «trastorno de ansiedad social» y «trastorno de ansiedad generalizada»—.

⁶ Martín L, Colina F. Op cit.

Cuando no puedes respirar, que estás agobiada y te falta el aire. Estás nervioso, incómodo... Bueno, eso es lo que me pasa a mi.

Es dolor.(7)

La angustia es el agobio.(8)

Desconozco qué es la angustia.(9)

La angustia es algo que no gusta. Algo naturalmente malo.(10)

Yo siento angustia mental y de espíritu. Y la siento como si sintiera el alma misma.

Aprendo de ella. Así se concentra la recuperación. Mediante este aprendizaje.
(19)

La angustia es falta de sueño y compañerismo. Falta de la realidad y, sobre todo, falta de no tener una solución.

Es ahogo, respiración, incluso dolencias físicas. Te quita del momento de solucionarlo sin profesionales y provoca sensaciones irreales o pesadillas.(21)

La angustia ocurre cuando no sabes desahogarte y a los profesionales les da miedo. Es el miedo hacia las respuestas no esperadas.(22)

Es la falta de sentido.(23)

Es cuando nos encontramos con situaciones que no podemos superar y nos agobian. La angustia surge por la medicación.(24)

La angustia es un mal agonizante.(25)

La angustia es pena, ganas de vomitar, cuando no te llega la corbata al cuello.

Pena intensa, con mocos en la garganta que no te dejan respirar. Tristeza enorme, injusticias vividas, malestar general.(27)

La angustia es una situación de ansiedad o nerviosismo que puede deberse a un problema que uno se siente incapaz de resolver. Como la tristeza, puede darse de forma puntual o continuada en el tiempo. Pero creo que, a diferencia de la tristeza, la angustia no podría darse durante meses.

Es, al igual que la tristeza, inherente a la vida. La respuesta natural del ser humano ante la angustia debería de ser controlarla en la medida de lo posible, en lugar de dejar que la angustia le controla a uno y, en ciertos casos, le llegue a incapacitar para realizar sus actividades normales o cotidianas.

Puede generar un «círculo vicioso», pues cuanto menos se quiere pensar en un determinado asunto que preocupa y angustia, esa misma preocupación hace que se piense más en él.

Puede que su fin, pensándolo más detenidamente, sea preparar al organismo para estar alerta ante una situación que requiere tu atención.(28)

Es darte cuenta de que, hagas lo hagas, no vas a conseguir nada de lo que desees. Que pasan los días, semanas, meses y años y no puedes tener ninguna ilusión de conseguir los anhelos.

Es saber que, hagas lo que hagas, la sociedad no te va a dar la oportunidad de realizarte.

Angustia de no tener una oportunidad. De que este mundo es el que es, de que lo que yo quiera está vetado y de lo que me queda para mí no me satisface en absoluto.

Sólo aporta desarraigo.

Te das cuenta de que te valorarán por lo que conseguiste, por el dinero, el trabajo, familia, etc. Y, aunque digan que no, todo el mundo se da cuenta de que es así. Tanto tienes, tanto vales.

La angustia es la negación de lo evidente.

No es una, dos o tres veces; es un continuo, un machaque. Que no te reconozcan como persona.

Es tener que aguantar las miradas por la calle, los gestos, sentirse abrumado y ser juzgado. Ir dando bandazos por la calle y hacer, de esas penas, luto.

Cada vez que hablas con alguien te das cuenta de que te está valorando y comparando. Cuando te paras a valorar lo que tú eres y no lo que dicen los demás, te pones a ti mismo y a los demás en su sitio. Puedes aprender a parar a los demás.(29)

La angustia es la antesala de la soledad. Y la soledad, la del vacío absoluto.

Hay que dejarla pasar. Como todo. Me tocó, lo vivo, la reconozco antes de poder reconocirme.(30)

Genera sufrimiento, agonía, miedo, vacío, soledad.(31)

Nunca he sentido la angustia. Si yo tuviera ansiedad o angustia no hubiera salido al espacio.(32)

Sensación que lleva al malestar. Provoca tensión, incomodidad.(33)

Para mí la angustia es un sentimiento interno negativo, que puede aparecer de forma puntual (en una determinada situación angustiosa) o de forma más constante y preocupante.

Yo tenía angustia, por ejemplo, cuando estaba muy bloqueado por el TOC y me costaba mucho hacer las cosas y veía que tenía que repetir, que no podía descansar etc. Era una situación angustiosa para mí y también me producía ansiedad. La angustia sólo da sufrimiento. Te quita la alegría, el bienestar, el sentirte bien, etc.

La angustia es una sensación que se produce ante unas determinada situación angustiosa, negativa que nos daña interna y profundamente. La impotencia o la obsesión, por ejemplo, también puede producir angustia.(34)

La angustia es ponerme nerviosa, como una cosa en el estómago que te puede llevar a vomitar.(35)

Para mí es cuando siento un peso en el pecho pero no me provoca desanimo sino que me provoca tensión. Como si no pudiera llegar a tiempo algún sitio, como la ansiedad. Y también me provoca como la sensación de tener vómitos.

Cuando me aparece me da la oportunidad de pensar por qué estoy así.(38)

Algo muy desagradable, como si no puedes respirar, como si la respiración fuera entrecortada y se te «endureciera» el pecho. O algo así...

No puedo respirar, tengo un nudo en la tripa, no puedo hablar seguido.

A veces con un atracón de comida se pasa lo del nudo en la tripa.

Piensas... y «se cuele todo lo negativo de ti» en lo que estás pensando.

Se junta toda la hilera de cosas negativas que hemos tratado anteriormente.

A veces, si es «extrapiramidal» (porque a veces los fármacos juegan esa pala pasada) el Akineton puede ayudar.

Luego puede que de nuevo vuelvas a la angustia después de esos malos momentos.

Dar: nada bueno.

Quitar: la alegría, la expansión personal.

Sensaciones que provoca: lo que ponía antes.

Como mucho, de nuevo, que es un síntoma con el que vas a convivir mucho tiempo en tu vida, que es muy desagradable y que no tiene (;) remedio, sólo alguna medicina tranquilizante.

Surge en mi caso porque VEO UN PELIGRO (aunque sea un delirio).

Su naturaleza es MALIGNA, y con eso ya está dicho todo.

Me imagino que como todo lo de la Naturaleza estará adecuada a algo, pero no acierto a saber a qué. ES MUY DESAGRADABLE, eso es todo.(39)

La angustia es muy parecida a la tristeza. Pero es más una especie de sensación. Un «no hay salida». Un tope de la vida donde no hay solución.(41)

ES UN SENTIMIENTO QUE SIEMPRE VIENE ACOMPAÑADO POR ALGÚN PROBLEMA DE ALGO QUE TE PREOCUPA O QUE NO PUEDES SOLUCIONAR FÁCILMENTE.

SE SIENTE ANGUSTIA CUANDO NO VES EL FINAL DE TU DEPRESIÓN, CUANDO TIENES QUE IR A LA MAÑANA SIGUIENTE A VER A ALGUIEN Y TIENES MIEDO POR ALGUNA CAUSA, CUANDO TE REVISAN TU INCAPACIDAD, CUANDO TE PONES NERVIOSO CUANDO SALES A LA CALLE Y TIENES QUE VER GENTE Y NO QUIERES PORQUE LO PASAS MAL, CUANDO PIENSAS QUE LOS DEMÁS TE LEEN EL PENSAMIENTO CON TODO LO QUE ELLO CONLLEVA.

LA ANGUSTIA, COMO EL MIEDO, ES MUY PERSONAL Y CADA UNO LA VIVE DE DISTINTA FORMA. ME DA MIEDO VOLVER A SENTIR ANGUSTIA PORQUE NO SE QUITA CON NINGUNA PASTILLITA, Y ME QUITA HERRAMIENTAS PARA ENFRENTARME AL DÍA A DÍA DE LA VIDA.

EXISTE PORQUE ES UN SENTIMIENTO MÁS DEL SER HUMANO Y SURGE CUANDO NO ESTAMOS ESTABLES, ES OTRA SEÑAL DE ALARMA QUE NOS SIRVE PARA IDENTIFICAR EL DELIRIO O EL POSIBLE BROTE.(42)

La angustia la viví en el brote, cuando me auto-exigí sacar el Bachillerato. Suspéndí dos asignaturas y viví un mal verano sin poder entender lo que leía. Era incapaz de aprender debido a la depresión por el suceso amoroso de mis 16 años. Todo suma: el fracaso amoroso, el inicio de la enfermedad descontrolada y el BUP en peligro. Y todo me hizo recalar en una terapeuta que era psicóloga y que me hizo más mal que bien porque el curso de COU fue muy doloroso.(44)

Es una reacción natural del cuerpo para defenderse ante cualquier tipo de amenaza o peligro.(47)

La angustia no hay que confundirla con la tristeza, es un sentimiento de frustración relacionado con el ego. Nosotros, los locos, solemos pecar de repetitivos respecto a esta sensación. Me recuerda a un envenenamiento. Yo intento afrontarla con pensamientos positivos y con un buen sueño: la mente descansada funciona mejor.(48)

La angustia es una mezcla de tristeza, pena y ganas de llorar.

La angustia surge ante la pérdida de un ser querido o una ruptura. Persigue que llegues a una depresión severa.

La mitiga la gente que te rodea con cariño y los medicamentos que el profesional te pauta.(49)

La angustia es percibir que no hay salida. Que con este diagnóstico es imposible tener un proyecto de vida independiente. Ver a tus padres preocupados por el día de mañana, y verte indefenso en una sociedad fuertemente competitiva.

Se vive como un infierno.

Para que haya salud, paz mental, es necesario jugar un rol psicosocial. El organismo humano funciona así.(50)

Para mí la angustia es no saber que va a suceder y estar todo el rato pensando posibles vías que difieren mucho de la realidad de después, pero que provocan esos estado de alteración e insomnio.

Es bastante fuerte. Puede provocar Que se hagan auténticas locuras por miedo a lo que realmente no existe, que no es lo mismo que un brote psicótico que son imágenes que se ven o voces que se oyen, en la angustia lo que preocupa son las próximas situaciones que puedes vivir antes de vivirlas. Te quitan mucho la normalidad emocional, te pone en un estado de rareza ante las demás personas y eso provoca discriminación. Puede acabar en brote psicótico bajo mi punto de vista.

La única explicación que encuentro para la angustia es el miedo al todo. El temer a sucesos como atentados terroristas, accidentes , etc... Después de un acto así estoy completamente seguro que más de una persona cae en esta sintomatología. Quizás persiga el bien estar del individuo y la supervivencia, pero en niveles tan extremos que hacen imposible hacer una vida con normalidad.(51)

¿Cómo tratan tu angustia los profesionales?
¿Cómo la tratas tú?

Medicación. Un síntoma. Preocupación.

Curas de sueño. Salidas con amigos. Conversaciones con personas inteligentes.(2)

Sólo el individuo que la padece sabe lo que es. Y en el trastorno bipolar nadie sabe lo que ocurre. Es posible, pero no es posible comprenderlo.

Tengo la estrategia del agua.

Mirarme al espejo y poner normal la imagen. Cuál es mi aspecto mejor.

Cuando estás con los demás es más fácil ponerte bien.

La soledad sin comunión es su gran enemigo.(4)

Los profesionales la tratan con la debida moderación y sentimiento.

Yo, con odio. No me gusta la angustia.(10)

Para tratarla utilizo una estrategia fácil y difícil de entender para mi mismo. Pero todo acaba sabiéndose con experiencias intensas.

Me sirve dibujar, jugar al ajedrez..., incluso pensar, meditar en cosas espirituales.(19)

La trato con terapia.(22)

Yo la trato con el cariño, la afectividad y siendo un poco empalagoso.(27)

En el caso de los profesionales, intentan atajar la angustia principalmente a través de fármacos y también intentando tranquilizar al paciente hablando con él. En ocasiones se recurre al internamiento en unidades de agudos o centros similares, internamiento que en algunos casos puede llegar a ser involuntario.

Se recurre, como en la tristeza, demasiado rápidamente a los fármacos. Creo que convendría más bien tranquilizar al paciente, hablando con él, y enseñarle a controlar la angustia por sus propios medios en lugar de acudir a la solución fácil del psicofármaco que, a pesar de sus ventajas (como la inmediatez) es un remedio artificial que puede acabar creándole dependencia al mismo.

Por otra parte, el ingreso en una unidad de agudos como forma de poner remedio a la angustia no me parece acertado cuando es involuntario pues, en mi caso, al menos, al haber vivido esta experiencia, puedo decir que tal situación

es una de las que más angustia me ha generado en la vida. De forma que la angustia que pudiera sentir previamente al ingreso no se ha aminorado, al contrario, tal «remedio» me ha parecido ser contraproducente pues ha empeorado mi angustia.

A mí lo que me sirve es intentar tranquilizarme pensando si hay algo que yo pudiera hacer para encontrarme mejor. Si puedo, intento poner remedio; si no, trato de no pensar en ello y seguir con lo que estaba haciendo. Y si no puedo seguir con lo que estaba haciendo, hago algo que me sirva para evadirme, por ejemplo, leer, pasear, dormir...

Los que me rodean intentan tranquilizarme tratando de hacer que no piense en ello o haciéndome ver que lo que me angustia no es tan grave como yo pensaba y que puedo encontrar una solución al problema que me preocupa. También intentan ellos mismos solucionar el problema si pueden.(28)

Yo creo que la angustia me la tratan con antidepresivos e hipnóticos. Sobre todo la Psiquiatría y la Psicología. La Enfermería también ayuda en los aspectos familiares y sociales.

Sirve para que los pensamientos que están dentro salgan a flote y te tranquilices.

Yo tomo la medicación después de ducharme y espero a que se me pase el temblor y la reiteración de los pensamientos que vienen a mi cabeza de forma automática cada día que me levanto.

Trato de evadirme de estos pensamientos y pensar en lo que tengo que hacer.

Si los pensamientos me producen angustia (cuando salgo a la calle) pues cuando llego a casa me ducho y tomo un café e intento desconectar.(29)

Yo la trato con:

Gestión correcta de emociones

Buena

Mensajes

Paradojas

Soy un escapista, no quiero --- cosas negativas

Yoga, pilates, reiki, chi kung, taichí, estiramientos, calentamientos, FLEXIONES, ABOMINALES, ANDAR, SUBIR Y BAJAR ESCALERAS, DEPORTE, EJERCICIO FISICO, ALIMENTACION, MEDICACION, LAVARSE LOS DIENTES.(33)

Los psiquiatras las tratan con fármacos. Los psicólogos y psicólogas mediante técnicas psicoterapéuticas. La enfermería y el resto de profesionales también aportan dando la medicación a sus pacientes y ofreciendo apoyo moral y psíquico a estos.

Cuando estoy angustiado trato de salir de esa situación que me provoca angustia. Por ejemplo, si pensar en alguna cosa o alguna persona en concreto, me angustia, trato de hacer cosas para no pensar en todo eso y no sufrir. Lo mejor es hacer cosas que me gusten, apartar el foco hacia otro lugar, saliendo a la calle, viendo a amigos, haciendo cosas que desvían mi atención del problema.(34)

Los profesionales ayudan, tomando zumos, agua y limón, sacándonos a pasear.

A mi me sirve ir a la peluquería.(35)

A mí me dan ansiolíticos.

Procuro distraerme con alguna película o algo que me quite las cosas de la cabeza. Normalmente me las arreglo solo, no voy a estar dando trabajo a los demás.(38)

Como ponemos cara de angustiados, puede que se den cuenta. Pero como de costumbre no hablan, no dialogan sobre ello, no te ofrecen solución.

Por tanto ES UNA OPORTUNIDAD para que no pasen de ello.

Y se impliquen.

Y trabajen en ello... Aunque al final de la jornada laboral se vayan con los suyos de nuevo.

¿Cómo la trato? De ninguna manera.

Me rindo.

Es demasiado.

Igual recordando esto que he escrito.

Igual llamando a un amigo, o familiar.(39)

Suelen aumentar la dosis de tranquilizantes. Pero no eliminan las condiciones objetivas a las que responde.(41)

LOS PSIQUIATRAS, COMO SIEMPRE, TE MANDAN ALGÚN TRANQUILIZANTE. EN VEZ DE HABLAR CONTIGO Y DESENTRA-

ÑAR CUÁL ES SU ORIGEN. TE EMPASTILLAN Y TRABAJO HECHO ESE DÍA.

LOS PSICÓLOGOS HABLAN CONTIGO Y DEPENDIENDO DE LA PERSONA QUE TE TOQUE TE AYUDAN MÁS O MENOS. PERO SIEMPRE PIENSO QUE ES MEJOR UN MAL PSICÓLOGO A UN BUEN PSIQUIATRA. POR LA FORMA DE RESOLVER O MITIGAR EL MISMO PROBLEMA.

ME SIRVE LA RESPIRACIÓN QUE HE APRENDIDO A LLEVAR EN YOGA Y ESTAR SOLO Y NO VER A NADIE. PONERME MÚSICA QUE ME GUSTE, DEPENDIENDO DEL MOMENTO, Y TRANQUILIZARME SIN QUE NADIE ME PERTURBE.(42)

La tratan con ansiolíticos.

Yo, con medicina natural, usando el aceite de hipérico.(47)

La tratan con antidepresivos y otros medicamentos. Para ellos es un gran esfuerzo, ya que tienen que dar con la medicación y la dosis adecuada.

Yo la única estrategia que utilizo es tomando la medicación a la hora prescrita, haciendo ejercicio y escuchando música.(48)

Los profesionales siguieron con mucho interés mi búsqueda de un proyecto vital, aconsejándome sobre cursos e itinerarios de inserción laboral. Se les veía muy preocupados y ya no había más terreno que avanzar más allá de encontrar un empleo.

Por lo menos descubrí que yo no era culpable de mi situación, sino que era culpa de una sociedad imperfecta.(50)

En este caso creo que actúan igual que con la tristeza. Increpa para cambiar la situación pero sin entrar en lo que realmente preocupa al paciente e intentar derivar la situación hacia algo productivo para el mismo.

Yo Me recreo en la frase “lo que tenga que pasar pasara” y ahí termina mi episodio. Mis allegados rebajan la tensión proponiendo todo tipo de alternativas y eso da soporte moral.(51)

D.- Los "Trastornos Mentales Graves" (TMG)⁷

Las psicosis⁸

El trastorno de un paciente se diagnostica como esquizofrenia cuando presenta dos de los cinco síntomas especificados en el criterio A. El criterio B requiere que durante la fase activa de la enfermedad esté presente una alteración de la actividad en general, aunque no un deterioro. Los síntomas deben durar como mínimo 6 meses y no puede haber un diagnóstico de trastorno esquizoafectivo o un trastorno del estado de ánimo.⁹ Se desconoce si el trastorno esquizoafectivo es un tipo de esquizofrenia, un tipo de trastorno del estado de ánimo o la expresión simultánea de ambos. También puede ser un tercer tipo diferenciado de psicosis [...]. Lo más plausible es que se trate de un grupo heterogéneo de trastornos que comprendan todas estas posibilidades.¹⁰ El diagnóstico de trastorno delirante se establece cuando

⁷ No existe una definición consensuada sobre el constructo de TMG, éste puede variar según que el objetivo prioritario sea la planificación y gestión sanitaria, la investigación, la intervención clínica, etc., y son numerosas las posibles definiciones que se pueden encontrar al respecto en la bibliografía científica. Una revisión de las mismas indica como elementos comunes la necesidad de prestar atención a tres dimensiones: Diagnóstico –incluyendo, de forma prioritaria, la psicosis y otros trastornos crónicos–, duración –variable según las diferentes definiciones desde uno a cinco años desde el inicio del trastorno– y discapacidad –operativizada en función del desempeño de roles sociales, familiares, laborales y de autocuidado–. Según estos autores, la efectividad de los Servicios Sanitarios depende tanto de la calidad de la tecnología instrumental como de la tecnología humana –el factor humano–, siendo tan importante la competencia científico-técnica personal, como los factores derivados de la actitud y de la personalidad. Mingote JC, Del Pino P, Gálvez M, Gutiérrez M^aD, Sánchez R. Utilidad preventiva del constructo «trastorno mental grave» en el ámbito sociosanitario. Med. Segur. Trab (Mad) 2010; 56 (221): 306-22.

⁸ En este apartado del cuestionario remitimos a un grupo de experiencias subjetivas que en los Manuales diagnósticos están disgregadas y tipificadas de distinto modo. En general, incluye los diagnósticos de *esquizofrenia*, *trastorno esquizoafectivo*, *trastorno de ideas delirantes* y *psicosis maniaco depresiva*, actualmente en desuso y que asimilamos al *trastorno bipolar* con síntomas psicóticos o melancólicos.

⁹ Los criterios se refieren a los del DSM5. El criterio A reza: «dos o más de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3): 1. Delirios, 2. Alucinaciones, 3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente), 4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico, 5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia)». El B, consiste en: «Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio». Kaplan & Sadock, p. 307-8.

¹⁰ Kaplan & Sadock, p. 324.

un individuo presenta delirios no extravagantes de al menos 1 mes de duración que no pueden atribuirse a otros trastornos psiquiátricos. El paciente no tiene muy alterado el funcionamiento y el comportamiento no es manifestamente extraño.¹¹ El trastorno bipolar es un síndrome en el cual se presenta un conjunto completo de síntomas de manía durante el periodo del trastorno. Los síntomas psicóticos son indicativos de mal pronóstico y pueden ser congruentes o no con el estado de ánimo. Las características melancólicas implican una de las características A y tres o más de las B.¹²

Las psicosis son configuraciones de la subjetividad. El sujeto psicótico se diferencia del neurótico en su compromiso para tejer el deseo y simbolizar el mundo a través del lenguaje, pero no por ello es un individuo en déficit. La clínica de las psicosis, cuando acontece, es una experiencia subjetiva única en cada persona. Sin embargo, está marcada por una angustia innombrable y unas defensas características –síntomas–, que sirven para dar sentido a las cosas. Entre ellos, el delirio o la alucinación. La experiencia puede mostrarse, indistinta o sucesivamente, en tres polos: esquizofrénico, paranoico y melancólico. La melancolía es la experiencia universal de tristeza, vacío, soledad y desamparo que afecta a todo ser humano. En ocasiones fragua en depresión o, más acusadamente, en psicosis maníaco-depresiva. Su vivencia es profunda y tiende a enmascarse o a expresarse de forma dual, mediante la defensa del exceso de actividad.¹³

¿Qué es la psicosis?

¿Cómo se vive? ¿Qué explicación le das?

Bueno, no sabría decir con palabras qué es la psicosis.

Pero, para mi, la esquizofrenia es una distorsión del pensamiento y el sentimiento. Es la necesidad de pensar algo que no te atrae o que no va contigo, pero que necesitas pensar esas cosas. Es decir, hay una atrayente contradicción.

Ante todo, la vivo con atrayente viveza. Es decir, intensamente.

¹¹ Kaplan & Sadock, p. 331-2.

¹² El DSM5 recoge que los criterios A son «pérdida del placer por todas o casi todas las actividades y falta de reactividad a estímulos generalmente placenteros», mientras que los B consisten en «desaliento profundo, depresión peor por la mañana, despertar pronto por la mañana, notable agitación o retraso psicomotor, anorexia o pérdida de peso y culpa excesiva o inapropiada». Kaplan & Sadock, p. 356.62.

¹³ Martin L, Colina F. Op. Cit.

Surge por casualidad. Pero es curioso el hecho de que está relacionada con la finalidad de crear tu vida.(14)

Se vive como una fuerte realidad. Un conocimiento nuevo que creo superior.

Surge por un esfuerzo en actos que rompen las normas de la realidad, como dejar de dormir varios días, perseguir la perfección... Si no te da cuenta nadie, y es interesante, se huye de la realidad. Si de pronto ingreso, la disimulo.

La inmediata misión en la nueva realidad.

El hombre necesita vivencias fuertes, y las buscan. En los artistas, el cuadro está en otra realidad contrastada absolutamente.(15)

La psicosis es un trastorno mental obsesivo y manía manirrota.

Surge según la situación. ¿Cuál de los dos? ¿La madre o el hijo?(16)

La psicosis es un conjunto de síntomas que salen de nuestra mente. Un enfermedad derivada de la psicosis es la esquizofrenia. Yo tengo psicosis y síntomas de esquizofrenia. Veo alucinaciones y oigo voces. Y veo imágenes de muertos.

A veces tengo síntomas de ansiedad y me late muy deprisa el corazón y se me ponen los ojos en blanco. Me duele el pecho y tengo palpitaciones.(17)

La esquizofrenia y el trastorno bipolar son consecuencias de la enfermedad por motivos delirantes.

Transformación de lo espiritual en condiciones adversas. Consecuencia de lo normal.(18)

La psicosis es una persona que no existe o que oye voces. Que no duerme bien.(20)

La psicosis es llegar al límite de una situación sin solución mental.

Da miedo, sudor, frío, calor y provoca situaciones no lógicas a éstos.

Se produce por falta de algo, cariño, amor, personalizar la realidad... Consiste en llegar a pensar en lo que posiblemente no deberíamos conocer o saber.(21)

Es un brote incontrolable que no se puede controlar. No se sabe hasta que te lo explican los profesionales.(24)

La psicosis ocurre cuando no te tomas la medicación correctamente y pasa algo alrededor que no podemos controlar.(25)

Las psicosis son manías persecutorias auto-delirantes, auto-lesivas, arrancarse el pelo... Tocar las cosas veinte veces... Cambiarlas de sitio; limpiar todo el día... Revisar la luz o el agua o las puertas si están cerradas, las persianas si están levantadas, etc., etc.

Se vive como una gozada permanente. Felicidad momentánea (como un orgasmo).

Surge por desequilibrio total de la mente y persona fuera de la realidad, pero con un componente dentro de la misma, como trasfondo o fondo de telón.

Se inicia en la autocomplacencia ante uno mismo no entendida por las personas que te rodean.

Aumenta por el rechazo social, el acoso, el *bullying*, la estigmatización, los reproches familiares y personales, la dominación de unos frente a otros (tanto dentro como fuera de la familia), el entorno social, laboral, estudiantil y cualquier otro ámbito de preponderancia.(27)

Es unos pensamientos que se repiten una y otra vez desde hace muchos años y que no los puedo quietar de mi cabeza porque están ahí.

Es querer una cosa y estar pensando en otra.

Son pensamientos sobre la adolescencia y las chicas que idealicé, y la frustración de no conseguir nada con ellas.

Son fijaciones en mi mente, recuerdos.

Es una forma de interactuar con las personas en sentido afectivo que yo utilizo desde niño.

Es una alteración de la afectividad, de la forma de interactuar con quien tiene otros problemas.

Reitero que no me aporta nada positivo. Se pierden amigos, no tienes trabajo, ni novia, ni puedes viajar a ninguna parte. La mente deja de conectarte porque los psicofármacos no hacen efecto: el milagro dura muy poco.

¿Mi explicación? Un dolor intenso y desazonante en la parte de atrás de la cabeza cuando eres adolescente. Va aumentando y vas perdiendo capacidades para razonar, de memoria, etc. Empiezas a fallar en los estudios, te aíslas. Tratas de no hundirte pero te hundes más.

Cuando vuelves a funcionar con los psicofármacos logras un 90% de normalidad, pero dura poco y con el paso del tiempo ya no puedes hacer nada.(29)

La psicosis es un estado letal de sufrimiento absoluto por hacer de este mundo, un mundo mejor.

Es una lucha constante contra todo enemigo de la bondad, de la naturaleza y del mundo.

Luchas contra todas y cada una de las personas que hacen mal al mundo y yo, por ejemplo, he conseguido salir. «Para muestra, un botón», decía mi abuela, que era muy sabia.

Remito a la explicación sobre la alucinación y el delirio.(30)

Haciendo mímica haces que te duchas, y rápidamente cambias a interpretar la acción por una persona con un cuchillo que trata de apuñalar...«la de psicosis».

Te da en qué pensar, te rellena muchos espacios, te quita otros, te mira y te persigue, a veces hasta te deja descansar. Te aplasta, a veces te libera, suma y resta.(31)

Es que no sufro nada de eso. Es lo que le pasa a Cristian, que tiene fobias y locuras.

¿Qué cómo se vive? Que tenga yo autoestima.(32)

Enfermedad que falta claridad mental, confuso.

Provocada porque te dan drogas por telepatía.

Mis psiquiatras me provocan alucinaciones.

Las ondas alfa hiperestimulan el cerebro y despiertan... Te puedes poner violento y sin juicio de realidad.(33)

Me pone muy nerviosa hablar de esto... Ya no puedo.(35)

Para mi todas son disfunciones mentales, en los cuales siempre hay un detonante, un trauma, una situación que nos ha impactado y no sabemos gestionar, una vivencia errónea, etc.

Antes, hace 30 años era un problema, pero ahora se vive de una manera más normalizada gracias a la medicación.(37)

Para mi es la obsesión.

No te deja hacer otra cosa.

Depende, si es una obsesión por algo que te apetece, lo vives muy intensamente y siempre te parece poco, por ejemplo el tiempo que le dedicas, buscas la perfección, es decir que no paras. Y si te viene por algo negativo para mí me pone muy estresado, como los ruidos molestos, música alta, etc...y rompería cosas o grito si estoy solo.(38)

A mí me han dicho que hay dos tipos de «enfermedades»: las neurosis y las psicosis.

Las neurosis provocan síntomas desagradables, pero «NO TE SALES DE LA REALIDAD (DELIRIOS Y ALUCINACIONES)». Y en las psicosis, sí.

Te dan disgustos, eso es todo.

Y además te rompe la cadena normal de la vida: estudios, trabajo, pareja, etc...

A la larga te convierte en bobo o en tonto.

Del que todos los demás pueden reírse y se ríen (sin ser demasiado autorreferencial).

En mi caso fui diagnosticado primero de neurosis obsesiva y de ahí pasé a psicótico. Por soledad, desesperación y tristeza.

Ni me orientaba por las calles.

Por lo que se vio, «mi inconsciente» inventó una retahíla de majaderías, hilvanadas muy razonadamente, por supuesto, sobre que yo era poco menos que un salvador de la patria y tenía que revelar no recuerdo qué estúpidos secretos a instancias importantísimas y autoridades.

«Ud. se cree muy importante», sentenció el psiquiatra al poco de hablar conmigo.(39)

Para mí, las psicosis son respuestas de la psique a circunstancias dañinas para el equilibrio personal. Circunstancias demasiado dañinas.

Te aportan una «dimensión extra» (no siempre apetecible) respecto a nuestra experiencia del mundo. Me roba el anonimato que protege a las personas. Pero lo vivo como mi «yo especial», distinto.(40)

A mí la psicosis me llega por la fijación en la otra persona pues tengo la desagradable experiencia de que, mientras iba por la calle y vi de frente a una pareja de novios que se acercaba a mí, me fijé en la chica porque me miraba con

cierto temor. Su mirada la interpreté malamente pues me hizo pensar que ella necesitaba ayuda porque su supuesto novio la estaba acosando o maltratando – no en ese momento, sino en otras ocasiones–. Con la idea de que ella necesitaba ayuda, miré enfadado y serio al novio y él, al cruzarnos, me dijo: «Psicópata». Y mi ánimo cayó sintiéndome triste.(41)

La psicosis puede ser tener ideas obsesivas sobre diversas situaciones.(42)

La psicosis es lo peor. Mis crisis hacen que vea alucinaciones. La peor enfermedad del mundo. No la quiero ni para mi peor enemigo. Tener mucho miedo. Ideas de suicidio. De que voy a ir al infierno, porque veo al demonio y Jesús me dice que tengo que morir.

Es el peor sufrimiento del mundo. Me quita lo real, la lógica. Imaginaos que un día te levantas y ves que la casa está ardiendo, como si fuese el fin del mundo. Ver cucarachas. Ver sangre en las personas como si estuvieran heridas. Verte en un espejo y cambiar de rostro. Ver que tienes el rostro de Jesús. Oír muchos bichos.

Se te quita el apetito.

Surge de estados de estrés. El fin que persigue es morir y salvar con ellos al mundo entero: sacrificarte por los demás.

La aumenta el aislamiento, el rechazo hacia ti de las personas.

La mitiga el hacer la medicación y hablar mucho para que te entiendan.(46)

La psicosis es una obsesión creada por un hecho social. En definitiva, es trastorno de personalidad.

Te quita tu forma de ser y tienes otros valores distintos. Las sensaciones desagradables cambian la personalidad.(48)

La psicosis surge porque un acontecimiento que hayas vivido desagradable aumenta tu lado negativo y cambia tu forma de ser.(49)

No me comuniqué bien con mi entorno sobre mi fracaso universitario y mi mente empezó a elucubrar una realidad enfermiza, hasta que un día perdí el control por completo y yo era un ermitaño nudista destinado a vivir en la playa sin ningún tipo de contacto con el progreso. De ahí a la planta de psiquiatría. Así dos veces.

Era una respuesta a mi asfixia existencial. Cuando te ves atado a una cama comprendes que entras en un nuevo concepto de sufrimiento.

Un desorden vital por mi parte, y una sociedad deshumanizada por otro. La sociedad de la información te procura miles de impactos diarios (violencia, culto a la imagen, sexo..) y la mente acaba cediendo.(50)

Para mí la psicosis es un estado super alterado de angustia y ansiedad. Creando así miedos que se presentan en formas de lo más reales.

Si Es Como mi primer y único brote se vive muy mal. Con miedo y desorientación tanto física como corporal y mental. Imagino que relajandote se pasará pero hay muchos casos que no así.

Como decía por miedos muy fuertes que provocan Estados hiper alterados de la mente. A más nerviosismo y miedo más probabilidad de sufrirla e imagino que al revés se mitigaría.(51)

¿Cómo tratan la psicosis los profesionales?

¿Cómo la tratas tú?

Supongo, por lo que observo de dentro para fuera, que todavía queda mucho por aprender de estas enfermedades y de establecer con nosotros un más intenso conocimiento.

Yo la trato con alegría y con gozo, siempre con la esperanza de una mejor estabilidad de la enfermedad, y siempre extrayendo lo mejor de ella.(14)

Los profesionales detectan la enfermedad pero no la comprenden en su interior.

Deberían, durante los ingresos, tener una conversación con varios médicos y no utilizar ningún método opresivo para convencerte de que la nueva realidad es falsa.

Te tratan con métodos muy agresivos y con mucha pastilla. Ahora la dosis es la misma y no se varía nunca.

Yo procuro que todo aumente, pues la nueva realidad es la cierta. Sólo me ayuda el que me trata con amor, paciencia y comprensión.

Últimamente tengo cantidad de remedios: duermo y me paro los pies. (15)

Los profesionales no pueden tratar eso por oscuridades que se forman y día clave para que salgan.(16)

Los profesionales tienen mucha paciencia conmigo y me ayudan. Me animan a ducharme y eso me pone contenta. Hago trabajos en el taller y ellos me enseñan a coser, pintar *mandalas*. La monitora es muy eficiente y nos enseña a expresar nuestros sentimientos.(17)

Los profesionales lo tratan muy bien. Yo, también.(18)

Para mí, es incontrolable.(19)

Los profesionales la tratan con medicación e ingresos en psiquiatría.

Yo, como es muy chungo, con muchas paranoias y consumo de drogas.
(25)

Los profesionales la tratan a veces con abuso de poder, de jerarquía («porque yo lo mando»). Otras veces con psicología, pautas específicas. Otras, con psicofármacos. Otras, con falsa asertividad. Y otras, menos, con «yo te doy y tú me das».

Yo a veces me dejo llevar por ella. Otras, menos, lucho contra ella.(27)

Psiquiatra → entrevista e informe.

Te pregunta cómo es tu vida, a qué te dedicas, en qué ayudas en casa, qué ideas tienes.

Psicólogo → test de la realidad, test de las 500 preguntas.

Enfermera → la parte familiar, los problemas de la familia, de no tener trabajo.

Están todos acostumbrados a este tipo de enfermedades por haber estado trabajando en hospitales psiquiátricos. No te sojuzgan. Te dan la manera para que veas las cosas como síntoma de respeto.

Yo lo trato con la medicación. Siempre. Intento ir al CIC, pero no hay vuelta atrás.

Escucho música para los pensamientos de frustración. Me sirve para cambiar mi vida asociada a piezas musicales.

Intento sumar, no restar.

Mi familia me apoya y no quiero decepcionarlos.(29)

Los profesionales las tratan con enterramientos, encerramientos y contenciones mecánicas. Todo lo que no se quiere se barre y se mira para otro lado.

Naturalmente, no trato de generalizar.

Enterramiento es meter lo que no me interesa debajo de la alfombra. No se ve y, además, huele bien.(30)

Los profesionales la tratan como si tantas teorías aprendidas les nublaran la cabeza. Como si tantas horas entre libros y experiencias sufridas no les dejaran ver a la persona. Que siempre será un paciente en el mejor de los casos, y un diagnóstico implícito en la mayoría.(31)

Los profesionales las tratan a base de palos, con medicamentos.
Yo, automedicando y dándole autoestima.(32)

Los profesionales me habláis, me preguntáis para que distinga alucinación o delirio, me ayudáis a controlar mis constantes vitales.

Yo hago ejercicio físico, cubrir mis necesidades fisiológicas básicas, dormir.
(33)

Los profesionales, normalmente, con medicación.

Yo, intentando dar la vuelta a la tortilla, viendo el vaso medio lleno, intentar quitar hierro a vivencias y ver positivismo en todo.(37)

Creo que me dan algo para estar más estable. Lo tomo por la noche.

Si es de las que yo llamo negativas, los que me rodean la verdad es que no me ayudan nada porque dicen que quiero que me den la razón y que no hay para tanto, aparentemente se me pasa pero yo sigo con lo mío siempre pendiente a ver qué puedo hacer contra esos que me molestan. Y si es de las positivas, entonces me dicen que pare un poco, que hay más cosas por hacer y llevo una agenda para distribuir mi tiempo y diversificar.(38)

Pues somos uno más hasta que interviene algo que no se si es cariño, o se percibe como eso.

Ellos pueden desmontar pieza a pieza ese absurdo discurso razonador en buena parte de los casos.

Para ellos: un caso más.

Actitud: indiferencia. Pena, a lo sumo.

SABER QUE LA CABEZA PUEDE ESTAR JUGANDO UNA MALA PASADA.

Esto es difícil, se está convencido de la bobada.

Los demás pueden ayudar:

- Con sólo su presencia.
- Con sólo su presencia y actuando.
- Encariñándose contigo.(39)

Los profesionales hacen que entiendas que en esos momentos necesitas mucha ayuda y que ellos están ahí para que estés lo mejor posible. Te ayudan a comprender que tienes una enfermedad muy dura en esos momentos en tu cabeza y que lo que piensas no es real.

El deporte es lo mejor. También las vacaciones y ver la televisión. Pegar un grito grande para desahogarte.(46)

Los profesionales intentan llegar a la raíz del problema.

Yo me rodeo de psicólogos y de gente con el mismo problema.(49)

Cuando ingresé en planta nadie me explicó nada, no sabía a qué nueva realidad me enfrentaba. Nadie intentó deshacer mis paranoias con razonamientos, simplemente de daba por hecho que mi percepción era enfermiza. Con más tranquilidad, mis visitas al médico sirvieron para entablar una buena relación y ya llevamos 22 años juntos. Ahora me procura la clozapina y me pregunta por mi vida.

Progresivamente desarrollé mi afición por la escritura, como reminiscencia de mi carrera para periodista, e intento volcar en la ficción mis paranoias. Es así como ahora veo en la distancia mis crisis psicóticas, como una ficción que en su día se percibía como real.(50)

Los profesionales van a lo fácil. Tratamiento farmacológico y hablar con una psicóloga. Para ellos es tan solo una alteración de la química cerebral, mientras para mi es algo mucho más del interior del paciente a modo afectivo y de sensaciones y emociones.

Por suerte No he tenido que volver a tratar con otro brote, pero si me sucediera la trataría con muchísima más normalidad que la primera vez. Me calmaría y me lo tomaría como un estado alterado de mi mismo e intentaría relajarme lo máximo posible.(51)

Los trastornos límites¹⁴

El trastorno de personalidad es un patrón permanente de comportamiento y de experiencias internas que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del individuo; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible [...]. Hay pruebas evidentes de que los factores genéticos intervienen [...]. También se consideran factores hormonales, la alteración de la Mao plaquetaria, alteraciones en los neurotransmisores y en el electroencefalograma. Las teorías psicoanalíticas sugieren atender a los mecanismos de defensa del paciente.¹⁵

Las estructuras límite son configuraciones de la subjetividad a medio camino entre las psicosis y las neurosis. Su compromiso con el deseo y el lenguaje no es tan acusado como en la experiencia del psicótico, pero tampoco poseen la solidez del neurótico. La identidad aparece como porosa y los individuos perciben la angustia desde el abandono y el vacío. Por ello es frecuente que la clínica, de producirse, se presente como depresión o, en su caso, como expresión arrebatada de la tristeza en forma de paso al acto.¹⁶

¿Qué es el trastorno límite?
¿Cómo se vive? ¿Qué explicación le das?

Creía que era algo que no podemos controlar. Consiste en destruir vidas. Te quita la familia y los amigos. Ludopatía. Angustia.

Supongo que algunas personas somos vulnerables a ciertos estímulos.

Evasión. Continuar con ello. Ponerse en tratamiento.(2)

No contesto nada al respecto. Sólo que quizás también he pasado yo por ahí.

¹⁴ En este apartado nos referíamos a un grupo de experiencias subjetivas que, según la terminología actual de los Manuales diagnósticos, estaría tipificadas de muy diverso modo. Fundamentalmente incluye los «trastornos límite de personalidad», aunque es común que las personas tengan, además, otros diagnósticos, como el «trastorno de control de impulsos», el «abuso de sustancias», la «ludopatía», algunas «anorexias y bulimias nerviosas» y algunos «trastornos bipolares»..

¹⁵ Sadock BJ, Sadock V, Ruiz P. Op. cit, p. 742-4.

¹⁶ Martín L, Colina F. Op cit.

Es una experiencia con doble sentido. Doble apariencia de expectativas nuevas y viejas.

Es de naturaleza un tanto controvertida. Y yo diría que hasta extrovertida.
(14)

Cuando no se trata de inmediato, crece. Pero insisto en que al estar tratado de inmediato en el centro de día, es imposible que ocurra de forma leve.(15)

Los trastornos límites son personas que se quedan sin sangre porque están totalmente perforados.(16)

Son impulsos.(17)

Son chiquillos muy jóvenes.(18)

Cuando no llego a entender una cosa y otra, llevo al límite todo lo que pienso. En todos los casos.

Se vive con mucha angustia.

No es natural explicarlo.(21)

Son personas que no son casi sociables y se autolesionan.

Empeora con las drogas y las confianzas.(22)

Es la frustración y la autolesión.(23)

El trastorno límite ocurre cuando una persona no puede controlar su personalidad. Se vive con mucha energía y excitación.(24)

Es una persona con muchos altibajos, que se autolesiona y vive cosas que no son positivas.

Da rabia, furor, negatividad, altibajos...

Ocurre por algún problema que pasa a tu alrededor.(25)

El trastorno límite es la consecuencia de agarrarse a cosas y sentimientos incorrectos, que te alteran la mente.

Provoca malestar, mucha ansiedad y, al darte cuenta de que fallas, tropiezas en confundir lo positivo por lo negativo.

Ocurre por la mala vida que has llevado. Artificial. Mejora si buscas la tranquilidad personal y neuronal.(26)

Consiste en que te llevan al límite del límite del límite de tus capacidades como persona y ser humano.

Los demás te obligan a hacer y decir cosas de las que tú no crees ni sientes.

Por ejemplo, las novatadas, el *bullying*, perrerías o capulladas en contra de tu voluntad de las que luego más tarde se desdicen y te dejan con el culo al aire.

Se vive mal o malamente. Te da la euforia del momento, pero te quita la libertad y la autoestima.

Provoca un malestar generalizado con un goce momentáneo.

Ocurren porque la gente es muy mala y goza de mofarse de los demás. Disfrutan del mal ajeno y el sufrimiento de los demás.(27)

El trastorno límite no existe.(30)

Una mujer que se da cuenta que es lesbiana y gay. Una persona que tiene una fobia y sufre, hasta que se acepta. No es ninguna enfermedad, es una liberación de cambio de sexo.(32)

Agresivo y me comporto antisocialmente. Mi personalidad varía mucho, me pongo muy obsesivo intentando convencer de lo que me pasa. Se vive con ansiedad, obsesión y psicosis.

Ocurre porque soy muy perfeccionista. Porque soy muy pasivo.(33)

Impulsivo.

No piensas suficiente las cosas, te viene el impulso y las haces y si no puedes en ese momento miras la forma de cómo realizarlas lo antes posible, como las compras por ejemplo, o comer también. Me provoca mucha ansiedad y culpabilidad.(38)

Creía que era un caso límite entre neurosis y psicosis.(39)

Para mí el TL es la máxima expresión de un disgusto personal con uno mismo. Es cuando no te gustas como eres y no sabes expresarlo. No tienes capacidad de demostrar esas emociones y sólo intentas comunicarte tu y sólo tu sin por lo que los demás ven de ti. Incluso enfadándote cuando te dicen las verdades que tu mismo sabes a la cara.

No Te aporta nada bueno y Te quita toda relación Con Las personas que más te quieren. Eso sí, te agarras a cualquiera que te diga la corriente y no te lleve la

contraria en nada. La única sensación que puede provocar es que estas por encima de todo y de todos.

Surgiría en individuos con personas que le quieren a su alrededor pero en situaciones que a dicho individuo no le gustan. Persigue el conseguir cambiar esas situaciones aunque sean casi imposibles de cambiar. Lo empeora el enfrentamiento de los seres con los que convive y lo mitiga la comunicación con esos mismos seres. Emociones es lo que hay que dejar ir pero es muy difícil en ese estado.(51)

¿Cómo tratan los profesionales los trastornos límites?
¿Cómo te tratas tú?

Yo saco lo mejor de mí ante la adversidad. Siempre aprendo a asociarme de un mejor modo esas vivencias con la gente que me rodea y, sobre todo, me resuelvo a compartir lo mejor que tengo con los demás.(14)

Los profesionales lo tratan con mucho entrenamiento para evadir de la mente estos otros con otros verdaderos. Suerte tienes si llegas a superarlo. Yo lo supero. Cojo las conclusiones negativas de mi entorno y realidad, y cambio de actitud.(21)

No sé tratarlo. Tengo miedo de no poder explicarlo a los profesionales.(22)

Se trata con terapia.(23)

Los profesionales lo tratan cambiando una medicación por otra, a ver si sienta mejor.

Yo lo trato, a mi ver, irracionalmente bien.(24)

Los profesionales nos dan medicación y charlas. Yo no le hago caso a nadie y sólo puedo consumir drogas.(25)

Los profesionales hablan con nosotros, te cambian la medicación, nos dicen que somos personas diferentes, entre comillas.

Yo lo trato con ayuda profesional y poniendo mucha voluntad. Lo mejor es la ayuda de las personas que me rodean.(26)

Los profesionales creen que es un delirio, una situación delirante, una quimera. Lo tratan como una alucinación, de cachondeo, se mofan, se parten la caja...

Yo me lo tomo como una meta u objetivo a cumplir. Como un mandato o designio divino. Como si fuesen los deberes para casa del cole.(27)

Los profesionales los tratan con ignorancia. Arrogancia. Prepotencia.(31)

Veo muchos TLP en Navidad, por las carreteras, que se intentan suicidar.
(32)

Los profesionales limitan el perfeccionismo. Yo hago meditación, respiración, andar.(33)

También recibo medicación para eso.

En mi caso es no tener dinero ni ir a comprar nada de nada. Si es de otro tipo no me importa, lo dejo pasar.(38)

Básicamente lo tratan como un trastorno bipolar o casi una psicosis. Medicación fuerte para bajar al individuo esos estados de super confianza , pero los dejan en Estados casi comatosos. Algunos no acaban nunca de expresar esas emociones que llevan dentro y nunca pierden ese trastorno por muy mediados que los dejen.

Yo pienso en Lo bueno que es tener a personas al lado que te quieran y que muchas veces nos equivocamos de camino y ellos nos lo indican. Siempre son enfrentamientos y con comunicación.(51)

2. ASISTENCIA.

A.- Dispositivos asistenciales

Centro de Salud Mental

*Es el dispositivo básico de atención especializada a la salud mental, constituyendo su primer nivel de atención y con el que se coordinan el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental. Prestan una atención integral a pacientes de su ámbito poblacional en régimen ambulatorio o domiciliario.*¹

¿Qué es un Centro de Salud Mental?

¿Cómo se vive?

Es un dispositivo de control y seguimiento de personas afligidas de algún trastorno o psicodolencia.

Es donde vamos a contar nuestras penas y lástimas como en el confesionario de una iglesia. A diferencia de los mismos, nos recetan una «pastis» que la gozamos sin más... pero que nos dejan vacíos por dentro y sacan a relucir todas y cada una de nuestras miserias humanas internas. (27)

Es una sección de un Centro de Salud dedicada a atender a personas que se considera que tiene algún tipo de trastorno mental.

Se pasa consulta a este tipo de pacientes, hablando con ellos por parte del médico, de aquello que originó el supuesto trastorno mental y de cómo aliviarlo. Igualmente se le pauta la medicación que debería tomar.

¹ http://www.mssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/Salud_Mental_2009.pdf.

Ayuda, desde el punto de vista de que se le da al paciente la oportunidad de hablar sobre aquello relacionado con el trastorno mental, de qué es lo que le preocupa en ese sentido.

Aunque no ha sido mi caso, creo que las consultas se dan demasiado espaciadas o esporádicas, lo que no sirve de mucho a la recuperación del paciente.(28)

Es un equipo de profesionales (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y/o enfermeras) de Salud Mental que se dedica a atender la problemática que se deriva de las enfermedades mentales.

Desde una perspectiva psicológica, social, familiar.

Es una cadena de expertos en terapia, farmacología y aspectos sociales y familiares que abordan la problemática de las enfermedades mentales.

Al principio la experiencia es de completo desconocimiento. El choque es grande.

Buscas respuestas a cosas que no tienen nada que ver con el verdadero problema, que es que no estás bien.

Tienes que abrirte completamente porque el problema es tan grave que pones todos los medios para salir de él. Los problemas personales no te los van a resolver porque la propia enfermedad está mal vista. La propia sociedad no te ayuda.(29)

Debería ser un espacio de salud y de respeto.

Me ayuda a nivel emocional. No me quieta nada, me da la vida. Resuelve, hasta donde se puede.(30)

Un espacio en el cual se ubican en el mejor de los casos psiquiatras, trabajadoras sociales y enfermeras. Poseen despachos para cumplimentar su jornada laboral en el turno de mañana. Se dan citas inconexas y desubicadas en el espacio tiempo. Y se duplican servicios.

«Dónde vas a por las recetas». Se vive con desidia y obligación.(31)

Te da ayuda y respaldo moral para la enfermedad.(34)

Donde tengo al psiquiatra. Me ayuda en la medicación que me da mucha confianza y seguridad.(38)

Es un sitio donde vas a llorarle al profesional tus sufrimientos. A veces te entiendes con esa persona sin palabras.(39)

Un sitio que resuelva los problemas de salud mental del barrio o zona y que poco a poco dejen de existir recursos como los centros psiquiátricos/ manicomios.(40)

ES UN ESPACIO POR DONDE SE PASEAN PSIQUIATRAS, PSICÓLOGOS Y ENFERMERAS DE SALUD MENTAL. UNOS CON MÁS IMPLICACIÓN QUE OTROS PERO, AL CABO DEL TIEMPO, LLEVANDO UNA RUTINA AL QUE ELLOS LLAMAN TRABAJO. SON DEPOSITARIOS DE NUESTRA ESPERANZA PARA LLEVAR UNA VIDA NORMALIZADA Y DEMUESTRAN SI SON O NO SON BUENOS CUANDO NOS TRATAN EN CRISIS PORQUE CUANDO ESTÁS ESTABLE Y VAS A VERLOS, HABLO DE LOS PSIQUIATRAS, CADA TRES O CUATRO MESES POCA FALTA NOS HACEN.(42)

Desde el primer momento me transmitieron la esperanza de que mi vida todavía se podía salvar; que todavía podría hacer cosas. Me transmitieron la alegría de vivir; gracias a eso y a lo que yo puse de mi parte, se pudo alcanzar el tándem adecuado para salir a flote.(43)

El centro de salud mental al principio era un recordatorio de mi supuesta enfermedad. Apenas hablaba con la psiquiatra y sólo variaba la medicación cuando mentía y cuando decía la verdad. Ahora es un sitio donde voy a pincharme y a echar una charla... Mostrar mis logros e intentar disfrutar.(48)

Un lugar donde se debería de tratar a Las personas Con problemas de salud mental, pero también deberían ser un puente hacia otros sitios para una mejora del paciente. Tipo asociaciones , grupos de terapia, etc...

Te da un sitio al que acudir regularmente a visitar a alguien que sólo te conoce por tu expediente. Te quita de socializar porque acabas creyendo que con ir a un csm ya estás haciendo todo lo posible para mejorar. Para mí es mucho más fácil para una pequeña mejora del paciente socializar con otros usuarios de la red de salud mental, que sólo con 1 profesional cada 2 meses o 3.(51)

¿Cómo modificarías un Centro de Salud Mental para que diera una respuesta adecuada a tus necesidades?

Llenándolo todo de psicólogos. Haciendo terapias individuales y grupales. Terapias de familia por y para el paciente. Preparándonos para la vida personal y profesional.(27)

Debería ser la primera opción a las que, en términos generales, debiera enfrentarse un paciente con trastorno mental.

Conforme a lo que he vivido, el Centro de Salud Mental sólo se me presentó como una opción a seguir una vez que había pasado por la Unidad de Agudos y por el Hospital de Día (de forma involuntaria).

Si fuera la primera opción, no tendría que encargarse de los problemas previamente originados por la estancia en la Unidad de Agudos.(28)

Debería haber más psiquiatras y menos gente por profesional. Y menos estigma de ir al psiquiatra.(29)

Mis necesidades son más.(30)

Formar equipo, no duplicar, coordinar...(31)

Que me trajeran a una persona a casa y allí me pinchasen el Xeplión.(33)

En primer lugar, otorgando más duración a las visitas, normalmente te ven diez minutos y vuelva Ud. en tres meses. Es algo inconcebible. Poner más profesionales, que los pacientes estén más repartidos.(37)

En mi opinión debería haber más psicólogos, aparte de los psiquiatras, dado que las terapias permiten expresar y dialogar más. Y no sólo medicación. De otro lado deberían incluirse otros servicios como los Grupos de Ayuda Mutua (GAM). Y otras facilidades como en países del extranjero que disponen de más alternativas preventivas. También pienso que debería haber un centro de información que tuviera una función de coordinación de las diferentes entidades y asociaciones que tienen campañas de sensibilización y lucha contra el estigma para que no fuera cada uno por su lado. Y debería haber más centros para que los usuarios tuvieran acceso fácil para aliviar a los hospitales.(38)

Debería haber más para que te pudieran dar la cita más próxima.(39)

Dotaría de mayores y mejores profesionales, sobre todo psicólogos.

También pondría en contacto a aquellos «diagnosticados» que voluntariamente quieran compartir experiencias con otros.

Resolver las necesidades de estos diagnosticados que también estuvieran ligadas al techo, alimento, etc..

Mantener coordinación con otros Centros de Salud Mental para organizar Encuentros, por ejemplo.

Establecería protocolos de actuación para eliminar el trauma y no aumentarlo. Esto es extensible a otros recursos.(40)

AUMENTARÍA EL NÚMERO DE TRABAJADORES EN ESOS SITIOS PORQUE LA DEMANDA ES MUY AMPLIA Y EL TIEMPO QUE NOS DEDICAN MUY POCO.(42)

Los fines de semana debería estar abierto el Centro de Salud Mental.(45)

En tu opinión, ¿cuál es el mayor defecto de un Centro de Salud Mental?

El mayor defecto es que muchas veces los profesionales no nos entienden.(21)

Que te matan el nervio.(26)

La impuntualidad. La meticulosidad. El ser pulcro.(27)

Mi experiencia en el CSM es la siguiente:

El médico que me ha atendido durante la mayor parte del tiempo (ahora me lleva otro por razones de organización del CSM) «menospreció» en un primer momento la causa que originó el problema que yo tenía, dando a entender que no se podía considerar de suficiente importancia como para originar un problema mental. Esto ocurrió durante las primeras consultas y ralentizó el curso de las mismas. Asimismo, aunque debo reconocer el interés de este facultativo que, durante varios meses todas las semanas, me pasó consulta y trató de averiguar, hablando conmigo y con mi madre, la causa real de mi problema, también debo añadir que, por causas que desconozco, no llegó a averiguarlo durante el tiempo en que me estuvo tratando.

Un defecto, añadido a esto dicho, que podrían mencionar del CSM es que, aunque en general me he sentido libre para hablar, la mayor parte de los facultativos del CSM tienen una mentalidad en el ámbito de la psiquiatría semejante a aquellos que trabajan en la unidad de agudos. Entonces, a veces me surge la duda de si debería sentirme totalmente libre para hablar, dado que, si refería algún pensamiento o alguna conducta que tal vez se pudiera considerar «de riesgo», estaría expuesta volver a ingresar en la unidad de agudos o a que me aumentará la medicación. Cosas ambas que yo no quería.(28)

Que la información no está compartida.

La psiquiatría, que se supone que tiene rango de Ciencia, debería probar mucho más los medicamentos. Así se evitarían problemas en la práctica a la vez que aumenta la seguridad de que los medicamentos sean eficaces y no produzcan fallos o muertes.(29)

Los malos entendidos.(30)

La constatación de que aún no se ha entendido nada sobre la «enfermedad mental grave»... Trabajando de esa forma.(31)

Que no vienen a las casas.(33)

Simplemente la masificación, estos centros están sobrepasados. En caso de necesidad es muy difícil acceder al referente y te ves obligado a ir al hospital con todo lo que eso conlleva.(38)

El mayor defecto y esto es terrible, es que el Centro de Salud sea la puerta del Manicomio.(40)

EL METERNOS EN LA CABEZA DESDE QUE EMPIEZAS A IR A ESTOS SITIOS DE QUE TODO ES DE ORIGEN BIOLÓGICO Y NO DARTE MÁS OPCIONES PARA TRATAR LA ENFERMEDAD.(42)

Los centros de salud en los que he estado no me han resuelto los síntomas de la enfermedad, aunque puntualmente me han dado algún que otro consejo ante una situación complicada que he tenido en la vida real que me ha servido de ayuda.(44)

Pienso que puede haber gente que está sobremedicada y la solución puede ser otra. Se debería invertir más en prevención.(45)

Las visitas son muy cortas y muy espaciadas en el tiempo. Y sólo se limitan prácticamente a regular la medicación y poco más. Médicos que apenas escuchan a sus pacientes.(47)

Más terapias grupales, menos Medicación, Más puente hacia asociaciones y grupos con una misma patología o similar. Y sobretodo intentar quitar los pequeños vicios que se cogen con los problemas con salud mental como el

tabaquismo o la obesidad. Cuidarse es quererse y quererse es tener proyecto de futuro.

El mayor defecto ahora mismo Es La carencia de profesionales y si anacronismo a la hora de tratar. Mucha medicación y pocas terapias. En mi csm se hacen 2 al año. Deberían hacerse 1 a la semana.(51)

Hospital de día

Son dispositivos asistenciales de salud mental, configurados como recursos intermedios entre los centros de salud mental comunitaria y las unidades de hospitalización de salud mental. Prestan una atención especializada, en régimen de hospitalización diurna, a pacientes derivados desde los centros de salud mental comunitarios de su ámbito de influencia. Ofertan tratamientos intensivos y continuados sin separar totalmente al paciente de su medio social y familiar.²

¿Qué es un Hospital de Día psiquiátrico?

¿Cómo se vive?

Un hospital de día psiquiátrico es la sección del departamento de psiquiatría de un hospital dedicada a atender a pacientes con trastornos mentales, generalmente después de una estancia la unidad de agudos.

Se realizan diferentes actividades: gimnasia, artes plásticas, clases sobre hábitos de vida saludables, lectura de prensa, visitas a museos y exposiciones de la ciudad, consultas de psicología y psiquiatría, terapia de grupo.

El hospital de día en el que he estado funcionaba exclusivamente por las mañanas.

Otra actividad era el «buenos días», que consistía en que todos los días, a primera hora de la mañana, los pacientes reunidos con la terapeuta y, en ocasiones, con la psicóloga y los enfermeros, relatábamos al resto lo que habíamos hecho el día anterior.(28)

El CIC es un lugar donde podemos relacionarnos socialmente, dar salida a nuestras inquietudes, puedes conseguir metas, atención a los problemas que puedes tener.(29)

² http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/Salud_Mental_2009.pdf.

Prefiero no opinar.

Te quita la libertad, que es el bien máspreciado de una persona.(30)

Me he sentido muy bien acogido. Me ha dado mucha paz, confianza y esperanza. Y sobre todo ver que hay otras personas como yo. El personal es muy empático. Y a mí me ha ayudado a empezar a tomar unas rutinas. También a conocer más mi trastorno así como la gestión de las emociones. También me dio la impresión que es muy personalizado.(38)

La palabra que define mis estancias en esa unidad de día es «desesperación». Desesperada por el «¿y luego ¿qué?», «cuando salga de aquí, ¿qué pasará?». Desesperación.(46)

Me da tranquilidad.(49)

No he estado nunca en uno. Imagino que te da seguridad de no padecer crisis y hacer o hacerte daño. Además de regularte un horario para no descompensar el cerebro con horas malas de sueño. Hace que madruges y que estés cansado a la hora de dormir.(51)

¿Cómo modificarías un Hospital de día para que diera una respuesta adecuada a tus necesidades?

Algunas actividades me resultaban un tanto infantiles. Y los pacientes éramos un grupo muy heterogéneo, en el que no todos teníamos las mismas necesidades ni todas las actividades eran igual de apropiadas para todos. Por ejemplo, algunas eran complejas para unos e infantiles para otros.(28)

Intentaría buscar actividades que tuvieran una salida económica y laboral.(29)

Saber qué pasará cuando no estemos ingresados en esa unidad de día. Qué nos espera fuera dado que, la recuperación tendrá lugar fuera, en el entorno familiar del psico-doliente:

¿Puedo dedicarme a lo que yo quiera?, ¿puedo recuperar mi antiguo empleo?, ¿puedo estudiar?, ¿puedo tener hijos y formar una familia?, ¿estos efectos secundarios de la medicación van a durar siempre?, ¿voy a estar siempre así de mal con la medicación?, ¿a qué puedo y no puedo atenerme cuando salga de aquí?(43)

Que el mundo exterior no pensara que es un manicomio.(49)

En tu opinión, ¿cuál es el mayor defecto de un Hospital de día?

Además de lo que he dicho, otro punto negativo es que nos desaconsejaban que mantuviéramos relación con otros pacientes fuera del Hospital de día, por ejemplo, para quedar por las tardes o hacernos regalos por nuestro cumpleaños. Esto no lo entendía, puesto que se supone que en él se promueve el contacto y compartir vivencias y la relación fuera podría ayudarnos a mejorar.

También me sorprendió que, dado que compartíamos muchas experiencias en las terapias de grupo y el «buenos días», cuando alguien dejaba el Hospital de día e ingresaba en Agudos, a ninguno se nos informaba, e inmediatamente los facultativos dejaban de hablar de ese paciente, como si no le conocieran y nunca hubiera estado allí. Esto es una contradicción en mi opinión, pues choca con el hecho de haber deliberadamente promovido el compartir experiencias y el conocernos unos a otros.(28)

A veces se hacen actividades que no están a la altura del nivel que tenemos.(29)

Su ubicación. Se instalan en zonas marginales.(40)

Cuando estás mucho tiempo es más difícil volver a la rutina.(46)

Unidades de agudos, Unidades de corta estancia o Unidades de hospitalización breve

Son Unidades integradas en los Hospitales Generales que atienden las necesidades de hospitalización en salud mental de la población, prestando una atención especializada en régimen de hospitalización completa y de corta estancia. Cumple además función de atención de urgencias. Régimen de atención continuada de 24 horas, con dotación de personal especializado, destinada al reestablecimiento clínico y la restauración de los vínculos socio-familiares, en el tiempo más breve posible.³

³ http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/Salud_Mental_2009.pdf.

¿Qué es una Unidad de Agudos o de Hospitalización Breve?
¿Cómo se vive?

Me ataban, me pinchaban cada 3 horas, mucha observación. No me gustaba el trato . Se pasa muy mal, con muy malos recuerdos.(22)

Te quitan salud, te atan si te ven alterado... Vamos, que se vive mal.(26)

Unidades de agudos = cárcel loquera = trasteros humanos.

Unidades de corta estancia = reformatorio.

Unidades de hospitalización breve = sanatorios o casas de reposo.

Enjaulados o prisioneros.

Me dan por saco.

Me quitan la autoestima, falta del yo personal, anulación como persona del «lucus interno».

Resuelven apartar una persona una «temporaica» de circulación para que no de guerra o cree conflictos o problemas sociales.

Atrofian el cerebro intencionadamente, dejando el individuo privado de sus facultades y haciéndolo un inútil social y humanamente.(27)

Las unidades de agudos son unidades del departamento de psiquiatría de un hospital dedicada al internamiento de personas supuestamente aquejadas de un trastorno mental en fase severa, aunque no admite dilación.

El facultativo asignado prescribe la medicación y da el alta cuando lo estime oportuno.

No aportó nada a solucionar el problema que tenía. Mi experiencia allí ha sido una experiencia traumática. En un primer momento fui llevada al hospital con la intención de valorar si correspondía el ingreso en la unidad de agudos. Esta actuación y el traslado posterior fue llevada a cabo por la policía y el 112. Tanto unos como otros se presentaron en mi casa. Aunque desconozco las causas, así como quién realizó la llamada, sospecho que se debía a un periodo de tristeza que estaba pasando.

Aunque en un primer momento la solicitud de estos servicios por atenderme podría parecer encomiable, la forma en que se llevó a cabo no me lo pareció en absoluto. Cuando se presentaron en mi casa, me negué a hablar con ellos y me encerré en la habitación, pese a que esta decisión no fue la más afortunada por mi parte. Ellos forzaron la puerta y, en lugar de darme la oportunidad de

hablar, una vez que ya tenían acceso a mi, me sedaron la primera vez, y me esposaron la segunda (estuve en la unidad de agudos por dos veces). Y así fui llevada al hospital.

Un vez allí, se decidió mi ingreso simplemente por el hecho de estar alterada. Ciertamente estaba alterada, angustiada y llorando en una de las dos ocasiones, pero ello se debía a la situación en que me encontraba.

En una de las dos veces se me tomó por la fuerza una muestra de orina. Pese a no encontrarme rastro de tóxicos u otra sustancia, ni en esta muestra ni en la analítica de sangre, en ambos casos se decidió mi ingreso, involuntario por mi parte.

Estas circunstancias no dicen mucho a favor de la unidad de agudos como medio asistencial a una persona que esté pasando por un momento difícil o delicado, ni a favor de los profesionales que trabajan en este tipo de servicios.

Fue en uno de los dos hospitales de mi ciudad y ha sido con diferencia la peor y más traumática experiencia de mi vida. Algo que difícilmente podré olvidar.(28)

Agudos es el lugar de hospitalización para gente con enfermedad mental, sea cual fuere la causa que tenga.

Es un lugar seguro para probar medicaciones.

Es un lugar frío e impersonal donde hay que estar aislados y que pase el tiempo.

El comedor es colectivo y tienes que comer con todo tipo de gente. Aunque acabas conociendo gente, no es un lugar en el que quieras estar. No sabes con quién estás hablando ni cuáles son sus problemas.

En ella es mejor dejar pasar el tiempo y olvidarte de todo.(29)

Son cadenas hospitalarias.(30)

En la mayoría de veces cárceles de privación de libertad. Otras, «sanatorios» o santuarios. Pero suelen ser lugares que reafirman la ignorancia de los sanitarios respecto a la salud mental, o simplemente que despliegan su «haber» (que NO «saber») farmacológico para perpetuar a la oscura industria. Se viven ¿con agonía, dolor, sufrimiento, miedo, angustia, escepticismo, tristeza, impotencia?!!!(31)

No sé, nos anestesiaban, nos sedaban y nos cambiaban un miembro.(32)

Me he sentido desprotegido porque en ese lugar me puede atacar cualquiera.(33)

Lugares por lo general, muy mal adaptados, con un sistema carcelario, con contenciones mecánicas abusivas, en definitiva un lugar donde se hace de todo menos mejorar la situación del paciente. Se vive fatal. Hay algunos totalmente deshumanizados, y perdón por ser tan duro, pero por regla general, por los comentarios que te llegan, es así.(37)

Para mí es el sitio donde tengo que ir cuando «ya no puedo más».

Estás en estado de «semi-hibernación», aunque muchas veces te despierten a deshora los gritos de algún compañero/a o simplemente el turno de la mañana con los carros metálicos.

Te quitan la libertad y son inhóspitas jaulas de oro.

Ayudan y te perjudican ya que te ponen en situación de «pasar de todo», hasta de la comida, que puede ser un tema de conversación.(39)

Te sacan de tu casa y de tu día a día, te racionan el tabaco y te secuestran hasta las ganas de vivir.(40)

ES UN ESPACIO DONDE NOS LLEVAN, DENTRO DE LOS HOSPITALES, CUANDO ESTAMOS EN CRISIS PARA QUE NO MOLESTEMOS NI EN CASA NI A LA SOCIEDAD Y DONDE NOS TIENEN CONTROLADOS A BASE DE MEDICACIÓN BASTANTE FUERTE Y DE UN RÉGIMEN CARCELARIO.(42)

Un manicomio. Se vive fatal porque es cuando aparece todo lo malo de tu enfermedad, es cuando estás completamente ida.(46)

Centros de hospitalización en que ingresan a los pacientes en fases agudas de diversas enfermedades mentales Se viven con horror, como si estuvieras en una cárcel.(47)

Para mí, aunque me haga mucha gracia el nombre y me represente de muy buena manera, es allí se violan los derechos humanos: no se abren las ventanas de las habitaciones, te atan a la cama, te obligan a tomar medicación, no puedes dormir por los gritos, la gente se intenta suicidar, hay peleas... En resumen un puto infierno.(48)

Es el centro donde regular la medicación o bajar una crisis aguda.

Te dan seguridad de no padecer una crisis en un cambio de medicación y a bajar una si ingresas con ella. Te quita libertad y comunicación con el exterior. Resuelven con medicación hasta una próxima crisis que puede ser que no sea tratable sólo con esa medicación.(51)

¿Cómo modificarías una Unidad de Agudos para que dieran una respuesta adecuada a tus necesidades?

Quitaría los pinchazos y que me aten.(26)

Que fueses más abiertas al público en general.

Que los familiares se implicaran mucho más.

Que contase con profesionales de primera.

Que se desarrollaran más actividades lúdicas o de entretenimiento.

Que se hiciesen salidas y se dieran paseos para despejarnos.(27)

No siento que el ingreso, por dos veces, en el Hospital Clínico de Valladolid, me haya ayudado en absoluto. Al contrario, siento que el hecho de haber pasado por esta experiencia ha agravado la situación de tristeza en que me encontraba. Siendo, además, éste el primer contacto con la Psiquiatría que he tenido.

En mi opinión, los ingresos deberían realizarse de forma más cuidadosa, evitando este tipo de situaciones. Debería, además, haber más comunicación interna entre los enfermeros y los pacientes, ya que están 24 horas al día y no hay comunicación.(28)

Las habitaciones deberían ser todas individuales. La televisión debería poderse cambiar con más facilidad. Debería haber más cosas para dejar pasar el tiempo.(29)

No hay que ser *expaciente* para saber que dan una respuesta adecuada a las necesidades de las farmacéuticas. ¿Una industria al servicio de que sus clientes/consumidores dejen de serlo?(31)

Que haya un sitio para hacer deporte y flexiones, una sala de ocio, una habitación para escribir y que nos dejen entrar cuando queramos.(33)

Primeramente los crearía con la ayuda de usuarios que hayan estado ingresados para tener en cuenta sus opiniones. Habrían de ser más abiertos, sin puertas cerradas, más humanos, donde a la gente cuando le hablaran de ingresar en planta no tuviera miedo.(37)

Totalmente modificado.

Tendría que ser un lugar agradable del que de pena marcharse.

Construcción horizontal a ras de calle.

Jardines.

Nada de barrotes ni de contenciones.

Música.

Diapositivas, cine, actividades, etc.(39)

YO PONDRÍA EN TODAS LAS UNIDADES PSIQUIÁTRICAS UN GIMNASIO PARA DESCARGAR ADRENALINA Y LLEGAR A LA NOCHE CANSADOS Y NO TOMAR TANTO HIPNÓTICO. TAMBIÉN PROCURARÍA QUE TODAS TUVIERAN ESPACIOS ABIERTOS EN LOS QUE EL SOL Y LA BRISA ESTUVIERAN PRESENTES EN NUESTRA TERAPIA.

SERÍA LAXO CON LOS HORARIOS DE LEVANTARSE, ACOSTARSE Y LAS COMIDAS.

QUE EL PSIQUIATRA QUE NOS TRATE EN LA UNIDAD SEA EL MISMO QUE NOS LLEVA EN LOS CENTROS DE SALUD MENTAL.(42)

Eliminando la contención mecánica y la sobremedicación.(47)

Primero Con Más personal. Mejores instalaciones y Más libertad. Además de terapias todo el día y no sólo de mañanas y con más facilidad para no parecer un preso.(51)

En tu opinión, ¿cuál es el mayor defecto de una Unidad de Agudos?

El enclaustramiento y la medicación forzosa.(27)

Debería dotarse de más libertad y comunicación con el mundo exterior.

También creo que debería mejorarse el trato de los enfermeros. E igualmente pienso que debería respetarse la voluntad de los pacientes a la hora de ingresar y suministrarles medicación.

En mi caso, debido a la situación de tristeza en la que me encontraba, no salía de casa, pues no me apetecía. No creo que estar ingresada 24 horas al día en una unidad de psiquiatría como estuve ayude a mejorar mucho las cosas. Al contrario, parecería contraproducente.

En la unidad de agudos del Hospital Clínico de Valladolid sólo hay un pasillo con varias habitaciones a los lados. Ahí tuve que estar por dos veces, varios días. Sin un mínimo espacio por el que pasear al aire libre.

Teníamos restricción para tener a nuestra disposición varios objetos de aseo personal, hasta el punto de que no me dejaban la crema de manos en mi cuarto. Apenas había actividades a realizar, salvo la televisión y juegos de mesa. Prácticamente sólo podía leer para pasar el tiempo, pero esto muchas veces no me era posible por la falta de concentración y el sueño que me producía la medicación que me obligaban a tomar.

El trato con las enfermeras y auxiliares en varios casos era vejatorio. En una ocasión salí a quejarme de mi habitación por la noche porque mi compañera, con sus ronquidos, no me dejaba dormir. Se me ofreció la posibilidad de dormir en la celda de aislamiento, colocando el colchón y las sábanas de mi cama en el suelo de ese cuarto (puesto que la cama de esa sala estaba preparada con correas atada a ella, destinada a sujetos con mal comportamiento de la unidad). En un momento dado, estando en esa habitación, necesité ir al servicio, pero como allí no había, pedí ir al de mi habitación. Se me negó la posibilidad de ir porque podía despertar a mi compañera (cosa a mi parecer absurda porque podría despertarla también yendo al servicio si hubiera estado durmiendo en mi cuarto). Al final tuve que orinar en el suelo de la celda de aislamiento.

En otra ocasión fui testigo de varios comportamientos vejatorios por parte de las enfermeras hacia una compañera de la unidad de agudos, internada por anorexia. La obligaban a pasar una o dos horas al día vigilada después de cada comida, sin poder ir al baño para controlar que no vomitara, a pesar de ser yo consciente de que nunca lo hizo. En una ocasión se equivocaron con su menú de la merienda y le trajeron mucha más cantidad. En lugar de tratar de informarse si había sido un error, la enfermera encargada le obligó a ingerir toda la cantidad considerable, a pesar de que luego se demostró, y el médico encargado reconoció, que había sido un error. A esta misma interna le tuvieron que colocar una sonda gástrica unos días después. La misma enfermera que le había obligado a ingerir esa merienda en la ocasión anterior, le dijo que esperaba que le doliera cuando le colocaran la sonda.

Tampoco teníamos acceso al móvil, sino que sólo podíamos hacer y recibir llamadas un número concreto de horas al día. Y las visitas estaban restringidas a dos personas cada día por paciente.

El mayor defecto sin duda, a mi parecer, está en la falta de voluntad personal que se experimenta.(28)

Su mayor defecto es que es impersonal y fría. La falta de actividad. Que te regulan continuamente. No se abren las ventanas. Las duchas, que caen cuatro gotas y se llena todo de agua. Las luces, que cuesta dormirse.(29)

El modo, las formas, los horarios, el lugar o el espacio, la rutina, el tipo de profesionales que trabajan (sólo sanitarios...).(31)

Que no podemos salir.(33)

La falta de personal y de recursos, los recortes supongo que habrán afectado.(37)

El maltrato de algún profesional que te ha cogido inquina.

No dejan fumar.(39)

Las visitas deberían permitirse a cualquier hora y desde el principio del ingreso. Es desesperante perder el contacto con los tuyos, es de las cosas más trágicas que se soporta. La vida «adentro» no es terapéutica porque no es «la vida real», eso para empezar. Con pastillitas y vitaminas, racionando el tabaco no se consigue sanar nada. Es muy probable que salgas de allí y vuelvas a adoptar tus hábitos y viejas manías, que se solucione más bien poco, etc.(40)

QUE TE CAMBIAN LA MEDICACIÓN NADA MÁS VALORARTE Y QUE ENTRAS EN UN AMBIENTE HOSTIL CUANDO LO QUE NECESITAS EN ESE MOMENTO ES ESTAR EN TU CASA CON TU FAMILIA Y LLEVANDO EL MISMO RITMO QUE LLEVAS CUANDO ESTÁS BIEN.(42)

Es como una cárcel de máxima seguridad.(51)

Dispositivos de rehabilitación: Unidades de rehabilitación hospitalaria y unidades de rehabilitación ambulatoria (centros de rehabilitación psicosocial)

Unidades de rehabilitación hospitalaria. Régimen de internado abierto para pacientes de larga evolución, con enfermedad grave que precisan contención y en los que, debido a su edad, no estaría todavía indicado o aconsejado su ingreso en larga estancia.

Proporcionan asistencia médica integral, tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos, terapia ocupacional, actividades de ocio y tiempo libre, programas individualizados de rehabilitación, apoyo a las familias, docencia e investigación.

Unidades de rehabilitación ambulatoria (CRPS, CD). Permiten la permanencia en su medio social y familiar de enfermos graves con importante deterioro pero que están estabilizados sintomáticamente y gozan de alguna autonomía o tienen algún apoyo familiar. Proporcionan rehabilitación y reinserción con unos tiempos de permanencia amplios, que pueden oscilar entre uno y varios años, tratamiento psicoterapéutico, programas individualizados de rehabilitación, terapia ocupacional, psicoeducación, actividades estructuradas de ocupación del tiempo libre, apoyo a las familias, docencia investigación.⁴

¿Qué son los dispositivos de rehabilitación?

¿Cómo se viven?

Lugares para acabar de meter la pata del todo, y alienar si cabe algo más a las personas. Se viven con perplejidad.(31)

El Servicio de Rehabilitación Comunitaria es como una continuación del Hospital de Día, pero con menos horas y sin control de la medicación a priori. Es donde te ayudan a recuperar habilidades cognitivas, emocionales y sociales, y más a fondo. Es donde empiezas a integrarte de nuevo en la comunidad. (38)

REHA: principalmente lo que ayudan es a pasar el malestar psíquico acompañado FÍSICAMENTE POR GENTE.

⁴ http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/Salud_Mental_2009.pdf.

No están en la soledad física de tu casa y son gente como tú, con los que la EMPATÍA ES INMEDIATA.

Fastidia un poco el excesivo control, pero al menos ya no hay soledad.

Resuelven mucho ya que la soledad es el caldo de cultivo de la enfermedad, o como quieras llamarlo.

Dan tranquilidad.(39)

SIRVEN PARA TENER UNA RUTINA NOS AYUDAN TAMBIÉN A SOCIABILIZARNOS Y A NO ESTAR DANDO TUMBOS POR LA CALLE O ESTAR TODO EL DÍA EN CASA SIN SALIR.(42)

Me dan disciplina y me quitan libertad.(46)

¿Cómo modificarías un dispositivo de rehabilitación para que dieran una respuesta adecuada a tus necesidades?

Capitulo I: ser o no ser... Cap II: suelta ovillo y haz ganchillo... Cap III: los pobrecillos y sus librillos. Drogas. ¿Qué? ¿Cuántas? ¡Y cómo!(31)

Iba a poner que más autogestionados pero, por ejemplo, algunos ya tiene un trabajo enorme. Y, por otra parte, tampoco se pueden autogestionar (asambleas...) por la heterogeneidad del grupo.(39)

PROCURARÍA QUE LA OPINIÓN DEL USUARIO FUERA TAN VÁLIDA Y CON TANTO PESO QUE LA DE LOS PROFESIONALES. QUE EL TRATO, QUE A PESAR DE QUE ES BUENO, NO FUESE TAN JERÁRQUICO, FUERA MÁS HORIZONTAL Y QUE NOS CONSULTARAN MÁS A LA HORA DE PROGRAMAR TALLERES Y ACTIVIDADES.(42)

En mi experiencia son lugares donde almacenar a personas Con un problema de salud mental en un mismo sitio independientemente del porqué de su ingreso. Adicciones, órdenes judiciales, involuntarios y voluntarios.

Sólo Te dan el vicio de fumar o beber café. Te quitan libertad y comunicación con el exterior. Para mí no ayudan en nada y perjudican porque cronifican a más de un paciente que ve cómo su vida va pasando ahí dentro.

Para empezar quitaría los muros. Libre acceso. Separación de pacientes dependiendo su ingreso. Dejaría tener teléfonos. Y les daría permiso para salir de

la zona hospitalaria hasta la hora de dormir. Todas las demás actividades que se siguieran haciendo de forma habitual y el que se sintiera cómodo asistiendo que lo hiciera. Así los profesionales se dejarían un poquito más las neuronas en preparar actividades que realmente interesara a los pacientes como para asistir.(51)

En tu opinión, ¿cuál es el mayor defecto de un centro de rehabilitación?

El concepto de enfermedad inherente ya en los «pacientes» y «profesionales».(31)

Pues la heterogeneidad de la gente en casi todo.

Por otro lado, al que sepa con criterio es su mayor riqueza también. Se puede aprender algo de esto. Por ejemplo: «psiquiatría» y «respeto».

Pueden valer para establecer un paréntesis, como a mí me sirvió.(39)

A pesar de llamarse centros de rehabilitación e integración social no sirven para tener una vida normal con la gente normal, me refiero ir a cines, salir por ahí a tomar café, etc., sin tener que despertar atención o curiosidad hacia nosotros que tenemos la enfermedad por culpa de nuestra imagen corporal, forma de hablar, etc.(44)

Que parece una cárcel y que no disponen de personal suficiente Para los pacientes que residen.(51)

Dispositivos residenciales sanitarios: viviendas supervisadas o tuteladas y unidades de larga estancia

Viviendas supervisadas. Está destinado a usuarios dotados de alguna autonomía personal y con ciertas habilidades sociales en régimen de convivencia grupal, reducida a 3 ó 4 personas y no más de 6, que requieren una supervisión externa por parte del equipo de salud mental. Este dispositivo es uno de los mejores medios para integrar en la comunidad a pacientes sin familia o cuando ésta no resulta apta. Por otra parte, es un dispositivo muchas veces imprescindible tras el alta en las unidades rehabilitadoras de media estancia, para dar continuidad a los programas intensivos antes de la integración comunitaria definitiva y cuando, por la situación psicosocial del enfermo, aquella no es posible a corto plazo.

*Unidades de larga estancia. Están dirigidas a la atención de la población con trastornos mentales, con criterios de gravedad psicopatológica con síntomas graves y persistentes, de evolución crónica, con desadaptación social y familiar severa y con limitaciones del funcionamiento autónomo. Se trata de pacientes que requieren una atención rehabilitadora, multidisciplinar, intensiva y continuada durante largos periodos de internamiento. Proporcionan actividades médicas y psiquiátricas de apoyo, terapia ocupacional, actividades básicas de rehabilitación, actividades de tiempo libre, ocio y convivencia.*⁵

¿Qué son los dispositivos residenciales?

¿Cómo se viven?

Casas donde una serie de enfermos aprenden una nueva vida.(21)

Unidades de larga estancia son sitios donde te controlan tus movimientos, se viven mal porque no tienes privacidad ninguna.(24)

Los pisos acogen personas que tienen un comportamiento inestable.(26)

Son reformatorios o Cetus encubiertos.

(Cetus = Centros temporales de internamiento social).

Un lugar donde se pierde el tiempo enormemente en tonterías y bobadas.(27)

Te quita la libertad que es lo más preciado de una persona.(30)

Sitios para acabar de rematar la jugada y conseguir una incapacidad permanente. Se viven con la ilusión externa de que «el dinero» y «la rutina» da la felicidad.(31)

Volver a empezar con esa persona y volver a las características suyas.

Yo no he ido a ninguno... Estoy aquí (centro de larga estancia), para sacarme la licenciatura de piloto, de cazas y aeroplanos.

Las viviendas compartidas para que la persona sepa guisar, para salir del centro, puedes poner una película relajadamente, y tomar una copa relajadamente. (32)

⁵ http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/Salud_Mental_2009.pdf.

Para mi las viviendas tuteladas no son un remedio. Una vez que me asignaron una, acabó en una incidencia autolítica.

La gente es heterogénea y todo el tiempo llevan puestos los cascos oyendo música. No me podía comunicar con nadie.

Yo la viví muy mal.

Más soledad. Mayor falta de comunicación.

Ni siquiera tenía a los profesionales para hablar con ellos.(39)

Pisos: Una salida muy útil para que la persona con problemas de salud mental consigán dar el paso hacia una vida más independiente.(41)

Las unidades de larga estancia son en algunos casos Residencias de 3ª edad y estás allí como un anciano más.(49)

¿Cómo modificarías los dispositivos residenciales para que dieran una respuesta adecuada a tus necesidades?

Se necesitan más pisos tutelados y más personas disponibles para nosotros.
(21)

Que no sea como un policía el tutor.(26)

Deberían ser espacios más recogidos, más cercanos, más humanos, más sociales.

Donde pacientes y usuarios fuesen tratados, no como enfermos u objetos mercancías, sino como seres humanos con sus defectos y virtudes cotidianos.(27)

Se necesitan más viviendas en régimen de alquiler.(49)

Imagino que pisos tutelados o centros psiquiátricos de larga estancia. Son muy diferentes. En un piso puedes hacer vida social fuera de un centro clínico.
(51)

En tu opinión, ¿cuál es su mayor defecto?

Que pudiera volver a recaer.(21)

En unidad de larga estancia, los cacheos de habitaciones y salas comunes.(24)

Que cuando tienes una sola recaída, te expulsan.(26)

La falta de cercanía por parte de algunos enfermeros y asistentes técnicos sanitarios. Y de los vigilantes y ordenanzas.(27)

Grupos de tres personas obligadas a vivir mutuamente incomunicados, que no tienen nada que ver cada una con los otros dos y que encima igual hasta no se respetan.(39)

B.- Medidas terapéuticas y sociales

Tratamientos biológicos: psicofármacos y terapia electroconvulsiva (electroshock)

Psicofármacos

*Grupo laxamente definido de medicamentos que tiene efecto sobre las funciones psicológicas. Incluyen antidepresivos, alucinógenos y tranquilizantes (incluyendo antipsicóticos y ansiolíticos).*⁶

*Es un agente químico que actúa sobre el sistema nervioso central, lo cual trae como consecuencia cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento.*⁷

¿Qué es un tratamiento psicofarmacológico?

¿Cómo se vive?

Se viven mal por no poder tener ni pensamientos ni ideas claras.(24)

Son drogas legales que ayudan en el día a día a la persona (o eso se piensa).

Tienen tu mente ocupada a la fuerza y anulan la voluntad del individuo en sí.

Se viven mal. ¡Cómo se van a vivir! Me dan alucinaciones inducidas o artificiales. Me ayudan a serenarme.

⁶ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=psychopharmacology> (Consultado 12 de febrero de 2018.).

⁷ En Wikipedia. (Recuperado el 12 de febrero de 2018). <https://ca.wikipedia.org/wiki/Psicofarmacologia>.

Me perjudican en que no me dejan pensar demasiado, y algunas medicaciones en ver «Charlys».(27)

Es un tratamiento médico por el que se administra a un paciente, supuestamente aquejado de algún trastorno mental, una medicación (psicofármacos) que influye a nivel neural y mental con el objeto de aliviar las causas y efectos de dicho trastorno mental.

En mi caso he sido tratada con antidepresivos y antipsicóticos en dosis bajas. No he notado ninguna mejoría. Al contrario, he notado los efectos secundarios. A pesar de que estos psicofármacos se considera el grupo de los activadores, desde el momento en que empecé a tomarnos sentí un fuerte el cansancio y somnolencia durante todo el día.

Estos psicofármacos me los pautaron a raíz de mi segundo ingreso en la unidad de agudos. Y continúo con ellos en la actualidad.(28)

Es el uso de medicinas para estabilizar la actividad química en el cerebro, alterada por las enfermedades mentales. Es una forma de controlar la enfermedad.

Existe un dolor tremendo, que ni con medicación se puede vivir.

Ayuda a dormir y no pasar las noches en vela.

No permite llevar una vida normal porque no hace todo el efecto que debería.

Me produce una alta limitación, a la que tengo que hacerme a la idea: falta de comunicación, saliva, mareo, rigidez, debilidad, dejar de hacer deporte y actividades.(29)

Un sedante de pensamientos, que no les hace desaparecer, pero mitiga su intensidad.

Se viven con impotencia.(31)

Lo primero que hay que tener en cuenta es que no soy enfermo mental. Tomo la medicación para no sufrir trastornos mentales, para poder tomar minerales esenciales para el organismo.(32)

Al principio me asusté de la cantidad de medicación pero ahora a pesar que no se ha reducido mucho, la medicación me da confianza y seguridad. Supongo que con el tiempo, si no se reduce, me acabará perjudicando en alguna

parte de mi cuerpo. Y algunas veces me da somnolencia y puedo sentirme algo aturdido. Pero no lo resuelve todo, las circunstancias del día a día nos pueden afectar con más o menos intensidad y no vamos a estar tomando una pastilla para cada día o cosa, entonces es cuando las terapias o los grupos de ayuda mutua ayudan al poder expresar nuestros sentimientos y pensamientos, miedos y alegrías, etc.(38)

Me perjudican porque engordo mucho, y me resuelven poder razonar y no ver alucinaciones.(41)

ES LO QUE ME RECUERDA TODOS LOS DÍAS QUE ESTOY ENFERMO.

LOS EFECTOS SECUNDARIOS QUE TIENEN LA MAYORÍA DE ESTOS TRATAMIENTOS. IMPOTENCIA, ACATISIA, MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS DE ALGUNAS EXTREMIDADES, SALIVACIÓN, Y SIGO...(42)

Lo que pienso yo es que debilitan al loco. Siguen siendo una droga y mi opinión es que no curan lo incurable. Invento de las farmacéuticas generan dependencia y sin fin de efectos secundarios. He sufrido desde párkinson hasta un movimiento que parecía un asentimiento (qué ironía, destrozaron mi inconformismo) bastante repetitivo. Quiero recalcar la dependencia de una droga, y yo que soñaba con ser normal. frustraron mi futura estabilidad por una estabilidad presente drogodependiente. Pienso que deberían probar antes el trato verbal y no una droga que te dejara marcado.(48)

Medicaciones muy fuertes que en ocasiones merman tanto al paciente que parece dejar de tener a alguien dentro de su cuerpo.

Muy mal cuando los ves de fuera. Desde dentro medicado no percibes la realidad como es y te metes en tu mundo dentro de tu propia mente. Para mí no resuelve más que las crisis. El día a día no lo veo muy positivo para nadie ser un semi zombie.(51)

En tu opinión, ¿cuál es el mayor defecto de los psicofármacos?

Creo que los antipsicóticos no realizan su función cuando me encuentro en un ambiente agitado, tenso u hostil pues ahí ya entra lo psicológico.(23)

La anulación cerebral.(24)

Impotencia, engorda, malo para el hígado.(26)

Que te hace un yonqui legal, porque a mi me droga la Seguridad Social por no aguantarme.(27)

En mi opinión, el mayor defecto son sus efectos secundarios. Tenía que acostarme en pleno día y no era capaz de concentrarme o fijar mi atención en algo concreto, por ejemplo, leer. Antes de tomar estos medicamentos por ejemplo yo nunca dormía la siesta después de comer, salgo días puntuales. Hoy es día tengo que dormir siesta todos los días.

También empiezo a notar cansancio a partir de las ocho. Y todo esto después de casi un año de seguir este tratamiento psicofarmacológico.(28)

No son suficientemente específicos. Al principio producen una gran toxicidad, pero hasta el cuerpo se acostumbra.

No cubre todo, lo que es un gran problema a medio/largo plazo. No ha logrado estabilizarme con el paso del tiempo.(29)

Que quien te los receta no sé bajo qué pretexto no ha tenido los cojones de probarlo. Es como si Carlos Arguñano me recomienda una receta que no ha probado. Su mayor defecto es que tengan el cartel de «cura» y sobre todo que se prolongue «infinito» en el tiempo.(31)

Me da sueño, los mareos, pérdida de coordinación muscular, psicomotricidad baja, confusión. (33)

Realmente la falta de información sobre la misma. Y que te dan para una cosa y luego te dan para contrarrestar un efecto secundario de la primera.(38)

Deberían emplearse lo menos posible y con el máximo cuidado. Es posible vivir sin medicación si un profesional tutela su disminución progresiva hasta que no haya que tomar más.(40)

La sobremedicación.(47)

El mayor defecto es que los primeros años te sientes adormilado y tu entorno no te entiende.(49)

Que Te quitan tu personalidad y Te dejan casi muerto. Además Son muy contraproducentes para la salud del cuerpo pero aun y así las siguen recortando.(51)

En tu opinión, ¿cuál es el mayor beneficio de los psicofármacos?

No tener brotes mentales.(24)

Que se está en «Los Mundos de Yupi» inducidamente.

Te serenan, te modifican la conducta y te transforman como persona.(27)

No he notado ningún beneficio.(28)

Que los primeros años recupera facultades mentales. Aunque luego no hace el efecto necesario.

El problema es que se van aplicando fármacos sobre la marcha con los pacientes, porque no hay estudios con suficiente gente de prueba. Cada paciente es un mundo, una enfermedad, y se utilizan algoritmos para tratar farmacológicamente. Además no se sabe por qué funcionan; si es por la enfermedad o por la transformación en hígado.(29)

Te saca de los estados críticos.(31)

Estabilización.(38)

Bajar una crisis.(51)

¿Fuiste informado adecuadamente de su mecanismo de acción, efectos adversos, beneficios y limitaciones?

Sí y no. A medias.

No con exactitud. Me contaron lo que les vino en gana y les interesó a los facultativos.

No me dijeron todos los pros y contras de la medicación, salvo que era beneficiosa para mí, siempre desde su punto de vista.(27)

No.

Me han producido en ocasiones puntuales secreciones en el pecho (galactorrea). Ello, además del cansancio y la somnolencia, ha sido producidos por

los psicofármacos. Sin embargo, de ninguno de estos efectos adversos se me informó al pautar la medicación, más bien se me dijo que no tendría efectos secundarios.(28)

Sí.

El diagnóstico fue perfecto pero la farmacotecnia era lo que era. Se sabía lo que era pero también que a medio o largo plazo iba a fallar.(29)

NO.(38)

NO ME ADVIRTIERON DE LOS SÍNTOMAS SECUNDARIOS DE LA MEDICACIÓN.(42)

Con la siquiatra que me trató la enfermedad, nunca me informaba de los efectos secundarios de las pastillas que tomaba. Era yo quien le informaba de dichos efectos cuando las probaba.(44)

NO.(47)

No. E incluso advertí que hay medicaciones incompatibles con la conducción de vehículos.(51)

Electroshock o terapia electroconvulsiva (TEC)

La Terapia Electroconvulsiva (TEC) es una técnica de tratamiento que se realiza mediante la electricidad al inducir una activación de las neuronas del sistema nervioso central, que debe ser repetida un determinado número de veces, para el tratamiento de algunas enfermedades psiquiátricas. Durante la TEC, la corriente eléctrica provoca una convulsión en el cerebro. Los médicos creen que la actividad convulsiva puede ayudar al cerebro a “reconectarse” a sí mismo, lo cual ayuda a aliviar los síntomas. La TEC generalmente es segura y efectiva.⁸

Si has recibido TEC, ¿qué ha sido para ti?
¿Cómo se vive?

Lo veo muy arriesgado porque podría quedar tetrapléjico, podría perder mi memoria y facultades, se modificarían las corrientes eléctricas.(33)

⁸ En <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007474.htm>.

Si he recibido 10 TEC's. Lo único es que yo no me entere, pues estaba «ido», firmo el consentimiento mi padre, esto fue en el año 2002. No fui consciente de que me los daban.(37)

Lo que se conoce por corrientes, yo no he recibido, mi madre, sí.(38)

No creo que haya recibido nunca. Una vez creía que lo había recibido pero cuando fueron mis familiares, les dijeron que no.(39)

Es una aberración, no se lo daría a nadie.(46)

los electroshoks ya es pasarse.(51)

En tu opinión, ¿cuál es su mayor defecto?

Lo que arregla una cosa, estropea otra, en mi caso la perdida de memoria.
(37)

Supongo que no tiene ninguna base científica en que apoyarse para decir que cure algo.(39)

En tu opinión, ¿cuál es su mayor beneficio?

Mira también os he de decir, que desde el 2002, cuando se me dieron los TEC, no he vuelto a tener un ingreso, ni un brote, ni nada llevando una vida totalmente normalizada. Pudiendo trabajar, estudiar, etc.(37)

Ninguno.(39)

¿Fuiste informado adecuadamente de su mecanismo de acción, efectos adversos, beneficios y limitaciones?

Nunca me lo ofrecieron.

Supongo que si pudiera, me habría negado.(39)

Tratamientos psicoterapéuticos

Los diferentes tipos de psicoterapia son una oportunidad formalizada para que las personas hablen y piensen sobre sus experiencias, ayudando a que les puedan dar sentido a éstas, descubran lo que significan para ellas, y encuentren lo que les es de ayuda.⁹

¿Qué tipo de psicoterapias has seguido?
¿Cómo la viviste?

En PSICOTEC, conductual, cognitiva, narrativa y creo que también psicoanalítica.

La viví con mucha ansiedad hacia lo desconocido.

Me da sabiduría. Me quita tiempo y capacidad de concentración.

Me ayuda en mi ignorancia y mi arrogancia. En poner en orden mis pensamientos.(27)

He seguido una psicoterapia basada en el psicoanálisis.

Después del primer ingreso en la unidad de agudos la psiquiatra que me había tratado durante el ingreso me recomendó acudir ahora consulta con un psicólogo. Dadas las limitaciones de las psicoterapias en la Seguridad Social, puesto que las consultas se llevan a cabo con muy poca frecuencia (la psiquiatra me habló de una cada uno o tres meses), la psiquiatra consideró más conveniente que yo acudiera a un psicólogo privado. Me recomendó una psicóloga que conocía y estuve acudiendo a ella durante ocho meses.

Antes de acudir a consulta con esta psicóloga yo no tenía grandes expectativas respecto a la utilidad de la psicoterapia. Sin embargo, dado que la psiquiatra que me había tratado lo había recomendado y yo pensaba que tampoco me podía causar ningún perjuicio, decidí empezar esta psicoterapia.

Hablé con ella básicamente del trauma del ingreso y de las causas de periodo de tristeza por el que estaba pasando y cómo ponerle remedio.(28)

Hablar con psicólogos y psiquiatras... He leído libros de autoestima y crecimiento personal. Me aporta poco.(33)

⁹ Kazdin, A.E. Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, (2009).19(4-5), 418-428.

Cognitiva, conductual, sistémica, familiar, psicoanalítica, narrativa, etc.
(37)

Cognitiva, conductual, familiar y narrativa.

Me fue muy bien pero al principio me rompió muchos esquemas y este-
reotipos que yo mismo había interiorizado. Mi visión de las personas no era
la misma que ahora. He aprendido que es empatía, asertividad, resiliencia,
empoderamiento y otras palabras y conceptos que no tenía ni idea. No obs-
tante lo imprescindible para la recuperación es, una vez pasado el duelo, la
aceptación del trastorno y su convivencia, y a partir de ahí con esa voluntad
de cambio necesaria seguir en el proceso de recuperación hasta la integración
en la comunidad y participar activamente.(38)

Cualquier terapia debe ayudarte a conocerte mejor para así incidir en tu
psique y en tu entorno.(40)

Su terapia (refiriéndose a una psicóloga) se prolongó demasiado, ocho
años, y todavía pienso que se ha lucrado a mi costa.(44)

Terapia familiar, terapia narrativa, la viví con dolor y angustia al revivir el
infierno del pasado.(47)

Sólo he recibido una terapia en mi vida y fue conductual.

La verdad es que muy positivamente. Aprendí a quererme a mi mismo y
me dio autoconfianza y un proyecto que seguir, mi salud.(51)

En tu opinión, ¿cuál es su mayor defecto?

Que te obliga a comportarte de manera diferente a la que está acostum-
brado. ¡No soy yo mismo!

Modifica tu forma de ser y de actuar como ser e individuo.

Técnicamente es inofensiva...(27)

Un defecto consiste en que la psicóloga a menudo me proponía hablar
libremente sobre cualquier tema que me viniera a la mente con el objeto de
poder tratarlo y así mejorar mi calidad de vida. en un primer momento yo
dudaba de que hablar sobre cualquier tema, incluso sobre temas cotidianos,
pudiera ser de alguna utilidad. De modo que me dedicaba a hablar de los te-

mas que más me interesaban (el ingreso y la tristeza). Sin embargo, llegaba un momento en que sentía que ya lo había contado todo y no sabía de qué hablar.

Esto se veía agravado por el hecho de que (como supongo que ocurre en el psicoanálisis en general), al llegar a consulta, esta psicóloga, después de saludarme, solía quedarse callada esperando que yo sacara un tema de conversación, lo que a mí me hacía sentir de una forma muy extraña pues no es así como yo (y creo que la mayoría de las personas) suelo iniciar una conversación.

Así, ocurría que cuando, a menudo, yo no sabía de qué hablar, esta psicóloga me empezaba a hablar de otros temas que nada tenían que ver sobre el objeto de la consulta.

Muy a menudo los temas de conversación que la psicóloga sacaba versaban sobre teorías y autores de las diferentes psicoterapias y del psicoanálisis. También hablaba sobre los casos que había seguido con otros pacientes, desde depresiones hasta psicopatías y violaciones. Y al tratar este tipo de temas yo me preguntaba qué tendría que ver todo esto con el objetivo que a mí me había llevado a psicoterapia.

Además tenían el efecto de deprimirme más y salía de la consulta desmoralizada.

Al principio pensaba que era una forma que tenía la psicóloga de romper el hielo porque nos conocíamos poco, pero me di cuenta de que se trataba de una pauta porque meses después seguía sacando este tipo de temas en consulta.

Tampoco sentía una gran empatía con ella, tal vez porque era mucho mayor que yo. Además empecé a sentir desconfianza en ella, pues sacar estos temas podía ser para alargar el número de consultas en el tiempo y prolongar la psicoterapia, por una cuestión económica. Asimismo, cuando una vez se lo comenté, me dio a entender que el tiempo que llevábamos de psicoterapia (para entonces eran varios meses) era muy poco para la resolución del conflicto, y esto hizo aumentar mi desazón y falta de esperanza, así como mi desconfianza hacia ella.

Finalmente decidí poner fin a esta psicoterapia, y así se lo dije. Ella se disculpó y me dijo que podríamos enfocar la terapia de otra forma, pero para entonces yo ya había perdido la confianza en ella y no sentía la necesidad de seguir acudiendo a las sesiones.

Esta ha sido mi única experiencia con la psicoterapia.(28)

Creo que ninguno(51)

En tu opinión, ¿cuál es su mayor beneficio?

Que es una terapia no invasiva ni química, ni mecánica, ni eléctricamente.
(27)

Te permite hablar libremente en el marco de la confidencialidad.
Aumenta los puntos de vista y la perspectiva para valorar los problemas.
(28)

Sacar lo que llevas dentro y que te oprime.(38)

Me da alivio de la enfermedad, me ayuda a pensar por mi mismo, imaginar un futuro mejor y sobretodo a volver a tener sueños en mi vida.(49)

Sólo el hecho de estar en una misma sala con personas con una problemática como la mía o similar, ya es beneficioso. Eso rompió mi noción de que esto le pasa a cuatro gatos y me ayudó a ver que hay casos peores. Para mí muy buena valoración.(51)

Medidas restrictivas

Contención mecánica

*La contención se podría definir como cualquier método manual, físico o mecánico que inmovilice o reduzca la capacidad de un paciente para mover sus brazos, piernas, cuerpo o cabeza, libremente.*¹⁰

¿En qué consiste?

¿Cómo evitarla?

Consiste en una medida restrictiva mediante la sujeción de las manos y/o pies de un sujeto bajo tratamiento psiquiátrico, ya sea entre sí o a un objeto, por ejemplo, una camilla. Evita que el sujeto pueda lesionarse o lesione a los demás si se estima que hay un riesgo de que ello se produzca.

¹⁰ The Joint Commission (TJC) updated standards for the use of restraint and seclusion in hospitals. (2010). Disponible en: <https://lms.rm.com/getpdf.php/1897.pdf>.

Puede ir unida al aislamiento en una sala o celda de la unidad de agudos, en ocasiones bajo sedación.

Creo que no hay nada más natural que sentirse angustiado en una situación de ingreso en la unidad de agudos, por lo que esta medida es, a mi parecer, cruel, y sólo consigue que los individuos intenten evitarla, por el miedo que la misma les puede producir.

Para evitarla hay que someterse a las normas impuestas por los profesionales, a pesar de lo irracionales que estas normas pueden ser.

A mi me la practicaron en la zona de observación, antes de mi primer ingreso, por negarme a suministrar una muestra de orina. Esa muestra, y otra de sangre, me las tomaron por la fuerza mientras estaba sujeta a la camilla. En mi segundo ingreso fui esposada por parte de la policía para trasladarme al hospital, cuando intervinieron en mi casa.(28)

Es la privación de movimientos dentro de la privación de libertad.

Se evitaría poniendo más recursos de personal hospitalario, personas capaz de estar en esos momentos donde el paciente esta alterado, hablándole y tranquilizándolo, sin tener que sedarlo o atarlo.(31)

Te atan.

Te ignoran.

Necesitas algo, gritas, y no te hacen caso.

Se evita portándose bien. Lo llaman de esa manera.

Demostrándoles que no vienes en plan guerrero.(39)

SE EVITARÍA CON MÁS PERSONAL Y CON GENTE MÁS IMPLICADA EN SU TRABAJO QUE NO PIENSE QUE CON NUESTRA ENFERMEDAD, CON NUESTROS SÍNTOMAS, LE ESTAMOS JODIENDO EN SU TRABAJO.

HABLANDO CON LA PERSONA IMPLICADA Y TRATANDO DE CONTENERLA VERBALMENTE DE UNA FORMA PROPORCIONADA.(42)

En atar al paciente con correas. Considero que debería estar prohibido, siempre puede haber otras alternativas. Nunca me ha pasado, pero conozco casos.(45)

Atar a la gente o castigarla.(46)

Se evitaría sustituyéndola por fármacos.(47)

Nunca he recibido contención mecánica pero estoy completamente en contra de ello. Por Eso recalco la falta de personal en estos centros y la terapia de incluso los trabajadores de dichos centros donde deberían saber que las personas son iguales con enfermedad que sin.(51)

Ingreso involuntario

El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.¹¹

¿En qué consiste?

¿Cómo evitarlo?

Es un internamiento forzoso (en contra de la voluntad del interno) de un sujeto que se supone que sufre algún tipo de trastorno mental y que en diversas circunstancias aconsejan ingresarle a pesar de ir contra su voluntad (ya sea por constituir un peligro para su salud o de otras personas o por no encontrarse en condiciones de decidir sobre si mismo, por un estado de enajenación mental, ya sea puntual o prolongado en el tiempo).

Puede darse en una unidad de agudos y otro tipo de unidades.

Para evitarlo hay que conformarse a las convenciones sociales. Aquello que se supone que uno debe hacer en su vida, conforme a los que la sociedad dicta, aunque no sea precisamente lo más aconsejable para el sujeto en cuestión, ayu-

¹¹ Ley de Enjuiciamiento Civil. Artículo 763.

da a ser considerado «normal» por los otros y, por tanto, a no ser considerado un individuo que puede constituir un peligro para la sociedad.

En mi caso, fue negarme a hablar con la policía y el 112, pero la situación de angustia en la que estaba me incapacitaba para hablar. No era capaz de llevar a cabo lo que sabía que reduciría las posibilidades de un ingreso.

Considero completamente erróneas las pautas y protocolos que se siguen en un ingreso involuntario. Al menos las que yo viví. No considero que mis capacidades mentales estuvieran enajenadas para poder decidir sobre mí misma, ni considero que fuera un peligro para la vida o salud de mí misma o de los demás. Considero que la actuación de todos los profesionales fue desproporcionada y no sirvió al objeto que se proponían, es decir, a una posible recuperación por mi parte.

En el inicio/continuación del periplo farmacológico (no te estas tomando la medicación...).

Se evita cambiando el modo, las formas, el lugar...(31)

Que hasta que no notan mejoría los demás, no sales de los centros.(33)

En qué consiste...

Causas problemas en casa (por ejemplo: no dejar dormir) y te tiene que ingresar para que les dejes en paz.

Igual te has creído «demasiado importante ya para ti» y estás en crisis.

Cómo evitarlo...

Hablando.

Dialogando.

Sacando (y ayudando a sacar) la parte sana de la persona, que la tiene aún en crisis.(39)

SE EVITARÍA TENIENDO UNA DECLARACIÓN DE VOLUNTADES EN EL QUE EL PSICODOLIENTE LE DIGA A SU FAMILIA COMO QUIERE VIVIR SU CRISIS. SI QUIERE QUE LO INGRESEN O NO.(40)

Un ingreso que la persona no quiere pero que te obliga los padres o tutor o juez.

Se evita respetando la voluntad del paciente.(47)

Incapacitación civil

*Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico, que impidan a la persona gobernarse por sí misma.*¹²

¿En qué consiste?

¿Cómo evitarla?

En qué consiste...

Después de tanto sufrimiento, te has ganado una propina periódicamente y ese es su precio: que te controlen los gastos.

Cómo evitarla...

No hay manera.

Y creo que es beneficiosa. También los fiscales trabajan para ayudar al individuo afectado.(39)

Para evitarla, hay que tener más en cuenta la Convención de la ONU(45)

Resolución de un juez que considera que la persona en cuestión no es capaz de usar el dinero, o diversas cosas y nombra un tutor para tutela o curatela según el caso, quien responde por él y lo representa.(47)

Invalidez laboral

*Aquella situación que impide a una persona desempeñar las funciones relativas a su puesto de trabajo, por encontrarse inhabilitada para ello.*¹³

¿En qué consiste?

¿Cómo evitarla?

Que no puedo trabajar por mi enfermedad. Si estuviera trabajando iría al aseo para relajarme y tranquilizarme, nada de violencia, me escondería hasta que se me pasara la crisis.(33)

¹² Ley de Enjuiciamiento Civil. Artículo 763.

¹³ En <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/47093.pdf>.

Te excluyen del mundo laboral de una manera absoluta o total.(37)

Que no estás capacitado para trabajar.(38)

En qué consiste...

No hay sitio para mi.

Y ya estoy tan acostumbrado que sólo aspiro a ser un poco feliz.(39)

Reconozco que la invalidez laboral es necesaria porque en el estado en el que he llegado a estar no podría trabajar. Incluso hoy en día no veo que pudiera trabajar un horario completo en alguna empresa de producción. Me quedo con mi voluntariado que es muchísimo mas gratificante.(51)

Tratamiento ambulatorio involuntario

Es una forma de tratamiento obligatorio de carácter extrahospitalario aplicado en la comunidad, que pretende asegurar la cumplimentación terapéutica en las personas que presentan una enfermedad mental grave. Especialmente en aquellos pacientes sin conciencia de enfermedad y en las que el abandono del tratamiento supone un riesgo alto de recaída, con aparición de conductas auto o heteroagresivas, hospitalizaciones repetidas y urgencias frecuentes. También se le denomina tratamiento ambulatorio forzado o judicializado.¹⁴

¿En qué consiste?

¿Cómo evitarlo?

Que vienen del Centro de salud a pincharme.(33)

Se evitaría escuchando al paciente y tomando en cuenta su opinión y decisión.(47)

Psiquiátrico penitenciario

Establecimiento psiquiátrico para cumplimiento de medidas de seguridad acordadas en procesos penales, impuestas por la autoridad judicial. En estos centros, la

¹⁴ En <https://primeravocal.org/tai-tratamiento-ambulatorio-involuntario/>.

*organización y funcionamiento se adapta y adecua para garantizar una atención e intervención especializada para las personas con patologías psiquiátricas.*¹⁵

¿En qué consiste?

¿Cómo evitarlo?

Cárcel... Enfermos mentales que violan a chicas. (33)

¿Crees que algunas de estas medidas asistenciales ayudan al malestar psíquico?

Ayudan: charlas con los psicólogos/psiquiatras del Centro de Salud Mental y del CIC.

Porque hablar de lo que me preocupa y que me ha provocado el periodo de tristeza y angustia me ha ayudado a sentir que los síntomas remitían.

Si bien estos síntomas permaneces en la actualidad, he sentido un cierto alivio al ser capaz de hablar con profesionales de la salud mental que pueden ayudarme a entender por qué me siento así. Sólo con hablar las cosas ayuda a ponerles remedio.

La terapia basada en el psicoanálisis considero que puede ayudar en muchos casos, aunque no fue así conmigo.

No ayudan:

El tratamiento psicofarmacológico. Puede crear dependencia, además de los efectos secundarios. Además, es una cuestión de principios: estimo más oportuno intentar resolver los conflictos mentales con los medios que una pueda tener, tal vez con ayuda de otros, en lugar de recurrir a un tratamiento químico. Creo que esto ayuda a la maduración personal y la construcción de una personalidad fuerte.

El ingreso involuntario y la contención mecánica. Sólo deberían aplicarse en casos extremos. En el resto, uno debería tener libertad para decidir si someterse o no a un tratamiento psiquiátrico, en lugar de que le sea impuesto a la fuerza. Creo además que estas medidas, por su crueldad, pueden causar traumas difíciles de superar.(28)

¹⁵ En <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/enfermos-Mentales.html>. Recuperado el 6 de febrero de 2018.

No las que privan de la libertad al usuario. Por que aunque seamos enfermos tenemos nuestros derechos,. Y se nos debe tratar con respeto, dándonos todo tipo de información sobre nuestro estado.(37)

Ninguna porque coartan la libertad de la persona.(47)

Bueno. En mi opinión No. Porque quitar derechos y libertades a un individuo Nunca lo ayuda.(51)

ANEXO I

Ponencia en espejo. Información

¿Qué es la AEN?

La *Asociación Española de Neuropsiquiatría – Profesionales de la Salud Mental* (AEN) se constituyó en 1924. Desde entonces constituye un referente en las profesiones dedicadas a la salud mental en España y cuenta con más de 2.000 socios.

Se trata de una asociación multiprofesional cuyas señas de identidad incluyen su compromiso con la sociedad, su independencia y ausencia de conflictos de intereses, su multidisciplinariedad, la defensa de un modelo de atención público y comunitario, así como el impulso de la formación de los profesionales y la investigación.

¿Qué es la «Ponencia en espejo»?

Dentro de sus actividades, la AEN cuenta con la realización de un Congreso Nacional cada cuatro años en el que se presentan tres Ponencias sobre temas relevantes en el ámbito de la clínica o la asistencia en salud mental. Las Ponencias son propuestas por los socios en el Congreso anterior y, hasta hoy, siempre han sido elaboradas por un grupo de trabajo compuesto de profesionales de la Asociación.

En el Congreso de Valencia de 2014, dos miembros de la nueva Junta Directiva, Begoña Beviá (enfermera de salud mental, Alicante) y Laura Martín (psiquiatra, Valladolid) pensamos que ya era momento de que los profesionales

nos comprometiéramos con la idea de que el Saber en Psiquiatría no parte de nosotros, sino que proviene de las personas que, de algún modo, tienen experiencias de malestar psíquico. En un intento por invertir las férreas relaciones de poder que sustentan nuestra profesión, propusimos que, por primera vez, se elaborara una Ponencia en esta línea de pensamiento. Una Ponencia escrita íntegramente por *psicodolientes*¹. La idea fue aprobada y aplaudida por la mayor parte de los socios en la Asamblea General, que vieron en este proyecto no sólo la intención de reconsiderar las líneas de actuación de la Asociación, sino de repensar la clínica, la organización asistencial y los tratamientos.

En este contexto nació la «Ponencia *en espejo*», que va a elaborarse como una recopilación ordenada de las experiencias, opiniones, reivindicaciones y sugerencias que muchos ciudadanos que han sido alguna vez calificados de *enfermos* harán a los profesionales que, de un modo u otro, hemos sido responsables de su encadenamiento diagnóstico.

El trabajo resultante será publicado por la AEN y defendido en el Congreso Nacional de 2018 de Córdoba por un grupo que represente a los autores.

Cumplimentación del formulario

Así las cosas, la Ponencia va a construirse siguiendo las respuestas que obtengamos del formulario que se adjunta a esta introducción. Si ha llegado a tus manos es porque tienes algo que decir, por lo que puedes convertirte en uno de los autores. Puedes responder a nivel individual o también trasladar las respuestas consensuadas de un grupo, por ejemplo, de una Asociación.

Hay uno para rellenarlo desde Word y otro que puede imprimirse y enviarse escaneado. Siempre que sea posible, remítenos el primero. Sólo tienes que ir escribiendo en los distintos apartados de los capítulos que componen el trabajo.

Aquí aportamos una breve explicación de cómo cumplimentarlo:

- 1.- El libro se estructurará en **dos partes**. La primera versa sobre clínica psiquiátrica. Clínica en primera persona. Su contenido va dirigido a que los profesionales aprendamos que, por ejemplo, «trastorno mental grave» o «delirio» son un términos nuestros, que distan mucho de la

¹ *Psicodoliente* es un neologismo que la Asociación Caleidoscopio de Valladolid ha adoptado para autodenominar a sus miembros y, así, salir del eterno debate terminológico sobre pacientes, usuarios, etc. Nos ha parecido oportuno utilizarlo tras haber solicitado su permiso..

experiencia que cada persona pueda tener de lo que de ese modo hemos nombrado. Se trata de abandonar descripciones externas a favor de escuchar y aprender cómo se viven las cosas. La segunda parte se refiere a la asistencia en salud mental, y compete tanto a la organización y utilidad de los distintos dispositivos como a las de los tratamientos o medidas socio-sanitarias.

- 2.- En todas las partes verás una serie de **preguntas** que ayudan a cumplimentar el formulario. Por ejemplo: ¿Qué es? ¿Cómo se vive? ¿Qué consecuencias tiene? ¿Cómo se trata? ¿Cómo lo cambiarías? Extiéndete tanto como necesites. En la versión digital, debes escribir sobre los cuadrados grises. En ellos hay un pequeño texto que desaparecerá cuando tú vayas escribiendo. Ese texto sólo es para darte una idea sobre a qué se refieren las preguntas y nos ayuda a crear una cierta coherencia narrativa entre las respuestas de los distintos participantes.
- 3.- **No estás obligado a rellenar todo.** Sólo aquellos apartados sobre los que te parezca más relevante o interesante escribir. El resto puedes dejarlo en blanco.
- 4.- La experiencia propia nos resulta muy importante, pero más si puede extenderse a las prácticas. Piensa que **estás elaborando un material didáctico para profesionales**, así que atrévete a enseñarles. Se trata de que tu trabajo pueda servir para que la Salud Mental funcione mejor. Por ejemplo, respecto a la contención mecánica, no te detengas en la denuncia, habla de alternativas, de lo que crees que significa, de las cosas que estimas que la pueden evitar.
- 5.- Al final tendrás un apartado para que especifiques **cómo quieres ser nombrado** en la publicación. Si lo deseas, tu anonimato está completamente asegurado.

También podrás decir si te interesaría o no defender en el Congreso de 2018 la ponencia.

- 6.- Cuando la rellenes, **envíala antes del 1 de octubre de 2017** a ponenciaespejoAEN@gmail.com para que podamos ponerla en común con el resto de respuestas. Cualquier corrección te será comunicada y recibirás un borrador del trabajo antes de la versión definitiva.
- 7.- Manda estas instrucciones y el formulario a cualquier persona que, por su experiencia de malestar psíquico, creas que puede aportar algo a este trabajo.

Palabras finales

Para terminar, queríamos agradecerte tu generosidad a la hora de participar en este proyecto. Las teorías y las prácticas psiquiátricas han nombrado y dirigido durante años las experiencias subjetivas de muchas personas. Toca, ahora, que los profesionales dejemos de describir y aconsejar, y comencemos a preguntarnos qué hacer para que las personas con las que tratamos puedan ser cómo quieren, dejar de lado el sufrimiento y ser, en todo momento, libres. Para eso necesitamos tu ayuda.

Muchas gracias,

Begoña Beviá y Laura Martín

ANEXO II

Ponencia en espejo. Formulario

I.- Clínica

Clínica en primera persona. Subjetividad. La experiencia clínica.

A.- Alucinación y delirio

1.- ¿Qué es la alucinación?

Se trata de decir qué es para tí, cómo la nombras, en qué consiste. Intenta utilizar tu propio lenguaje, no el que te han dado los profesionales.

¿Qué es el delirio?

Se trata de decir qué es para tí, cómo la nombras, en qué consiste. Intenta utilizar tu propio lenguaje, no el que te han dado los profesionales.

2.- ¿Cómo se viven?

¿Qué te dan? ¿Qué te quitan? ¿Qué sensaciones provocan?

3.- ¿Qué explicaciones les das?

¿Por qué surgen? ¿Cuál es su naturaleza? ¿Qué fin persiguen? ¿Qué los aumenta y qué los mitiga?

4.- ¿Cómo los tratan los profesionales?

¿Cuáles son las estrategias terapéuticas que utilizan la Psiquiatría, Psicología, Enfermería y resto de profesionales de la salud mental ante una alucinación o un delirio? ¿Qué significan para ellos? ¿Cuál es su actitud ante los mismos?

5.- ¿Cómo los tratas tú?

¿Qué estrategias usas tú? ¿Cuáles te sirven? ¿Cómo te ayudan los que te rodean ante esas experiencias?

B.- Tristeza

1.- ¿Qué es la tristeza?

Se trata de decir qué es para tí, cómo la nombras, en qué consiste. Intenta utilizar tu propio lenguaje, no el que te han dado los profesionales.

2.- ¿Cómo se vive?

¿Qué te da? ¿Qué te quita? ¿Qué sensaciones provoca?

3.- ¿Qué explicación le das?

¿Por qué surge? ¿Cuál es su naturaleza? ¿Qué fin persigue? ¿Qué la aumenta y qué la mitiga?

4.- ¿Cómo la tratan los profesionales?

¿Cuáles son las estrategias terapéuticas que utilizan la Psiquiatría, Psicología, Enfermería y resto de profesionales de la salud mental ante la tristeza? ¿Qué significa para ellos? ¿Cuál es su actitud ante la misma?

5.- ¿Cómo la tratas tú?

¿Qué estrategias usas tú? ¿Cuáles te sirven? ¿Cómo te ayudan los que te rodean ante esa experiencia?

C.- Angustia

1.- ¿Qué es la angustia?

Se trata de decir qué es para tí, cómo la nombras, en qué consiste. Intenta utilizar tu propio lenguaje, no el que te han dado los profesionales.

2.- ¿Cómo se vive?

¿Qué te da? ¿Qué te quita? ¿Qué sensaciones provoca?

3.- ¿Qué explicación le das?

¿Por qué surge? ¿Cuál es su naturaleza? ¿Qué fin persigue? ¿Qué la aumenta y qué la mitiga?

4.- ¿Cómo la tratan los profesionales?

¿Cuáles son las estrategias terapéuticas que utilizan la Psiquiatría, Psicología, Enfermería y resto de profesionales de la salud mental ante la angustia? ¿Qué significa para ellos? ¿Cuál es su actitud ante la misma?

5.- ¿Cómo la tratas tú?

¿Qué estrategias usas tú? ¿Cuáles te sirven? ¿Cómo te ayudan los que te rodean ante esa experiencia?

D.- Los «Trastornos Mentales Graves»

Las psicosis

En este apartado nos referimos a un grupo de experiencias subjetivas que, según la terminología actual de los Manuales diagnósticos, estaría tipificadas de distinto modo. Fundamentalmente incluye «esquizofrenia», «trastorno de ideas delirantes», «psicosis maníaco depresiva» y «trastorno bipolar con síntomas psicóticos».

1.- ¿Qué es la psicosis?

Se trata de decir qué es para tí, cómo la nombras, en qué consiste. Intenta utilizar tu propio lenguaje, no el que te han dado los profesionales.

2.- ¿Cómo se vive?

¿Qué te da? ¿Qué te quita? ¿Qué sensaciones provoca?

3.- ¿Qué explicación le das?

¿Por qué surge? ¿Cuál es su naturaleza? ¿Qué fin persigue? ¿Qué la aumenta y qué la mitiga?

4.- ¿Cómo la tratan los profesionales?

¿Cuáles son las estrategias terapéuticas que utilizan la Psiquiatría, Psicología, Enfermería y resto de profesionales de la salud mental ante la psicosis? ¿Qué significa para ellos? ¿Cuál es su actitud ante la misma?

5.- ¿Cómo la tratas tú?

¿Qué estrategias usas tú? ¿Cuáles te sirven? ¿Cómo te ayudan los que te rodean ante esa experiencia?

Los trastornos límites

En este apartado nos referimos a un grupo de experiencias subjetivas que, según la terminología actual de los Manuales diagnósticos, estaría tipificadas de muy diverso modo. Fundamentalmente incluye los «trastornos límite de personalidad», aunque es común que las personas tengan, además, otros diagnósticos, como el «trastorno de control de impulsos», el «abuso de sustancias», la «ludopatía», algunas «anorexias y bulimias nerviosas» y algunos «trastornos bipolares».

1.- ¿Qué es el trastorno límite?

Se trata de decir qué es para tí, cómo lo nombras, en qué consiste. Intenta utilizar tu propio lenguaje, no el que te han dado los profesionales.

2.- ¿Cómo se vive?

¿Qué te da? ¿Qué te quita? ¿Qué sensaciones provococa?

3.- ¿Qué explicación le das?

¿Por qué surge? ¿Cuál es su naturaleza? ¿Qué fin persigue? ¿Qué lo empeora y qué lo mitiga?

4.- ¿Cómo la tratan los profesionales?

¿Cuáles son las estrategias terapéuticas que utilizan la Psiquiatría, Psicología, Enfermería y resto de profesionales de la salud mental ante el trastorno límite? ¿Qué significa para ellos? ¿Cuál es su actitud ante el mismo?

5.- ¿Cómo la tratas tú?

¿Qué estrategias usas tú? ¿Cuáles te sirven? ¿Cómo te ayudan los que te rodean ante esa experiencia?

II.- Asistencia

Organizaciones y estrategias asistenciales ante la clínica.

A.- Dispositivos asistenciales

1.- Centro de Salud Mental

1.- ¿Qué es un Centro de Salud Mental?

Se trata de decir qué es para tí.

2.- ¿Cómo se vive?

¿Qué te da? ¿Qué te quita? ¿En qué te ayuda y en qué te perjudica? ¿Hasta dónde resuelve?

3.- ¿Cómo lo modificarías para que diera una respuesta adecuada a tus necesidades?

Siéntete libre de expresar tus sugerencias.

4.- En tu opinión, ¿cuál es su mayor defecto?

Siéntete libre de expresar tu opinión.

2.- Hospital de día

1.- ¿Qué es un Hospital de día psiquiátrico?

Se trata de decir qué es para tí.

2.- ¿Cómo se vive?

¿Qué te da? ¿Qué te quita? ¿En qué te ayuda y en qué te perjudica? ¿Hasta dónde resuelve?

3.- ¿Cómo lo modificarías para que diera una respuesta adecuada a tus necesidades?

Siéntete libre de expresar tus sugerencias.

4.- En tu opinión, ¿cuál es su mayor defecto?

Siéntete libre de expresar tu opinión.

3.- Unidades de agudos, Unidades de corta estancia o Unidades de hospitalización breve

1.- ¿Qué son?

Se trata de decir qué son para tí.

2.- ¿Cómo se viven?

¿Qué te dan? ¿Qué te quitan? ¿En qué te ayudan y en qué te perjudican? ¿Hasta dónde resuelven?

3.- ¿Cómo las modificarías para que dieran una respuesta adecuada a tus necesidades?

Siéntete libre de expresar tus sugerencias.

4.- En tu opinión, ¿cuál es su mayor defecto?

Siéntete libre de expresar tu opinión.

4.- Dispositivos de rehabilitación: Unidades de rehabilitación hospitalaria y unidades de rehabilitación ambulatoria (centros de rehabilitación psicosocial)

1.- ¿Qué son?

Se trata de decir qué son para tí.

2.- ¿Cómo se viven?

¿Qué te dan? ¿Qué te quitan? ¿En qué te ayudan y en qué te perjudican? ¿Hasta dónde resuelven?

3.- ¿Cómo las modificarías para que dieran una respuesta adecuada a tus necesidades?

Siéntete libre de expresar tus sugerencias.

4.- En tu opinión, ¿cuál es su mayor defecto?

Siéntete libre de expresar tu opinión.

5.- Dispositivos residenciales sanitarios: viviendas supervisadas o tuteladas y unidades de larga estancia

1.- ¿Qué son?

Se trata de decir qué son para tí.

2.- ¿Cómo se viven?

¿Qué te dan? ¿Qué te quitan? ¿En qué te ayudan y en qué te perjudican?

¿Hasta dónde resuelven?

3.- ¿Cómo las modificarías para que dieran una respuesta adecuada a tus necesidades?

Siéntete libre de expresar tus sugerencias.

4.- En tu opinión, ¿cuál es su mayor defecto?

Siéntete libre de expresar tu opinión.

B.- Medidas terapéuticas y sociales

1.- Tratamientos biológicos: psicofármacos y terapia electroconvulsiva (electroshock)

Psicofármacos

1.- ¿Qué es un tratamiento psicofarmacológico?

Se trata de decir en qué consiste para tí.

2.- ¿Cómo se vive?

¿Qué te da? ¿Qué te quita? ¿En qué te ayuda y en qué te perjudica? ¿Hasta dónde resuelve?

3.- En tu opinión, ¿cuál es su mayor defecto?

Siéntete libre de expresar tu opinión.

4.- En tu opinión, ¿cuál es su mayor beneficio?

Siéntete libre de expresar tu opinión.

5.- ¿Fui informado adecuadamente de su mecanismo de acción, efectos adversos, beneficios y limitaciones?

Sí

No

Comentarios

Electroshock o terapia electroconvulsiva (TEC)

1.- Si has recibido TEC, ¿qué ha sido para ti?

Se trata de decir en qué consiste para tí.

2.- ¿Cómo se vive?

¿Qué te da? ¿Qué te quita? ¿En qué te ayuda y en qué te perjudica? ¿Hasta dónde resuelve?

3.- En tu opinión, ¿cuál es su mayor defecto?

Siéntete libre de expresar tu opinión.

4.- En tu opinión, ¿cuál es su mayor beneficio?

Siéntete libre de expresar tu opinión.

5.- ¿Fuiste informado adecuadamente de su mecanismo de acción, efectos adversos, beneficios y limitaciones?

Sí

No

Comentarios

6.- ¿Quién dio su consentimiento para que se te aplicara?

Yo

Mi familia

Mis tutores

Comentarios

2.- Tratamientos psicoterapéuticos

1.- ¿Qué tipo de psicoterapias has seguido?

Cognitiva, conductual, sistémica, familiar, psicoanalítica, narrativa, etc.

2.- ¿Cómo la viviste?

¿Qué te da? ¿Qué te quita? ¿En qué te ayuda y en qué te perjudica? ¿Hasta dónde resuelve?

3.- En tu opinión, ¿cuál es su mayor defecto?

Siéntete libre de expresar tu opinión.

4.- En tu opinión, ¿cuál es su mayor beneficio?

Siéntete libre de expresar tu opinión.

3.- Medidas restrictivas

En este apartado se incluyen una serie de medidas restrictivas habitualmente ligadas a las prácticas en salud mental. Si has tenido experiencia en alguna o has sido testigo de la experiencia de otro, puedes cumplimentar tanto la descripción de las mismas como las sugerencias para evitarlas.

Contención mecánica

En qué consiste...

Cómo evitarla...

Ingreso involuntario

En qué consiste...

Cómo evitarlo...

Incapacitación civil

En qué consiste...

Cómo evitarla...

Invalidez laboral

En qué consiste...

Cómo evitarlo...

Tratamiento ambulatorio involuntario

En qué consiste...

Cómo evitarlo...

Psiquiátrico penitenciario

En qué consiste...

Cómo evitarlo...

¿Crees que algunas de estas medidas ayudan al malestar psíquico?

Estas sí...

Dí porqué

Estas no...

Dí porqué

Datos personales

1.- Nombre y apellidos

No se publicarán si no lo autorizas en el punto 3.

2.- Contacto

Mail:

Teléfono:

3.- Forma en que quiero ser nombrado como autor

Nombre, nombre y apellidos, siglas, alias, etc.

¿Pertenece a alguna Asociación o Colectivo relacionado con la Salud Mental?

Sí

No

En caso de respuesta afirmativa, ¿quieres que aparezca el nombre de tu Asociación o Colectivo junto al tuyo?

4.- Comentarios y sugerencias a la Ponencia

Por si quieres añadir algo más.



A. E. N. DIGITAL