

# VAIVÉN

Revista de la Asociación Bipolar de Madrid, Marzo 2018 - Nº 18



- 3 Editorial.
- 4 Esto nos pasa (1).
- 8 Esto nos pasa (2).
- 10 Tratamiento de por vida o tratar para vivir una larga vida.
- 12 Más sobre el estado de eutimia.
- 14 El empoderamiento del paciente del siglo XXI.
- 16 Biografía Bipolar: Alejandra Pizarnik
- 18 El Yoga Terapéutico, un proceso de descubrimiento.
- 19 Cómo mejorar en algunos aspectos personales.
- 20 Un poco de historia.
- 24 Intimidad.
- 25 Misericordia y buen humor.
- 26 Poesía.
- 27 Pasatiempos.

### Junta Directiva ABM

Isabel Mesa, Presidenta  
Luz Díez, Secretaria  
Olga Marinutsa, Tesorera  
Juan José San Gil, Vocal  
Antonio Hernández Torres, Vocal  
Soraya Donis Ruiz, Vocal

### Administración

Diego Oliver Rueda, Responsable de Administración

### NOTA EDITORIAL:

Los responsables de esta edición de Vaivén se reservan el derecho de publicar o rechazar las colaboraciones que se reciben. Se ruega a los autores revisen sus textos. En todo caso la Asociación Bipolar de Madrid no se hace responsable de los contenidos de los artículos que se publican en la revista.

### Consejo de Redacción “Vaivén”

Esther Álvarez  
Isabel Mesa  
Juan José San Gil  
Alberto Vicente

Hola amigos y amigas.

De nuevo con vosotros la revista Vaivén, tercer número de la segunda época.

En el número anterior, fue Juan J. San Gil, Vocal de la Junta Directiva de ABM, el que hizo uso de la palabra en el editorial y terminaba con esta expresión: ¡Visibilidad, voz, luz y taquígrafos! Tomando como punto de partida esta exhortación, me dirijo a todos, desde este canal de información y colaboración que es nuestra revista Vaivén.

Hoy me corresponde a mí, como coordinador de la publicación, dirigirme a todos vosotros y vosotras, en primer lugar, para que nos vayamos conociendo. Yo también soy un afectado por el trastorno bipolar. Mi hermana es bipolar y mi hijo, probablemente, esté también en ese espectro, por las manifestaciones que hasta ahora hemos tenido de esta dolencia. En ese sentido, como familiar en primer grado de dos personas que la sufren, no me importó aceptar esta tarea ilusionante y así, colaborar con la asociación desde esta plataforma de visibilidad y representación que ofrece la revista, para ser uno más a sumar en esta colosal tarea de intentar conseguir lo que por derecho corresponde a todos los afectados.

En segundo lugar, asunto muy importante, el de ofrecer la revista, tanto en su formato web, como en papel, para que sea la plataforma de vuestras experiencias, de los testimonios personales, de los relatos en primera persona de todos aquellos que quieran manifestar, a cara descubierta o desde el anonimato, su experiencia, su dolor, sus luchas y, como no, también sus alegrías y sus conquistas, la demostración de que la vida es muy diversa y podemos darle todo el sentido esperanzador de que seamos capaces, cada uno desde su posición y con sus posibilidades. Tenemos el derecho y el deber de hacernos visibles, para obtener el justo reconocimiento de la sociedad, para hacer patentes nuestras reivindicaciones y para borrar, de una vez por todas, la palabra estigma, asociada a nuestra condición de personas afectadas. Es muy importante que asumamos este reto en primera persona.

En tercer lugar, no podemos olvidarnos del imprescindible papel que en este largo proceso, tienen y tendrán siempre, tantos profesionales que dedican su trabajo, su tiempo, su investigación y su energía a paliar y sanar, en la medida de sus posibilidades, los efectos que perturban nuestras emociones, tan sensibles y dolorosos, a veces. Queremos contar con ellos para que colaboren en poner negro sobre blanco sus experiencias, sus opiniones, sus consejos, su profesionalidad. Estamos convencidos de su necesidad y de su valía para la comprensión de nuestra situación.

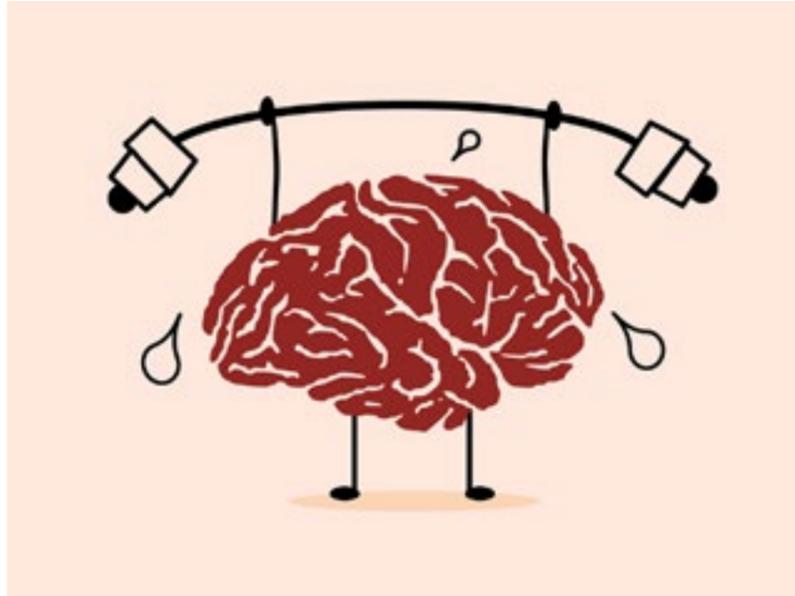
En cuarto lugar, abrimos nuestras páginas a todas las administraciones y organismos que tienen un papel imprescindible en este plan del que todos formamos parte. Ellos tienen la misión de proponer leyes, soluciones, alternativas, recursos... para colaborar en esta tarea de humanización y normalización de nuestras vidas. Ministerios, Consejerías, Entidades públicas, Asociaciones, Colegios Profesionales, Empresas, Medios de Comunicación,... Todos son imprescindibles y bienvenidos porque, entre otras cosas, como ciudadanos de pleno derecho que queremos participar en el proyecto vital colectivo, os necesitamos a nuestro lado para conseguirlo en igualdad.

Por último, muchas gracias, enorme reconocimiento y gratitud a todos y todas, por vuestro trabajo, entrega y participación, imprescindibles en este proyecto vital.

Os esperamos a nuestro lado. Unidos somos mucho más.

Alberto Vicente

# Esto nos pasa (1)



José Andrés:

-He leído el pdf que mandó J. Nos confirma lo que sospechamos. El tratamiento de la Patología Dual está en mantillas. Los profesionales se van concienciando poco a poco, pero falta de todo, formación, recursos hospitalarios, recursos asistenciales, un plan claro, información sobre recursos existentes, diagnóstico y tratamiento adaptado al paciente. Reconocen que somos las familias las que estamos soportando esta carga y no se nos da asistencia. En fin lo que ya sabíamos.

Daniela:

- Desde ABM estamos pidiendo en todos los foros a los que vamos. Nos queda un largo camino. Mientras tanto compartiremos entre nosotros lo que vayamos encontrando. Y sobre todo, intentaremos entender a nuestros afectados, para llevar esto un poco mejor y no arremeter solo contra ellos, pues lo están padeciendo y no están siendo tratados adecuadamente. Por eso es difícil que salgan del hoyo en el que han caído.

Antonia:

- Os cuento que R. está ingresado en Oviedo con una neumonía por aspiración a causa de ingestión de alcohol a chorros. Y de ahí, cuando le quiten los goteros, a la planta psiquiátrica, de nuevo forzado...

Germán:

-Pero...por dios. Sí, es que esto no puede acabar bien. Nosotros solo te podemos dar ánimos y fuerza. Esta mal decirlo, pero ahí le tenéis controlado. Vaya panorama. Pero está bien, ¿no?

Antonia:

- Sí...fuera de peligro. Se traga su propio vómito por lo visto...Imaginad como estamos todos en casa. Yo no puedo, no puedo.

José Andrés:

-Cualquier cosa, aquí estamos. Seguro que ahora está mejor que antes, en la calle. Esto es fruto de la comorbilidad que lleva aparejada la patología dual. Él no está recibiendo el tratamiento que necesita. Y según los especialistas, el ingreso más prolongado sería la deshabitación de sustancias. El tratamiento para su trastorno mental. Pero como eso no sucede, repercute en el resto de su cuerpo. Él busca alivio, pero la medicación no le da el que necesita y por eso acude a otras sustancias.

Daniela:

-Tenemos que dejar de exigirles lo que no pueden hacer. Lo que necesitan es tratamiento integral, no parcial. Ahora mismo es una víctima del mal planteamiento que tiene el sistema sanitario. Le tratan las secuelas que le produce su enfermedad. Pero no están tratando su enfermedad. Por eso no mejora.

Antonia:

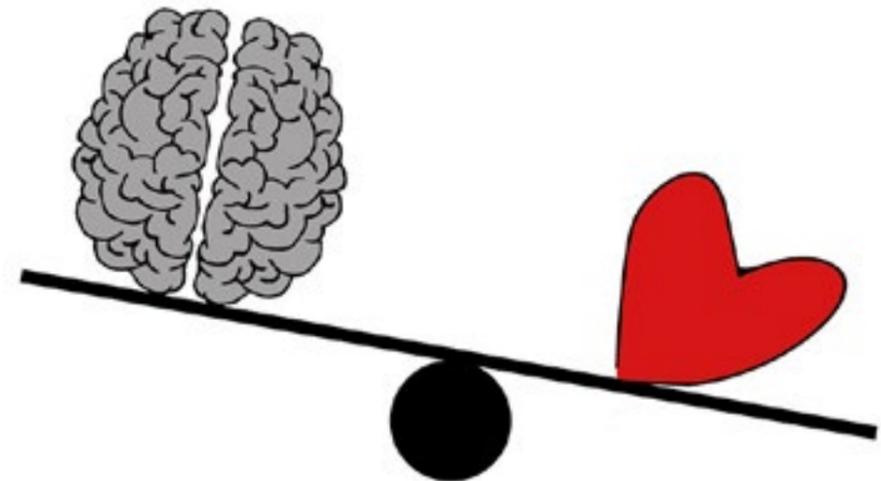
-Hay médicos que dicen eso de tocar fondo. Así, el que se quede por el camino, no hay que atenderlo. ¡Hay que atenderlos! ¡Hay que prevenir! Si hay que esperar a que pase algo fatal para que reaccionen, es lo de siempre. No podemos exigirles que se curen solos. ¿Para qué está la medicina?

Germán:

- Es falta de recursos y de ganas. A pesar de todo, algo se está moviendo. Lo malo es que los que lo estamos padeciendo nos vemos desasistidos. Y creemos que quizá llegue. ¿Pero estaremos nosotros para verlo? No es consuelo pedir paciencia. ¿Habéis pensado ir a la tele? Eso mueve masas.

Antonia:

-Nos sentimos desahuciados, cuando por otro lado oímos que puede haber salida. La tv es solo espectáculo. No sirve para algo de más peso. Estamos en los foros de Sanidad. Ahí es donde se planifica. Y ya hemos dicho que no hay nada serio, ni planificado, para atender la patología dual en el guión. A ver cómo sale el desarrollo.



José Andrés:

-Pero, por supuesto que tenemos que acudir a todas las instancias que decidan en el tema. Vuestro chico necesita mucho apoyo. Y la firmeza no tiene que ver con la mano dura. Él acude a vosotros de malas maneras, porque no tiene otra cosa ni otra forma de hacerlo. Sé perfectamente de lo que hablo y sé que lo más fácil es echarle la culpa a la víctima. Me han dicho que ese hospital es el mejor, con muy buenos recursos. Es lo que tendríamos que tener todos en la pública. Pero cuesta 2000 euros al mes. Es una pasada.



# Esto nos pasa (2)

Manuela:

-Hoy ha estado muy bien la conferencia del Dr. Nos ha hablado de las terapias cognitiva, conductual y metacognitivas, muy importantes y necesarias en TB. Se ha comentado la necesidad de que fueran pautadas obligatoriamente, al igual que se les prescriben los fármacos, así como la Psicoeducación. Al igual que cuando te rompes una pierna, después haces rehabilitación. Ha reconocido que así es, pero que no está en manos de los profesionales que esto sea obligatorio. Hay los medios que hay y reparten como pueden. Es indignante, pero ya sabemos cómo funciona el sistema. Y hasta que no reivindicamos y gritemos la necesidad de atender adecuadamente a los enfermos mentales, no se va a conseguir nada.

Antonio:

-Todos cuando vamos al psiquiatra con nuestros hijos deberíamos reclamar la necesidad de hacer esas terapias y dejar constancia en una hoja de reclamaciones en el mostrador pertinente. Aunque parezca que esto cae en saco roto, a fuerza de ser más los que lo reclamamos, algún día será una práctica habitual. Cada uno en nuestro centro de salud mental debemos reclamar esas terapias.

Natalia:

-De acuerdo, pero también te digo que mi hijo ha recibido esa terapia durante todo un año después de los ingresos, pero cuando se ha encontrado bien, lo ha dejado como todo, diciendo que eso no le vale para nada...

Antonio:

-Es lo que decimos siempre. Se pueden hacer y pedir mil cosas, pero si no ponen de su parte... Has vuelto a dar en todo el centro de la diana. Ese es la cuestión y el quid de todo. Solución y problema.

Manuela:

-No creo que estemos hablando de lo mismo, porque estas terapias individuales no las dan en la S. Social y mucho menos la metacognitiva.

Natalia:

-No, hablo de la conductual. Está claro que si no quieren no dan terapia, ni se toman la medicación. Pero tenemos que conseguir que los recursos que hay se impartan a todo el que quiera, o se busque un sistema para obligarles. Y mi hijo sí la ha tenido individual, con la psicóloga de salud mental.

Antonio:

-No deben salir de la consulta tan solo con un fármaco. Si se les pudiera obligar, sería la solución. A mi hija le lleva una enfermera que hace más de psicóloga que de enfermera.

Manuela:

-Vamos a ver, lo que quiero decir, es que sirva o no para nuestros hijos, tenemos que pedir recursos, al igual que cuando te rompes una pierna luego te dan rehabilitación, otra cosa que hace muchos años no existía en la S. Social con la normalidad de ahora.



Antonio:

-Yo nunca tuve problemas con mi madre en la seguridad social y con mi hija ahora mismo tengo la suerte de poder ir también por privado. La cosa es que también con quien des, pero hay que disponer de todo lo que haya y más, y si es necesario crear un intermedio obligatorio, tipo internado, donde se les psicoeduque y se les conciencie. No pueden decir que ellos tienen que darse cuenta que han de cuidarse y que las familias tenemos que apoyar, pues como se dijo ayer entonces nosotros acabaremos de atar y ellos no serían enfermos del cerebro. Porque precisamente eso es el que no les deja coordinar y ver claro.

Natalia:

-En definitiva, que hay muchas carencias y aunque no nos sirvan, yo personalmente quiero que se pongan y se utilicen. En este tema, dado que no hay gastos en pruebas que detecten las enfermedades, que nos den recursos para aliviarla al menos. No podemos rendirnos, con frases como "si no quiere que voy a hacer" Cogerle de los pelos y como los picapiedras. Es broma. Perdonadme, pero me indigno mucho cada vez que voy conociendo más el sistema.

Manuela:

-Nos cansamos tanto, que al final tiras la toalla. Cuando mi madre, que también era afectada como la de Antonio, se pasó media vida en de encierro en encierro y después ya no merecía la pena nada más que darle una vida agradable, aunque si recuerdo que muchos inútiles me han llegado a decir que era demencia senil. Una pena no ser abogada, porque les hubiera puesto una querrela. Y ahora con mi hijo, voy a luchar hasta agotar las fuerzas.

Antonio:

-La tiras un día, pero la recoges al siguiente y solo nos agotamos nosotros. En salud mental tienen claro que hay mucha violencia de género, problemas adaptativos, desórdenes en las conductas alimenticias, etc. que colapsan el sistema y este tema nuestro tan grave, se queda sin recursos y que lo carguen las familias. Estaremos para apoyar, pero ellos nos tienen que dar todos los recursos que existen. Y si no existen que los creen.

# Life long TREATMENT or TREATMENT to live long?

## Tratamiento de por vida ó tratar para vivir una larga vida

¿Cuántos años tienes? ¿Cuántas pastillas tomas? Dos a los 50, cinco a los 65, llegamos a más de 20 pastillas diarias, todos los días, de por vida. Cada pastilla es para una cosa, pero todas las pastillas tienen algo en común, son cosas que no se encuentran en la naturaleza, son químicos de síntesis. Y esto hace, que cada pastilla le suponga un reto a nuestro organismo, que poco tiene que ver con el tratamiento de la enfermedad para la cual el fármaco fue diseñado.

Y ahora dime, ¿crees que esto es importante? Las industrias farmacéuticas sin duda han tenido esto en cuenta, y se han asegurado de que nuestro organismo puede asimilar bien los fármacos....¿verdad?.

Digamos que lo han intentado, y por eso podemos tomarlos, pero nada es perfecto y por varios motivos, el primero es por nuestra variabilidad, los fármacos se ensayan en grandes grupos humanos, pero no se pueden ensayar sobre la humanidad misma es su gran variabilidad. Los fármacos se ensayan en tratamientos a largo plazo, pero generalmente no en plazos tan largos como los que suponen los tratamientos actuales. Muchos niños y adolescentes empiezan a tomar medicación que deberán tomar toda su vida. Y además esta la polimedicación, los ensayos clínicos difícilmente pueden contemplar el ensayar los efectos de tomar varias pastillas a la vez en sus infinitas combinaciones.

Bueno, me dirás, pero yo no veo que sea malo tomar tanta pastilla, me llevo tomando diez o doce todos los días desde hace años, y.. ¡estoy hecho un chaval!. Tengo que decirte que te equivocas, siguiendo el hilo de lo que comentaba mas arriba, para nuestro organismo es un duro reto enfrentarse a la química y cuanto más química lo lleva peor, y ésta es la principal causa de los llamados efectos secundarios de los medicamentos.

Me voy a tener que enrollar un poco para explicar como funciona lo de los efectos secundarios, los hay de tres tipos, unos tienen que ver con lo que se supone que el fármaco tiene que hacer. Por ejemplo, te tomas un tranquilizante y te quedas dormido. Otros tienen que ver con algo especial del químico pero que los que lo diseñaron no podían prever, llamémoslo “accidente”, por ejemplo, te tomas una pastilla para el colesterol y te salen granos en la tripa. Y el tercer grupo, y el más importante, es el que nos ocupa. Nuestro cuerpo, en realidad, nuestro hígado, detecta algo extraño en el organismo como una señal de alarma, y enciende una maquinaria de emergencia que intenta acabar con él, como más y más químico aparece cada día, el sistema se agota poco a poco, enferma.

Y ...¿qué pasa cuando enferma el hígado? Pues pasa que el hígado es el órgano central de nuestro metabolismo, y cuando el hígado enferma aparecen enfermedades que llamamos metabólicas. Esto suena a chaw, chaw, ¿verdad? Bueno, lo es de manera deliberada, porque cuando el metabolismo hepático va mal pueden aparecer un montón de enfermedades distintas, es lo que en jerga médica se llama factor de riesgo. Las más conocidas son la diabetes tipo dos, la enfermedad del hígado graso no alcohólico y las enfermedades

cardiovasculares, pero no podemos olvidarnos de otras patologías de alta prevalencia en las que el metabolismo juega un papel muy importante, como el cáncer, las enfermedades neurodegenerativas, las autoinmunes y un largo etcétera.

Si has llegado hasta aquí, te estarás preguntando si tengo un conejo en la chistera ó simplemente he escrito todo esto para que se te ponga un nudo en la garganta cada vez que te enfrentas a las pastillas de cada día.

No podemos eliminar los efectos secundarios pero podemos hacer mucho para disminuirlos, y eso es, como dicen nuestras autoridades europeas, nuestra misión. El conocimiento que tenemos de la genética, los mecanismos de acción y los sistemas de degradación de los fármacos, junto con la disponibilidad de una amplia gama de variantes químicas para cada diana farmacológica hacen, hoy, posible que podamos abordar el reto con esperanzas muy fundadas de éxito.

Un ejemplo sencillo, el individuo A tiene un gen que le permite lidiar muy bien con los químicos que tiene el pelo rizado, y el individuo B tiene otro que es impresionante con los químicos de pelo liso. Los dos individuos tienen la misma enfermedad, y el médico Don Bendito sabe que estos enfermos se pueden tratar con pildorita de la casa TECURO ó con pastillita de la casa TESANO, lo que no sabe aún Don Bendito es que pildorita es un químico de pelo rizado y pastillita de pelo liso. Pero pronto lo sabrá, y entenderá que aunque pildorita y pastillita tienen la misma diana farmacológica (curan lo mismo), tiene una química distinta que hace que sea mejor darle pildorita al señor A y pastillita al señor B.

Y ya casi termino...¿cómo hacerlo? ¿Cómo ayudar a Don Bendito a identificar qué fármaco debe dar a cada paciente de manera sencilla y económica, y que al paciente no le duela ni física ni económicamente? Tiene que ser utilizando como señal algo que podamos medir en sangre, y que la medida sea fácil de hacer y rápida, y que nos mida el riesgo de manera muy precisa. ¿Cuál? ¿Qué? Eso es lo que estamos intentando averiguar, que medida es la mejor. Sabemos que hay cosas que podemos medir en sangre y que nos pueden indicar riesgos pero no sabemos todavía cual es la mejor medida, estamos en ello, por favor, estad atentos, creemos que pronto tendremos la respuesta, y vosotros seréis los primeros en enteraros.

Salud.

María Monsalve



Alicia García  
Neuropsicóloga

El estado de eutimia parece que ha sido el gran olvidado en las investigaciones sobre el trastorno bipolar. Estas investigaciones se han centrado principalmente en la sintomatología anímica y las repercusiones de estos estados de manía, hipomanía y depresión. Todo esto resulta contradictorio, ya que uno de los objetivos del tratamiento del trastorno bipolar, es la consecución y mantenimiento de este estado de eutimia, por eso la importancia del estudio sobre lo que ocurre en este periodo “asintomático” es tan importante.

Y decimos “asintomático”, porque a pesar del tratamiento, entre un 20 y un 30 por ciento de los más de 100 millones de personas que sufren de trastorno bipolar en el mundo, siguen padeciendo síntomas residuales (Altshuler et al., 2003), sobre todo depresivos (Vieta et al., 2008) (apatía, enlentecimiento...etc). En el estado de eutimia, no sólo se encuentran estos posibles síntomas residuales, sino que a pesar de la remisión clínica por la que se caracterizaba a este periodo, hasta un 60 por ciento de los pacientes, dicen no haber vuelto al funcionamiento cognitivo anterior a la enfermedad.

¿Qué es entonces lo que está pasando durante el periodo de eutimia? ¿Es un periodo tan asintomático como se cree? Parece que las personas con trastorno bipolar, a pesar de encontrarse en periodo de eutimia, describen un aumento de quejas no solo sobre su salud física y emocional, sino sobre su funcionamiento cognitivo. Esta ha sido la base para las últimas investigaciones sobre el trastorno: cómo se encuentra la función cognitiva (atención, memoria, lenguaje, función ejecutiva...etc.) en estado de eutimia y cómo repercute la posible afectación de estos procesos en la vida social y laboral de las personas con trastorno bipolar.

Los resultados de la investigación que llevamos a cabo indican que determinados procesos cognitivos, como la atención sostenida (rendimiento en una tarea a lo largo de un tiempo), memoria verbal, algunos procesos dentro de la función ejecutiva (inhibición) y la velocidad de procesamiento, se ven afectados en el trastorno bipolar durante el periodo de eutimia. Contrariamente a lo que se pensaba, los problemas del paciente pueden asociarse más al deterioro de estos procesos cognitivos, que a los propios síntomas afectivos de la enfermedad (Solé, B., Martínez, A., & Vieta, E. 2012).

La importancia del rendimiento cognitivo del paciente está directamente relacionada con el desempeño funcional del paciente, ya que una mejora en el rendimiento cognitivo supone: mayor sentimiento de autoeficacia, mayor adherencia al tratamiento, mejor rendimiento laboral, una menor tasa de desempleo, mejor manejo emocional, menor número de problemas familiares...etc.

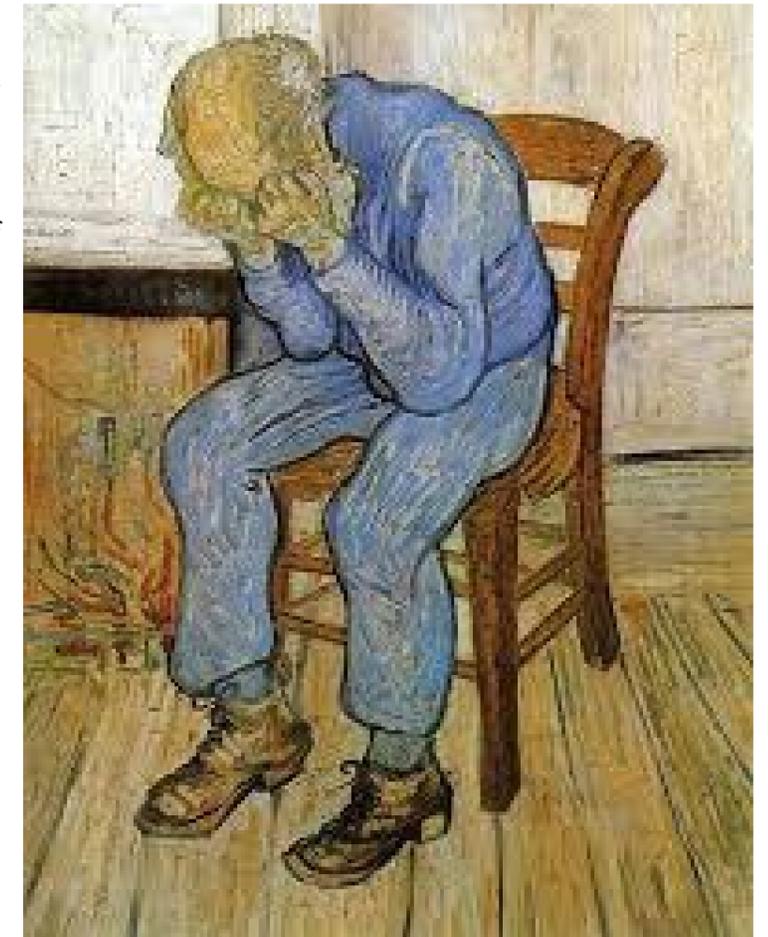
Por todo lo anterior, se deduce que la evaluación de los procesos cognitivos y la valoración de sus posibles déficits en la fase de eutimia poseen una gran importancia, para así poder dar lugar a la implantación de una rehabilitación neuropsicológica individualizada. El fin es disminuir estas alteraciones y no sólo poder disminuir el número de episodios, sino junto a la terapia farmacológica y terapéutica, conseguir la mejora de la calidad de vida del paciente.

#### Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a los socios de la Asociación Bipolar de Madrid (ABM) por la colaboración en la investigación. Especial agradecimiento al Hospital 12 de Octubre, en particular a M. Rosa Jurado e Isabel Domínguez por hacer posible la investigación. También agradecer a Mateo Pérez por la dedicación y disponibilidad ofrecida y a Isabel Mesa por la colaboración y difusión.

#### Referencias:

- Altshuler, L., Suppes, T., Black, D., Nolen, W. A., Keck Jr, P. E., Frye, M. A., ... & Leverich, G. (2003). Impact of antidepressant discontinuation after acute bipolar depression remission on rates of depressive relapse at 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1252-1262.
- Martínez-Arán, A., Vieta, E., Reinares, M., Colom, F., Torrent, C., Sánchez-Moreno, J., ... & Salamero, M. (2004). Cognitive function across manic or hypomanic, depressed, and euthymic states in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 262-270.
- Solé, B., Martínez, A., & Vieta, E. (2012). Trastorno bipolar y alteraciones cognitivas. *Mente y Cerebro*, 56, 34-40.
- Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Lahuerta, J., Zaragoza, S., & EDHIPO Group. (2008). Subsyndromal depressive symptoms in patients with bipolar and unipolar disorder during clinical remission. *Journal of affective disorders*, 107(1), 169-174.



# EL EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE DEL SIGLO XXI

La relación del paciente con su enfermedad y con los profesionales sanitarios está sufriendo transformaciones muy importantes en el siglo XXI. La medicina tradicional se fundamentaba en una relación médico-paciente basada en el paternalismo. Bajo este modelo el médico era el encargado de decidir sobre cuál era la mejor opción terapéutica a seguir desde su posición de experto en la materia. Por supuesto que su decisión estaba basada, condicionada e impulsada por el principio ético de ofrecer al paciente aquel tratamiento que llevara al mejor resultado posible según el conocimiento científico disponible. De hecho, este modelo de relación se mantiene en muchas situaciones donde no existe tiempo o condiciones para hacerlo de otro modo. Este es el caso de situaciones vitales de urgencia en el que no se puede esperar a que el paciente o sus familiares puedan ser consultados, así como en otras donde el paciente no se considera competente para la toma de decisiones.

Este último caso también es aplicable a alteraciones mentales que dificultan o condicionan la comprensión o toma de una decisión razonable. Imaginemos el caso de un paciente con demencia senil que se niega a recibir un tratamiento antibiótico que trate la neumonía que puede llevarle a la muerte al carecer del juicio necesario para reconocer el riesgo de esta situación. Otro ejemplo más

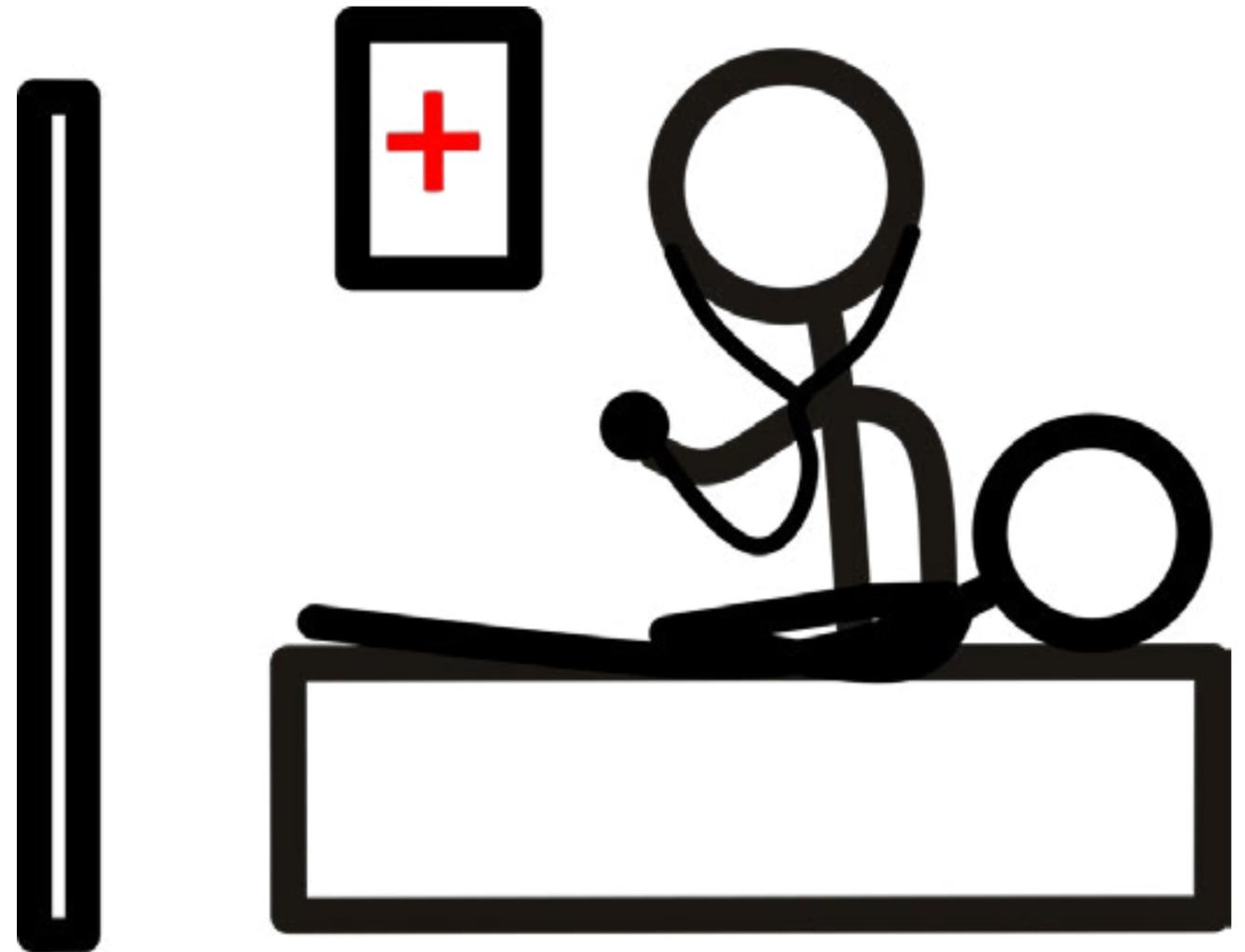
cercano a nosotros sería el del paciente con trastorno bipolar que durante un episodio depresivo grave demanda disponer sobre su alta hospitalaria para poder así cometer el suicidio que le dicta y determina su estado de ánimo patológico. También cuando un paciente durante un episodio maniaco quiere adquirir un crédito que no podrá pagar en el futuro, aunque en ese momento lo considere como una buena idea.

Así, este modelo de relación paternalista permanece vigente por lo tanto en muchas situaciones, si bien se está comenzando a desarrollar un nuevo modelo que permite “empoderar” al paciente y que es aplicable en algunas circunstancias. El paciente empoderado es un paciente que ha adquirido información sobre su enfermedad y su tratamiento. Por supuesto, no es necesario que el paciente tenga el mismo nivel de conocimiento sobre su enfermedad que un médico especializado pero sí que tenga las nociones suficientes que le permitan entenderla y manejarla en algunos aspectos. La responsabilidad de que los pacientes adquieran este conocimiento de forma adecuada y que no se pierdan en la inmensa y confusa selva que es internet recae en los profesionales de la salud. Un buen medio para adquirirlo son los grupos de psicoeducación.

Con estos conocimientos y

habilidades, un paciente empoderado puede ser capaz de tomar decisiones sobre su enfermedad y sus tratamientos. La premisa fundamental que se ha de cumplir para que esto se pueda producir es que el paciente sea competente para la toma de decisiones. En el caso del paciente con trastorno bipolar esta situación típicamente se consigue durante la eutimia y la estabilidad sostenida. Es durante este momento cuando se puede establecer una nueva forma de relación. En esta nueva relación tanto el médico como el paciente son expertos: el médico es experto en el conocimiento de la enfermedad y el paciente en sí mismo. La relación genera un intercambio de información recíproca sobre los aspectos que le interesan a cada uno, es decir, el mejor conocimiento de la enfermedad para el paciente y el mejor conocimiento de las características individuales del paciente para el médico que quiere ayudarlo a decidir sobre lo mejor para él con sus circunstancias particulares.

Bajo esta nueva forma de relación se podrán llegar a discutir aspectos que permitan tomar decisiones compartidas sobre cuál puede ser el tratamiento más adecuado para cada paciente. Por ejemplo, si puede ser mejor el valproato que el litio en su caso en el tratamiento de mantenimiento. Otro aspecto que también puede debatirse por anticipado puede incluso implicar a cómo ser tratado en el caso de un posible nuevo episodio, cuando la capacidad para decidir esté más limitada. Por ejemplo, un paciente puede optar durante la eutimia por el uso de un antipsicótico frente a otro durante un posible nuevo episodio de manía siempre que las dos alternativas sean válidas desde el punto de vista médico.



Es lo que se denomina decisiones anticipadas.

Las posibilidades de esta nueva relación son infinitas y generan sin duda un gran beneficio en muchos sentidos. El paciente empoderado es un paciente más informado y más comprometido hacia su enfermedad y el tratamiento, lo que permitirá que la evolución de la misma sea mucho mejor. Si la evolución es mejor se evitarán situaciones que resultan menos deseables tanto para el médico como el paciente como son los ingresos. Sin embargo, como cualquier condición que implica mayor libertad también conlleva mayor responsabilidad. La responsabilidad ya hemos comentado que se debe ejercer sólo en situaciones de eutimia que validen la competencia del paciente y también lleva consigo hacer todo lo posible para lograrla y mantenerla, siempre con la ayuda del otro experto.

Dr. José Manuel Montes  
Jefe de Sección de Psiquiatría  
Hospital Universitario Ramón y Cajal



## Biografía Bipolar

### Alejandra Pizarnik: Sensibilidad y melancolía.

Flora Alejandra Pizarnik (Avellaneda, 29 de abril de 1936 - Buenos Aires, 25 de septiembre de 1972) más conocida como Alejandra Pizarnik fue una poeta y traductora argentina.

La infancia de Pizarnik fue difícil y llena de inseguridades. Más adelante, la poeta utiliza estos sucesos familiares para conformar su figura poética. Cristina Piña expone dos grietas importantes que marcaron la vida de la poeta: la constante comparación con la hermana mayor propiciada por su madre y la condición extranjera de la familia (inmigrantes judíos de origen ruso).

En la adolescencia tuvo graves problemas de acné y una marcada tendencia a subir de peso. Los problemas de asma, tartamudez y autopercepción física de la poeta minaron su autoestima.

Durante su juventud Pizarnik comienza a descubrirse como un ser distinto, integrando a su carácter caótico e inestable la necesidad de ser reconocida por los demás. «Buma», como la nombraba su familia, comenzó a desdeñar este apodo y con ello los lazos familiares,

“Ya en el secundario Buma estaba fascinada por la literatura. No sólo la que enseñaban en el colegio o la que, secretamente, iba descubriendo y haciendo circular entre las compañeras –Faulkner, Sartre-, sino la que escribía”. El existencialismo, la libertad, la filosofía y la poesía fueron los tópicos de lectura favoritos de la poeta, así como la identificación que durante toda su vida mantuvo con Artaud, Rimbaud, Baudelaire, Mallarmé, Rilke y el surrealismo; reconocimiento por el que ha sido considerada una poeta maldita.

Fue una joven mujer rebelde, estafalaria y subversiva frente a la imagen del adolescente de los años cincuenta: “se producen cambios notorios y definitivos que irán configurando su personalidad y la convertirán en la “chica rara” del colegio, llena de excentricidades y, para algunos padres, en la imagen exactamente contraria a la que aspiraban para sus hijas”.

La concepción de su cuerpo cobró una importancia médica cuando las anfetaminas tomaron importancia en su estilo de vida: su obsesión por el peso corporal inició la progresiva adicción a los fármacos, “quienes la conocieron entonces y luego supieron de su adicción progresiva –alguien recordó que siempre se refería a la casa de Alejandra como “La farmacia” por el despliegue de psicofármacos, barbitúricos y anfetaminas que desbordaba de su botiquín”.

A esta anticonvencionalidad y cuestionamiento se suma la pasión, cada vez mayor, por la literatura; lectora de muchos y grandes autores durante su vida, intentó ahondar en los temas de sus lecturas y aprender de lo que otros habían escrito.

Se puede enumerar el nacimiento de varias obsesiones poéticas perdurables durante este periodo: la búsqueda de identidad, la construcción de la subjetividad, la infancia perdida y la muerte: “ya desde su más temprana juventud, de una fascinación que se convertirá en la cifra de su escritura, y en cierta forma en el signo de su vida: la muerte”.

En el 55, con 22 años, publica su primer libro “La tierra más ajena”, del que abjurará posteriormente. En el 56 y 58, “La última inocencia” y “Las aventuras perdidas”.

En el 60 comienza su aventura parisina, donde cambió de residencia varias veces, por primera vez en su vida trabajó en un par de oficinas, mantuvo relaciones homosexuales, su desequilibrio e inestabilidad hicieron acto de presencia y tuvo una intensa vida social, relacionándose con escritores y artistas argentinos desterrados. En el 62 viajó a España, que le inspiró los textos “Escrito en España”. A lo largo de estos años publicó en multitud de revistas.

En el 64 regresa a Buenos Aires, donde sigue escribiendo y publicando en diferentes medios. En el 66 muere su padre, ella ya está en tratamiento psiquiátrico y su consumo de anfetaminas y somníferos se disparó. Su madre le regala un apartamento en Buenos Aires pagado con la herencia del padre. Recibe una beca Guggenheim que incluía el compromiso de viajar a Nueva York, ciudad que le horrorizó.

Escribe piezas teatrales, poemarios, reescribe textos,... Su último libro “El infierno musical” aparece en 1971. Rechaza una beca Fulbright por no encontrarse con fuerzas para el viaje.

En los últimos tres años de su vida se sucedieron sobredosis e internamientos psiquiátricos en el hospital Pirovano, a consecuencia de su cuadro depresivo y tras dos intentos de suicidio. En los intervalos buscaba empleo.

El 25 de septiembre de 1972, a los 36 años, se quitó la vida ingiriendo 50 pastillas de Seconal durante un fin de semana en el que había salido con permiso del hospital.

#### Un poema de Alejandra Pizarnik

Tú que cantas todas mis muertes.  
Tú que cantas lo que no confías  
al sueño del tiempo,  
describeme la casa del vacío  
háblame de esas palabras vestidas de féretros  
que habitan mi inocencia.

Con todas mis muertes  
yo me entrego a mi muerte,  
con puñados de infancia,  
con deseos ebrios  
que no anduvieron bajo el sol,  
y no hay una palabra madrugadora

que le dé la razón a la muerte,  
y no hay un dios donde morir sin muecas.

Llega la muerte con su manada de huesos  
sonríe sumisa a una niña idiota  
que implora en mi nombre  
juntas (la muerte, la niña y yo)  
nos encontramos otro oficio que execrar  
Al final todos se casan:  
el mar y las olas,  
la noche y los oscuro,  
el vaso y el vino,  
el anillo y el dedo,  
la muerte y el cadáver.

#### Fuentes:

Wikipedia

Ruano Ruiz, Silvia. 2017. La melancolía en la obra de Alejandra Pizarnik. Madrid. Playa de Ákaba. Alejandra Pizarnik. Poesía completa. (1955-1972).

## El yoga terapéutico, un proceso de descubrimiento

Mi nombre es Diana Torres Ruiz, soy psicóloga y desempeño mi trabajo profesional en el ámbito de la salud mental y el desarrollo psicosocial. Durante estos últimos años he tenido la posibilidad de integrar este desarrollo profesional con el yoga terapéutico, en la Asociación Bipolar de Madrid.

Sobre la práctica del Yoga, se puede decir que a día de hoy, la forma más común es una disciplina física y mental, psicofísica que es el hatha yoga; las asanas, el control de la respiración, el conocimiento de los límites físicos y la gestión de la energía, preparando el sistema nervioso para una experiencia ampliada de consciencia. En sí ya lo es, el hatha yoga es una meditación dinámica.

Si nos vamos al significado del yoga, encontramos que la palabra tiene su raíz en el sánscrito yuj que quiere decir, unir, juntar, soldar; la unión entre cuerpo y alma.

En mi experiencia, el yoga es un estado. Seguramente hay muchos caminos o sendas para llegar a ello. Da igual si conecto con la experiencia sentado en la naturaleza, escuchando el silencio, rezando, pintando un cuadro, contemplando un niño. No importa la forma sino lo que encuentro en ella.

Más allá de las técnicas de respiración, las alineaciones anatómicas y el desarrollo de la propiocepción de nuestro cuerpo, se esconde en lo profundo del yoga un inmenso poder terapéutico.

En general, la práctica de yoga es de por sí terapéutica. La ejercitación del cuerpo con la filosofía que plantea el yoga tradicional y la meditación como práctica habitual, junto a las herramientas antes descritas suponen una vía muy efectiva hacia el equilibrio físico y la armonización mental.

Aún así, existen diferencias significativas entre la práctica de Hatha Yoga tradicional y el Yoga Terapéutico. En el yoga terapéutico se pone la técnica al servicio de las personas, con el fin último de mejorar la calidad de vida de sus practicantes. Se realiza de manera individualizada, atendiendo a la necesidad y singularidad de cada uno. Son sesiones personalizadas o bien, realizadas en grupo muy reducido. Son suaves, pero con un trabajo profundo. Puede haber más énfasis en la práctica de la relajación, meditación y visualización. Se le da especial relevancia al alineamiento corporal y puede haber mayor uso de apoyos (como mantas, sillas, cinturón o incluso si hace falta la pared).

Están diseñadas específicamente para reequilibrar los desajustes físicos y ayudar a mejorar las afecciones orgánicas y/o psicológicas de las personas. Se apoya en la premisa de que el cuerpo tiene abundantes recursos y está dotado con una capacidad plena para la autorregulación y autoequilibrio. Es por ello una potente herramienta preventiva, tanto desde el punto de vista físico como psicológico.

El yoga de orientación terapéutica, nos proporciona herramientas para entender los complejos procesos del dolor, sus orígenes y sus consecuencias de manera integradora. Trata nuestras dolencias, sobre todo a través del desarrollo de una conciencia despierta.

Se busca establecer una dinámica de confianza con nuestro cuerpo, una manera nueva de explorarnos y tratar nuestra condición física. Nos invita a responsabilizarnos de nuestros problemas de salud y capacitarnos en el manejo del dolor. Dándonos cuenta de que nuestra salud depende de nosotros mismos, de nuestros hábitos diarios tales como postura corporal, el tipo de movimientos que realizamos, dieta, relaciones personales y relación con las dinámicas mentales (estrés, nerviosismo, tristeza, rabia etc.). Nos ayuda a explorar las expresiones del dolor en su manifestación física, emocional, mental y transpersonal, tomando una mayor consciencia de los procesos personales implicados en el desarrollo de la salud y de nuestro bienestar.

Desde una perspectiva de respeto absoluto, Ahimsa, la no violencia, es uno de los diez preceptos del yoga clásico. No dañar, no luchar, no enfrenar, sino todo lo contrario, entender, respetar, colaborar, coexistir, es uno

de los aspectos a tener en cuenta, principio que es aplicado en la escucha del cuerpo, las emociones, la actividad mental y en nuestras relaciones con el mundo. Condición sin la cual, la escucha sutil y la comunicación profunda no pueden desarrollarse.

¿Por qué no la respetamos en nuestros entornos más íntimos y privados? ¿Por qué sometemos al cuerpo como si no sintiese ni padeciese? ¿Por qué no aprender de nuestras emociones? ¿Por qué no reflexionar sobre el alcance de nuestros actos? ¿Por qué antes de dar respuestas, no aprendemos a escuchar? ¿Por qué acallar, antes de entender?

Solo puedo concluir esta pequeña introducción al yoga terapéutico, casi como comencé, no importa la forma, sino lo que encuentro en ella. Siento que este aspecto del yoga terapéutico, me hace aunar mi práctica con la vida cotidiana. Me acerca a las cosas desde un punto nuevo, es una posibilidad de descubrirme en mi relación con el mundo, de otro modo.

Diana Torres Ruiz

---

## CÓMO MEJORAR EN ALGUNOS ASPECTOS PERSONALES

Te enumero algunas habilidades cognitivas y emocionales indispensables para el logro de metas personales y mantener una vida independiente y productiva. Mira a ver si puedes mejorar en alguna de ellas, se trata de las llamadas “funciones ejecutivas”.

### CONTROL SOBRE MI ATENCIÓN:

- 1) Atención selectiva: seleccionar y captar la información relevante.
- 2) Atención sostenida: sostener la atención ante tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
- 3) Atención dividida: alternar el paso de un estímulo a otro o atender a ambos simultáneamente.
- 4) Capacidad de estar alerta a los estímulos relevantes.
- 5) Capacidad para activarse e iniciar las tareas de manera voluntaria.

### MEMORIA DE TRABAJO:

- 1) Retener la información, manipularla y evocarla.
- 2) Manejo del tiempo: memoria retrospectiva y prospectiva.
- 3) Prever consecuencias, seguir y crear reglas y formarse un autoconcepto.
- 4) Capacidad para manejar la demora y la gratificación sin caer en la búsqueda constante de recompensas o consecuencias inmediatas.

### INHIBICIÓN:

- 1) Pensamiento reflexivo: capacidad para parar y pensar antes de actuar (control de la impulsividad)
- 2) Capacidad para inhibir la distracción: bloquear cualquier interferencia que desvíe del plan y objetivo.
- 3) Autocontrol: de conductas/respuestas inadecuadas.

### AUTOMOTIVACIÓN E INHIBICIÓN EMOCIONAL:

- 1) Motivación intrínseca: capacidad para ir paulatinamente siendo capaz de no depender de la presencia de agentes externos que ayuden a iniciar, persistir y finalizar muchas de sus tareas.
- 2) Estabilidad en el rendimiento a lo largo del tiempo.
- 3) Capacidad para mantener el esfuerzo sin recompensas inmediatas.

## LENGUAJE INTERIOR.

- 1) Autorregular la propia conducta por lenguaje interno.
- 2) Seguir reglas e instrucciones personales pudiendo modificarlas, combinarlas y crear otras nuevas.

## PLANIFICACIÓN, ORGANIZACIÓN Y RESTITUCIÓN:

- 1) Autonomía.
- 2) Organización: capacidad para establecer un objetivo, planificar la ejecución y seguir modelos de acción.
- 3) Autoevaluación y auto-supervisión.

Ángel Rey

# Un poco de Historia

Queridos amigos:

Hace 20 años editamos el primer número de otoño de nuestra revista VAIVÉN. Fue el segundo de nuestra recién estrenada Asociación y ahora quiero dar la bienvenida al número 18 de esta querida revista felizmente retomada por la nueva Junta Directiva, después de algún tiempo de silencio. Para ello, deseo recordar especialmente para los que no vivisteis aquellos inicios, lo que escribimos en ella con motivo de la celebración del Día Mundial de la Salud Mental, del año 1997.

Lo transcribo porque creo que refleja el espíritu con el que vivimos aquellos momentos y quiero transmitir el entusiasmo que pusimos desde el principio en hacer visible ante todos, la problemática de los afectados por alguna enfermedad mental. Ése ha sido siempre y sigue siendo uno de los principales objetivos de ABM desde su fundación.

Por ello, aun contando con pocos medios, ya que por entonces éramos la asociación más joven llegada a la Federación y la primera en Madrid que agrupaba a los afectados por el trastorno bipolar, decidimos estar presentes en los actos que se organizaron y así mostrar públicamente nuestras reivindicaciones.

Tuvimos la satisfacción de que el manifiesto con el que terminó la primera manifestación, que se celebraba en Madrid con motivo del Día Mundial de la Salud Mental, fuera escrito y leído a petición de los convocantes, como broche final de la misma, por el joven vicepresidente de ABM.

# HISTORIA

## “Salud Mental en acción”

¡Y lo conseguimos!

Como os informamos con anterioridad, el 10 de octubre se celebró el Día Mundial de la Salud Mental. Con este motivo, los días 9, 10 y 11 tuvieron lugar distintos actos promovidos por F.E.M.A.S.A.M (Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental), A.E.N. (Asociación Española de Neuropsiquiatría). A.M.S.M. (Asociación Madrileña de Salud Mental) y A.M.R.P. (Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial).

Asistimos al Congreso organizado los días 9 y 10 en el Centro Cultural Conde Duque, de Madrid, en el que estuvieron presentes distintas personalidades (médicos psiquiatras, representantes de la Comunidad, Ayuntamiento y Asociaciones). En las réplicas documentadas de los asistentes, pudimos constatar el cansancio de esperar soluciones que no llegan y la necesidad de exigir que los responsables de los distintos Organismos tomen conciencia de la gravedad del problema y pasen con urgencia de la teoría a la acción.

ACCIÓN. Ésta era la palabra clave y nos pusimos a ello. Nos unimos y tratamos de que el conocimiento de nuestro problema llegara al mayor número de personas posible. Nos movilizamos y durante la segunda semana de octubre estuvimos presentes en todos los medios de comunicación. El día 10 se instalaron mesas informativas por todo Madrid, en donde los representantes de las distintas Asociaciones Pro Salud Mental repartimos durante 12 horas lazos y folletos; se dio información a todas las personas que la requirieron y se invitó a todos a que se solidarizaran acudiendo a la manifestación del día 11. Sabemos que el desconocimiento es la causa de la marginación; de ahí la importancia de sacar el problema a la luz. Esa es nuestra responsabilidad.

Y por ello y como colofón, el día 11 se realizó una marcha concentración desde la Puerta del Sol hasta la explanada de la Almudena, en solidaridad con los enfermos mentales. Era la primera que se celebraba en Madrid y hemos de confesar que teníamos una cierta inquietud por el resultado, pero se disipó pronto. Cuando el grupo de ABM, que nos habíamos reunido en la plaza del Callo para acudir juntos, llegamos con algo de timidez, pero con el ánimo alto, con nuestra pancarta aún plegada, a la Puerta del Sol, ya estaba llena. La asistencia se calculó en unas 3.500 personas. Se repartieron lazos y pegatinas y se desplegaron las pancartas con lemas que pretendían llegar a la conciencia de la Administración y de la sociedad y se realizó el recorrido sin ningún incidente, coreando nuestras reivindicaciones. Ocupamos la calle Mayor y llegamos por Bailén a la explanada de la Almudena. Todos nos sentíamos satisfechos. Por primera vez habíamos sido capaces de unirnos para exponer públicamente nuestras inquietudes y demostrar que la salud mental no es más que un problema de salud, tan importante como cualquier otro y que urge empezar a resolver.

Creo que el sol y la belleza del lugar contribuyeron también a que la manifestación tuviera un final brillante. Intervinieron con acierto los presidentes de las cuatro organizaciones convocantes (FEMASAM, AEN, AMSM y AMRO), pero sin duda alguna el momento más emotivo fue cuando Andrés, nuestro Vicepresidente, leyó el manifiesto escrito por él. Lo hizo con tono emocionado, pero con actitud valiente y voz firme, que tuvo que alzar para que pudiera oírse por encima de los aplausos ininterrumpidos de los que estábamos allí reunidos. Fuimos conscientes de que empezaba a romper una berrera de años de ocultismo. Logró emocionarnos a todos.

A continuación, se soltaron globos verdes y amarillos que se elevaron como nuestra esperanza. Fue bonito verlos volar contra la fachada de la catedral. Después música. Teníamos motivos para sentirnos alegres.

Pero ahora hay que seguir. Estoy segura de que si nos mantenemos trabajando unidos, podremos hacer nuestra la estrofa de la canción de Gloria Estefan, que dice:

“Y vamos abriendo puertas,  
y vamos cerrando heridas,  
pasito a paso en la senda  
vamos a hallar la salida”

Artículos revista número 2 – Otoño 1997

## “Manifiesto del enfermo mental”

Quisiera empezar diciendo que leo este testimonio en representación de personas que tienen muchísima más dedicación que yo a este asunto de la salud mental, y sobre todo, de los muchos miles de compañeros en el mundo de la enfermedad mental.

Hablo como miembro de la junta Directiva de la Federación Madrileña de Asociación Pro Salud Mental (FEMASAM), como Vicepresidente de la Asociación Bipolar de Madrid y como propio enfermo maniaco depresivo.

Las personas que luchamos directamente con una enfermedad mental estamos convencidos de que existen varios pilares básicos en los que deben sustentarse todos los intentos de mejora: trataré de señalar algunos que a mi parecer son muy importantes:

- El artículo 45 de nuestra Constitución Española reconoce el derecho de todos a disfrutar de un medio ambiente adecuado para el desarrollo de la persona. Dicho artículo recoge también, el fin de proteger y mejorar la calidad de vida y la indispensable solidaridad colectiva.
- Asimismo, su artículo 49 trata de comprometer a los poderes públicos a realizar una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán en el disfrute de los demás derechos que la política social debería perseguir.

Animamos fervientemente a que esto deje de ser papel mojado y pase a ser realidad palpable y sincera.

Pedimos mayor información, ayuda para educar, para acabar con la falta de orientación.

Exigimos que se estimule la investigación y la mayor prevención de las enfermedades mentales; mayor compromiso en el trato sanitario a nuestras necesidades.

Queremos sentir la dignidad erradicar la discriminación y los errores de tratamiento. He visto amigos que están encerrados bajo llave, drogados en exceso, en un pasillo del hospital y eso me produce tristeza, ¡por favor! ¡respeten nuestra dignidad!

A los familiares y enfermos mentales que sufren en la sombra, déjense ya los viejos sentimientos de culpabilidad encerrados en el cajón, abandonen la vergüenza y el miedo y colaboren a que nuestro apoyo y fuerza sean más intensos y podamos con ello ayudar a la sociedad a aceptarnos.

**¡ACEPTÉMONOS COMO ENFERMOS MENTALES!, ¡CONOZCÁMONOS COMO ENFERMOS MENTALES! Y ¡SUPERÉMONOS COMO ENFERMOS MENTALES!**

**¡¡NO, NO PIDAMOS A LOS DEMÁS QUE SUPEREN SUS PREJUICIOS SI NOSOTROS MISMOS AÚN NO LO HEMOS HECHO!!**

A los profesionales: Ayúdenos, con su formación y sus recursos a poner en marcha un proyecto más extenso; contribuyan a que todos nosotros podamos acceder al medio laboral, estudiar, divertirnos, sentirnos útiles y no simples fantasmas a los que continuamente se nos da la espalda.

A los responsables políticos de la Sanidad y los Servicios Sociales: el llamamiento a su contribución en la mejora de la asistencia, que aporten recursos para superar la mediocre atención que a muchos nos es administrada.

Debemos todos, sin excepción, en estrecha colaboración,

**PROMOVER LA COMPRENSIÓN PÚBLICA HACIA LOS ENFERMOS MENTALES Y SUS FAMILIAS; TENEMOS LA OBLIGACIÓN MORAL DE DESENTERRAR DE UNA VEZ POR TODAS LA MARGINACIÓN Y LA DISCRIMINACIÓN QUE SOBRE NUESTRAS ESPALDAS ES CONTINUAMENTE DESCARGADA.**

Señoras y señores: Juan, Pedro, Antonia, Susana, son personas anónimas para ustedes y para mí que quizás pasan por su lado y jamás sabremos que padecen una forma de locura. Pero ¿quién de ustedes no conoce a escritores como Hemingway, Virginia Wolf; poetas como Baudelaire, Hölderlin; músicos como Beethoven, Mozart, Ray Charles, Eric Clapton; pintores como Paul Gaughin, Vincent Van Gogh; actores como Cary Grant, Marilyn Monroe, Robin Williams; científicos como Stephen Hawking; políticos como Winston Churchill, Abraham Lincoln..?

A ellos seguramente los conozcan y quizás a algunos los admiren y también tuvieron problemas mentales.

**HAGO, RESPALDADO POR 16 ASOCIACIONES PRO SALUD MENTAL, UN LLAMAMIENTO, NO EXENTO DE VEHEMENCIA, A TODAS LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS, A LOS POLÍTICOS, A LOS MÉDICOS, A TODOS LOS SECTORES DE NUESTRA SOCIEDAD A QUE REFLEXIONEN SOBRE SI MERECEMOS O NO, MÁS Y MEJOR ATENCIÓN.**

**DESTERREMOS YA, DE UNA VEZ POR TODAS, LA CONCEPCIÓN DE QUE LOS ENFERMOS MENTALES NECESITAMOS SER DESPLAZADOS A UNA CÁRCEL DE INCOMPRENSIÓN. ¡NO, NOS DESPRECIEN MÁS! MÍRENNOS COMO SERES QUE TENEMOS LA MISMA ESENCIA QUE TODOS USTEDES.**

Andrés Torras  
11 de octubre de 1997  
Hace ya 20 años

Tan solo un par de noches durmiendo poco había sido suficiente para que su hijo tuviese un nuevo episodio. Un conocido y violento descenso. ¿Tengo miedo quizás a mi responsabilidad de madre? Se pregunta dentro del taxi. Se emociona y estremece. Piensa detenidamente y le llega un silencio feroz y con él, la amenaza a vivir sin el contrafuerte al que agarrarse, a afrontar los días sin tenerlo todo controlado, a lo huero, a lo que es irreversible en alguien que ha mimado tanto. Se afloja la correa del reloj e se indigna aún más por los recortes en sanidad e investigación de un gobierno que regala el dinero a los poderosos. Llama a su hijo al hospital como cada día a la hora establecida. Comunica. No le cogen el teléfono. Le llega la ansiedad y el impulso de levantar la voz que solo se libera con un insulto. Cuando al fin le pasan con él no se atreve a decirle lo que viaja por su cabeza. Lo intuye irritable, desorbitado. Le refiere bagatelas, como los caramelos prohibidos que le dio en las visitas a escondidas de las enfermeras. Él le cuenta que tiene mucho calor aunque fuera hay tormenta, que llueve fuerte y hace viento. No le dice lo que ella quiere escuchar, esos hilos de esperanza después de tantos desvelos y esfuerzos. Son días que pasan y no dejan otro rastro que el desánimo de las plantas de interior expuestas de pleno al sol.

Al acabar la llamada le llega un hondo dolor al imaginar a su hijo vestido de domingo: pantalón con bolsillos y una sudadera con capucha para chicos soñadores de ojos grandes agitados como banderas. Le duelen los desayunos con cereales y chocolate, los novillos en clase, las veces que ella insistía en lo perjudicial del tabaco y a él, poco más que un adolescente, le entraban más ganas de fumar. Lo recuerda sentado ante el televisor animado con los personajes de Barrio Sésamo. Y no había nada que le gustase más que verlo comer sandía a bocados, con el desparpajo, con la insolencia de quienes no se avergüenzan de lo que hacen. Le gustaría pensar que todo es mentira para bajarse del taxi como una delincuente que se vale de las prisas para marcharse. Piensa en llegar a casa, ahora vacía, donde lo escuchó cantar canciones de Barrio Sésamo a gritos y agarrarse a ella llorando como si hubiera llegado el fin.

A la noche le sigue dando vueltas a la pregunta que viaja en su cabeza, mientras en la cocina acaricia a Gorky, su perro. ¿Qué hacer para resguardarlo?, parece preguntarse con la prontitud con la que deseamos proteger a los nuestros. Y continúa pensando en el lado duro de la supervivencia, al leer los diarios digitales, los correos electrónicos o cuando curioseaba en las redes sociales. Aparece la falsa realidad, el engaño de los sentidos durante los cuatro minutos que dura una canción. Toma limonada con hierbabuena. Y duerme mal. No hay intermedio. Se despierta cien veces. Y nada más levantarse, y cuando se maquilla para ir al trabajo y se cepilla los dientes, sigue la obstinación de la intimidad y los sentimientos.

En momentos así, da mayor valor a la ingeniería genética, a quienes fabrican humanos artificiales. Le gustaría ser un personaje de ciencia ficción, tener su fortaleza para escapar de amenazas, emociones y malos augurios. Es difícil, lo sabe, debería ser realista, pero por pedir que no quede. Es legítimo ordenar la memoria para confinar la angustia, para detener el dolor ante una enfermedad que una vez despierta ¿no tiene cura?

Jesús Manrique

## Misericordia y buen humor

Ambas virtudes se complementan entre sí. Y no pueden darse aisladas. El buen humor se dignifica si se tiñe de compasión, y la misericordia se dulcifica aún más si la acompaña el buen humor.

El auténtico buen humor hace sonreír, pero no a costa de reírse de los demás, en todo caso se ríe de sí mismo, que es un deporte que todos deberíamos practicar.

El buen humor previene el cáncer, más que la mejor de las dietas, y la misericordia regula los humores biliares, por ello son virtudes que aumentan la esperanza de vida de la especie.

La misericordia administrada a niveles globales acabaría con nuestros conflictos bélicos y la amenaza terrorista. Pero primero habría que inyectar grandes dosis de buen humor en las venas de los yihadistas. Desistirían de seguir empleando las armas.

Si perdonásemos a nuestros pequeños enemigos y contemplásemos con buen humor sus supuestas afrentas, habríamos dado un paso de gigante en la consecución de nuestra felicidad y la de nuestro entorno. Perdonar sonriendo o reír perdonando es sano para la mente y para el espíritu, no son virtudes para timoratos, se requiere mucha virilidad y/o femineidad para adquirirlas y desarrollarlas.

Nos sale de dentro contestar al insulto con el insulto o a la afrenta con la afrenta, pero merece la pena pararse a pensar si no nos haríamos un enorme bien a nosotros mismos y a la humanidad si alguna vez devolviéramos bien por mal.

Luis Abad



**Volviste a ser bala,  
y te vi caer.  
Volviste a ser bala perdida,  
y te vi arder.**

Estuviste caminando días enteros, semanas y meses hacia el oasis por el desierto-infierno, en el cual contar los granos de arena era la única opción. Y no te apetecía. Aprendiste poco a poco a mirar las huellas que ibas dejando, y también descubriste que había otras huellas y otros caminando hacia el agua, hacia el equilibrio entre el frío y el calor, hacia la centrada aguja del termostato. Llegaste y te vi caer, no importa después de cuánto.

Te volvía a doler la misma maldita herida.

**Maldícela conmigo.**

Mírame a los ojos y dime que es lo peor. Que ya no sabes cuál es el veneno y cuál es el elixir. Dame la mano y volvamos a dejar huellas. Encontraremos o no el oasis, pero algo haremos. Caminemos de la mano, de nuevo, en la buena dirección. La luna o el sol, que nos guíe quien sea, pero con la luz alumbrando esta oscuridad, te prometo que será mejor.

Inesa

### EL SILENCIO DE LOS POETAS

Elena dedicarte un poema es muy difícil.

Tienes cara de reina,  
ojos de selva  
y en tu corazón una amapola,  
navega por tu espalda.

Tu esbeltez ilumina,  
el horizonte de tu mirada,  
llena de guirnaldas,  
más allá de las atalayas,  
por eso los poetas piensan  
que es mejor no decir nada,  
escuchar el silencio,  
esperar a que llegue la mañana  
y levantarse de tu cama.

Retomar tus manos  
entre las mías,  
volar como una cigüeña,  
decirte al oído  
que sueños conmigo.

Tus lágrimas destilan,  
néctar de violetas  
y pétalos de abeja,  
miel de amarillas enanas.

En tu vereda,  
anidan las estrellas,  
donde fuiste feliz una vez,  
(junto al mar)  
en Barcelona ciudad.

Carlos Rosique

Colorea



\*Quien da pan a perro ajeno pierde pan y pierde perro.

Debemos ocuparnos de nuestros asuntos y dejar que los demás se ocupen de los suyos.

\*Quien con lo ajeno se viste, en la calle lo desnudan.

Aconseja la poca conveniencia de atribuirse algo que no sea propio de uno, por el peligro que se corre de verse despojado de todo

\*Quien va despacio anda bien, quien anda bien, anda mucho.

Despacio se llega lejos.

\*Quien junto al agua tiene su tierra, primero riega.

Advierte de las ventajas que ofrece el tener cerca los medios de los que queremos aprovecharnos

\*De la mano a la boca se pierde sopa.

Grandes sucesos pueden ocurrir en poco tiempo.

\*Nadie se acuesta sin aprender cosa nueva.

Expresa que siempre se aprende algo.

\*Nada se seca tan pronto como una lágrima.

Expresa la volubilidad de los sentimientos, pues olvidamos pronto lo que nos hace llorar.

\*Nadie es sabio por lo que supo su padre.

Cada quien debe aprender por y para sí mismo.

\*Ojos que bien se quieren, desde lejos se saludan.

Indica que quienes se atraen y simpatizan aún de lejos se les nota.

\*Otro día amanecerá y hará buen tiempo.

Frase para consolar al que se queja de su mala suerte.

Conchi Casado. ABM.



# Asociación Bipolar de Madrid



C/ Santa María de la Almeda, 11  
Tlfo.: 910 115 528 -639 020 495  
[info@asocbipolar.com](mailto:info@asocbipolar.com)  
[www.asocbipolar.com](http://www.asocbipolar.com)