

JOSÉ JAIME MELENDO GRANADOS
SOL GÓMEZ ARTEAGA

**DE LA PSIQUIATRÍA
A LA SALUD MENTAL**



U.M.E.R.

UNIVERSIDAD DE MAYORES EXPERIENCIA RECÍPROCA

SEDE SOCIAL: C/ ABADA, 2 5º 4-A

28013 MADRID

www.umer.es

De la Psiquiatría
a la Salud Mental

JOSÉ JAIME MELENDO GRANADOS
SOL GÓMEZ ARTEAGA

Madrid, 2023

DE LA PSIQUIATRÍA A LA SALUD MENTAL

(CONFERENCIA PRONUNCIADA POR LOS AUTORES EN LA UNIVERSIDAD DE MAYORES EXPERIENCIA RECÍPROCA EL DÍA 13 DE ABRIL DE 2023)

LA PSIQUIATRÍA, RELATO DE UNA IDENTIDAD PROFESIONAL

José Jaime Melendo Granados

En el título de esta charla, mejor que conferencia, definida como *disertación oral ante un público sin solemnidad ni excesivas preocupaciones formales*, cabe ya una dupla para el desarrollo que supone conseguir una identidad, en el caso que nos ocupa, la profesional de un psiquiatra.

En efecto y adelantándome a lo que será una parte - para mí la más sustanciosa de estas palabras compartidas con vosotros -, la persona, primer término de esa dupla citada, se homogeniza con sus instrumentos teóricos y técnicos capaces de

dotar de consistencia profesional a su labor diaria. Y digo se homogeniza porque ese desarrollo constituye una aleación, que no una mezcla, donde uno de los metales, la persona, resulta ser el más importante, inexorablemente.

Al escribir, un poco más arriba, acerca de la charla y su falta de *excesivas preocupaciones formales*, me vinieron a la cabeza unos versos¹ de Marcelo Tettamanti, poeta argentino afincado en la provincia de León desde hace unos años:

... *Es mejor no dar parte del exceso,
no sobresalir
ni dibujar un pelo en el horizonte.*

En el prólogo de ese poemario Isamil⁹ explicitaba que entraba en esa poesía, como a veces se hace en los pueblos, por la puerta de atrás, y yo añadiría que sin hacer ruido, con el silencio respetuoso que también los profesionales, de modo cuidadoso, debemos tener al dirigirnos a los pacientes.

Anticipo así, como decía antes, lo que parece una de las características de los profesionales del campo de la Salud Mental, que también Ignacio Peyró recalcaba recientemente en sus páginas de la revista de El País Semanal²: la humildad que para él contrastaba, en ocasiones, con *las tarjetas profesionales que se aproximan, cada vez más, al tamaño de nuestro ego*.

También en la misma revista, en otra fecha³, la inigualable Irene Vallejo nos instruía en el origen etimológico de *humano*, cuya raíz *humus* (tierra) es la misma que el ausente término para muchos de estos profesionales, la humildad.

Saltándome la frontera que supone la privacidad de cada uno y adhiriéndome a esa informalidad que refería al comienzo de la charla, surge la pregunta, también por el origen esta vez, de elegir esta profesión que, junto a la del Trabajo Social, el diccionario de la RAE pone como ejemplos de profesiones asistenciales.

Quizá influyó también en mi identidad profesional la educación familiar, la enseñanza escolar, las relaciones con mis iguales, incluso los principios religiosos que, por entonces, animaban las directrices de mi colegio.

¹ *Querencia Recíproca*. Marcelo Tettamanti. Marciano Sonoro. Ediciones 2022

² *Quizás debamos ser más modestos* -Las copas y las letras- 2.418-29/1/23.

³ *Ébano vivo* -El atlas de Pandora- 2.427-2/4/23.

Pero tal vez me uno a lo que transmitió el semiólogo y escritor Roland Barthes cuando le entrevistaron, preguntándole porqué escribía: *Porque la escritura des-centra el habla, el individuo, la persona, y realiza un trabajo cuyo origen es indiscernible*⁴. Me parece una respuesta acertada, el salirse de uno mismo para atender al otro. Es también una manera de devolver a los otros: familia, ciudadanos..., la parte que ellos nos cedieron para hacernos crecer.

Y entrando en los contenidos de esta exposición, con mayor o menor énfasis en cada uno de ellos, mi intención es referirme a tres aspectos que conforman esa identidad profesional. Sin duda un somero acercamiento a la historia se impone para situar características que conforman la salud mental en nuestro tiempo y que rodearon, con mi formación, la identidad profesional que me sostiene.

Le seguirá luego una manera de entender, en general, el abordaje de los pacientes desde el dístico CUIDADO o ACOMPAÑAMIENTO/TRATAMIENTO, y así terminar mi relato con lo que creo que puede constituir un retrato o imagen de un psiquiatra y que puede extenderse, con matices, a psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y, en general, a los CUIDADORES que somos todos⁵, palabra preciosa con la que se nombraba en las últimas décadas del siglo pasado a los auxiliares, que eran las personas que más directamente estaban implicadas en la atención de los enfermos mentales ingresados.

Apunte histórico

Todos somos hijos de la época que nos ha tocado vivir. Borges, de un modo autoreferencial, lo señalaba cuando escribía⁶: *Lo que pasa es que todas las cosas le suceden a uno precisamente, precisamente ahora. Siglos de siglos, y solo en el presente ocurren los hechos; innumerables hombres en el aire, en la tierra y el mar, y todo lo que realmente pasa, me pasa a mí.*

Hablo sobre nuestra época, el siglo XX, y pasando ya al XXI, porque en este ámbito, como en otros, su desarrollo nos marca en nuestra identidad profesional en relación a los acontecimientos que ocurrieron en este período de tiempo.

⁴ Vila Matas, E. *Esa pregunta que creíamos necia* -Café Pereg- El País 3/1/23.

⁵ *Tiempo de cuidados*. Victoria Camps. Editorial Arpa 2021.

⁶ *Complejidad eres tú*. Vila Matas, E. -Café Pereg- El País 17/1/23.

Un autor, E. Galende⁷, ilumina de forma certera el campo de la PSIQUIATRÍA, ahora SALUD MENTAL, en su devenir histórico a costa de cinco elementos que aunque desglosados se articulan para esclarecer las tendencias actuales. Estos son:

Formas históricas de daño mental.

Disciplinas a las que se asigna.

Temas y saberes.

Prácticas terapéuticas.

Instituciones.

Delimitar cada uno de estos factores que entre sí van conformándose en una dialéctica social, cultural y política es tarea ímproba que no alcanzo, a pesar de poner en ella toda mi atención. Pero sí creo necesario hacer algunos apuntes porque entiendo que sin ellos mi (una) identidad (la de mi tiempo) quedaría coja.

Desde el daño, el enfermar, mientras la medicina biológica se acercaba a la norma a través de la biología, la medicina mental lo hace a través de la cultura y, por extensión, de lo social.

En el comienzo del siglo XX ya se atisban movimientos, sobre todo en EEUU, pero también en Francia, Inglaterra, Italia, que ponen en jaque a las instituciones, entendidas, parcialmente, como los establecimientos que acogen a los enfermos mentales. Por entonces, su historia ya es larga y se ejemplifica a mediados del siglo XVII por decreto, desde la fundación del Hospital General en Francia, lugares que antes eran cuarteles o sitios eclesiásticos, y que constituyen lo que Foucault⁸ denominó el *gran encierro*, porque se pueblan de pobres, vagabundos, prostitutas, sobre los que Pinel tuvo que ir luego haciendo diferenciaciones como una forma precoz de diagnóstico, estableciendo un esbozo de terapéutica con el TRATAMIENTO MORAL, convirtiendo ese Hospital General en Asilo.

Avanzando en el tiempo, sería a partir de 1945, después de la 2ª Guerra Mundial, donde se gestan los cambios más importantes en teorías y prácticas, fruto, sobre todo, del horror de la contienda y las terribles experiencias de los campos de concentración que determinaron, a su vez, cambios sociales hacia un tambaleante humanismo.

⁷ *Psicoanálisis y Salud Mental (Para una crítica de la razón psiquiátrica)*. Galende E. Paidós Editorial. 1990.

⁸ *Historia de la locura en la época clásica*. Michel Foucault. Edit. F.C.E. 1967

Y así como en el Medievo, la disciplina para abordar la enfermedad tenía una base religiosa cuando no mitológica y, como hemos visto, con Pinel y sus coetáneos se vehiculaba a través de la instituida medicina mental, con el paso de las épocas llegamos a la actual salud mental con cambios fundamentados lógicamente en los saberes y teorías y con juicios adversos sobre el mantenimiento que, desde el asilo, se había constituido como manicomio.

Por el medio habría que contemplar, desde los saberes, cómo uno de los grandes problemas que animan a la fragilidad y debilidad de nuestra teoría es, por un lado, cómo articular un saber médico, físico o natural con una realidad del enfermar, la psíquica, humana, lo que por otro desde siempre se parece, epistemológicamente, a buscar con ilusión - como forjarse ilusiones a toda costa - con una etiología del enfermar basada en la biología. Ello no niega, ni mucho menos, el gran descubrimiento que a mediados de este siglo supuso el inicio de la psicofarmacología y el alivio que supone, tanto para los enfermos graves como para los más leves, o los aquejados de ciertos malestares. De ahí que, para no ser tachados de narcisistas, tengamos en cuenta lo que Kuhn llama *anomalía científica*, que es tanto la coexistencia de diversas teorías - señal de su no científicidad por la existencia de varias - como que ni siquiera se deslinda de forma clara cuál es el objeto de nuestro trabajo - el enfermo, la familia, la sociedad -.

Por ahí el siglo XX trajo también, ya iniciado en el XIX, el énfasis en la subjetividad del enfermo aportado por el psicoanálisis con la consiguiente dignificación del paciente. El diagnóstico llegó a cotas desmesuradas con las clasificaciones del DSM (Manual Estadístico de Diagnósticos) o el manual de la OMS, fruto también de demandas de asistencia de nuevo tipo con readecuación de la atención: enfermos funcionales, conflictos familiares infanto-juveniles, trastornos de la alimentación, drogadicciones, y está por ver lo que depara este siglo XXI con las tecnologías de lo digital.

A grandes rasgos se podría decir, que en el siglo XIX la psiquiatría estuvo marcada por la histeria, en el XX por la psicosis, y en el XXI comienza con los trastornos de personalidad.

En relación a los tratamientos, o prácticas terapéuticas, la diversidad también es la norma: tratamiento a través de la palabra (psicoterapia); del cuerpo (psicodrama, danza, expresión corporal, musicoterapia...); físicos (TEC-tratamiento electroconvulsionante, estimulación transcraneal); químicos (convulsiones por

cardiazol, coma por insulina, fiebre con abscesos de trementina...); quirúrgicos (lobotomía, estereotaxia), etc.

Pero quizás el aspecto más impactante, para los que lo hemos experimentado, en la incorporación, como MIR, y en años posteriores hasta su transformación, es el manicomio. Yo estuve en el entonces Hospital Psiquiátrico Nacional de Santa Isabel y Santa Teresa en Leganés.

Para su cambio de la cronicidad y el abordaje de los agudos en cada uno de esos hospitales, nos nutrimos de todos los movimientos que con mayor fortuna habían sucedido en los distintos países como EEUU, fundador de la Psiquiatría Comunitaria, con sus leyes al respecto y personas imprescindibles, desde Kennedy, como político, por los años 60, a profesionales como Meyer, Caplan, Menninger, Lindemann..., pasando por los soldados afectados por la guerra, por Inglaterra y sus Comunidades Terapéuticas (Maxwell Jones, Pickman, Brun) y la ANTIPSIQUIATRÍA (Cooper, Laing, Esterson).

En Francia, el *Sector* fue la forma de modernizar la asistencia, que ya antes de forma parecida y no con ese nombre, había desarrollado Tosquelles, psiquiatra catalán, quien durante la República pasó a Francia y junto a la psicoterapia institucional (la institución estallada) intentó hacer de los manicomios una institución terapéutica y no iatrogénica. En Italia, la *Psiquiatría Democrática* fue más radical, por más política que clínica, con la desinstitucionalización y transformación de los hospitales psiquiátricos.

Todos estos movimientos en su realización ocurrieron desde mediados de siglo. Aquí en España los vivimos acompañados de la lectura y viajes a los países citados y a través de nuestra experiencia en el nuestro (Conxo en Galicia, Asturias, Bétera en Valencia, San Pablo y Santa Cruz en Barcelona, Clínicas de Ibiza en Madrid, Leganés) con todo el entusiasmo y las ansiedades consecuentes para la transformación del manicomio. En 1985, la reforma quedó plasmada en el consiguiente Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Sin todo lo que pasó, y pasamos, en estos años de evolución psiquiátrica, tengo la seguridad de que lo que dije, y escribo, sería de otra manera y mi identidad, otra.

El resumen de este apartado histórico deja sin decir los innumerables sinsabores, las extremas dificultades, las evidentes contradicciones, pero también la suerte y satisfacción de haber participado en un hecho tan memorable como el inten-

to de abordar de otra manera los *CUIDADOS* y *TRATO* de los enfermos mentales. Mi paso por la Administración durante unos años de gestión enriqueció mi identidad profesional desde otra perspectiva añadida: me confrontaba entonces con mis compañeros, no con los pacientes, y no sé lo que es más difícil, o fácil.

Cuidados y tratamiento

Los años de trabajo con los pacientes graves determinan, entre otras motivaciones, ampararse en la lectura para incrementar los conocimientos en esa frágil aventura⁹ que constituye el intento de abordar terapéuticamente a los psicóticos. ¿Se puede decir que el paradigma de esa dolencia es la esquizofrenia?

Además del citado Perrier, otro psicoanalista con labor en el ámbito público, P.C. Racamier tiene un libro, *Los esquizofrénicos*¹⁰, donde desarrolla la idea que aquí voy a exponer y que tomo como soporte. Llama *díptico* al conjunto de dos palabras que van unidas en la terapéutica del psicótico: *CUIDADO* y *TRATAMIENTO*, atribuyendo su propuesta de *ACOMPANAMIENTO*, como sinónimo de cuidado, al psicoanalista Lebovici. Dice Racamier en su libro que cuidado es: *una preocupación, un conjunto de métodos, una organización de trabajo destinados en primer lugar a preservar y, si es posible, a reforzar a lo largo de los días y a medida de las situaciones de la vida, las capacidades sanas y los potenciales siempre presentes, pero siempre batiéndose en retirada y, frecuentemente, escondidos de los psicóticos*. Esta sería la tarea, como se ve, del trabajo en equipo de una Unidad de Hospitalización.

Una mirada a la palabra *CUIDADO* en el diccionario de la RAE explicita la polisemia y riqueza del término: *CUIDAR*, procede del latín *cogitare* que significa *pensar. Poner, prestar atención, diligencia y solicitud en la ejecución. Asistir, guardar, conservar*.

Coincidiendo con el repaso de las lecturas anteriores para su utilización en esta exposición, apareció en el ABC Cultural del sábado 8.4.23¹¹, en la columna *Una*

⁹ *Fundamentación teórica de una psicoterapia de la esquizofrenia*. François Perrier -Carpeta de Psicoanálisis I-. Edit. Letra Viva, 1978.

¹⁰ *Los esquizofrénicos*. P.C. Racamier. Edit. Biblioteca Nueva. 1983.

¹¹ *Los que comen de mi pan*. -Una mirada académica- Juan Gil. ABC Cultural 8-4-23.

mirada académica, el breve artículo del académico Juan Gil, *Los que comen de mi pan*, donde se recoge este sintagma con el que Bernardo del Carpio arengó a sus soldados cuando Alfonso el Casto le reclamó su castillo. Siguiendo el origen de los términos, el conjunto de *los que comen el pan* es la *compaña*, y junto con otros detalles etimológicos, algunos muy simpáticos, Gil llega a *compañero*, ya en el s. XIII y, por supuesto, a *acompañamiento*.

Lola Pons, catedrática de Lengua Española, autora, entre otros, del libro *El español es un mundo*, recoge en uno de sus artículos, *Ten cuidado*, matices que acercan más el significado *pensar* al término *cuidar*, y así cuando explica que alguien es *descuidado* es porque actúa sin pensar, sin detenimiento, y si alguien *no se cuida* de la opinión ajena es porque no la atiende ni le preocupa. Todavía el gallego, dice Pons, retiene en su verbo *cuidar* el valor latino de creer y pensar. Y también en el Medievo señala un personaje de la literatura de entonces al mirar sorprendido una estrella fugaz: *cuido que verdad es*, o lo que es igual, *creo que es cierto*. Como decía antes, el término *cuidado* Racamier lo emplea para el trabajo en equipo con pacientes graves.

En la relación individual con pacientes menos graves - con el psicótico hay que *CUIDAR* detalles y matices - prefiero el término *TRATO* que, de nuevo, en el diccionario de la RAE recoge los conceptos: *TRATO*, *cuidar bien*. *Convenio*, convenir. *Acuerdo*, acordar. Mi apuesta es que con el *TRATO* - el buen trato - ya se avanza mucho para un mejor tratamiento que hay que compartir también con la técnica y los conocimientos prácticos de cada uno. Por contra, si no hay buen trato, el tratamiento se desvirtúa, se anula.

Retrato, imagen del cuidador

Con los supuestos previos podría decir con Francesc Tosquelles¹² y siguiendo también las ideas del ECRO (Esquema Conceptual Referencial Operativo) de Pichón-Rivière¹³ acerca de la Formación Profesional, siempre colocando la personalidad del terapeuta en primera línea, que: *está claro que el poso y avatares de mi vocación, mi proceso de profesionalización, el tiempo y los espacios vividos, los*

¹² *Las enseñanzas de la locura*. F. Tosquelles. Edit. Alianza (ensayo), 2001.

¹³ Conversación con Enrique Pichón Rivière. Timmerman Editores, 1976

escenarios de mi amateurismo, han tenido desarrollos que singularizaron mi persona siempre en evolución(.) Su duración no se mide con el tiempo del reloj: perdura en mí con cada gesto profesional o aficionado que emprendo.

Lo cambiante del itinerario recorrido, como se dice, en el tiempo - desde el MIR como aficionado hasta staff - y también en el espacio - diversos encuadres, marcos o, mejor dicho, situaciones - no desmerecen para especificar algunas constantes con matices a pesar, ya digo, de las variedades diversas: Ambulatorios, Unidades de Internamiento, Urgencias, Hospital de Día, Agudos y/o Crónicos que expongo a continuación para intentar ese retrato o imagen general del profesional en su trato en la asistencia a los pacientes:

DISPOSICIÓN: Este término, sinónimo también de *aptitud*, adecuación para algún fin, iría acompañado de cierta *actitud* amable, relacionada con las expresiones: *hallarse o estar a la disposición del otro, estar preparado para...*

DISPONIBILIDAD: En nuestra tarea, creo, a veces confundimos el orden en el trabajo diario con la necesidad de controlar los aspectos siempre cambiantes de la persona. Recurrimos entonces a los protocolos - solo a veces necesarios - y así dejamos escapar lo más precioso, la dinámica del asombro, de la sorpresa, de lo inesperado. A Heráclito de Éfeso se le atribuye la frase: *Si no esperas lo inesperado, no lo reconocerás cuando llegue.*

ACOGIMIENTO: Cercano a la *hospitalidad*. *Huésped* es un concepto que hace de la diferencia deferencia. En efecto, en castellano - creo que en francés también -, una Casa de Huéspedes incluye, en este término, tanto el que hospeda como el que es hospedado.

CURIOSIDAD: Aparte de los significados de deseo de saber e investigar, incluso lo que no te concierne, y la idea de ser diligente y cuidadoso - de nuevo, el término -, me quedo con la belleza y la expresividad de una frase del icónico científico Stephen Hawking¹⁴: *Mirad arriba hacia las estrellas y no abajo hacia vuestros pies. Intentad encontrar el sentido de las cosas y preguntaos por qué existe el universo, sed curiosos...*, aunque ello evoque la anécdota platónica de Tales de Mileto, quien por mirar al cielo estrellado en sus paseos nocturnos, cae un día en un pozo y con ello suscita las risas de su joven criada que le acompañaba.

¹⁴ *A vivir la ciencia*. Pere Estupinyà. Penguin Random House Edit. 2023.

Capacidad de **ASOMBRO** y **SORPRESA**: Aunque el asombro acompañe al susto, al espanto, también explica la admiración. Y sorpresa lleva consigo lo que conmueve. Si seducir acompaña a la histeria, el psicótico mueve todas nuestras emociones, si no las negamos para defendernos de la angustia que nos produce.

ESCUCHA: Cuando empecé mi itinerario por la profesión me decía: *No dejes de poner la oreja. A la escucha* es el que está atento para oír algo, y en la vigésima segunda edición del Diccionario de la RAE (2001) se recoge en la acepción 4: *Criada que dormía cerca de la alcoba de su ama para poder oír si la llamaba.*

PRESTAR ATENCION: Es indiscutible, aunque la llegada del ordenador hace que algunos pacientes, con razón, se quejen de que: *el médico ni me miraba a la cara mientras escribía en el ordenador.* Javier Gomá, en uno de sus libros¹⁵ dedica uno de sus microensayos a este tema y dice: *la soledad en su conjunto se sustenta sobre el arte de intercambiarse atenciones unos a otros para, aprendiendo a limitar la propia agresividad y el egoísmo a flor de piel, permitir la convivencia y la armonía.*

RESPECTO: En algunos ambientes psicoanalíticos tenía su expresión más radical en la *neutralidad*. Hay dos apuntes que me parecen significativos: en su origen, *respectus* era *mirar atrás*, (con) *miramiento*, es decir, atender al otro tal cual es, mucho más que tolerar al otro, soportar. En este caso es comportar¹⁶. Andrea Marcolongo¹⁷ nos explica que *respeto* tiene la misma raíz que *espejo*, lo que indicaría que miraríamos al otro como a nosotros, ¿qué mejor forma de respetar al semejante?

EMPATÍA: Recientemente en el artículo *Anatomía de Twitter* de Nuria Labari (11.1.23) se refería a la *profunda empatía*, a partir de una noticia que sucedió durante la promoción de la segunda parte de la película *Avatar*, en la que trabaja la actriz Kate Winslet¹⁸. Empatía que, en griego antiguo, viene a significar, dice Nuria Labari, *algo así como estar en el pathos del otro, es decir, estar en lo que le desborda, en lo inmanejable*. Es lo que la actriz devuelve, para bien, a una niña llamada Martha que la tiene que entrevistar: *Es mi primera entrevista*, se escucha aterrada a la chiquilla. *¿Es tu primera entrevista?... ¿Sabes qué?* continúa la actriz

¹⁵ *Todo a mil*. J. Gomá. Galaxia Gutenberg Edit. 2012.

¹⁶ *Contra la tolerancia -Cambio de tercio-*. Jorge Freire. ABC Cultural 28.2.2023.

¹⁷ *El viaje de las palabras*. Andrea Marcolongo. Zahorí books. 2022.

¹⁸ *Anatomía de Twitter*. Nuria Labari. *La empatía dijo Kate Winslet*. El País 11.1.23.

mirando a su interlocutora, *cuando hagamos esta entrevista nos va a salir la mejor de la historia porque lo hemos decidido así. Tú y yo hemos decidido que será una entrevista fantástica.*

OBSERVACIÓN: Es parte de la *mirada* fenomenológica/psicopatológica para intentar dotar de sentido a lo que el paciente nos cuenta. La primera pregunta sería ¿qué tiene?, la segunda ¿qué le pasa? A veces se pervierte esa observación - este parece uno de los puntos débiles de la profesión - y en vez de observar en los pacientes se observa a través del DSM o el texto de clasificación de enfermedades de la OMS, que son textos para registro epidemiológico - y que cumplen su función para el consenso mundial de diagnósticos - pero no del trabajo del día a día. Ninguno de los dos son textos ni de psicopatología ni de clínica. Cumplen la función, si acaso, de intentar saber la primera parte - ¿qué tiene? - de la exploración del paciente, porque la verdadera exploración es previa y el diagnóstico es solo el nombre que se da al conjunto de síntomas (síndrome).

DISTANCIA: Mejor cercanía adecuada. A pesar del ejemplo de la actriz Kate Winslet referido antes, y aunque un lema puede ser *más vale pasarse que no llegar*, en la distancia, correspondiente a *ponerse en el lugar del otro*, conviene no extremarse e invadir al paciente con actitudes que son de uno y no resultado de su dolor. Son las contractitudes que, desde el lado inconsciente, el psicoanálisis estudió como contratrtransferencia y ante la que debemos ser, otra vez, cuidadosos.

LA ESPONTANEIDAD: Como expresión natural y fácil del pensamiento, no del propio impulso, sin cultivo - cultura - o sin cuidados del hombre - de esta manera se define cultura, cultivo, en el diccionario de la RAE. Algo así como que en el marco del trato con el otro uno sea lo más parecido a como es en su vida.

HUMOR: Aunque no hay que confundir con la teoría hipocrática de los humores, la jovialidad y agudeza propia del hombre de humor, esta característica viene a plantear si viene de fábrica o se hace. Quedémonos con un lugar intermedio entre el don y el aprendizaje. Por supuesto, el humor también lo llevan los pacientes. Recuerdo uno de los muchos casos a lo largo de los años en el que, mientras un compañero y yo acompañábamos a un paciente al grupo de psicoterapia de todos los días en la UNIDAD DE AGUDOS del Hospital de Leganés, nos sorprendió a ambos que nos dijera que se había muerto Torrebruno - animador de programas televisivos, sobre todo infantiles, uno de cuyos rasgos corporales

era la baja estatura. Frente a la sorpresa de ambos, preguntamos al paciente cómo había ocurrido, y con la mayor naturalidad nos contestó: *Se ahorcó en un bonsái.*

ENTUSIASMO es: *la exaltación del ánimo originado por un vivo interés en algo o en alguien*¹⁹. Deriva del latín moderno y del griego con el significado de inspiración o posesión divina - será por esto que nos equiparan al confesor -, ya que contiene en sus términos: *en-theos* (Dios, igual a Dios), con sentimiento inspirado en Dios, arrebatado del entendimiento vinculado a la profecía, el misticismo, la poesía y el amor, siendo que la inspiración divina provocaba un raptó de locura. ¿Será por esto que la gente a veces cree, y con cierta razón, que al situarnos cerca de ellos estamos un poco locos?

GRUPO se define como: *pluralidad de seres o cosas que forman un conjunto, material o mentalmente considerados*. En este sentido la existencia y persistencia durante más de 45 años de un grupo de trabajo que ya lo es de amigos en torno a la lectura, a veces también alrededor de comida y bebida, favoreciendo una cohesión y debate que ha hecho que nuestra identidad sea profesionalmente compartida - incluso durante el confinamiento nos hemos reunido todas las semanas a través de videollamadas -. El grupo entonces no solo se utiliza como técnica psicoterapéutica en diversas modalidades prácticas sino que, además, favorece el crecimiento individual como personas y como profesionales.

De todas formas, habría más rasgos del profesional que definan estos aspectos de las formas de trato con los pacientes, pero leyendo hace un rato, mientras descansaba de la redacción de estas palabras, la entrevista que a Andrea Marcolongo le hacían a propósito de su último libro²⁰ recién publicado acerca de la vida de Eneas, fundador de Roma, se cuestiona sobre la figura de héroe especial, pensando que es un héroe atípico, social, héroe de la responsabilidad, y la Eneida es un manual para seguir en pie en medio de una tormenta donde el mundo de ayer ya no existe y el mañana no ha llegado. Señala como Eneas nos explica cómo seguir y dar un sentido a este tiempo de en medio. La respuesta es resistir. Eneas hace un viaje muy difícil y no sabe a dónde ir, pero sigue. Recuerda o es parecido esto

¹⁹ *300 historias de palabras*, dirigido por Juan Gil. Edit. Espasa 2015.

²⁰ *La lengua de los dioses o el arte de resistir. Lo que la Eneida nos enseña sobre cómo superar una crisis*. A. Marcolongo. Edit. Taurus, 2023.

a la aventura a la que tanto aludían Perrier y Racamier en su abordaje del paciente psicótico.

Al acabar estas líneas y pensando en esto último y lo que se nos viene encima con esta sociedad tecnológica de una cultura de las redes sociales, de la inmediatez, de la inteligencia artificial, de los algoritmos, de la digitalización, no sé si todo lo anterior queda un poco desfasado en la sociedad actual.

Me gustaría que no me invadiera el pesimismo, poder pensar como Ricardo de Querol²¹, que frente a la transformación digital que nos envuelve y produce temor, se esfuerza en describir como reforzar sus extraordinarias ventajas y como corregir sus peligrosos inconvenientes. Me quedaría con las palabras del citado F. Tusquelles²²: *En nuestro oficio no puede haber una estructura profesional cualquiera, si no se sigue siendo un aficionado a estos avatares que forman el misterio de la condición humana, en la que nosotros nos movemos a menudo en una fecunda incertidumbre*. Y pensar que prefiero seguir la famosa frase de Sócrates, según Platón: *Conócete a ti mismo*, piedra de base de la filosofía, a la tendencia actual de esta sociedad que nos invade y que tiene como lema: *Invéntate a ti mismo*²³.

²¹ *La gran transformación*. Ricardo de Querol. Edit. Arpa, 2023.

²² *Las enseñanzas de la locura*. F. Tosquelles. Edit. Alianza (ensayo), 2001 ya citada.

²³ *La palabra autopercepción* -Pamplinas- Martín Caparrón. Revista el País Semanal 2.424, 12/3/23.

DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL A LOS RELATOS DE VIDA

Sol Gómez Arteaga

A diferencia del Dr. José Jaime Melendo Granados, que ha dedicado toda su vida a la psiquiatría - muchas veces le escuché decir que los casos que más le llamaban la atención eran también los que más le desazonaban y le hacían pensar -, yo me formé como Trabajadora Social, y simultanéé este trabajo con la escritura.

La profesión de Trabajo Social se desarrolla en múltiples campos, pero su objeto es apoyar a personas vulnerables o en peligro de exclusión social mediante la orientación de recursos sociales, la gestión y la coordinación. En esta profesión llevo trabajando desde 1993 en distintos servicios del Hospital Gregorio Marañón: Urgencias, Instituto Provincial de Rehabilitación, Psiquiatría, primero en la Unidad de Agudos y desde hace cuatro años en el Centro de Salud Mental de Moratalaz - Vicálvaro.

En el plano de la escritura, me inscribí en talleres de escritura en el año 1999. Primero en el Taller de Escritura de Madrid, durante años en Talleres de Escritura Fuentetaja, en los que aprendí algo de técnica y eso tan importante que es disciplina. Los talleres son un espacio que recomiendo encarecidamente, pues permiten compartir y poner en común con otras personas que asisten a los mismos, semana a semana, el trabajo que uno va haciendo en solitario.

Aunque no vivo de la escritura, ésta no supone un mero hobby o pasatiempo sino mi forma más genuina de estar en el mundo. Las ganas de escribir estuvieron en mí desde muy pequeña y le han dado sentido a mi vida. Es, podría decir, alimento como el pan de cada día. Con el tiempo me he dado cuenta de que lo que veo en mi trabajo, una realidad en ocasiones invisibilizada y que supera muchas veces la ficción, constituye posiblemente la mejor fuente de inspiración para crear historias. Escribir lo que veía en la Unidad de Agudos fue algo que también me ocurrió mientras trabajaba con el Dr. Melendo. De ahí salieron en buena

parte los relatos de mi libro *Trazos de sombra*²⁴, del que hablaré en la parte final de mi intervención y sobre el que José Jaime me escribió un hermoso prólogo.

La UNIDAD DE AGUDOS y otros dispositivos de atención a la SALUD MENTAL

La Unidad de Agudos o Unidad de Hospitalización Breve es un eslabón, un momento más, de la atención psiquiátrica, no el único.

Hay que tener en cuenta que el proceso de reforma psiquiátrica que en España se inició en el año 1985 pasó de un modelo de hospitalización crónica para el paciente psiquiátrico - hospital en un espacio apartado del resto -, hasta entonces sin aspiración rehabilitadora, a un modelo comunitario e inclusivo, centrado en las aspiraciones y recursos personales/potencialidades de cada paciente. Esto significa que se abren camas de psiquiatría en hospitales generales.

La reforma psiquiátrica vino a señalar que las personas con enfermedad mental son muy vulnerables, pero con los mismos derechos en igualdad con el resto de usuarios del Sistema Nacional de Salud. Equipara al enfermo mental con el enfermo somático. La Unidad de Agudos atiende a pacientes que están en crisis, descompensados, cuando los síntomas están, podríamos decir, a flor de piel. El paciente permanece ingresado unos días, semanas, a veces meses, hasta su estabilización.

Los pacientes que ingresan pueden estar afectados por cualquier patología psiquiátrica en fase aguda. Algunos incluso lo hacen en contra de su voluntad por orden judicial. El artículo 763 de la ley de enjuiciamiento civil determina el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí. Esto, a veces, es vivenciado como altamente traumático por parte del paciente que percibe dicho ingreso como un atentado contra su persona y libertad o como un secuestro. Algo lógico si pensamos que perder el control de nuestra vida es uno de los mayores temores que tenemos.

Durante el período que dura el ingreso, el ambiente terapéutico es considerado el factor más importante de la eficacia del tratamiento, dato recogido de un

²⁴ *Trazos de sombra*. Sol Gómez Arteaga. Editorial Marciano Sonoro, 2021

trabajo publicado por el propio José Jaime Melendo Granados en la revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1987. El grupo tratante, esto es, los médicos, personal de enfermería, terapeutas ocupacionales, auxiliares y trabajadores sociales vienen a ser como la familia sustituta que posibilitará la expresión de conflictos.

Mi trabajo en planta como Trabajadora Social se desarrolló a través de distintas líneas de intervención:

- La coordinación con los profesionales de la propia Unidad de Agudos, asistiendo a las reuniones que se celebraban a primera hora, donde se exponían las incidencias ocurridas durante los distintos turnos o en fin de semana, los nuevos ingresos, dudas respecto a los casos, etc.
- La coordinación con profesionales externos al hospital de la propia red de Salud Mental, de Servicios Sociales y de otras instituciones.
- Las entrevistas con los propios pacientes.
- Las entrevistas con las familias de éstos.
- Una actividad en la que tuve el privilegio de participar: el grupo terapéutico que dirigió el Dr. Melendo. Sin duda uno de los espacios donde mejor pude conocer la psicopatología que presentaban los pacientes. El grupo tuvo lugar los lunes, jueves y viernes de 12.30 a 13.30, seguido de posgrupo.

En el grupo - constante que se repite en las Unidades de Agudos - los pacientes fluctuaban mucho, dado que ingresaban y eran dados de alta de forma continua, lo que hacía que se reprodujeran de forma permanente los rituales de presentación - en los casos de pacientes nuevos - y de despedida - de aquellos que se iban.

La asistencia era obligatoria para todos los pacientes, salvo los que su estado mental se lo impidiera en aquellos momentos. A los pacientes se les iba a buscar a la habitación, requiriendo su asistencia en el grupo como una actividad más de las que se llevaban a cabo en la planta. El Dr. Melendo era el terapeuta que dirigía éste. Una enfermera, una auxiliar y yo, siempre las mismas profesionales, asistíamos como observadoras, tomando notas, comentando y analizando luego en el posgrupo lo acontecido en cada sesión. Se puede decir que cada sesión de grupo en la Unidad de Agudos era una historia en sí misma. Recuerdo que lo que allí se vivía era bastante caótico: historias que se entrecruzaban, conversaciones in-

conexas...; y también recuerdo el consejo de José Jaime de que no intentáramos razonar, sino que observáramos lo que veíamos como quien asiste a una película. Pese al caos, una de las cosas más bonitas que escuché en más de una ocasión fue la verbalización hecha por los propios pacientes de que si sus familias les vieran en esos momentos conversar tan tranquilos, se sorprenderían.

Los objetivos del grupo en la Unidad de Agudos son²⁵:

- Disminuir la angustia del ingreso y fomentar la esperanza. Cuando un paciente ingresa en la Unidad de Agudos hay que tener en cuenta que entra en un medio desconocido en una situación especial de crisis, a veces es su primer ingreso, siendo este espacio grupal una plataforma más de ayuda para su inserción en el medio terapéutico. Mediante el grupo el paciente es conocido por los demás pacientes, es reconocido como un igual y, a su vez, puede reconocerse en otros y ser alentado, especialmente por los compañeros más veteranos, hacia la confianza de que es posible mejorar y retomar su vida, aunque en este momento el mensaje sea solo emocional.
- Servir de apoyo, de espacio donde se facilita la comunicación, la expresión verbal de conflictos, la comprensión de los mismos.
- Desingularizar. Al ver que lo que me pasa a mí les pasa a otros compañeros que han vivido o viven una experiencia similar.
- Tomar conciencia. Uno de los aspectos fundamentales y más difíciles en la enfermedad mental es que el propio paciente entienda que le pasa algo y que necesita ayuda, lo que posibilitará una mejor adherencia al tratamiento, que es otra de las dificultades con el que nos encontramos. Es lógico pensar que si no me pasa nada (primer escollo), no tengo porque aceptar ningún tratamiento (segundo escollo).
- Preparación para el alta. Al abordarse en el grupo cómo han ido los permisos de salida previos al alta, así como planes de futuro para el retorno de los pacientes a su medio de procedencia.

²⁵ *Psicoterapia de grupo en una unidad de hospitalización psiquiátrica breve.* Juan José Belloso Roperó, María Díaz Medina, Thais López Moreno. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2015.

Mi participación en el grupo me permitió hacer un pequeño estudio referido al año 2017 - a excepción de los meses de verano que éste se suspendió por las vacaciones de los profesionales - para sacar unas conclusiones a las que llegaron los propios pacientes de su propia valoración del espacio grupal.

Tuve en cuenta las variables: sexo, edad, diagnóstico, nacionalidad y asistencia o no al grupo, resultando:

- Media al mes de pacientes que han pasado por el grupo: 49.
- Equivalencia porcentaje hombres y mujeres: 47% varones frente 43% mujeres.
- Edades: De 18 a 35 años, 27%; de 36 a 65 años, 62%; más de 65 años, 11%.
- Diagnóstico más frecuente: trastorno psicótico, 42%; seguida de trastorno bipolar, 18%; alteraciones de conducta, 8%; ideación autolítica, 7%; depresión, 5%; y otros diagnósticos en porcentajes muy pequeños, 20%.
- Nacionalidad española, 91% frente a 9% extranjeros.
- Asistencia al grupo, 76% de pacientes de media, frente al 24% a los que su estado mental se lo impedía como causa principal.

Algunas consideraciones en torno al grupo hechas por los propios pacientes

El grupo se percibe a sí mismo como espacio de intercambio, de escucha, de apoyo entre sus miembros. Entre los temas más recurrentes están:

- La enfermedad mental que muchas veces se evade y se habla de otras cosas que no son enfermedad, por su complejidad y difícil reconocimiento.
- La familia, como pilar esencial de apoyo. Sin embargo, ésta a veces es rechazada por los pacientes y considerada causante del ingreso. El personal sanitario y resto de pacientes son considerados durante el ingreso como otra familia.

- Importancia del trabajo que, a pesar de que a veces es causa de estrés, se valora como el mejor remedio o cura.
- Ingreso voluntario e involuntario. De forma reiterada se tiene que aclarar que la decisión de ingreso - y mantenimiento del mismo - recae en el facultativo que le está atendiendo.
- Medicación como una parte importante, pero no exclusiva, del tratamiento. Aceptación y/o rechazo de la misma, efectos secundarios.
- Ambivalencia del ingreso en la planta. La planta suele ser concebida por algunos pacientes como un espacio donde el paciente está protegido y cuidado. Pero también como lugar donde uno se encuentra retenido contra su voluntad.
- Tema recurrente son las altas, permisos de fines de semana, salidas y cómo se perciben subjetivamente por los miembros del grupo. Ambivalencia entre miedo al alta y alegría de volver a la vida cotidiana.
- Relación terapéutica con los distintos profesionales y expectativas puestas en los mismos. En general, ésta es catalogada por los pacientes de humana - están para curar, cuidar, entender - con reconocimiento al trabajo realizado.
- Otro tema recurrente en aquellos momentos de recogida de los datos, año 2017, era el consumo de tabaco, que acababa de ser prohibido en la planta, siendo sustituido por parches de nicotina.
- Entre las propuestas de mejora está la necesidad de un espacio o jardín dentro del recinto hospitalario donde los pacientes puedan esparcirse.
- La manifestación por algunos pacientes - ya señalada antes, pero que vuelvo a repetir, porque en el campo de la SALUD MENTAL los logros no son la norma sino la excepción -, de lo asombrados que estarían sus familias si les vieran hablar con esa tranquilidad.

Hago el señalamiento de la excepcionalidad de los logros, porque ocurre con frecuencia que cuando crees que un recurso es el más adecuado para un paciente y has hecho *encaje de bolillos* a nivel de coordinación institucional para que las cosas lleguen a buen puerto, en el último momento *el caso* se cae por distintos motivos - a veces es el paciente el que simplemente rechaza el recurso -, por no

nombrar las crisis/brotos que sufren los pacientes sin una causa que nos permita entender ese viraje o cambio de conducta.

Otros dispositivos de SALUD MENTAL

El Centro de SALUD MENTAL, en base al nuevo modelo de atención psiquiátrica del que se ha hablado, es el pilar de la atención comunitaria, sectorizado por áreas o distritos sanitarios. Está formado por un equipo de profesionales: psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales... que atienden a los pacientes ambulatoriamente, y si éstos lo precisan, los derivan a los dispositivos psicosociales y sanitarios de la red de SALUD MENTAL creada para atender sus necesidades y promover su rehabilitación e integración social, así como el apoyo a sus familias.

La red pública de atención a personas con enfermedad mental grave y duradera está formada, además de los CSM, por los siguientes dispositivos o recursos²⁶:

- **Equipo de Apoyo Socio-Comunitario (EASC):** Ofrecen atención domiciliaria y en el propio entorno a aquellas personas con enfermedad mental grave con dificultades y necesidad de apoyo social para poder mantenerse en su entorno. Dirigida a pacientes con dificultades de enganche o vinculación al Centro de SALUD MENTAL y que presentan gran deterioro psicosocial.
- **Centros de Día (CD):** Ofrecen programas y actividades de apoyo y soporte social para ayudar a las personas con trastorno mental grave y con mayores niveles de dificultad de funcionamiento, aislamiento y dependencia, que necesitan una estructuración de su vida diaria para alcanzar un mínimo de autonomía y apoyar su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles.
- **Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS):** Ofrecen programas individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración, además de actividades de apoyo social, a fin de ayudar a que las personas con trastorno mental grave recuperen el máximo grado de autonomía y mejoren su

²⁶ *Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las personas con psicosis.* Juan González Casas y Abelardo Rodríguez González. Col. Oficial de Psicólogos de Madrid, 2010.

funcionamiento psicosocial. Se trabaja en las áreas de autocuidados: higiene, vestido, hábitos saludables, como comida, horarios de sueño; habilidades sociales, psicoeducación, conocimiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento, administración de la medicación; ocio y tiempo libre, integración social, uso de recursos socio-comunitarios. También ofrecen apoyo a las familias.

- **Centros de Rehabilitación Laboral (CRL):** Ofrecen apoyo para aprender o recuperar los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder al mundo laboral, a veces protegido, y apoyar su integración y mantenimiento en el mismo.
- **Hospitales de Día (HD):** El usuario requiere un tratamiento ambulatorio multidisciplinar e intensivo sin que salga de su entorno familiar y social.
- **Unidades de Hospitalización Breve (UHB):** Ofrecen ingreso de pacientes descompensados psicopatológicamente o con riesgo para su seguridad.
- **Miniresidencias:** Ofrecen estancias cortas, transitorias o indefinidas para atender diferentes necesidades en un ambiente lo más familiar y normalizado posible, abierto y flexible, así como atención psicosocial, apoyo rehabilitador y supervisión las 24 horas del día. No tienen médico. Cada miniresidencia tiene una capacidad de unas 30 plazas.
- **Pisos supervisados:** Ofrecen alojamiento en pisos normales en los que residen 3 o 4 personas recibiendo el apoyo y supervisión que en cada momento necesiten. Para ello se requiere que tengan un cierto nivel de autonomía.
- **Pensiones supervisadas:** A través del concierto de plazas en pensiones se busca ofrecer un alojamiento digno y la cobertura de necesidades básicas de personas con enfermedad mental con un buen nivel de autonomía pero sin apoyo familiar ni recursos económicos, intentando evitar procesos de marginación.
- **Unidades de Hospitalización, Tratamiento y Rehabilitación (UHTR):** Ofrecen ingreso en unidades de media estancia a pacientes gravemente afectados y que necesitan contención intensiva y programas de rehabilitación para su inserción comunitaria.

- **Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP):** Ofrecen ingreso en unidades de larga estancia a pacientes gravemente afectados y que necesitan contención intensiva de larga duración.

TRAZOS DE SOMBRA

Tras esta explicación del funcionamiento de la red de SALUD MENTAL pasaré a describir cómo las historias que escuché en mi trabajo me sirvieron de inspiración para escribir el libro de relatos *Trazos de sombra*, gestados en su mayor parte en el período en el que el Dr. Melendo y yo trabajamos juntos. En 2017 me hice un esquema de los temas que creía que estaba en disposición de tratar, y poco a poco, en una aventura que inicio en febrero de 2017 y concluyo en septiembre de 2019, se fueron gestando.

Trazos de sombra lo constituyen cuarenta relatos relacionados con los desórdenes de la mente y el sufrimiento psíquico que esos desórdenes provocan en quienes los padecen. A través de las historias anónimas que se cuentan en el libro, en las que se mezclan elementos de la realidad y la ficción, hago un recorrido por distintas patologías mentales sin nombrarlas, sin etiquetar, sin cosificar. No me interesa como se llama lo que les pasa a los protagonistas de las historias, el DSM, CIE-10, clasificaciones de diagnósticos en EEUU y la OMS, respectivamente, sino cómo se sienten por dentro. Como dijo Irene Vallejo en su cuenta de Facebook, el 3.12.21, hablando de discapacidad: *cuando se trata con personas resulta sumamente injusto que éstas queden reducidas a un simple diagnóstico.*

Trazos de sombra son cuarenta relatos, pero son también cuarenta citas y cuarenta fotografías del fotógrafo leonés Óscar García Bárcena, que funcionan como puertas de entrada a cada una de las historias que se cuentan. En mi opinión, son relatos para ser leídos despacio, de uno en uno. Recomiendo abrir el libro por una página cualquiera y empezar a leer.

Como digo, generalmente, en los textos no se nombra el diagnóstico pero a lo largo del libro desfilan: el delirio de persecución; el delirio de filiación; las alucinaciones auditivas; el trastorno bipolar o enfermedad maniaco depresiva; el trastorno alimentario; el trastorno del espectro autista; el trastorno de personalidad; el trastorno obsesivo compulsivo; el síndrome de Diógenes; el síndrome de Down; la pérdida de memoria; el parkinson; la adicción al alcohol y esa otra

dependencia más moderna que es la dependencia a redes, cuyas consecuencias aún no hemos podido calibrar; la ideación autolítica; la violencia de género que no es enfermedad pero que también he querido abordar; la celotipia o delirio de celos; hay una tipología de enfermos llamados *tumbaos* que un día se metieron en la cama y ya no se levantaron más. Este fenómeno en Japón recibe el nombre de hikikomori, abordado en la novela de Luis Ferrero Litrán *Las Luces de Oita*²⁷; la discapacidad sensorial; la psicopatía; la dismorfofobia; la soledad o aislamiento extremos que son detonantes de comportamientos locos, extraños, chiflados, arriesgados, peligrosos... De este calibre son: *Señorita corazón solitario*, *Amado pulpo*, *Compañía* y *Castillos de arena*. Hay dos relatos de un tiempo pandémico que son: *Una ventana* y *Pura realidad*. Hay relatos también muy disparatados que son un guiño a la propia locura, porque con la locura es importante conciliarse y una forma de conciliarse es a través del humor: *El hombre sin sombra*, *El hombre que tocaba las esculturas*, *De dinosaurios y elefantes* son relatos de este calibre.

Todos los relatos tienen como denominador común el sufrimiento psíquico de la persona aquejada por un problema mental, y no solo de la persona sino también de la familia, que es quien más conoce la enfermedad y la sostiene y soporta como puede.

Para contar estas historias he intentado meterme en la piel de los protagonistas de las mismas. He usado en la mayoría de los relatos el narrador equiscente, esto es, un narrador externo pegado al protagonista que sabe lo mismo que éste. Pero hay también en algunos relatos un narrador en primera persona, un narrador en segunda persona, un narrador testigo. A veces algún relato está construido mediante un elenco de voces, como es el caso de *Hermanos de leche*; a través del monólogo interior en *Aniversario*; modo diario en *Diario adolescente*; usando el género epistolar en *Carta al rey*. Es frecuente que los pacientes ingresados pidan escribir cartas dirigidas a los profesionales, jueces, embajadas, abogados...

Los relatos transcurren en escenarios variados: la ciudad, el campo, la unidad de agudos, la playa en el caso de *Amado pulpo*, incluso hay uno, *Un árbol*, que

²⁷ *Las Luces de Oita*. Luis Ferrero de Litrán. Editorial Marciano Sonoro, 2021.

tiene como escenario dicho elemento, y que además de ser un homenaje a ese fabuloso libro *El barón rampante*, de Italo Calvino, fue un caso real.

Transitan a lo largo de los *Trazos de sombra* niños, adolescentes, adultos, ancianas más que ancianos. En concreto hay veinticuatro relatos en los que los protagonistas son mujeres frente a quince en los que son hombres. En *Castillos de arena* los protagonistas son un hombre y una mujer.

Decía una profesora de escritura creativa, Magdalena Tirado, que el escritor solo podía contar desde una esquina, pues pretender contar la realidad global era una quimera. Yo cuento desde la esquina privilegiada que me ha permitido el hecho de trabajar en el campo de la Salud Mental. Pero no lo hago desde el conocimiento científico. Mi esquina es el lugar de la observación, de la escucha atenta, de la empatía, del esfuerzo por comprender, del compromiso, del acompañamiento, de la espera, a veces.

Objetivos de Trazos de sombra

Visibilizar realidades invisibilizadas, desconocidas, a veces estigmatizadas. Se define el estigma como la creencia negativa hacia el distinto que nos produce miedo, animadversión, rechazo. El estigma es un concepto cultural que se erradica desde el conocimiento, la aceptación, la normalización. Tendríamos que ver las enfermedades psíquicas lo mismo que se ven las físicas - un problema de corazón, un asma -, y la prensa debería tratar estos temas con rigor científico no exento de sensibilidad en las páginas de salud, no en las de sucesos.

Hay una delgada línea que separa salud de enfermedad que cualquiera de nosotros en cualquier momento podemos traspasar. Lo normal y lo patológico se rozan. ¿Quién no se ha obsesionado con algo? ¿Quién no ha pensado que le tienen manía, le vigilan o le quieren perjudicar? ¿Quién no se ha sentido triste o eufórico? El Dr. Melendo, en la presentación que se hizo en Madrid, el 17-12-2021, en la casa de León, hablaba de que en la lectura de este libro podemos ver espejados a vecinos, a amigos, a conocidos, a familiares, incluso algunos aspectos de nosotros mismos.

Cuento para comprender y entender mejor otras realidades psíquicas, y al tiempo que yo las comprendo que las entienda y comprenda el lector. No es un libro de autoayuda, no busca soluciones, sino que nos genera interrogantes.

Cuento por necesidad personal, para liberarme, como desahogo, como válvula de escape. La realidad supera con creces a la ficción, señaló el Dr. Rodríguez, jefe de psiquiatría del hospital de León, quien me acompañó en la presentación que se hizo del libro en el Monasterio de Sandoval, León, el 14-8-2022. Nada más cierto. *Trazos de sombra* relata a veces historias de vida tan duras que necesitaba ponerlas en papel para liberarme de ellas.

Recuerdo un día que en una sesión clínica se habló de una de esas historias terribles relacionadas con la amnesia psicógena que padecía una mujer tras una práctica sadomasoquista. Esa historia me escocía, no podía dejar de darle vueltas, así que lo único que podía hacer era ponerla en el libro. De ahí salió el relato *Adelfa*. Como diría la filósofa Hannah Arendt: *Las penas son menos si las ponemos en una historia o contamos una historia sobre ellas*.

Escribo para abrir debate con una cierta dimensión o perspectiva social. Creo que en la enfermedad mental hay una parte biológica, química, pero también una parte social. Así como es la sociedad en la que vivimos, una sociedad en crisis, inestable, que excluye a determinados colectivos sociales, en guerras permanentes, con mucha información cambiante, pero con cada vez menos comunicación directa, real, entre nosotros, sin expectativas y esperanzas para los más jóvenes, así somos los individuos que la formamos.

También hay una intención literaria, artística, para acercar desde la narrativa los problemas de SALUD MENTAL al mundo no estrictamente profesional o clínico. Con estos relatos he intentado tender un puente entre lo que pasa en un intramundo que por motivos de trabajo he llegado a conocer un poco, y el mundo exterior.

Trazos de sombra está escrito para todo aquel que se quiere acercar a este tema de los desórdenes de la mente que, por otro lado, a raíz de la pandemia, ha suscitado un enorme interés social. Los enfermos mentales igual no están peor - muchas veces ellos viven permanentemente aquejados de peligros -, pero lo que parece una realidad es que las demandas de SALUD MENTAL a partir del año 2020 han aumentado, de forma especial en la población más joven, también posiblemente la más sensible, vulnerable.

También quiero reseñar que no todo lo que se consulta en los Centros de Salud Mental recibe el diagnóstico de trastorno mental. Hay muchos malestares de

la vida cotidiana - desesperanza, cansancio, estrés, soledad, conflictos laborales, conflictos paterno-filiales, duelos, separaciones, temas como la emigración -, que no son trastornos mentales y que demandan atención e incluso medicación. Hay una patologización de los malestares de la vida cotidiana. Hemos normalizado tomar café con Lormetazepam y en este punto rescato las palabras que muchas veces le he oído decir al Dr. Melendo: *Los psiquiatras acabaremos atendiendo los pecados capitales.*

Transcribo un relato que está inspirado en una historia que surgió en el grupo mientras mi compañero de charla y yo trabajábamos en la Unidad de Agudos y casi leíamos a la vez *Homer y Langley* de *Doctorow*:

LA GOTERA

Del poco dormir y del mucho leer, se le secó el cerebro, de manera que vino a perder el juicio.

El Quijote. Miguel de Cervantes

Una gotera. Todo empezó con una gotera, pequeña y marrón, en forma de charco en el piso de abajo. Por esa gotera, el vecino tocó el timbre de la puerta de K., que en esos momentos permanecía absorto en su cama mirando la luz incandescente de la bombilla. K. al principio no oyó; de hecho, el timbre se oía bastante mal debido a las toneladas de papel que llegaban al techo e insonorizaban la vivienda, pero ante la insistencia de la llamada se levantó y, sorteando los cientos de libros apilados a ambos lados del pasillo, se acercó a la puerta. Preguntó quién llamaba y el vecino del piso de abajo, tras contestar que era el vecino del piso de abajo, le pidió que abriera para que pudieran buscar la causa de la gotera. K., que no había abierto la puerta a nadie desde hacía trepecientos años, esbozando una ininteligible disculpa volvió a su cama, pero, lejos de quedarse tranquilo, se sintió presa de una extraña inquietud, como si la torre de papel que durante años se había forjado amenazase de súbito con derrumbarse.

Y un poco así fue, porque dos días más tarde cuando la gotera pasó de diminuto charco a reguerillo viscoso, el vecino del piso de abajo, acompañado por el presidente de la comunidad, volvió a llamar al timbre. K., parapetado tras la puerta, no contestó. Pero mientras escribían una nota en la que ponía que al día siguiente volverían acompañados por el fontanero, les oyó comentar que sabían que estaba en casa, que

estaba siempre y que si no abría era porque ocultaba algo. También comentaron que si localizaban a su hermano tal vez éste les pudiera dar alguna pista.

Esa noche K., convencido de que era el centro de atención de los vecinos, no pegó ojo, y al día siguiente, cuando llamaron a la puerta con insistencia, tampoco abrió y se quedó parapetado tras ella.

Empezó a pensar que no solo era objeto de vigilancia de los vecinos del bloque, sino del kiosquero y del tendero y de la señora del carrito de la compra y de la cartera y del distribuidor de propaganda y de la patrulla de policía que hacía la ronda diaria por el barrio. Ya solo salía de casa algunas noches para comprar comida preparada en el servicio de veinticuatro horas. Por nada del mundo iba a permitir que vulneraran el templo de papel que se había construido a lo largo de los años. Coleccionar todo lo que tuviera relación con éste era una afición que arrancaba de antiguo, de cuando siendo un niño empezó a juntar cromos y tebeos y puzzles, y siguió con las más dispares y extravagantes colecciones de libros, primero de forma ordenada, luego sin control, hasta ocupar todos y cada uno de los rincones de una casa por la que cada vez resultaba más difícil transitar: solo un diminuto sendero permitía el acceso al salón, en cuyo centro estaba la cama, y continuaba unos metros más hacia el aseo que, a excepción del retrete y el lavabo, también estaba invadido por libros.

En este aislamiento estaba feliz. Por eso, cuando por falta de pago le cortaron la línea de teléfono, lejos de afligirse, respiró aliviado, pues su hermano, único familiar y copropietario de la vivienda, solo llamaba para incordiarle.

Lo que no esperaba, lo que no podía imaginar K., es que, cuando la gotera en el techo del piso del vecino de abajo se convirtió en un lago Ness por el que parecía asomar de forma flagrante la cabeza del monstruo, el vecino y el presidente y el fontanero y hasta el propio hermano, al que el vecino tras buscar con tenacidad acabó encontrando, abrirían la puerta y descubrirían el caos en el que vivía inmerso, y a él tumbado en la cama con restos de comida de hace cinco días en evidente estado de putrefacción. Por las buenas quisieron llevarle al hospital, pero K., defendiendo que era libre de vivir como le diera la gana, se opuso activamente. Entonces llamaron al 112.

K. lleva ingresado un mes y está notoriamente mejor. Tal es así que desde hace tres días disfruta de permiso de salidas y los médicos se están planteando darle en breve el alta. La gotera ha sido arreglada y las toneladas de libros acumulados sacadas a paladas. Lo que nadie sabe es que K. no volverá a una casa que ya no siente como propia.

*En el fondo del bolso del pantalón oculta un papelillo que arrancó de una farola con el número de teléfono de un piso vacío que se alquila. Ha descubierto además en la acera de enfrente del hospital una librería de lance donde tienen una curiosa colección de libros titulada *El alma vegetativa de los árboles*. Está colección formada por ocho tomos de más de mil quinientas páginas cada uno le tiene entusiasmado. Con ella piensa construirse los cimientos de su nueva casa.*

Nota biográfica

José Jaime Melendo Granados

Natural de Melilla, estudió Medicina en la Universidad Complutense de Madrid.

Desde 1972-92 trabajó en el Hospital Psiquiátrico de Leganés, prestando sus servicios como MIR, luego como adjunto y más tarde como psiquiatra responsable de la Unidad de Agudos. Responsable del Servicio Ambulatorio de Salud Mental de Arganda y pueblos colindantes, dependiente del Hospital Gregorio Marañón. Responsable del Servicio Ambulatorio de Salud Mental del distrito de Tetuán, dependiente de la Ciudad Sanitaria La Paz. Responsable asistencial de la Oficina Regional de Salud Mental con ocasión del desarrollo del Plan de Salud Mental 2004 de la Comunidad de Madrid. Los últimos años de su carrera profesional los pasó como adjunto en la unidad de hospitalización de psiquiatría de agudos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Sol Gómez Arteaga

Natural de Valderas (León). Es Diplomada en Trabajo Social por la Escuela Universitaria Nuestra Sra. Del Camino (León) y Licenciada en Sociología por la Universidad Pontificia de Salamanca.

De 1991-93 trabajó en los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid. Desde 1993 hasta la actualidad presta sus servicios en calidad de Trabajadora Social en el Hospital Gregorio Marañón, habiendo pasado por los servicios de urgencias, geriatría y salud mental. Su destino actual es el Centro de Salud Mental de Moratalaz-Vicálvaro que depende del Hospital.

En el aspecto literario colabora en los periódicos digitales Astorga-Redacción (2014), Tam Tam Press (2017) y Nueva Revolución (2021).

Tiene dos libros de relatos publicados, una novela, y un tercer libro de relatos, *Trazos de sombra*, relacionado con desórdenes de la mente.

CUADERNOS DE U.M.E.R.

Nos. 1 al 106 agotados. Pueden consultarse en la página web www.umer.es

Nº 107: “El origen de la vida y la evolución”. José Antonio Romero Paniagua.

Nº 108: “La Plaza Mayor de Madrid. Cuatrocientos años de historia”. Fidel Revilla González.

Nº 109: “La masonería, esa desconocida”. Fernando Romero.

Nº 110: “Transición y Constitución: 40 años de historia”. Feliciano Páez-Camino Arias.

Nº 111: “Envejecer siendo mujer. Dificultades, oportunidades y retos”. Mónica Ramos Toro.

Nº 112: “A telón abierto. Dramaturgos de ahora mismo: Alfredo Sanzol, Carolina Áfría y Ramón Paso”.
Juan Carlos Talavera Lapeña.

Nº 113: “Historia de la caricatura en el primer tercio del siglo XX”. Alfredo Liébana Collado.

Nº 114: “Memoria de la Universidad de Mayores Experiencia Recíproca (Umer) 2014-2019”. Umer.

Nº 115: “El nuevo mundo de Alexander Humboldt”. Santiago Barahona.

Nº 116: “Breve Antología de poesía en castellano”. Víctor Agramunt Oliver.

Nº 117: “Vivir sanamente la soledad”, Alejandro Rocamora Bonilla.

Nº 118: “Ciudades poco amigables con las personas mayores: el malestar ambiental de la ciudad”, Blanca Tello Ripa.

Nº 119: “Galdós (1843-1920), entre la Literatura y la Historia”, Feliciano Páez-Camino Arias.

Nº 120: “La obra literaria de Galdós en imágenes”, María de los Ángeles Rodríguez Sánchez.

Nº 121: “Personas mayores y COVID-19: más que cifras”, Loles Díaz Aledo.

Nº 122: “Mujeres con pasado. Aspectos de la presencia femenina en la historia”, Feliciano Páez-Camino Arias.

Nº 123: “España se seca, el desierto avanza”, Blanca Tello Ripa.

Nº 124: “Galdós y el teatro”, Juan Carlos Talavera Lapeña.

Nº 125: “Los sentimientos en tiempos de pandemia”, Alejandro Rocamora Bonilla.

Nº 126: “Los Comuneros de Castilla: cinco siglos entre el mito y la historia”, Feliciano Páez-Camino Arias.

Nº 127: “El Paseo del Prado, Patrimonio de la Humanidad”, Fidel Revilla González.

Nº 128: “Nutrición y dieta: qué sabemos”, Jorge Jordana

Nº 129: “Hechos y dichos. Las palabras de la Historia”, Feliciano Páez-Camino Arias .

Nº 130: “Una mirada poliédrica a Las Meninas”, Rosa M^a Valdivia Carrión .

Nº 131: “Aproximación a las demencias en el siglo XXI”, Miguel A. García Soldevilla .

Nº 132: “La huella de la historia en la obra y vida de Federico García Lorca”, Feliciano Páez-Camino Arias .

Nº 133: “Pilar de Valderrama, la Guiomar de Antonio Machado”, María Dolores Ramírez Ponferrada .

Nº 134: “El cementerio civil de Madrid, un archivo de historia al aire libre”, Daniel Galán García .

Nº 135: “De la Psiquiatría a la Salud Mental”, José Jaime Melendo/Sol Gómez Arteaga .

La Universidad de Mayores Experiencia Recíproca (U.M.E.R.) es una entidad estrictamente cultural, independiente de todo credo político o religioso (Art. 4 de sus Estatutos), organizada por profesores jubilados y personalidades de la cultura, con sede en Madrid y de ámbito estatal, cuyos fines son :

- Transmitir a los mayores con curiosidad intelectual, y a los que sin ser jubilados lo deseen, la experiencia acumulada en la vida docente, poniéndola al servicio de la sociedad.
- Fomentar la intercomunicación y la tolerancia.

(Declarada de Utilidad Pública el 1 de marzo de 2007)

Subvencionado por:

