

ALEJANDRO ROCAMORA BONILLA

ESTOY DEPRIMIDO

¿CÓMO SALIR DE AQUÍ?

CLAVES PSICOLÓGICAS DE AYUDA
PERSONAL Y FAMILIAR



ALEJANDRO ROCAMORA BONILLA

ESTOY DEPRIMIDO

¿CÓMO SALIR DE AQUÍ?

Claves psicológicas de ayuda
personal y familiar



Diseño de cubierta: Estudio SM

© 2014, Alejandro Rocamora Bonilla

© 2014, PPC, Editorial y Distribuidora, S.A.

Impresores, 2

Parque Empresarial Prado del Espino

28660 Boadilla del Monte (Madrid)

ppcedit@ppc-editorial.com

www.ppc-editorial.com

ISBN 978-84-288-2747-8

Depósito legal: M-19.817-2014

Impreso en la UE / *Printed in EU*

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la Ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de su propiedad intelectual. La infracción de los derechos de difusión de la obra puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y ss. del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos vela por el respeto de los citados derechos.

ÍNDICE

PRÓLOGO	7
INTRODUCCIÓN	11
Ser o estar deprimido	13
Contenido	14
Tres ideas	15
1. SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL.....	17
1. Modelo patogénico y modelo salutógeno	17
2. La salud mental: equilibrio inestable	20
3. Humanización del enfermo mental	23
4. La religión y/o la espiritualidad, ¿son positivas para nuestra salud mental?	27
5. Tipología de las enfermedades mentales	38
Ideas para recordar	48
2. EMOCIONES Y SENTIMIENTOS	49
1. ¿Qué son las emociones?	49
2. Los sentimientos: motor de la vida	51
3. La cara positiva de la tristeza	57
4. La inteligencia emocional	58
Ideas para recordar	63
3. LA PERSONA DEPRIMIDA: «MARIONETA CON LOS HILOS. ROTOS»	65
1. Algunos datos	65
2. Una enfermedad de nuestro tiempo	66
3. La persona deprimida: «marioneta con los hilos rotos»	72
Ideas para recordar	76
4. ¿POR QUÉ SE ME CRUZAN LOS CABLES Y ME DEPRIMO?... 77	
1. Teoría de los tres impactos	79
2. Modelo explicativo integral	91
Ideas para recordar	96

5. LAS CUATRO CARAS DE LA DEPRESIÓN	97
1. Depresió situativa	98
2. Depresió neurótica o trastorno distímico	100
3. Depresió somatógena	104
1. Depresió hendógena o depresión mayor	105
Ideas para recordar	107
6. CÓMO SALIR DEL POZO DE LA DEPRESIÓN	109
1. Desarrollo psicológico del niño	109
2. Claves para evitar padecer una depresión	115
3. Cómo salir del pozo de la depresión	119
Ideas para recordar	129
7. MITOS SOBRE LA DEPRESIÓN	131
Ideas para recordar	135
8. LA FAMILIA: UNIDAD DE SALUD Y DE ENFERMEDAD	137
1. La familia	137
2. La familia ante la enfermedad	145
3. La familia, facilitadora del proceso curativo	148
4. La «familia enferma»	150
Ideas para recordar	153
9. LA «FAMILIA DEPRIMIDA»	155
1. Respuestas de la familia ante la enfermedad depresiva	155
2. Fase aguda: actitud de la familia	157
3. Fase crónica: actitud de la familia	160
4. Actitud sana: la adaptación creativa	164
Ideas para recordar	168
10. CONVIVIR CON UNA PERSONA QUE PADECE UNA DEPRESIÓN. CLAVES PSICOLÓGICAS PARA LA FAMILIA .	169
1. Familia y depresión	169
2. ¿Cómo puede ayudar la familia?	172
3. Familia, depresión y suicidio	189
4. Decálogo para la familia	200
Ideas para recordar	204
A MODO DE CONCLUSIÓN	205
BIBLIOGRAFÍA	209

*A José Luis, Águeda, Ernesto, Pepa y tantos otros que,
en algún momento de sus vidas, se sintieron
como «marionetas con los hilos rotos».
Y a sus familias, que actuaron como solícitas costureras
para recomponer esos hilos.*

PRÓLOGO

Hace ya unos años tuve la idea, junto con Luis Aranguren, director editorial, de escribir un libro sobre el duelo, pero especialmente pensado para las personas que están en duelo. El título expresa bien la motivación y el contenido: *Estoy en duelo*. Tengo que decir que, en algunos contextos, sorprendió el tema y el mismo título. No tardamos mucho en darnos cuenta de que respondía realmente a una necesidad. Ahora estoy escribiendo, en la misma línea, otro que espero que lleve el título de *Estoy enfermo*.

Mientras tanto he tomado conciencia de que no son pocas las personas que buscan en la lectura un recurso para explorar lo que les está pasando, para comprenderlo mejor, para «sentirse normales», o al menos no fuera de la condición humana vulnerable. Fue así como le pedí a mi amigo Alejandro Rocamora, psiquiatra, de muy buena pluma, de claro perfil humanista, profesor del Centro de Humanización de la Salud de los religiosos camilos, que se animara a escribir un libro titulado *Estoy deprimido*.

El objetivo era salir al paso de tantas personas —y sus familias— que sienten su ánimo muy abatido, diagnosticadas o no, y que desean adentrarse seriamente, aunque de manera comprensiva y no excesivamente técnica, en lo que les está pasando, y posiblemente encontrar pistas para abordar saludablemente el sufrimiento asociado.

Rocamora lo ha conseguido de manera brillante, como lo ha hecho en otras publicaciones en colabora-

ción con el Centro de Humanización. Escribir así constituye un arte especial. Se trata de afrontar la temática en cuestión con la suficiente hondura como para aportar conocimientos que no se encuentren en cualquier libro al uso, con la suficiente claridad como para que sea comprensible para el protagonista de esta forma de sufrimiento, no necesariamente avezado en el tema y con la experiencia de quien lleva décadas encontrándose con personas y contribuyendo a sanar y a vivir sanamente momentos oscuros de la vida.

«Tristeza y melancolía no las quiero en casa mía», decía santa Teresa de Jesús, pero no siempre encontramos el modo de prevenir y afrontar saludablemente la depresión. Rocamora es habilidoso en el enfoque del tema. Interpela en clave de esperanza las posibilidades de abordaje no solo individual, sino también grupal, familiar, porque su visión no es reductiva en torno a las causas y a las terapias, sino integradora. Esta es una gran riqueza de este libro. La clave de la complejidad es fundamental para aceptar el fenómeno, comprenderlo y afrontarlo saludablemente, así como la de la intervención no solo farmacológica, sino psicoterapéutica; y no solo centrada en el paciente de forma pasiva, sino como sujeto capaz de modificar actitudes; así como en el entorno, tan importante para comprender la depresión.

Me alío, aunque de manera limitada, con Voltaire, que decía que «la tristeza es una enfermedad en la que cada paciente debe tratarse a sí mismo». Y, en este sentido, confío que este libro sea también terapéutico y de ayuda para quien se encuentra mal y no siempre

entiende los entresijos de su depresión, para los familiares y amigos –a los que les puede pasar lo mismo–, y de ayuda también para profesionales del acompañamiento en situaciones de depresión. Especialmente para aquellos que no se limiten a un abordaje exclusivamente farmacológico, sino que crean en el potencial sanador de la relación, el encuentro interpersonal empático y centrado en la persona. La perspectiva integradora del autor le lleva a contemplar a la persona en su totalidad, y a partir de ahí poner en práctica el tratamiento más adecuado para cada cual.

Pero me agrada también presentar el libro en términos de clave de prevención, y con gusto recojo una de las que me parece que podrían considerarse conclusiones del mismo: «La vivencia del “nosotros”, pues, es el talismán que nos puede evitar caer en la depresión. Una familia sana y funcional, una escuela preocupada por los alumnos, no solo por las notas, o una empresa donde lo que prima son los intereses de los trabajadores, no la cuenta de resultados, son la mejor vacuna contra las depresiones». El libro, en este sentido, se plantea también como una propuesta preventiva, además de una búsqueda de cómo salir del pozo sin fondo que se experimenta con frecuencia cuando se está deprimido.

Sueño con este libro en manos de personas que buscan luz, que creen en las ayudas externas para abordar su sufrimiento, que las utilizan, que acuden a expertos e n formas distintas de relación de ayuda, pero también en manos de quienes quieren comprometerse por trabajar para gozar de la vida, aun en

medio de las adversidades y los males que son propios de la condición humana. Sueño este libro en manos de quien cree que llorar con alguien alivia más que llorar solo. Lo sueño en las manos de quien cree que la muerte es tan segura que nos da una vida de ventaja, y por eso le quieren sacar el mejor partido posible.

JOSÉ CARLOS BERMEJO HIGUERA
Director del Centro de Humanización de la Salud

INTRODUCCIÓN

Hace ya varios años que José Carlos Bermejo, director del Centro de Humanización de la Salud, de Tres Cantos (Madrid), en una tertulia tomando café, me indicó la conveniencia de escribir un libro sobre la depresión a semejanza del que él mismo había escrito sobre el duelo (*Estoy en duelo*. Madrid, PPC, ¹⁰2013). Debería ser escrito desde las entrañas, no exento de conocimiento. Un libro para ser leído por la persona que padeciera una depresión y por su familia. Posteriormente, en nuestros frecuentes encuentros siempre me recordaba ese deseo suyo. Por mi parte, yo me defendía diciendo que había muchos libros que trataban del tema y lo difícil que es hacer entendible una realidad tan compleja.

Hace unos meses, varios de mis pacientes y sus familiares me indicaron también esta necesidad de leer «alguna cosa sobre la depresión». Entonces decidí ponerme frente al ordenador y reorganizar mis conocimientos sobre la enfermedad depresiva, sobre todo «actualizando» las emociones y sentimientos que he sentido en el tratamiento de las personas que padecían una depresión a lo largo de más de treinta y cinco años de actividad profesional como psiquiatra. Así pues, el libro que tienes entre tus manos, querido lector, es una síntesis de mis conocimientos y experiencia clínica o personal. Todo él está salpicado de fragmentos de historias reales que explican mejor que cien teorías los entresijos de la enfermedad de-

presiva. Está escrito pensando en la persona que padece una depresión y que, en el «torbellino de su tristeza», se pregunta por qué se ha deprimido o cómo salir de esa situación, entre otras cuestiones. También dirige una mirada atenta a la familia, que contempla con estupor cómo la depresión ha salpicado la tranquilidad de su hogar. Aquí indico claves psicológicas para afrontar esa situación.

Al comenzar a escribir este texto, como por arte de magia, he recordado un acontecimiento familiar que prácticamente se encontraba en el «baúl de los recuerdos» y que pocas veces había sido comentado en el seno familiar: mi abuela materna, Mary Luz, padeció una enfermedad depresiva que la llevó a la muerte. Eran los años cincuenta del siglo pasado y nunca he llegado a saber (varias veces le pregunté a mi madre sobre el tema) de qué fue diagnosticada la abuela Mary Luz: melancolía, depresión endógena, etc. Pero lo que sí recuerdo es el sufrimiento que impregnó a toda la familia, tanto a sus hijos como a mi abuelo. Se produjo un cambio en todos los sentidos: los hijos tuvieron que hacerse cargo del cuidado de su madre (con el abandono de sus obligaciones familiares) y mi abuelo prácticamente se arruinó (tuvo que vender varias parcelas de tierra para poder pagar los gastos que ocasionaron los ingresos de mi abuela en un hospital psiquiátrico de Toledo), pues quería que su mujer recibiera el mejor tratamiento, y en aquellos años —mediados del siglo xx—, la atención psiquiátrica no estaba cubierta por la Seguridad Social.

Hoy, al poner palabras a aquel gran sufrimiento familiar (sorpresa, desconocimiento, agobio, incom-

prensión, etc.) he revivido, desde los ojos de niño, aquella angustia ante lo desconocido que ocasionó la ruptura de la dinámica familiar. Y he pensado que posiblemente aquella experiencia traumática infantil pudo ser el germen de mi vocación como psiquiatra, en un intento por solucionar los problemas psíquicos a todas las abuelas y madres del mundo. Este mismo libro se puede considerar como una respuesta a aquellas cuestiones infantiles: ¿qué le pasa a la abuela?, ¿por qué no se pone bien?, que recuerdo que le preguntaba con insistencia y angustia a mi madre.

Así pues, estas líneas sobre las personas que padecen una depresión rezuman sufrimiento y angustia, pero también esperanza y posibilidad. Durante años he vivido, desde la experiencia clínica, el sentimiento de desconsuelo, tristeza, e incluso el sentir que no se tiene ningún sentimiento hacia las personas más próximas: hijos, nietos o pareja. Todo el que ha sufrido una depresión sabe de qué estoy hablando: «Es la angustia de sentir que no siento nada», que me decía en una ocasión una persona deprimida. Pero también, en muchas ocasiones, la aparición de la enfermedad depresiva supuso un paso hacia adelante y un refuerzo en los vínculos afectivos familiares. De todo ello hablaremos en este libro.

Ser o estar deprimido

El título de este libro quiere indicar un sencillo mensaje: se *está* deprimido, no se *es* un depresivo. Ya sabemos que el verbo «ser» identifica al sujeto; así decimos: ser alto, ser amable, etc.; sin embargo, el verbo «estar» es un verbo de «estado» y muestra cómo se

encuentra la persona en ese momento; así decimos: estar casado, etc. Aunque, en ocasiones, tanto el verbo «ser» como «estar» pueden indicar transitoriedad o permanencia, prefiero hablar de la depresión como algo transitorio («esta persona padece una depresión») y no como algo consustancial al sujeto. Por eso es erróneo decir: «Esta persona es una depresiva», de la misma manera que decimos: «Esta persona tiene una cardiopatía», no «es una cardiópata».

Por eso, cuando al inicio de la entrevista clínica el consultante se presenta diciendo: «Soy un depresivo», siempre le corrijo afirmando: «Vamos a analizar cómo se encuentra y al finalizar podremos concluir si usted *está deprimido o no*». De esta forma quiero indicar la transitoriedad de la depresión. Cursa en forma de episodios, dicen las clasificaciones psiquiátricas, aunque también es cierto que en ocasiones evoluciona hacia una enfermedad crónica.

Contenido

El libro tiene diez capítulos bien diferenciados: los dos primeros («Salud mental y enfermedad mental» y «Emociones y sentimientos») son el pórtico necesario para comprender las páginas siguientes. Son una introducción sobre la salud y la enfermedad mental, así como unas pinceladas sobre las emociones y sentimientos, que son la clave para entender qué ocurre cuando una persona se deprime; en los capítulos que van del 3 al 7, ambos incluidos, se describe, con palabras sencillas y en muchas ocasiones con relatos tomados de la experiencia clínica, el origen de las depresiones, pasando por los diferentes tipos,

para terminar con los mitos o ideas erróneas sobre esta enfermedad; y los capítulos 8, 9 y 10 hacen referencia al entorno de la persona que padece una depresión, indicando algunas pautas para la familia que favorezcan la recuperación del enfermo depresivo.

Tres ideas

Las siguientes páginas, querido lector, están atravesadas por tres ideas fundamentales: 1) la enfermedad depresiva es única e intransferible; 2) la importancia de la actitud del entorno para superar la depresión, y 3) el origen de la enfermedad depresiva es multifactorial, y consiguientemente su tratamiento también debe ser multimodal.

En primer lugar, es cierto que todas las enfermedades tienen un carácter personal, pero me atrevería a afirmar que la enfermedad depresiva es única e irreplicable. Cada persona la vive de forma particular e intransferible. Pese a que en este texto, y de forma didáctica, señalamos las formas más frecuentes de manifestación de esta enfermedad, no podemos olvidar que, en sentido abstracto, la enfermedad depresiva no existe; lo que existe es una persona concreta (Juanito, Antonio, Lucía, Pepa, etc.) que padece una depresión. Por eso el tratamiento debe ser personalizado, teniendo en cuenta la situación personal (recursos y habilidades sociales y psicológicas, etc.) y el entorno del paciente.

De aquí se deriva la segunda idea fundamental del libro: la importancia de la familia en todo el proceso de la enfermedad: desde la prevención (fomentando actitudes sanas en la familia) hasta el buen acompa-

ñamiento durante la enfermedad, y también la propia reorganización de la familia una vez que se ha superado la enfermedad.

Y, por último, la tercera línea de fuerza es la defensa de un tratamiento integrador —sujeto y familia—, utilizando tanto la vía farmacológica como la psicoterapéutica. El empleo de de ambas técnicas dependerá principalmente de la forma de presentarse la depresión y de los propios recursos psicológicos del sujeto.

Deseo expresar mi agradecimiento a mi esposa Nina, por su ayuda tanto en la forma como en el contenido de este libro; y a José Carlos Bermejo por su estímulo y acicate para redactar estas páginas y por su cálido prólogo. Sin la colaboración de ambos este texto no hubiera visto la luz.

La redacción de estas páginas ha supuesto para mí una doble satisfacción: el cumplimiento de un deseo de un gran amigo y poder contribuir a que muchas abuelas, madres, padres y demás familiares puedan comprender un poco mejor la enfermedad depresiva. De esta forma, el círculo que comenzó con la preocupación del niño que contemplaba la angustia de su abuela y del resto de la familia por una depresión se cierra hoy con estas páginas, que pretenden ser la respuesta a aquellas preguntas infantiles: ¿qué le pasa a la abuela?, ¿por qué no se pone bien?

SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL

1. Modelo patogénico y modelo salutógeno

Si preguntáramos a nuestros familiares o amigos qué es la salud, la mayoría nos diría que es la ausencia de enfermedad. Estar sano, según este modelo, es no tener ningún síntoma (ni fiebre, ni dolores, ni molestias musculares, ni hipertensión...), es decir, no tener que ir al médico ni tomar medicamentos sería signo de salud. Sin embargo, estar sano es algo más: supone la capacidad de disfrutar de la vida, con o sin síntomas patológicos. Es evidente que con una enfermedad es más difícil, pero no imposible.

La propia OMS (1948)¹ ha cambiado su criterio sobre la salud. Ya en esa fecha definía la salud como «el estado de bienestar físico, social y mental, así como la capacidad de funcionar en la sociedad, y no solo la ausencia de enfermedades». Se produce, pues, un cambio de visión. De un «modelo patógeno», que se

¹ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Official Records of the World Health Organization* n. 2, p. 100) y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. Cf. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>.

centra en la enfermedad, se pasa a un «modelo salutógeno», en el que lo importante es la manera de vivir; de un interés exclusivo por la curación se enfatiza la prevención; de la pasividad del sujeto en su proceso de curación se promueve la importancia de su participación activa en el tratamiento. No se trata solo de curar, sino también de cuidar; desde el «modelo salutógeno» se da gran importancia a la información, decisión y autonomía de los usuarios, y a la calidad de sus hábitos y comportamientos.

No obstante, la medicina oficial tradicional está inmersa en un «modelo patogénico» en el que lo que prima es el síntoma, y la función del profesional de la salud (médicos, enfermeras, etc.) es corregir esa deficiencia, y donde el sufriente (paciente) solamente debe cumplir las prescripciones dictadas; por el contrario, desde el «modelo salutógeno», el ayudador, aun teniendo en cuenta la sintomatología, pone su énfasis en las capacidades del usuario para afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en el conflicto o enfermedad.

a) La salud mental positiva

En la línea del «modelo salutógeno» se encuentra lo que se ha denominado salud mental positiva. La OMS (2001)², en el *Informe sobre la salud en el mundo*, plantea que la salud mental «abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las

² En <http://www.who.int/whr/2001/es/>.

capacidades intelectuales y emocionales». El propio *Informe* afirma que, desde una perspectiva transcultural, es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental. Lo que sí es evidente, para el *Informe*, es que la salud mental implica algo más que la ausencia de trastorno mental.

En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo del individuo y de la comunidad. Desde esta perspectiva, estar bien no solo es dejar de estar mal. La salud mental supone un estado emocional positivo, una aceptación de nuestras posibilidades y limitaciones, y una adaptación activa a la situación concreta que estamos viviendo. Por tanto, desde esta posición hay que promocionar las cualidades del ser humano y facilitar su máximo desarrollo.

b) La resiliencia

Desde el «modelo salutógeno» podemos decir que la persona puede salir fortalecida de las adversidades. Esto dependerá fundamentalmente de su gradiente de resiliencia. Esta se puede definir como «la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e incluso ser transformado por ellas»³.

La resiliencia supone un giro copernicano en la concepción del enfermar. El modelo médico tradicional se centra más en la carencia, en la discapacidad, en el síntoma; mientras que el modelo resiliente se

³ E. GROTBORG, *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. Barcelona, Gedisa, 2006, p. 18.

preocupa más por las capacidades y potencialidades del sujeto, intentando poner énfasis en los propios recursos (psicológicos, sociales, etc.) del individuo y no en sus defectos. En esta segunda perspectiva se prima la prevención sobre la intervención cuando surge el conflicto. De aquí se deduce la importancia de la propia biografía de cada persona, pues es donde se ha ido construyendo su característica resiliente⁴.

Podemos concluir diciendo que la resiliencia es la forma positiva y saludable de enfrentarse a las situaciones conflictivas de la vida. La personas resilientes no es que no sufran, ni que estén exentas de dolor, sino más bien son personas que saben sacar provecho de las circunstancias más adversas. La perla de la ostra es uno de los símiles que nos puede ayudar a comprender el fenómeno de la resiliencia: la perla produce una sustancia viscosa para mitigar el dolor que le causan los granitos de arena cuando penetran dentro de la concha. Posteriormente, esta sustancia se convierte en una perla. Como consecuencia de ese dolor e incomodidad, la ostra se engrandece y adquiere otro valor mayor: el que le da la perla. De la misma manera, muchas personas, ante la crisis, brillan con luz propia, se enriquecen personalmente y hacen que los que les rodean se sientan más fortalecidos.

2. La salud mental: equilibrio inestable

Recuerdo que en la casa de mi abuelo, en La Mancha toledana, entre los utensilios para vender existía una

⁴ A. ROCAMORA, *Crecer en la crisis. Cómo recuperar el equilibrio perdido*. Bilbao, Desclée de Brouwer, 2006, p. 182.

romana, que servía para pesar las hortalizas (verduras y legumbres) o los cereales (trigo o arroz). Cuando la romana estaba completamente horizontal era señal de que se había conseguido el equilibrio entre el fruto y el pilón, que marcaba el peso exacto de la mercancía. El aumento o disminución del producto provocaba que hubiera que modificar el pilón para conseguir un nuevo equilibrio. Hoy se me antoja que la existencia humana es como la romana de mi abuelo: su mundo interior y exterior deben estar en equilibrio para conseguir la felicidad.

La salud mental como objetivo no es un proceso lineal y ascendente, sino que más bien se representa por una línea quebrada, con sus más y sus menos, que convierte la biografía de cada uno de nosotros en una historia de avances y retrocesos, de estar sanos mentalmente y estar menos sanos, donde lo que cuenta es el final, pero también los pequeños y grandes logros cotidianos. Por eso podemos afirmar que la salud mental es un «equilibrio inestable», que se puede perder y recuperar de forma transitoria o de forma definitiva, como ocurre con las grandes patologías psíquicas que se cronifican (esquizofrenia, depresiones psicóticas, etc.).

Una persona sana mentalmente no es la que no tiene problemas ni angustias, sino aquella que ha sabido mantener un equilibrio entre sus deseos y su realidad, entre sus proyectos y sus capacidades, entre sus necesidades y sus posibilidades, entre su dependencia y la relación con los demás. Y esto lo va actualizando cada día y cada minuto de su existencia. Sabremos, pues, si una persona tiene un alto nivel de

salud mental por su «estabilidad inestable» en su vida cotidiana y por su capacidad para afrontar los grandes y pequeños contratiempos diarios.

Algunas personas manifiestan cierta reticencia a acudir al psiquiatra o psicólogo, pues están convencidas de que no están locas. Pero la enfermedad mental tiene un amplio recorrido, como ocurre con las enfermedades somáticas. Así, al médico de Atención Primaria acuden personas que tienen un cáncer, pero también otras que presentan una simple gripe. En el terreno psíquico ocurre lo mismo: existen consultantes que tienen «una gripe» (no saben qué decisión tomar, sienten angustia por una ruptura sentimental reciente, etc.) y otros que tienen «un cáncer» (una esquizofrenia, por ejemplo). La salud y la enfermedad mental son dos extremos de un amplio abanico de situaciones vivenciales y cotidianas. Lo que ocurre es que unas veces estamos en el extremo patológico y otras en la parte más sana.

La salud mental positiva se manifiesta cuando existe un equilibrio entre nuestros deseos y nuestras realidades, cuando vivimos armónicamente con nuestro entorno y nuestras posibilidades psíquicas, físicas y económicas. Es decir, hemos aceptado que tenemos limitaciones (de salud, de integración social, etc.) y hemos logrado una *adaptación* sana a nuestra realidad. Esto no supone una acomodación a nuestras deficiencias, sino más bien un intentar crecer, pero desde la propia realidad de cada cual. Este es el camino para llegar a la salud mental, que es una realidad dinámica, no estática, y por eso debemos cultivarla todos los días, para no caer en el malestar o en la locura propiamente dicha.

El gradiente, pues, de salud mental de una persona está en relación con la capacidad de *adaptarse* a las nuevas situaciones, de su manejo de las angustias y temores cotidianos, así como la capacidad de armonizar sus necesidades con las de los demás. Más adelante explicaré más extensamente el concepto de *adaptación creativa*.

3. Humanización del enfermo mental

La locura es consustancial al ser humano. La cordura y la locura son como la imagen reflejada en un espejo: hoy estamos cuerdos, pero mañana podemos estar locos; somos los mismos, pero estamos al otro lado del cristal. No existen, pues, los cuerdos y los locos como dos castas distintas, sino que los primeros pueden devenir en los segundos. Hablar, pues, de la humanización de la psiquiatría es, de alguna manera, hablar de nuestra posición ante nuestra propia locura y la de los demás.

a) Un poco de historia: la locura, el loco y el enfermo mental

La locura siempre ha estado presente en la historia de la humanidad. La locura siempre se ha situado entre lo divino y lo humano, entre lo normal y lo mágico, entre lo comprensible y lo incomprensible. Así, en las culturas primitivas, el loco era el chamán que servía de puente entre el hombre y la divinidad. Era como el depositario de la verdad. Incluso hoy día, en mi pueblo castellano se afirma que «el loco, el niño y el borracho siempre dicen la verdad», como un vestigio de ese «poder divino» que se le atribuía al demente.

En la Edad Media, el loco es considerado como un endemoniado e incluso es perseguido por la Inquisición, pues se pensaba que era la manifestación de las fuerzas del mal (según los historiadores, muchas de las «brujas» quemadas en la hoguera eran enfermas epilépticas o lo que hoy denominamos enfermos esquizofrénicos).

En el Renacimiento, el loco se convierte en un «indeseable social» y debe ser recluido, como los leprosos, para que no contagie a los demás. A finales del siglo XIX, con el inicio de las clasificaciones mentales, el loco se convierte en un enfermo mental y, por tanto, es sujeto de atención médica.

En el último siglo, el enfermo mental ha pasado de estar recluido en grandes manicomios, como seres de segunda categoría, a la preocupación actual por el funcionamiento del cerebro, en un intento, de momento ineficaz, por encontrar el origen de la enfermedad mental.

b) Actitudes deshumanizadoras

En el siglo XXI, a pesar de reconocer los avances de la psiquiatría en la atención de estos enfermos, y de que se han superado las viejas concepciones sobre la locura (aspecto mágico, castigo de Dios, etc.), todavía perduran algunas actitudes deshumanizadoras, que son como el vestigio de aquellas teorías. Señalamos las más frecuentes:

- *Actitud paternalista.* Con frecuencia, el personal médico y de enfermería, y la propia familia, en un afán por proteger al enfermo mental pueden caer en el error de no posibilitar su desarrollo psicoló-

gico y social, sino más bien facilitar una actitud pasiva por parte del enfermo que potencie aún más su inadecuación al medio. En la clínica diaria observamos conductas que ponen de manifiesto esta actitud paternalista: madres que siguen dando de comer a su hijo adulto esquizofrénico o que todavía le duchan o le peinan, profesionales que imponen tratamientos sin explicar sus consecuencias, etc. En todas estas acciones, y muchas más que se podrían señalar, subyace la creencia de que el enfermo mental es un incapaz y que debemos resolver todos sus problemas.

Esta situación dio lugar a lo que en otro lugar he llamado la «cariñoterapia», que además de solamente preocuparse por el enfermo mental en su plano físico (comida, vestido, hábitat, etc.), no consideraba necesario trabajar la función rehabilitadora, y mucho menos tener en cuenta las necesidades de las familias.

- *Actitud distanciadora.* En ocasiones perdura el criterio de que la locura se contagia, como el sarampión –o algo parecido– y se intenta dejar al enfermo en una institución lo más aislada posible o bien al cuidado de una persona (generalmente la madre o una hermana), con la justificación de que «esta enfermedad a mí me afecta mucho», como me decía en una ocasión el hermano de un paciente esquizofrénico.
- *Actitud de rechazo.* Es como el final de ese distanciamiento. A veces esta actitud se quiere apoyar en la idea de que estos enfermos son agresivos, cuando la realidad es que no son ni más ni menos agresivos.