

## “La salud mental es un tema de todos y todas”<sup>1</sup>

Silvia Mónica Basteiro Tejedor

### Breve reseña histórica sobre el abordaje de la locura

Desde el siglo XVII se ha visto al “loco” como una amenaza al orden social, encerrándolo en el hospital general junto con otras personas en similar circunstancia, desprovistas de trabajo y bienes y por tanto sin derechos como ciudadanos: vagabundos, homosexuales, prostitutas y pobres.

Será la Revolución Francesa la que por primera vez lo reconozca como enfermo y regule su estancia en el asilo. Su irracionalidad no le permitirá ser libre y la sociedad se encargará de su asistencia y cuidado personal a la vez que el de sus bienes. En ese aislamiento se buscará la curación, teniendo el médico el control de todos los aspectos de su vida a través de un tratamiento impuesto, la segregación y el castigo. (s. XVIII).

El aislamiento como tratamiento médico será legitimado en el siglo XIX, al desarrollarse los fundamentos médicos de la psiquiatría, fundiendo en un mismo destino locura e internamiento. “Una casa de alienados es un instrumento de curación. En las manos de un médico hábil es el agente terapéutico más potente contra las enfermedades mentales” (Esquirol)<sup>2</sup>

“El “loco” perderá cualquier otro resto de humanidad y su representación social será de miedo y angustia, por lo que su falta de derechos y la violencia en su tratamiento parecerán legitimadas por su irracionalidad y peligrosidad para la sociedad”<sup>3</sup>

Desde las luchas obreras de comienzos del siglo XX también se alzarán voces reclamando una salud mejor y denuncias sobre la situación de las personas internadas en los asilos, tanto en EEUU como en Europa. A partir de ellos surgirán experiencias alternativas de tratamiento de puertas abiertas, como aproximación a una futura psiquiatría comunitaria.

De todos modos, será la segunda guerra mundial, con los horrores en los campos de concentración nazi y las secuelas de perturbación psíquica en los hombres que volvían del frente, la que motivará la necesidad de nuevas formas de tratamiento que faciliten su recuperación. A esta altura se veía ya que el encierro y el aislamiento no eran “curativos” sino que, por el contrario, agregaban un nuevo problema: las consecuencias de la institucionalización por la que las personas perdían toda capacidad de hacerse cargo de sí mismas; no solo por los efectos de la enfermedad sino también por la “discapacitación” generada por la “institución total”. Los nuevos fármacos (neurolépticos) también influirán a partir de disminuir el efecto de los síntomas y facilitar la vida en comunidad de las personas afectadas.

Hubo diferentes modelos alternativos al manicomio hasta llegar a la Reforma Psiquiátrica que se ha dado en las distintas comunidades del Estado Español en los últimos años. Esta consiste esencialmente en abordar el tratamiento en la comunidad de las personas afectadas, que pueden vivir con sus familias o en pisos más o menos supervisados con otras personas en situación similar; mientras acuden a su tratamiento y seguimiento y participan de talleres u otras experiencias de rehabilitación psico-social e incluso de inserción laboral en empleos más o menos protegidos según las posibilidades y limitaciones de cada una. Se cierran los psiquiátricos y se abren servicios de salud mental en el hospital general para los ingresos transitorios en crisis agudas; al mismo tiempo que se crean otros dispositivos para cubrir las nuevas necesidades de atención: unidades de rehabilitación, hospital de día, comunidad terapéutica...

En Andalucía ahora mismo se procura trabajar desde un modelo de atención integral de las personas afectadas por un trastorno mental grave; según el cual los equipos interdisciplinarios de salud mental deben elaborar un programa individualizado de tratamiento en el que se toman en cuenta las distintas necesidades de la persona desde un punto de vista bio-psico-social. Esto abarca el tratamiento farmacológico y psicológico, el abordaje familiar, la valoración de las necesidades de vivienda, de trabajo, de relaciones sociales; poniendo el énfasis en las posibilidades de recuperación: ser capaz de vivir una vida con sentido y satisfactoria (según cada persona) en presencia o ausencia de síntomas.

Ya no recae toda la responsabilidad solo en los médicos. Ahora participan equipos interdisciplinarios formados también por psicólogos, enfermeros, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales..., que aportarán distintas miradas. Además, convoca a nuevos protagonistas en el abordaje de la problemática de la salud y enfermedad mental: familiares, allegados (vecinos, amigos), asociaciones, otras instituciones, las propias personas afectadas, los medios de comunicación y la sociedad en general.

### **La salud mental es un tema de tod@s**

Tod@s podemos ser agentes de salud mental y facilitar el proceso de recuperación de las personas afectadas, desde una mirada de confianza en sus posibilidades a pesar de reconocer sus limitaciones. Porque nadie se recupera solo, sino en contacto con sus iguales y contando con el apoyo de la familia y de otras personas allegadas para avanzar en ese proceso.

Para ello, es interesante conectarnos con nosotr@s mism@s para registrar cómo vemos a la persona que sufre un trastorno mental grave, cómo nos colocamos en relación con ella y cuál es nuestra actitud a la hora de acercarnos y relacionarnos.

*Os propongo un ejercicio de visualización. Cerrad los ojos y sentaros cómodamente e intentad recordar cuál fue vuestro primer contacto con “la locura”. Pudo haber sido algo vivido dentro del propio marco familiar; que nosotros mismos hayamos presenciado o que nos hayan contado sobre algún antepasado. O bien algún típico personaje de nuestro barrio, del pueblo o la ciudad al que veíamos de niñ@s y nos llamaba la atención por su atuendo estrafalario o por su extraña forma de actuar. O algún momento que vivimos a nivel personal en el que tuvimos miedo de “volvemos locos”. Cuando tengáis la imagen, el recuerdo, intentad conectar con las sensaciones corporales y los sentimientos que esto os ha provocado.*

Tener en cuenta las sensaciones, emociones y sentimientos que hayan surgido puede ayudarnos a establecer una relación entre estos y las ideas previas o posteriores de cada uno y cada una acerca de la enfermedad mental. Darnos cuenta de cómo muchas veces partimos de ideas erróneas que se convierten en prejuicios y nos dificultan una relación posible con las personas afectadas. Esto también hará que tengamos más o menos confianza en sus posibilidades de recuperación.

Esas ideas erróneas forman parte de lo que es “el estigma”. Este siempre se apoya en ideas y sentimientos y se concreta en nuestras actitudes de cara a los demás. Influye a su vez en cómo la otra persona se ve a sí misma (autoestigma), cómo se siente por ello y cómo pasa a actuar en consecuencia.

*Imaginad por ejemplo que lleváis pegada en la frente una “etiqueta” con una información sobre algún aspecto propio, sin saberlo. Llegáis a un lugar de reunión en el que os vais encontrando con gente que no conocéis o hace mucho tiempo que no veis. Estas os conocen solo por lo que en esa etiqueta está escrito y actúan en consecuencia. No entendéis qué ocurre: por qué algunas personas se apartan, fingen no veros, se acercan con preocupación, os rechazan...Esto a su vez impide que podáis relacionaros espontáneamente, vuestra actitud será condicionada por el campo generado. El círculo vicioso está servido...*

Pero, ¿es tan clara la frontera entre salud y enfermedad mental?

### **No es tan clara la frontera entre salud y enfermedad mental**

Tal como comentaba anteriormente, a partir de las emociones y fantasías persecutorias que pone en juego, todas las personas tenemos falsas creencias en relación con la enfermedad mental, aún siendo profesionales en este campo. Necesitamos ver que la frontera entre “san@s” y “enferm@s” está muy delimitada, para sentirnos más protegidas. Esto hace que en ocasiones se desdibuje la obviedad: las personas afectadas por un trastorno mental grave son ante todo personas, con nuestras mismas necesidades de amor, comprensión, respeto y reconocimiento.

No son “un conjunto de síntomas”, una “etiqueta diagnóstica”, sino un ser humano con sus angustias, sus dificultades, sus crisis; aumentadas por su enfermedad; pero también con

potencialidades a descubrir y desarrollar. Ayudarles implica partir de esta base, reconociendo sus posibilidades y aceptando sus limitaciones, para que puedan formar parte de la comunidad con los mismos derechos que todos y con el respeto de su peculiaridad.<sup>4</sup>

Si pensamos en la salud y la enfermedad mental como extremos de una línea continua a lo largo de la cual vamos viviendo nuestra vida, veremos que entre “la salud total” y “los trastornos mentales graves” encontramos múltiples trastornos más o menos leves que en muchas ocasiones hemos padecido: ansiedad, insomnio, preocupación excesiva por algunos temas, angustia que nos deja sin comer o nos lleva a hacerlo permanentemente y tantos otros... Esto nos permite ver que vamos siempre oscilando entre conductas y actitudes más cerca de la salud y más cerca de la enfermedad en función de muchas circunstancias vitales y nuestras reacciones ante ellas. Entonces, así como nadie puede pensar que porque hoy tiene salud mental va a tenerla siempre; también ocurre que quien sufre un trastorno mental no solo no lo sufre todo el tiempo (teniendo también momentos más cerca de la salud) sino que también hay en él/ella aspectos sanos. Estos son los que intentan potenciarse, para que la persona pueda tener la mejor calidad de vida posible eligiendo su propio proyecto vital dentro de sus sueños y posibilidades, a pesar del trastorno.

*Os sugiero ahora que os conectéis con vosotr@s mism@s y recordéis momentos de malestar personal por distintas situaciones de los que no era fácil salir y lo bueno que fue para vosotr@s cuando sí lo pudisteis conseguir y estar mejor. Cerrad los ojos e intentad registrar la sensación desagradable de preocupación y angustia y luego la vivencia agradable de estar un día en armonía y a gusto con lo que sois y tenéis. Imaginad que frente a vosotr@s tenéis a una persona que sufre una enfermedad mental grave (puede ser alguien que conozcáis o no) y que le decís: “puedo comprenderte. También alguna vez me he sentido mal sin saber cómo salir de ese pozo. No me resulta tan extraño lo que te ocurre. Te siento más cerca de mí, los dos somos humanos y eso me acerca a ti. Te miro con buenos ojos y te pido que tu también me mires con buenos ojos”. Y os inclináis en señal de respeto ante esa persona y su destino, dándole un buen lugar en vuestro corazón.*

### **Cómo relacionarnos con las personas afectadas**

Después de todo este recorrido, podemos darnos cuenta de que las necesidades a la hora de relacionarnos son muy similares en todas las personas, afectadas o no por un trastorno mental grave. Si conectamos con lo que a cada uno y cada una de nosotros nos hace bien, seguramente sabremos cómo actuar ante ellas.

Nuestra actitud será más importante que nuestras palabras: la aceptación de las diferencias, el reconocimiento y el respeto que ayudarán a forjar una relación de persona a persona y de adulto a adulto; en la que ambos tenemos mucho que recibir y aprender; algo que aún siendo obvio, no es habitual. En la que habremos de respetar los silencios y la necesidad de confianza en el vínculo para poder comunicarse. Ninguna persona quiere hacerlo si se siente interrogada y criticada constantemente y mirada desde el estigma de la peligrosidad e irracionalidad de la enfermedad mental.

El tema de los límites es bastante complicado en la vida en general y en todas nuestras relaciones (familiares, de amistad, laborales, profesionales...). Tiene que ver con el respeto a unas normas básicas de convivencia, a un comportamiento adecuado para ese contexto y al límite de tolerancia que tod@s tenemos y necesitamos explicitar claramente. Las personas con trastorno mental grave también necesitan respetarlos ya que los límites claros contribuyen a disminuir la confusión y a plantear un vínculo normalizado. Aunque a ellas y a nosotras nos cueste trabajo aceptarlos, nos hacen bien.

Una persona afectada por un trastorno mental grave no es alguien incapaz de hacerse cargo de sí misma y de todas sus cosas. Si hacemos las cosas por ella, en lugar de ayudarla conseguimos que nunca aprenda a resolver las situaciones por sí misma, pierde su autonomía y no le ayuda a crecer. Es mucho mejor acompañarle mientras lo resuelve y solo brindar la ayuda que pida.

Es fundamental la confianza, creer que esa persona siempre puede estar mejor. Nuestra mirada de confianza y nuestro respeto por el tiempo de cada uno/a permite que se consigan logros que parecían impensables. Esa mirada de confianza ayuda a que la persona confíe en sus posibilidades y nos lleva a valorar mucho cada pequeño logro y a poner la mirada en los aspectos sanos, intentando que cada vez se

consoliden más. Ninguna mejoría se presenta de la noche a la mañana y nuestra fe en que el cambio es posible y nuestra paciencia son muy importantes.

Todas las personas buscamos satisfacer nuestras necesidades a través de las relaciones que mantenemos. En el caso de las personas afectadas por un trastorno mental grave esta demanda suele ser más intensa, ya que internamente se viven más vulnerables y generalmente no cuentan con muchos vínculos. Para crear una relación buena para todos es importante no ofrecer demasiado, solo lo que sabemos que podemos cumplir sin agobiarnos. Si ofrecemos lo que realmente podemos dar, estableceremos un buen vínculo y podremos cumplir los compromisos que asumamos.

Muchas personas afectadas por un trastorno mental grave han demostrado que pueden vivir de forma independiente y autónoma, a pesar de las capacidades perdidas en sus años de internamiento. También han demostrado tener poder de decisión, de saber escoger, de vivir en comunidad, de comprometerse en una actividad, de desarrollar un trabajo cualificado. En síntesis, de poder estar mejor... También conocemos la otra cara, de las familias desbordadas, de las personas que no logran un mínimo de estabilidad, de su sufrimiento compartido y su soledad... Sin embargo, creemos en la capacidad de las personas para hacer su enfermedad llevadera y construir un proyecto vital en el que, si bien lleno de altibajos, puedan tomar decisiones sobre su propia vida.<sup>5</sup>

Nos sirve conocer la realidad de la enfermedad mental, generando espacios en los que la gente pueda preguntar, expresar sus ideas, sus dudas, sus miedos, promoviendo la reflexión y el debate. Donde las personas afectadas puedan compartir sus vivencias, brindando una imagen más integradora y humana, que ayude a desmitificar la locura y su imagen oscura, siniestra y persecutoria. Mostrar otras caras de la enfermedad mental vinculadas con “las posibilidades” y la creatividad.

La integración de las personas afectadas por trastornos mentales graves depende de la red social que entre todos entretejamos para permitir el sostén de un amplio colectivo de personas que la sociedad no ha sido capaz de incluir desde su diversidad. “No alcanza con tirar los muros del psiquiátrico, si no se hace lo propio con los que todos tenemos levantados en nuestra cabeza”.

### **Asociación pro-Salud Mental “La Frontera”**

Es el marco institucional desde el que llevamos a cabo toda la tarea en este ámbito durante 15 años, entre 1990 y 2005.

Apenas existían recursos intermedios en Salud Mental en aquel año 90, difíciles fueron las relaciones en los comienzos. A ambas instituciones nos costaba trabajo reconocernos. Nuestro nacimiento desde la reivindicación incomodaba. Parecía que hablábamos de realidades diferentes. Sin embargo, se gestaban los orígenes de un cambio del que todos hemos sido parte en estos largos quince años. El lema de nuestra primera Campaña de Sensibilización en 1990 fue: “Romparamos barreras: la salud mental es tema de todos” y en el 2005 el Ministerio de Sanidad y Consumo proclamaba “Todos somos partícipes del tratamiento de una enfermedad mental”.<sup>5</sup>

Nuestro objetivo ha sido siempre el trabajo por la salud mental de usuari@s, familiares y allegad@s, incluyendo en ellos al equipo profesional y a l@s voluntari@s que acompañaron en distintas etapas nuestra experiencia, en la que hemos ido recreando estructuras y recursos a través de la lectura permanente de los emergentes grupales y los atravesamientos sociales.

Las Asociaciones de Familiares y Usuari@s de Salud Mental hemos cumplido una función importantísima en el desarrollo y sostén de la Reforma Psiquiátrica, función poco reconocida desde la administración pública y desde muchas instituciones y profesionales de las mismas. Si nosotras no hubiéramos creído en esta Reforma y brindado el marco de contención necesario a las familias, si no hubiéramos abierto el tema de la salud y la enfermedad mental a la comunidad, propiciando la integración de l@s usuari@s desde la lucha contra el estigma social, si no hubiéramos reivindicado día tras día hasta convertirnos en interlocutores válidos

en tantos foros; esta tarea se hubiera hecho mucho más difícil para las instituciones de salud mental y de otros ámbitos sanitarios y socio-sanitarios <sup>5</sup>

Prueba de ello ha sido la evolución de nuestra relación con los Equipos de Salud Mental desde la dificultad inicial hasta el intercambio a través del diálogo y la búsqueda común de alternativas para conseguir los mejores recursos para nuestro colectivo.

### **Antecedentes de la experiencia**

Las personas fundadoras de la Asociación traíamos en nuestro ECRO distintas prácticas que confluían en “el reconocimiento de la persona como sujeto activo de su aprendizaje y de su recuperación en el marco del grupo. Una persona con voz y palabra que aprende y se recupera con otras”.

Por un lado, el conocimiento de experiencias alternativas en salud mental desarrolladas en Argentina a partir de los años 50 (Enrique Pichon-Riviére en el Hospicio de las Mercedes, Raúl Camino en Colonia Federal, Ricardo Grimson en el Hospital de Lanús y Alfredo Moffatt con la Peña Carlos Gardel en el Hospital Psiquiátrico Borda), complementado por la participación en el equipo del Bancadero (Mutual de Ayuda Psicológica) creada en el año 1982 por Alfredo Moffatt en Buenos Aires. Por otro lado, una práctica docente apoyada en la Pedagogía Liberadora de Paulo Freire en Brasil y una experiencia barrial asociativa con una participación muy activa de la comunidad en lo reivindicativo y organizativo.

De esa amalgama surge el proyecto de “La Frontera” (“esa delgada línea entre la salud y la enfermedad mental...”)

### **Líneas fundamentales de nuestra praxis**

#### ✓ **El vínculo terapéutico normalizador**

A través de un vínculo más normalizado, “de persona a persona” y “persona en el grupo”, se facilita la salida de la etiqueta de “enferm@” y el desarrollo de las propias potencialidades. Se requiere para ello una mirada de confianza y un respeto a los tiempos de cada un@ en un marco de afecto, respeto mutuo y límites claros.

No se trata de negar las dificultades y limitaciones de la enfermedad sino de enfatizar la potenciación de los aspectos más sanos, propiciando la confianza en sus posibilidades, la autonomía personal y la creatividad y expresión como afirmación de lo singular y colectivo.

#### ✓ **El grupo como red social de contención y agente de cambio**

Esta red social de apoyo y contención entre personas en circunstancias similares cumple varias funciones:

- aporta una comprensión diferente al malestar de cada un@ y a la vez le hace compartido, disminuyendo el autoestigma
- ofrece un lugar en el que sentirse acogid@, escuchad@ y apoyad@ aún en los momentos más difíciles
- facilita el intercambio de experiencias de autocuidado y recuperación
- apoya la normalización a partir de pautar grupalmente las normas de convivencia y propiciar el diálogo, el respeto y compromiso en los acuerdos, la aceptación y la tolerancia a las diferencias
- “tod@s ayudan a tod@s” a partir de la propia experiencia, potenciándose su participación y reconocimiento

#### ✓ **El trabajo con las familias**

Las familias también viven el aislamiento y la marginación y necesitan igualmente un espacio de contención y confianza en el que compartir su angustia con otras personas en su misma situación, además de buscar juntas alternativas para la solución de sus dificultades en el vínculo con sus familiares afectados. Generalmente se organizan alrededor de la enfermedad, siendo las madres las más implicadas; por lo que

se intenta repartir el sostén de la situación entre otros miembros para que ellas puedan recuperar espacios personales de disfrute.

El modelo de vínculo que observamos en la mayoría no es favorable a la recuperación de las personas afectadas, por lo que se hace indispensable abordar el posible cambio de estas pautas de relación, especialmente cuando viven dentro del grupo familiar o en estrecho contacto, para que este proceso tenga alguna viabilidad.

Para la intervención elegimos también el marco grupal, que multiplica las posibilidades y facilita la circulación de las emociones y de las experiencias de cada persona. No se trata de aconsejar o solo brindar información sino de facilitar el aprendizaje desde dentro, en el que el saber surge del grupo y no de la coordinación. Los familiares necesitan nuestra ayuda para resolver sus propios problemas emocionales y esta redundará en un vínculo un poco más favorable cada día.

“Es una labor nuestra conseguir que las familias tomen conciencia de su importante labor en la recuperación de sus familiares afectados y de que los cambios son posibles, aunque impliquen un proceso lento. Esto requiere que los profesionales también creamos en ello”.<sup>5</sup>

#### ✓ **La incidencia comunitaria**

“Las personas no se recuperan solas. El proceso de recuperación está estrechamente relacionado con los procesos de inclusión social y con la capacidad de disfrutar de un rol social con sentido y satisfacción para la persona en el medio comunitario.”<sup>6</sup>

Es esencial concienciar y sensibilizar a la comunidad acerca de la salud y enfermedad mental, generando espacios de encuentro y reflexión, para contribuir a desmitificar la imagen de la persona afectada por una enfermedad mental como peligrosa para la sociedad o absolutamente discapacitada, justificando así el encierro y la marginación; favoreciendo una imagen más real de sus posibilidades y limitaciones.

Esta tarea se puede hacer en distintos ámbitos (escuela, universidad, calle, servicios sociales, medios de comunicación...) y a través de diferentes actividades (exposiciones, mesas redondas, debates, formación de voluntariado, expresiones artísticas, espacios de intercambio de experiencias de recuperación y otras), “abriendo” el tema de la salud y la enfermedad mental como algo que incumbe a tod@s y no solo a los especialistas.

#### ✓ **El trabajo solidario y creativo en equipo**

“Una tarea institucional en pro de la salud mental de la comunidad requiere la creación de equipos de trabajo en los que procesar ansiedades, temores y ambivalencias; equipos que sirvan de contención emocional e intelectual para sus integrantes” (de la Aldea, Elena)

En el equipo se parte de una heterogeneidad de disciplinas, marcos de referencia, experiencias vitales y profesionales que a través de la tarea en común van generando un ECRO compartido y una homogeneidad de objetivos y criterios básicos de intervención. Esto requiere flexibilidad en sus integrantes para incorporar diferentes apreciaciones, enriqueciendo las propias. Ahora bien, esto no está exento de conflicto, como ocurre en cualquier grupo humano y es esencial que tal conflicto sea abordado para evitar que las relaciones profesionales se vean contaminadas y ello repercuta en la población atendida.

“Tomar el equipo de trabajo como el primer grupo de riesgo al que hay que cuidar, creando para él espacios regulares de intercambio, confianza y reflexión mutua. Supone todo un proceso de implicación de los profesionales”. (de la Aldea, Elena)

“El equipo a su vez, en el compartir, ayuda a concebir la tarea profesional como un campo inagotable de aprendizaje e investigación con otros que nos permita salir de respuestas estereotipadas a las demandas hacia una búsqueda constante de nuevas preguntas y cuestiones a resolver”.<sup>5</sup>

#### **Lo que hemos conseguido**

Hemos cumplido nuestro fin fundacional de “reivindicar una asistencia integral digna para enferm@s mentales y sus familias”. Tras los primeros tiempos de conflictos con la administración, hemos logrado sentarnos a la misma mesa a debatir y hacer propuestas en función de las necesidades sentidas de usuari@s y familiares y hemos denunciado cualquier situación en la que el respeto de sus derechos se veía afectado.

Al mismo tiempo, hemos creado una serie de recursos de intervención complementaria desde el campo asociativo generando un “espacio transicional” entre los dispositivos sanitarios y socio-sanitarios de la red pública y lo social normalizado, espacio confiable de expresión de las subjetividades y de entrenamiento en la relación con el medio.

Otro de nuestros fines, “generar redes de autoayuda y solidaridad entre afectad@s y allegad@s” se ha visto superado a partir del aprendizaje desarrollado a lo largo del proceso transitado y del trabajo con los emergentes grupales y los atravesamientos institucionales y comunitarios.

Que las familias se asociaran ayudó a que reconocieran su problemática saliendo de su aislamiento y ocultismo y colectivizaran sus necesidades a través de las reivindicaciones comunes. Este espacio de encuentro facilitó la comunicación y tejió redes de solidaridad y participación de tod@s. Además, conocer experiencias de recuperación les ayudó a confiar en la posibilidad de mejoría de su familiar y a valorar el papel que también la familia tiene en ello; siempre que cuente con el reconocimiento y el apoyo profesional necesarios.

Se trabajaron mucho las dificultades en el vínculo, procurando salir de la polarización “buen@s versus mal@s”, ayudando a respetar los tiempos de cada persona y valorando cada pequeño paso hacia el cambio. También se procuró que no todo girara alrededor de la enfermedad y que los miembros de la familia pudieran vivir experiencias gratificantes a pesar de ella.

En cuanto a l@s usuari@s, la red social creada ha favorecido notablemente su proceso de recuperación, a partir de sentirse incluid@s, reconocid@s y tenid@s en cuenta en su participación y sus aportes al grupo.

Enfatizar sus aspectos sanos ha ayudado a quitar etiquetas de “enferm@s”, normalizando el vínculo y ha permitido que se conectaran con sus potencialidades a desarrollar más allá de sus limitaciones, facilitando espacios de concreción de inquietudes (poesía, informática, plástica, artesanías...) que también se expresaron en la comunidad., mostrando toda su riqueza creativa a través de publicaciones y exposiciones.

En cuanto al tercero de nuestros fines: “concienciar y sensibilizar a la población en general sobre temas relacionados con la salud y enfermedad mental, colaborando de este modo en la integración de l@s usuari@s a la comunidad”, se ha conseguido abrir el tema como algo que nos incumbe a tod@s a través de múltiples y variadas actividades comunitarias. También hemos tenido mucha presencia en los medios de comunicación locales y hemos difundido nuestro punto de vista y nuestra línea de trabajo a través de la formación de voluntariado en salud mental, de la participación en espacios de encuentro profesionales dentro y fuera de Almería y hemos generado un intercambio muy fluido con experiencias de otros sitios para enriquecimiento de tod@s. En síntesis, hemos procurado que la imagen de las personas afectadas por una enfermedad mental fuera más real e integradora.

### **Las otras voces (experiencias de recuperación)**

Con autorización de su autor, Manolo Galdeano, comparto estas vivencias en lenguaje poético:

*“La voz intrínseca de mi alma  
reconoce la voz delirante  
de la esquizofrenia.  
La acepta, la lucha,  
la entiende.  
Porfiar contra la voz  
es un desamor,*

*tratar de mediar  
es intentar la cura sobre ella.  
Creer en algo que te desarrolle es lo propio”.*

*“Amo lo que veo,  
creo en lo que siento  
pero lucho por lo incierto.  
Lo incierto que es  
la enfermedad mental.  
Aceptar que es una etapa de una vida,  
de mi vida  
y decir muy alto soy persona,  
sin orgullos posesivos ni rarezas,  
Soy persona”.*

*“La enfermedad mejor tratada que olvidada.  
El amor en uso el mejor remedio  
La injusticia social, el paro,  
Consecuencias...  
En la escuela  
Se siembra el fruto del futuro,  
Padres, colegio, entorno...  
Tratar de luchar a veces es complicado,  
pero en el intento de lograr una vida mejor  
está lo importante”.*

## **Compartiendo la utopía**

Me gustaría cerrar el artículo compartiendo unos párrafos del libro que hemos escrito al terminar nuestra experiencia como asociación:

En todo este tiempo, la confianza en el proceso de recuperación de las personas que sufren una enfermedad mental ha sido vital y nos ha permitido acompañar desde las posibilidades – la salud – que permite que los hombres y mujeres que han navegado con nosotr@s busquen en su mar y elijan en su libertad.

*Ella está en el horizonte – dice Fernando Birri -  
Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos.  
Camino diez pasos y el horizonte se mueve  
diez pasos más allá.  
Por mucho que yo camine, nunca la alcanzaré.  
¿Para qué sirve la utopía? Para eso sirve, para caminar.*

Eduardo Galeano (de “Las palabras andantes”)

Seguimos creyendo en la utopía porque a lo largo de 15 años hemos sido partícipes de pequeños “milagros” en las vidas de muchas personas y también en las nuestras gracias a esta experiencia única

Porque no concebimos la recuperación de la persona afectada de una enfermedad mental sin una red social que permita seguir generando recursos para su mejor calidad de vida y la de su familia Compartimos nuestro testimonio para que se multipliquen estos “otros espacios que son posibles”<sup>5</sup>



---

<sup>1</sup> El presente artículo es una síntesis recreada de la ponencia presentada en el Congreso de Psicología Social, de la Asociación de Psicólogos Sociales de Argentina (2009) y de la clase Asociacionismo y Recuperación impartida dentro del Curso Los Servicios de Salud Mental y el Enfoque de la Recuperación, de la Escuela Andaluza de Salud Pública (2009)

<sup>2</sup> Galende, E., *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Editorial Paidós. Buenos Aires. 1990

<sup>3</sup> Basteiro, S. y Gil, C., *Exclusión y salud mental*, en Estébanez, P. (ed.), *Exclusión social y salud*, Icaria Antrazyt. Barcelona. 2002. Pág.171-204

<sup>4</sup> Asociación Pro Salud Mental La Frontera (ed.), *Voluntariado en Salud Mental*, Ediciones La Frontera. Almería. 2000

<sup>5</sup> Basteiro, S., Gil, C. y Marín, R., *Asociación La Frontera: 15 años por la Salud Mental Comunitaria*, Ediciones La Frontera. Almería. 2005

<sup>5</sup> obra citada

<sup>5</sup> obra citada

<sup>6</sup> Shepherd, G., Boardman, J. y Slade, M., *Hacer de la recuperación una realidad*. Sainsbury Centre for Mental Health. London, 2008. Edición en castellano. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2008

<sup>5</sup> obra citada

<sup>5</sup> obra citada