BOLETÍN DE LA ASOCIACIÓN AMTAES JULIO 2017. NÚMERO 17

Amtaes

METAMORFOSIS

Equipo de redacción: Judith Vela - VeroMV - Adefesio Mojigato

boletinamtaes@gmail.com

ÍNDICE DE CONTENIDOS

- ACTUALIDAD
- ENTREVISTA
- HISTORIAS PARA CONTAR: El cortador de jamón
- COLABORACIÓN SOCIO
- FELIZ VERANO

ACTUALIDAD

RED DE VOLUNTARIOS DE AMTAES

Ante el ofrecimiento y deseo de algunos socios de querer adquirir el compromiso de llevar la ayuda y apoyo a un punto superior, se acuerda gratamente la elaboración de una lista , en cada grupo GAM, de socios que se comprometen a una ayuda directa y personalizada, creando así una red de voluntarios.

De esta manera si un socio de un GAM tiene una dificultad determinada proveniente de su trastorno, por ejemplo: ir a un lugar determinado si tiene agorafobia, hacer algún trámite, visitar a domicilio si no sale de casa, etc. podría acudir a esta red.

Para ello, los coordinadores de cada GAM han enviado una ficha a sus componentes para que los interesados la rellenen y así formar parte de dicha red de voluntarios.

CREACIÓN DE UNA LISTA DE COLABORADORES PARA MEDIOS

Si queremos cumplir con nuestro objetivo de darnos a conocer y difundir nuestros trastornos, cuando aparece la oportunidad de que un medio se interese tenemos que saber con cuales socios podemos contar porque todo va muy rápido. A menudo no nos avisan con mucho tiempo, solicitandonos afectados que expliquen sus vivencias sin casi tiempo para responder.

Como podréis imaginar y sabéis de primera mano, en personas con nuestros problemas no es fácil prestarse a algo así, por lo que dar respuesta a las peticiones de los medios a veces resulta muy complicado y se nos hace necesario, o nos seria de gran ayuda, contar con una lista de socios que estén dispuestos a colaborar cuando surgiera la necesidad.

Aún siendo conscientes de las dificultades que conlleva acceder a algo así, como ya he comentado, está el hecho de que no a todos les cuestan las mismas cosas ni en igual medida, unos son capaces de hacer unas cosas y otros de otras. Por ello, **la idea es crear una lista acorde a las necesidades y con las condiciones que necesitaría cada uno para tener la posibilidad y valentía de prestarse a esa situación.**

Los que queráis colaborar, en la medida de vuestras posibilidades, por favor escribid al correo de AMTAES explicando:

- Qué estaríais dispuestos o seríais capaces de hacer, Por pequeña cosa que sea siempre será bienvenida.

- Las condiciones que necesitaríais para ello. Por ejemplo, yo no puedo llamar por teléfono pero accedería a una entrevista escrita o accedería siempre que fuera un testimonio anónimo, etc.

- Con qué medios de comunicación os veis capaces de tratar: prensa, radio tv, cualquiera de ellos.

- A qué GAM pertenecéis.

- Cuál sería el trastorno del que hablaríais.

- Y/o cualquier otra observación que quisierais indicar

Hemos conseguido mucho, pero **aún nos queda mucho más por hacer dentro de dar mayor visibilidad a los trastornos de ansiedad**. Tenemos ese compromiso y necesitamos estar juntos en esto, dando todo lo que podamos de nuestra parte.

PRENSA

El 24 de mayo se puso en contacto con nosotros un periodista de una **sección de EL País llamada VERNE** y dentro de ésta la serie "**En primera persona**" en la que se recogen testimonios con historias de carácter muy diverso. Nos manifiestan su interés en dedicar en este caso un tema a la ansiedad.

En esta sección se intenta, según nos dicen, que sus contenidos tengan un carácter divulgativo y que combata ciertos estigmas. Nos explican que son conscientes de que son temas delicados y que los tratarán con la seriedad que merecen.

Una de nuestras socias se ofrece a dar ese testimonio y el 5 de junio sale la noticia, que la podéis leer en el siguiente enlace:

"Sufro ataques de ansiedad crónicos porque hace 13 años no los traté a tiempo"

Comentar que cumplen lo prometido y tratan el tema con gran sensibilidad. Se mantienen en contacto continuo con la socia, respetando siempre su opinión y preocupándose por plasmar con fiabilidad su vivencia desde el cariño y la empatía.

RADIO

El 30 de mayo se ponen en contacto con nosotros el **programa de oid radio "Aquí contamos todo"** que trata diferentes problemáticas sociales con una emisión a nivel nacional y a través de internet.

El 16 de junio sale la entrevista hecha a una de nuestras socias, quien explica y da amplia información sobre AMTAES. Desde aquí agradecemos su colaboración tan necesaria para ir cumpliendo nuestros objetivos.

Éste es el enlace para escuchar la entrevista: Aquí Contamos Todo - AMTAES

AMTAES SIEMPRE ALERTA: Fobia social y fobias sociales

A raíz de las entrevistas publicadas en varios medios de la prensa escrita por una Catedrática de Filosofía Moral usando el **término "fobia social" y "fobias sociales", indistintamente, con un significado que no coincide con el denominado trastorno de ansiedad social o fobia social:**

> ***Ejemplo:*** *"¿A qué nos referimos cuando hablamos de fobia social?*
> *- Al rechazo que sufren grupos sociales vulnerables por parte de quienes se sienten superiores a ellos."*

Viendo el grave perjuicio que esto nos puede ocasionar (desconocimiento del trastorno, estigma, confusiones...) y al observar, además, que no es un caso aislado por parte de la Catedrática que utiliza el término de la misma manera en otros artículos de prensa, se decide por parte del Comité de Organización de AMTAES elaborar una carta que se envía a la Catedrática en cuestión.

En esta carta, se la hace saber los dos significados del término fobia social, totalmente diferentes e incluso contrapuestos, por lo que se le sugiere con el debido respeto que sus declaraciones e intervenciones públicas sobre temas de su especialidad, trate de evitar el uso de fobia social o fobias sociales, al menos en su acepción singular, o en su defecto haga mención explícita de que no se está refiriendo al trastorno de ansiedad social también llamado fobia social.

Por el momento no ha habido respuesta.

GAM

Con la nueva Junta Directiva se ha creado una función específica a cargo de uno de los vocales, para dirigir la Comisión de Coordinadores GAM e impulsar el funcionamiento de los grupos de ayuda así como de la comunicación entre éstos.

Dicho vocal ha iniciado su cometido poniéndose en contacto con los coordinadores de los GAM para informarse de la situación específica de cada grupo, así como de las eventualidades que puedan estar dificultando la puesta en marcha de actividades en algunos de ellos.

En palabras del propio coordinador:

“Comenzaré por aquéllos que lleven algún tiempo en aparente inactividad, con intención de buscar y proponerles soluciones que les faciliten impulsar el GAM en el que se encuentran”.

ENTREVISTA

Para los que no conozcan al Dr. Antonio Cano Vindel, algo difícil porque está presente en prácticamente todo lo que tiene que ver con la ansiedad, os explico brevemente, porque su currículum es extenso, algo de él.

Presidente de SEAS, Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS). Doctor en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y Catedrático de Universidad. Imparte su docencia en la Facultad de Psicología, en materias del Grado de Psicología, Doctorado y Máster.

Es miembro de sociedades científicas nacionales e internacionales y autor y editor de más de ciento cincuenta publicaciones en diferentes lenguas y países: con más de cien artículos publicados en revistas españolas y extranjeras, y más de una veintena de libros y monografías.

AMTAES se puso en contacto con él, como presidente de SEAS, en vías de buscar una colaboración, ésta fue su respuesta:

> *"Es un placer contactar con la Asociación Española de Ayuda Mutua contra Fobia Social y Trastornos de Ansiedad (AMTAES) y su presidente. Evidentemente, compartimos algunos objetivos, como el conseguir que los trastornos de ansiedad sean mejor investigados, más conocidos y sean tratados en el SNS con técnicas basadas en la evidencia. Por nuestra parte, estamos dispuestos a firmar un convenio de colaboración".*

Ante lo cual el equipo del boletín le responde a su vez para solicitar una **entrevista con preguntas hechas por los propios socios,** su respuesta no tarda en llegar:

> *"Con mucho gusto, te respondo a tus cuestiones. Ojalá os sean útiles. Con ese fin y con cariño os he dedicado este tiempo. Un afectuoso saludo".*

Aquí os presentamos esa entrevista, no sin antes agradecer a Antonio Cano la colaboración prestada.

En algunas entrevistas que he leído suyas asevera que los trastornos de ansiedad se curan en un tiempo razonable en la mayor parte de los casos y que el tiempo de tratamiento no suele exceder de unos meses, dependiendo del trastorno, su severidad, el tiempo que hace que se sufre dicho trastorno, la colaboración del paciente, etc. Este es un tema delicado y de gran interés para las personas afectadas que al oír estas cosas , si no se han curado, se preguntan: ¿Por qué yo no?

Me gustaría precisar que aunque existen muchos modelos y conceptos de enfermedad o trastorno mental, así como de curación, cuando hablamos en términos coloquiales de trastornos de ansiedad y de su curación o recuperación, nos referimos a que existen unos criterios diagnósticos consensuados en todo el mundo, como son la DSM, de la Asociación de Psiquiatras Americanos, y la CIE, de la OMS. Se trata de las dos grandes clasificaciones de trastornos mentales aceptadas en las publicaciones científicas internacionales, que incluyen de forma similar la definición y los criterios diagnósticos para los trastornos de ansiedad y demás trastornos mentales. Esto nos permite diagnosticar, es decir, asignar categorías diagnósticas; así como identificar qué problemas tiene cualquier persona que tiene un diagnóstico, es decir si cumple esos criterios, de acuerdo con esa definición.

Así, estos sistemas diagnósticos nos permiten definir, por ejemplo, si una persona tiene o no un determinado trastorno de ansiedad, con un alto

índice de acuerdo entre distintos evaluadores. Asignamos una categoría diagnóstica, por ejemplo de trastorno de ansiedad social, a las personas que cumplen los síntomas que han sido definidos para ese trastorno. Recíprocamente, decimos que una persona se ha recuperado de un trastorno de ansiedad social cuando ha dejado de cumplir los síntomas que son necesarios para asignarle dicha categoría diagnóstica.

Este modelo que acabamos de delinear para entender los trastornos de ansiedad es un modelo de tipo categorial, ya que usa categorías o grupos de trastornos. Existen otros modelos alternativos y complementarios, como por ejemplo, el modelo dimensional que cuantifica los síntomas y los representa sobre una línea o dimensión.

A su vez, para explicar los trastornos de ansiedad existen modelos biológicos, psicológicos (por ejemplo, basados en el aprendizaje) y sociales. El más aceptado es el enfoque biopsicosocial.

Con esta introducción, necesariamente muy elemental, por ser divulgativa, podemos entender que alguien que tiene, por ejemplo, un trastorno de ansiedad social es una persona que experimenta unos síntomas que están definidos en la clasificación de trastornos mentales DSM-5. Si esta persona recibe un tratamiento y mejora de sus síntomas, hasta el punto de no cumplir ya con todos los criterios diagnósticos definidos, entonces no podemos seguir afirmando que sigue teniendo el mismo trastorno, sino que tendremos que admitir que se ha recuperado. Al menos, se habrá recuperado en este sentido que hemos explicado, que ya no cumple los criterios del trastorno.

Podemos emplear también una evaluación dimensional para cuantificar los síntomas de ansiedad social que tenía antes y después del tratamiento. Para hacernos una idea de la magnitud del cambio se utilizan estadísticos como el tamaño del efecto, que tiene en cuenta las diferencias pre-postratamiento en relación al número de desviaciones típicas. Pero cuando decimos que se ha recuperado, queremos decir que ya no cumple los criterios diagnósticos del modelo categorial.

Sentadas estas bases, podemos responder ahora a la primera observación, "si muchas personas que tienen trastornos de ansiedad como yo, se recuperan tras recibir un tratamiento basado en la evidencia, ¿por qué yo no?". Es un problema que habría que explorar de forma razonada y contrastando los datos de cada caso. Habría que preguntarse obviamente si ha habido un tratamiento, si ha sido adecuado, si las técnicas están contrastadas, si el clínico tenía experiencia, si el paciente cumplió las prescripciones del clínico, si ha recibido la dosis adecuada, si ha habido una correcta evaluación y diagnóstico clínico antes y después del tratamiento,

qué resultados han arrojado estas dos evaluaciones, si se cumplían los criterios diagnósticos antes del tratamiento, si se cumplen después, el tamaño del efecto, etc.

Las Guías de Práctica Clínica, que resumen la evidencia, para el caso de los trastornos de ansiedad dicen que existe un grado razonable de eficacia a favor de las técnicas psicológicas cognitivo- conductuales, hasta el punto de considerarlas como las técnicas de elección para los trastornos de ansiedad. Pueden revisarse, por ejemplo, las Guías NICE del Sistema Nacional de Salud de Reino Unido. En este país se han llevado a la práctica clínica habitual de Atención Primaria (AP) las recomendaciones basadas en la evidencia. El resultado ha sido que aproximadamente más del 50% de los pacientes tratados se han recuperado y otro 30% adicional ha obtenido mejoría clínicamente significativa, aunque no hayan alcanzado la recuperación. Son cifras muy esperanzadoras.

En España, estamos desarrollando un ensayo clínico (PsicAP, Psicología en Atención Primaria) y los resultados que estamos obteniendo son también muy buenos, con tan sólo 7 sesiones de tratamiento cognitivo-conductual. Los trastornos de ansiedad que estamos tratando en AP son leves y moderados, que son la gran mayoría de estos trastornos. Los trastornos más graves se derivan a Salud Mental, pues necesitarían un tratamiento más intensivo, en lugar de sólo 7 sesiones. En este ensayo, la mitad de los pacientes son tratados con técnicas psicológicas y la otra mitad con el tratamiento habitual de AP. El tratamiento psicológico está consiguiendo tasas de recuperación para los trastornos de ansiedad y la depresión entorno al 70%, mientras que el tratamiento habitual ronda el 25%.

Pero ¿qué ocurre si se cronifica, si se complica con otros trastornos, si el paciente se siente incapaz de enfrentarse (que no de colaborar)?, según usted ¿seguiría su recuperación ampliando sólo la duración del tratamiento?

Aunque los trastornos de ansiedad en su inicio tienen un buen pronóstico, si no se tratan, por lo general, tienden a la cronicidad (duración mayor de 6 meses) y es raro que remitan solos. Además, suelen tender a la comorbilidad, es decir al desarrollo de nuevos trastornos.

Los trastornos de ansiedad se desarrollan a edades tempranas y pasan muchos años antes de que surja la primera demanda de tratamiento. Se sabe que sólo el 30,7% de los españoles que tienen un trastorno de ansiedad solicita alguna vez atención sanitaria. También sabemos que del total de los pacientes que en los últimos 12 meses cumplían con los criterios de un trastorno de ansiedad, el 39% no ha recibido tratamiento alguno, y el 60,1% consume psicofármacos; tan sólo un 0,9% está recibiendo tratamiento psicológico sin fármacos.

En resumen, la mayoría de los trastornos de ansiedad permanecen sin tratamiento alguno o están siendo tratados por su médico de AP con psicofármacos, pese a que la evidencia científica muestra que el tratamiento psicológico es el tratamiento de elección.

Esta situación está provocando un aumento constante del consumo de psicofármacos, la saturación de las consultas de AP, en parte por hiperfrecuentación de los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión, así como unos costes anuales de 23.000 millones de euros (2,2% del PIB), en su gran mayoría derivados de la discapacidad producida por unos trastornos para los que existen tratamientos eficaces.

Somos el segundo país de la OCDE en consumo de benzodiacepinas (BZ), a pesar de que las Guías de Práctica Clínica desaconsejan su uso más allá de unas pocas semanas. Y además está prohibido conducir bajo sus efectos.

¿Los pacientes con trastornos de ansiedad que llevan muchos años con sus trastornos y presentan alta comorbilidad se pueden también recuperar?
Si reciben el tratamiento adecuado, con la dosis suficiente, por un psicólogo experimentado en las técnicas basadas en la evidencia y el paciente cumple con las prescripciones, adopta un papel activo,... la respuesta es sí. Habrá que estudiar cada caso. Las comorbilidades también importan, sobre todo si son muy graves, pero en principio, sí.

Obviamente, los casos difíciles no se curan en 7 sesiones, pero recordemos que la gran mayoría de los pacientes de AP se están recuperando en un 70% con sólo ese número reducido de sesiones. También es obvio que si el paciente no busca tratamiento o no lo sigue, los milagros no existen. Pero en mi opinión las asociaciones de pacientes deben tomar un papel activo en la concienciación de sus asociados de que existen tratamientos eficaces para los trastornos de ansiedad, reivindicar que estos tratamientos se apliquen en el Sistema Nacional de Salud (SNS) e intentar que no se creen guetos aislados de pacientes, sino que reciban información y asesoramiento profesional cualificado.

Entonces ¿cuáles serían las causas por las que un determinado número de pacientes no se curan?

Habría que estudiar cada caso. Los factores que pueden aumentar la dificultad para conseguir la recuperación pueden ser múltiples, incluidos la cronicidad, la comorbilidad, los psicofármacos, las evitaciones, o las conductas de seguridad, es decir, la obtención de cualquier "beneficio" temporal que suponga una señal de alivio, pero que estanque la recuperación (como por ejemplo, seguir tratamientos no eficaces).

Si un paciente tiene una personalidad evitativa y no afronta sus problemas, si ha seguido 3 tratamientos que no han resultado eficaces, si ha desarrollado una adicción a BZ y no quiere entrenarse en su abandono, si ha desarrollado una adicción al alcohol, derivados del cannabis o a otras sustancias, etc., todos esos factores, entre otros, pueden dificultar su recuperación.

El caso de la fobia social o trastorno de ansiedad social, por la naturaleza del problema, puede implicar más retraso en la búsqueda de tratamiento, así como mayor dificultad para enfrentar el problema. No todos los casos de fobia social son graves, pero los casos graves deben recibir el tratamiento adecuado. Los estudios científicos de tipo meta-análisis resumen la eficacia de los tratamientos y cuantifican el tamaño del efecto de cada tratamiento en cada estudio realizado. En un estudio del Dr. Evan Mayo-Wilson y colaboradores, publicado en 2014 por The Lancet Psyquiatry (Vol 1: 368–376), se ha encontrado, tras revisar la evidencia científica, que el tratamiento individual de la fobia social mediante técnicas cognitivo-conductuales es el tratamiento de elección para este trastorno de ansiedad, pues consigue tamaños del efecto grandes. Esta es la evidencia que se publica en las revistas científicas. Para cambiarla, si alguien no está de acuerdo, tendrá que demostrarlo y tendrá que publicar artículos en estas revistas.

Si se cura en unos meses ¿Por qué los psicólogos no están preparados para conseguirlo? ¿Ha curado usted a muchos pacientes en ese tiempo? ¿Y de fobia social?

Existen diferencias muy importantes en la formación de los profesionales sanitarios. El conocimiento científico no para de crecer, por lo que nadie conoce todo y se hace imprescindible la especialización. A veces, un paciente visita a un elevado número de especialistas antes de encontrar el tratamiento adecuado para su problema. Esa es una realidad frecuente en la clínica de los trastornos de ansiedad.

La Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS) se creó en 1993, hace 24 años. Desde entonces, se ha avanzado mucho en la eficacia de los tratamientos, en la formación de profesionales, en el conocimiento de la población, etc., pero a día de hoy seguimos encontrando casos de pacientes que han hecho un extenso periplo de visitas a profesionales, sanitarios, se les han hecho muchas pruebas médicas que han dado negativo, han seguido varios tratamientos fallidos, etc.

Yo no voy a hablar de mí. Prefiero hablar de PsicAP, un protocolo de tratamiento que se puede aplicar en grupo en AP, con una tasa de

recuperación 3 veces superior al tratamiento habitual. Creo que las asociaciones de pacientes deben conocerlo y reclamar este protocolo de tratamiento para el Sistema Nacional de Salud.

El trastorno de ansiedad social o fobia social se puede recuperar. Como no se recupera es sin tratamiento. El tratamiento psicológico cognitivo-conductual consigue un alto porcentaje de recuperaciones y tamaños del efecto grandes en los estudios experimentales.

Se ha demostrado que en el tratamiento de la fobia social es necesario cambiar la atención del paciente, autofocalizada en la propia conducta, además de enseñar a reinterpretar como verán los demás el comportamiento propio.

Este enfoque del tratamiento cognitivo-conductual para el trastorno de ansiedad social es excelente y en mi opinión consigue los mejores resultados.

Cambiando de tema, ¿Puede una persona con fobia y varios trastornos asociados, desesperado recurrir al intento de suicidio?

Los trastornos de ansiedad, la depresión y los trastornos del control de impulsos están relacionados con pensamientos e intentos de suicidio. No son los únicos factores de riesgo, pero juntando todos los factores de riesgo se puede llegar a predecir en casi un 80% el riesgo de suicidio.

¿Qué pueden aportar, en su opinión, los grupos de ayuda mutua organizados por los propios afectados en la recuperación de los trastornos de ansiedad?

Las asociaciones de pacientes son necesarias por muchos motivos, entre otros para reivindicar el fomento de la investigación científica de los tratamientos eficaces, así como para conseguir que se apliquen en la práctica diaria, como tratamiento habitual en el SNS.

También les corresponde representar el punto de vista del paciente ante las administraciones públicas, como por ejemplo en el Comité Técnico que asesora al Ministerio de Sanidad en la elaboración de la Estrategia Nacional sobre Salud Mental.

Por supuesto, deben ayudar a sus asociados a buscar información sobre los tratamientos eficaces y a que los conozcan a fondo, para que puedan decidir mejor sobre el tipo de tratamiento que más les puede ayudar. También es bueno que intenten motivar a sus asociados para que adopten un papel activo en los tratamientos que están siguiendo, fomentando la

búsqueda activa de información, la realización de las tareas para casa que prescriben los profesionales sanitarios, etc.

La interacción social ayuda, el apoyo social es bueno para la recuperación de problemas de salud, pero no todo el apoyo social y no todas las interacciones sociales son de igual calidad.

¿Qué cree que falla en salud mental para que pacientes y familiares se hayan constituido en una asociación como AMTAES?

Pues muchas cosas que hemos ido analizando a lo largo de esta entrevista con datos de encuestas realizadas a muestras representativas de toda la población española, que han sido publicados en revistas científicas. Los porcentajes que he citado provienen en general del estudio ESEMeD, el Estudio Epidemiológico de los Trastornos Mentales en Europa, que se llevó a cabo en 6 países, incluido España.

Esta entrevista se enviará a todos los socios por correo electrónico, en el boletín de la asociación ¿Querría explicar o decirles algo más?

Simplemente, transmitir tres cosas. Una, que las asociaciones de pacientes con problemas de salud mental son muy necesarias en nuestra sociedad. Dos, transmitir mucha esperanza porque existen tratamientos eficaces para los trastornos de ansiedad. Y tres, que no se conformen con el estado actual de sus síntomas, que no se paren en la búsqueda de soluciones, aunque hayan coleccionado varios fracasos, que luchen por mejorar, y que no hagan mucho caso de los gurús de Internet que les quieren transmitir que no hay esperanza y sólo pueden seguirles a ellos.

Por último, transmitirles afecto positivo, mucho cariño. Sus problemas nos motivan a muchos científicos y profesionales en nuestro trabajo cotidiano, porque sabemos que sufren, y queremos colaborar en reducir ese sufrimiento y mejorar su bienestar emocional. Les recomiendo la Web de Bienestar Emocional del Ministerio de Sanidad, que hemos desarrollado conjuntamente:

Un abrazo a todos.

HISTORIAS PARA CONTAR: El cortador de jamón

“El cortador de jamón” es un relato de una experiencia que podría ser la de cualquier persona con trastorno de ansiedad social, expresa con mucho acierto el malestar que genera el trabajar cuando se tienen dificultades al relacionarse aunque se sea perfectamente competente en la tarea.

EL CORTADOR DE JAMÓN

Andrés había sido contratado en un supermercado promocionando jamón en la campaña de Navidad. El supermercado pertenecía a un centro comercial por donde pasaba mucha gente. El se encontraba enfrente del mostrador de la charcutería, en una mesa con un jamón listo para ser loncheado y dar de probar a los clientes.

Llevaba una camisa blanca impoluta, con una pajarita negra anudada al cuello, pantalones negros de vestir y unos zapatos brillantes que parecían haber sido untados con betún. Tenía un rostro rasgado, ojos verdes oscuros y melena espesa y frondosa. Sus manos eran muy hábiles y alargadas como el bambú y era capaz de cortar jamón a una velocidad de una cadena de montaje de fábrica.

Anteriormente había trabajado en una tiendecita de barrio con su padre, pero la crisis había hecho mella en aquel pequeño rincón de la ciudad y el comercio empezó a ir mal, como consecuencia tuvieron que cerrar. Había cortado tanto Jamón en aquel empleo que podría haber empapelado con carne de cerdo el ayuntamiento de su ciudad a doble capa.

A Andrés no se le daba demasiado bien hablar con la gente. Entablar una simple conversación con alguien desconocido le suponía un gran esfuerzo. Siempre prestaba atención a los gestos que hacían los demás y lo que decían. La mayoría de las veces se bloqueaba y sentía miedo terrible a parecer inútil.

Sufría ansiedad social.

Cuando trabajaba en la tiendecita se había acostumbrado a que los clientes entraran a goteo, uno por uno. Esto le había dado cierta comodidad, pero a lo que se enfrentaba ahora en el centro comercial era para él un reto que se le quedaba demasiado grande.

El primer día de trabajo, estaba tan nervioso que no se movió de su sitio en toda la jornada, el trasiego de gente le alteraban los sentidos. Escuchaba a los clientes ir y venir. Los empleados de aquel supermercado, también hablaban entre ellos y

se gastaban bromas en voz alta, muchas veces eran burlas socarronas que Andrés se preguntaba si lo habrían dicho por él.

Los siguientes días fueron a peor. Cuando se ponía nervioso, comenzaba a sudar, se ponía rojo como cuando te comes una guindilla a secas. Los compañeros comenzaron a tomarle como objeto de sus bromas, era una buena distracción para pasar el tiempo y además se divertían haciendo comentarios que provocaran rubor en Andrés.

Los comentarios eran del tipo:
“Vendo tomates, 99 € el kilo, que se me acaban”, o cantaban canciones “Aunque parezca mentira me pongo colorada cuando me miras, me pongo coloraaaada”.

Muchos trabajadores se sumaron a las burlas e incluso las cajeras hacían comentarios por el micrófono que tienen para cuando hay que llamar a alguien. Y sonaba por los altavoces de todo el supermercado:

“Señor rojo acuda a su sección, señor rojo, gracias”.
Pasaba ocho horas cada día, en turno partido, deseaba que pasaran las horas lo más rápido posible. En los descansos, se metía en los baños, bajaba la tapa del water y se sentaba en él, esperando a que pasaran los diez minutos pertinentes. No hacía nada, sólo se quedaba parado mirando al infinito. Los nervios invadían todo su cuerpo, notaba el estómago encogido y la boca seca como un desierto.

Buscaba una solución, pero no se le ocurría otra cosa que dejar el trabajo. Esa misma noche llamó a su jefe y le dijo:

- Quiero dejar el trabajo.

El jefe contestó:

- Vaya Andrés, me sorprende, la chica encargada del “súper” me ha dicho que están muy contentos contigo. Eres un buen trabajador. No entiendo porque quieres dejarlo.

Andrés no había reparado en si hacia bien su trabajo, sólo lo estaba pasando mal debido a su ansiedad.

- Me han dicho cosas que me han sentado... mal.
- Cuéntame Andrés ¿Qué te han dicho? – contestó el Jefe.

"¿Cómo explicarle al jefe lo que es la ansiedad, lo mal que se pasa creyendo que te están juzgando, que me ponen nervioso los ruidos fuertes y la gente bruta, que me siento incomodo con los barullos, que he escuchado burlas e indirectas hacia

mí al ponerme nervioso, que me siento observado cuando paso y que escucho risas por lo bajini?"

"¿Cómo explicarle lo que mi estómago aguanta, lo poco que duermo por las noches, la tensión de mis hombros y de mi cuello, lo inútil que te sientes en esas situaciones y el bloqueo mental que experimentas?" - pensaba Andrés.

- Mmmm... no sé... quizás me haya confundido.
- Bueno, ¿entonces continuas en el trabajo? - dijo el Jefe.
- Sí, mañana a estaré allí.

Autor: Kike Mcfly

NOTA: los socios que quieran publicar en el boletín una historia para esta sección deben entrar en el grupo “Historias para contar”. Para ello, deben buscar en Facebook el nombre del grupo y solicitar su entrada.

COLABORACIÓN DE SOCIO

Estimados compañeros:

Siempre hubo algo diferente en mí respecto a los demás, he llegado aquí un poco huérfano de felicidad y con bastante medicación.

A raíz de un despido y ante la imposibilidad de encontrar un nuevo trabajo, encontré dos monstruos y han decidido quedarse a mi lado para aterrorizarme.

Ansiedad, ataques de pánico y depresión. <<Miedo>>, también encontré miedo, a la muerte, a la soledad y a la ruina. 5 años entre ingresos en planta y visitas a urgencias.

Encuentras tantas cosas como pierdes, porque estas enfermedades tan mal entendidas y <<crueles>> te alejan y no te comparten con nadie. Dos accidentes de tráfico, cuatro trabajos perdidos, unos amigos que se desvanecen silenciosamente y una novia sin hacer mucho ruido más.

Después de otro ingreso en planta, me han recetado el <<famoso>> California Rocket Fuel: Vandral/Venlafaxina 375 mg, Rexel/Mirtazapina 45 mg y Rivotril/Clonazepam 0,5 mg para el temblor de manos.

Odio esta inquietud que siento a todas horas, me persigue, me oprime, me aburre y me entristece tanto, que de impotencia, me hace llorar. Salgo a caminar con mi perra tres veces al día, respiro profundo este aire puro de pueblo donde ahora estoy, pero siempre lo suelto torpemente. La medicación te mantiene asintomático, ¿Quién mata a estos dos monstruos? He pensado en <<suicidarme>>, pero voy a esperar un poco más.

Todos vosotros hoy sois mis amigos, no los que se fueron, los que me habéis leído y me comprendéis, desde un <<sufrimiento>> compartido.

Un enorme abrazo,

NOTA: cualquier socio puede contribuir al boletín aportando ayuda para su edición o colaboraciones. Si estás interesado en participar, envía un correo a boletinamtaes@gmail.com

FELIZ VERANO

El equipo de redacción-edición del Boletín Metamorfosis agradece a los socios de AMTAES que vienen colaborando en sus contenidos y, en general, a todos los socios que amablemente nos leen cada mes. Os deseamos un feliz verano y os informamos que después de un breve descanso en agosto volveremos en septiembre con más fuerza si cabe y con novedades que esperemos os gusten.