DENUNCIA POR PERSECUCIÓN PSICOLÓGICA POR CAUSA DE LA RELIGIÓN

Defensa en contra de los servicios de Salud Mental en España

1ª Parte

A la atención del Defensor del Pueblo Español

Excmo. Sr. Ángel Gabilondo Pujol

LAS NORMAS CPT COMO DERECHOS, ASÍ COMO LA DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL EN ESPAÑA

Usuario en calidad de cristiano y voluntario:

Jesús del Pino Marín

Denuncia por persecución psicológica por causa de la religión. © 2026 de Jesús del Pino Marín tiene licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visite https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/



Fecha de publicación: 31/08/2026 (Periodo 2004-2016)

novaevangelizatio.org

E-mail: buenanueva@hotmail.es

SINOPSIS

En la primera parte de esta denuncia social presentada el 3 de agosto de 2026 al Defensor del Pueblo Español y de esta fecha en adelante a otras autoridades competentes que les pueda interesar esta causa, está fundamentada en los diez primeros informes psiquiátricos emitidos por los servicios de salud mental en la Comunidad Autónoma de Madrid entre los años 2004 al 2016. Todos estos informes han sido meticulosamente respondidos bajo el criterio de la persona que se le ha ocasionado un grave perjuicio, y que ha consistido principalmente en desacreditar su propio testimonio como católico practicante para tratar de encubrir una persecución encarnizada por la causa de Cristo, con la ayuda de aquellos mecanismos de control del Estado, tales como han llegado a ser en este caso las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y el poder judicial, que en último término sabemos que delega su autoridad en los servicios sanitarios dentro del área de la salud mental en España. Estas páginas reflejan una de las formas más sucias y al mismo tiempo sigilosas de los poderes de este mundo para deshacerse de aquellas personas que incomodan a otras que se encuentran alejadas de Dios y que por esta razón tienen sus conciencias pervertidas.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Exposición……. 1

Prólogo……. 7

Testimonio autobiográfico…… 11

Informes y comentarios personales a modo orientativo:……. 25

Informe principal…… 27

Comentario personal a modo orientativo sobre informe principal…… 30

Informe de primer ingreso…….. 33

Comentario personal a modo orientativo sobre primer informe médico…… 38

Informe de segundo ingreso…… 43

Comentario personal a modo orientativo sobre segundo informe médico…….. 47

Volante de ingreso voluntario……. 56

Informe de tercer ingreso…….. 62

Comentario personal a modo orientativo sobre tercer informe médico…… 64

Informe clínico…….. 72

Comentario personal a modo orientativo sobre cuarto informe médico…….. 75

Informe clínico…… 78

Comentario personal a modo orientativo sobre quinto informe médico……... 81

Informe SUMMA…..…… 84

Comentario personal a modo orientativo sobre informe SUMMA…… 88

Informe de sexto ingreso……... 92

Comentario a modo orientativo sobre sexto informe médico……. 98

Volante de ingreso…….. 108

Comentario personal sobre volante de ingreso……..... 111

Informe de séptimo ingreso...……..... 118

Comentario personal a modo orientativo sobre séptimo informe médico…… 124

Informe de octavo ingreso…….. 140

Comentario personal a modo orientativo sobre el octavo informe médico…….... 146

Fin del primer ciclo…….. 158

Noveno informe médico…… 162

Comentario personal a modo orientativo sobre el noveno informe médico……. 170

Burofax dirigido al obispo de Alcalá de Henares……. 172

Denuncia interpuesta a mis padres…… 180

Denuncia interpuesta a la psiquiatra de referencia……..... 186

Decimo informe médico…… 194

Comentario personal a modo orientativo sobre el décimo informe médico…… 200

Conclusión...……..... 206

Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes……. 212

Normas del CPT…….. 226

Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental……. 238

«Pero si, además, tuvierais que sufrir por causa de la justicia, bienaventurados vosotros. Ahora bien, no les tengáis miedo ni os amedrentéis. Más bien, glorificad a Cristo el Señor en vuestros corazones, dispuestos siempre para dar explicación a todo el que os pida una razón de vuestra esperanza, pero con delicadeza y con respeto, teniendo buena conciencia, para que, cuando os calumnien, queden en ridículo los que atentan contra vuestra buena conducta en Cristo. Sufrir haciendo el bien, como Cristo. Pues es mejor sufrir haciendo el bien, si así lo quiere Dios, que sufrir haciendo el mal» (Pe. 3, 14-17).

EXPOSICIÓN

¡Ay de mí, madre mía, me has engendrado para discutir y pleitear por todo el país!

Ni presté ni me han prestado, en cambio, todos me maldicen.

Si encontraba tus palabras, las devoraba: tus palabras me servían de gozo, eran la alegría de mi corazón, y tu nombre era invocado sobre mí, Señor Dios del universo.

No me junté con la gente amiga de la juerga y el disfrute; me forzaste a vivir en soledad, pues me habías llenado de tu ira. ¿Por qué se ha hecho crónica mi llaga, enconada e incurable mi herida?

Te has vuelto para mí arroyo engañoso de aguas inconstantes.

Entonces respondió el Señor: «Si vuelves, te dejaré volver, y así estarás a mi servicio; si separas la escoria del metal, yo hablaré por tu boca. Ellos volverán a ti, pero tú no vuelvas a ellos.

Haré de ti frente al pueblo muralla de bronce inexpugnable: lucharán contra ti, pero no te podrán, porque yo estoy contigo para librarte y salvarte -oráculo del Señor-.

Te libraré de manos de los malvados, te rescataré del puño de los violentos» (Jer 15, 10.16-21).

Excmo. Sr. Ángel Gabilondo Pujol.

Soy un hombre católico comprometido con Dios de mente abierta, que lleva practicando el Sacramento de la confesión desde el año 2004, con el fin de poder autocorregirme, rectificar mis malas intenciones y tratar de ser mejor persona. Recibo diariamente la Eucaristía desde el año 2008 y rezo el Rosario diariamente desde el año 2010. Desde este mismo año también comencé a rezar el Breviario que es la oración común de la Iglesia, entre otras prácticas de piedad. Me introduje al mundo del voluntariado en la ONG Desarrollo y Asistencia, concretamente en la residencia pública de mayores Francisco de Vitoria en Alcalá de Henares (Madrid). Puedo demostrar de diversas formas que no he hecho daño a nadie ni tampoco a mí mismo, siendo un hombre extrovertido, sociable, pasional, muy amigo de sus amigos, con valores y ganas de superarse en las virtudes. Me escondo en el silencio de los sagrarios y me gusta perder el tiempo con los olvidados y despreciados de la sociedad; aquellos que en muchas ocasiones no tienen con quien desahogarse. Me gusta observar todo bajo el prisma de las matemáticas, ya que encuentro en esta ciencia la belleza, la bondad y la verdad de la creación.

Este perfil que le acabo de presentar no siempre ha sido así, ya que he tenido una vida muy disoluta. A partir de los 25 años, quedé desgraciado de la espalda por un accidente laboral reconocido, que, al no llegar a ser compensado por causa de mi juventud con una incapacidad absoluta, me ocasionó un estado de salud crítico que tal como detallo en los primeros informes médicos me hizo experimentar una importante degradación física, psíquica y espiritual. El misterio del dolor me ayudó a retornar a mi pasado, cuando tenía una relación infantil con Jesús. Este reencuentro con Dios me condujo a tener ciertas experiencias difíciles de comprender que tuve la necesidad de expresar a otras personas de una forma muy pueril por mi falta de formación religiosa básica. En resumidas cuentas, estas razones provocaron que con 28 años me concedieran una incapacidad permanente absoluta por un supuesto “trastorno bipolar”.

Cada cual es libre de interpretar este tipo de etiquetas psíquicas y sociales que maneja la psiquiatría y como en mi caso gracias a Dios siempre me he cuestionado mucho la razón de los hechos o circunstancias de la vida, hasta la fecha no he abdicado para terminar considerándome como un “enfermo mental” según el criterio propio de esta ciencia. Esto ha sido entre otras razones porque sin dejar de considerar mi condición como cristiano comprometido, siempre he estado obligado a decir la verdad y, esto nos motiva a comunicar a nuestros semejantes lo que piensan o hacen mal. Esto en resumidas cuentas nos induce a discutir y a pleitear sin mayor ánimo que agradar a Dios, cuando en nuestros difíciles contextos miramos en primer lugar por su interés, que también sabemos que puede terminar redundando en un beneficio para el prójimo.

Este acto de caridad para con nuestros semejantes que por norma apenas nadie desea practicar se conoce como corrección fraterna y es uno de los mandatos evangélicos más importantes que directamente nos hace Jesús (Mt. 18,15-20). Es evidente que apenas nadie quiere practicar este acto de misericordia porque el orgullo de la mayoría de las personas les provoca un dolor en el alma que en vez de aprovechar lo que se dice para el bien de la persona, lo que se hace más bien es contrariarse con aquel que ha tratado de hacerle un bien «Ninguna corrección resulta agradable, en el momento, sino que duele; pero luego produce fruto apacible

de justicia a los ejercitados en ella.» (Hb. 12,11). Con esto quiero manifestar que el verdadero problema que padezco y que el mundo mal interpreta tal como ya he referido, no es porque tenga una "enfermedad mental", sino porque demuestro que amo al pecador, pero al mismo tiempo odio o siento gran repulsión por el pecado.

Esto ha hecho que se pongan en marcha los mecanismos de poder de este mundo para tratar de evitar o disuadir a los hombres de Dios, cuando en la actualidad disponen de una mayor facilidad y astucia para encubrir mi caso hasta el punto de desacreditar mi testimonio como católico practicante al tener que actuar de esta manera que la psiquiatría ha tenido a bien considerar como diversas "crisis", "descompensaciones", o "brotes psicóticos". En definitiva, lo que han conseguido hasta la fecha ha sido ocultar con una sagacidad loable una persecución psicológica por causa de la religión, siendo plenamente consciente en todo momento que todos los responsables de esta tiranía me han perjudicado gravemente con mayor o menor consciencia.

El resultado final físico, psíquico y espiritual de esta persecución podría resumirse diciendo que, además, he terminado por padecer un cuadro de ansiedad que ya por el largo periodo de tiempo que la llevo padeciendo es muy probable que se me haya vuelto crónica. Esta ansiedad ha sido causada principalmente por estas circunstancias vividas durante estos últimos años por el trato y con todo aquello que ha consistido la relación psiquiátrica por su persistente acoso y persecución hacia mi persona, lo que ha llegado a incapacitarme parcialmente en ciertas actividades cotidianas.

Teniendo en cuenta estos precedentes, la conclusión más sensata para un hombre de fe es que, desde el año 2004 llevo experimentando por parte de mi familia que no practica la religión, así como los servicios sanitarios y sociales e incluso la propia Iglesia una difícil y embarazosa persecución psicológica por causa de la religión bajo la influencia y sugestión directa e indirecta de estas autoridades sanitarias que por la fuerza del perdón gracias a Dios he podido ir superando hasta este momento.

Para poder solicitar estos derechos que constan en las Normas del CPC y los de la Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental, por sentirme un cristiano comprometido con su fe que lucha contra la opresión de esta sociedad, además de presentarle todos los informes médicos que me han emitido los servicios sanitarios de esta comunidad autónoma, quisiera aportar también mi testimonio de conversión, que hasta ahora no ha tenido ningún valor para los psiquiatras que trabajan para la Seguridad Social. Esta denuncia social trata de contrarrestar los torpes argumentos de los informes psiquiátricos que me han sido facilitados tras mis ingresos, para que, en un futuro no lejano y esperanzador, se pueda cumplir la verdadera publicidad de las normas, según consta en el Art. 9. 3 de la Constitución Española, para que puedan cesar los engaños por el hecho de querer dominar las mentes de aquellos hombres más débiles e indefensos y que nos encontramos en una posición de inferioridad.

Todo este aporte y esfuerzo quisiera que fuese considerado por parte de esta institución independiente y autónoma del Estado o por cualquier autoridad competente que se precie a valorar objetivamente mi caso, con el fin de delimitar el abuso de autoridad de estos servicios sanitarios y sociales y tratar de hacer verdadera justicia con estas Normas/Derechos, para que de esta manera la palabra de aquellas personas más débiles e inocentes no siga siendo

amordazada por estos métodos tan sutiles en las unidades de sometimiento y de represión química (manicomios o psiquiátricos).

Para ello considero también conveniente que se pueda garantizar a los usuarios de los servicios de salud mental una posible solicitud por la vía judicial, para que en caso de que un psiquiatra considere de nuevo oportuno cualquier ingreso en planta, puedan concedernos el derecho y la debida provisión de garantías para recurrir previamente a la institución jurídica Hábeas Corpus. De esta manera podremos exponer con serenidad y sin limitación de condiciones físicas y psíquicas los argumentos y derechos que corresponden en el Art. 3 del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, cuando hace referencia a que, «nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes». Todo esto debe de ser antes de ser tratado químicamente de nuevo sin nuestro consentimiento y no después de habernos incapacitado con la "medicación", como ha ocurrido sucesivamente en todos mis ingresos psiquiátricos.

En contra de aquellos tecnicismos psiquiátricos que extraen de la realidad su enfoque más desfavorable, debemos de tener en cuenta que la locura forma parte de la libertad de expresión o, en cualquier caso, es incluso la máxima expresión de ésta. Esta sentencia que se acaba de exponer tiene plena lucidez a pesar de que muchas personas puedan tener su etiqueta psíquica o social de «loco» o «enfermo mental», que habiendo salido del troquel racionalista de esta élite sanitaria contemporánea (APA), sabemos además que cuenta con el privilegio único de estar amparada por el poder judicial y por el poderoso y mafioso grupo de presión farmacéutico.

Puesto que me consta que ha realizado un gran esfuerzo para poner en marcha una Unidad de Víctimas y un sistema mixto junto al Gobierno y la Iglesia Católica para evaluar expedientes y garantizar indemnizaciones a los afectados por los abusos sexuales de eclesiásticos, delego este caso personal de persecución psicológica por causa de la religión a su respetable cargo, con el fin de que otras personas como servidor en lo sucesivo puedan salir al frente y denunciar sin miedo las diferentes coacciones y represalias de sus perseguidores. Confío que pueda responderme en esta ocasión con un resultado favorable, ya en esta denuncia social publicada en el Blog que administro personalmente no trata de evadir los graves efectos secundarios de las drogas psiquiátricas, ni tampoco la determinación de los tratamientos o procedimientos que precisan los usuarios en función de sus procesos de supuesta enfermedad; cuya competencia única e injustamente —tal como me han respondido en anteriores ocasiones— recae en estas autoridades sanitarias. Recurro, por tanto, a esta institución para que pueda cumplir su función de supervisar las actuaciones de las administraciones públicas para el esclarecimiento de sus actos y resoluciones, a la luz de lo dispuesto en el artículo 103.1 del texto constitucional.

PRÓLOGO

Conozco a Suso desde hace años y le acompaño en su camino de fe. Por eso accedo gustoso a escribir estas palabras a modo de prólogo de sus escritos y reflexiones.

Abarcan mucho campo. Hay un primer elemento de autobiografía que es útil para entender de donde nace todo lo demás. El deseo de Suso es mostrar como en él ha vencido la misericordia de Dios haciéndole libre y dándole el deseo de luchar por la libertad de todos. De todo se sirve Dios para hacer su obra y sacar un bien más grande. Puede resultar llamativo que cuente con normalidad la vida disoluta que ha llevado y no tenga reparos en compartir que ha estado varias veces internado en un psiquiátrico. Para algunos esto sería motivo suficiente para no prestarle ninguna atención. Con esta actitud podrían perderse algo importante.

Si algo tengo claro en mi experiencia de sacerdote es que Dios es mucho más grande y misericordioso que nosotros y sus caminos no son los nuestros. Cuando leemos en el evangelio y en las cartas de Pablo que Dios escoge lo necio del mundo y lo humilde (1 Co 1, 27) siempre tendemos a interpretarlo vaciando en gran parte la verdad de esas palabras. Estoy convencido que a través de Suso Dios puede hacer mucho bien a muchas personas.

Suso es, ante todo, un cristiano que busca la gloria de Dios y que desea dar a conocer a Cristo a todos los hombres. Él es consciente de su debilidad, pero es también consciente de la misericordia de Dios y con audacia confía en él.

Yo personalmente le he animado a compartir todo lo que vive consciente de la utilidad de los medios de comunicación. Leer sus escritos es, de algún modo, poder conversar con un amigo que tiene interés en cambiar el mundo.

En los escritos de Suso encontramos también diversidad de reflexiones. No hemos de buscar grandes teologías. Él no es ni pretende, ser un erudito o un profesor. Es, simplemente un cristiano, un, como le gusta a él remarcar “loco por Dios”. Bendita locura cuando se ofrece para gloria de Dios.

Debo decir, para aclarar las cosas, que Suso escribe a título personal. Como cristiano tiene todo el derecho de hacerlo. Sus reflexiones no son, lógicamente, expresión del Magisterio o de la doctrina de la Iglesia. De algún modo yo hago tarea de censura para que no se digan cosas contrarias a la fe.

Está entregado en cuerpo y alma a la tarea de mostrar la “belleza de la cruz”, símbolo de la libertad. Su incursión en el campo de las matemáticas (matemáticas místicas) es, cuanto menos, sugerente y es una invitación a mirar la realidad desde un horizonte más grande. Sus ponencias al respecto en varios congresos han suscitado el interés de algunos científicos y han abierto la mente a muchas personas que, gracias a estas reflexiones, pueden acercarse más a Dios.

Detrás de todo esto está el deseo de libertad, el don más grande que Dios nos ha dado. En un mundo esclavizado por tantas cosas, se agradece que alguien luche apasionadamente por la libertad. Uno podrá no estar de acuerdo en algunas cosas, pero se le ofrece un diálogo, una propuesta de una vida más hermosa y eso siempre tenemos que valorarlo. A este respecto Suso nos da ejemplo de valentía e interés.

Llama la atención la implicación personal de Suso. Él es consciente como Pablo de que donde abundó el pecado sobreabundó la gracia. (Rem 5, 20), y es esa experiencia de misericordia la que quiere ofrecer. Desde ahí tiene la sencillez de contar su autobiografía y de "confesar" sus pecados para poder ayudar a los demás a no caer en lo que el cayó e invitar a todos a acudir a la misericordia de Dios. Solo quién reconoce su pecado y se arrepiente puede experimentar el gozo y la liberación del perdón y la misericordia de Padre.

Me consta que Suso desea, ante todo, servir a Jesucristo, seguirle, configurándose con él, dispuesto a sufrir por él y con él. Tiene una vida espiritual seria, cuidando la oración, la vivencia de los sacramentos y la formación. Se sabe hijo de la Iglesia a la que "somete" todo lo que hace.

Os invito a acercaros a su página web y a dejaros interpelar por tantas sugerencias. A este respecto hago mías las palabras de San Pablo a sus comunidades: mirad y abríos a todo y quedaos con lo bueno (1 Ts. 5, 19).

Rvdo. Javier Ortega Vic. Ep. de la diócesis de Alcalá de Henares

Director espiritual desde el año 2008 al 2016

TESTIMONIO AUTOBIOGRÁFICO

En esta autobiografía, se da testimonio en primera persona de cómo Dios se vale de lo torpe e inútil y de lo despreciable de este mundo, para dar a conocer en este caso el Misterio de la ciencia de la Santa Cruz.

Este excelso Misterio nos pone de manifiesto que la Santa Cruz está impresa en caracteres matemáticos en la Naturaleza y en todo el Universo. Este fenómeno natural no sólo se puede apreciar en la tecnología de nuestros días como en los teléfonos, ordenadores, calculadoras, mandos a distancia o cualquier sistema de adquisición de datos, sino que podremos encontrarlo en el mismo calendario, en la tabla periódica de los elementos, en el genoma humano, en las orbitas de los cuerpos celestes, en las notas musicales, en el espectro electromagnético visible, etc.

Resumen de las razones por las que comparto mi testimonio:

1) Para dar gloria a Dios.

2) Por el bien de los hombres, especialmente por las nuevas generaciones.

3) Para promover y animar a todos a la práctica de la confesión sacramental.

4) Porque Dios se humilló haciéndose hombre.

5) Porque en mis circunstancias y gracias al discernimiento de mi dirección espiritual he sido plenamente consciente de que el Señor me lo pedía.

6) Para tratar de dar mayor transparencia en mi obrar.

7) Para que las personas puedan ver con claridad la grandeza del Señor en mi pobreza, torpeza y debilidad.

8) Por agradecimiento a las gracias inmerecidas que el Señor me ha concedido.

«Ten en cuenta las circunstancias y guárdate del mal, | pero no te avergüences de ti mismo. Porque hay una vergüenza que conduce al pecado, | y hay una vergüenza que es honor y gracia. No tengas miramientos en perjuicio propio, | ni sientas vergüenza por tu caída. No dejes de hablar cuando sea necesario, | ni escondas tu sabiduría por la belleza. La sabiduría se revela en la palabra, | y la educación en la forma de hablar. No contradigas a la verdad | y avergüénzate de tu ignorancia. No te avergüences de confesar tus pecados, | ni te opongas a la corriente del río. No te sometas al insensato, | ni tengas miramientos con el poderoso. Hasta la muerte lucha por la verdad, | y el Señor combatirá por ti» (Eclo. 4, 20-28).

«Por tanto, confesaos vuestros pecados unos a otros, y orad unos por otros para que seáis sanados. La oración eficaz del justo puede lograr mucho» (St. 5, 16)

¡Ojalá me toleraseis un poco de locura! Sí, toleradme (2 Co. 11,1).

Nacido el 3 de diciembre del año 1978 en Madrid, mis padres cambiaron de residencia, mudándose a la localidad de Alcalá de Henares, ciudad de las tres culturas y cuna de Miguel de Cervantes, donde gracias a Dios puedo decir que tuve una infancia feliz con toda mi familia. A finales de los 80, teniendo unos 9 años, sólo existía en la televisión en España la única oferta de dos canales públicos. Fueron estos años bastante críticos para nuestro país, así como para otros muchos lugares más en todo el mundo, ya que sobre las 11:00 de la noche en TVE, tuvo comienzo la bomba de las películas de dos rombos, es decir, de las películas pornográficas.

Por la naturaleza interior del hombre, que se inclina más a lo que puede ver por medio del sentido de su vista, este mal comenzó a filtrarse en el seno de muchas familias, especialmente para la mayoría de los hombres en aquel momento, tal como ahora podemos constatar con mayor conocimiento. Como en tantas familias llegó a ocurrir, de muchas maneras los hijos más inocentes, fueron atrapados también por las redes de este pecado capital que conocemos como lujuria. Este tipo de perversión moral no solo destrozó en aquellos momentos mi inocencia, sino que como trataré de contar aquí a grandes rasgos, fue la causa de los mayores estragos a lo largo de mi vida. Entre los millones de niños de casi todo el mundo víctimas de este mal, uno más fue también este servidor.

A pesar de haber nacido y crecido mis primeros años en una familia católica practicante, aquella ponzoña que divulgaban cada vez más los medios de comunicación comenzó a hacer tambalear la unidad de mi familia. De aquellos polvos vienen estos lodos, como dice este conocido refrán, y estos lodos hoy sabemos muchos con certeza que fueron el principio de la decadencia de nuestra civilización actual. Los efectos de este pansexualismo a nivel global comenzaron a materializarse en la apostasía generalizada que vivimos recientemente en la Iglesia, por las rupturas matrimoniales, los abortos practicados en masa, la destrucción de las familias, la corrupción de menores, el desmesurado incremento del índice de violencia, etc. En resumen, no cabe duda de que este mal ha desencadenado un grave desorden social que desde hace décadas ha asolado todos los lugares del mundo.

Siendo un niño inocente por aquel entonces, comencé a experimentar una «esquizofrenia» existencial, porque mi padre dejó de practicar por aquel entonces la religión católica. Ahora doy gracias a Dios porque mi madre no dejó de practicar su fe. A mi madre no le gustaba esta perversión moral que tanto denigra la imagen de la mujer, aunque esto no llegó a echar su mala raíz en los entornos familiares sólo por la poca oferta televisiva en aquellos momentos, pues más bien esto vino a ser el pan y circo que los gobiernos y poderes ocultos de

este mundo comenzaron a ofrecer a la civilización mundial, especialmente desde la revolución sexual de los años sesenta, no sólo para pervertir hasta los límites nuestra civilización, sino para distraer a las personas de las cosas que verdaderamente importan en la vida. Los intereses de estos poderes en muchos casos de corte masónico, especialmente bajo las ideologías progresistas de aquellos momentos, siempre han sido muchos, pero el principal a lo largo de los tiempos, ha sido la de ocultar sus corruptelas, para poder seguir ejerciendo su actividad. La basura televisiva que comenzaba a entrar en los hogares familiares por la pantalla de colores tuvo mucha relación con mis primeros desordenes sexuales. La primera relación sexual que tuve influenciado por la pornografía fue con otro niño de mi edad. Nunca me han gustado los hombres, y aunque uno no sea creyente, no cuesta demasiado comprender que esta filmografía ha hecho un daño enorme para la mayoría de las mentes, provocando toda clase de vicios y entre tantos sin duda ha contribuido mucho al trastoque de sexos. Para mayor vergüenza y desviación personal, también llegué a practicar zoofilia, aunque gracias a Dios debo de confesar que esto fue durante un breve lapso, pues pude salvarme de esta desviación vergonzosa por la atracción personal que tenía hacía las mujeres. Ya desde la infancia la impureza comenzó a ofuscar mi razonamiento, quedando mi corazón insensato envuelto en tinieblas. Desde aquel momento se puede decir que comencé a experimentar en mi vida lo que denuncia san Pablo en su Carta a los Romanos, ya que me dejé llevar por las apetencias de mi corazón a una impureza tal que degradó mi propio cuerpo, entregándome a pasiones vergonzosas. Esto lo digo porque él también nos dice que: «sus mujeres cambiaron sus relaciones naturales por otras contrarias a la naturaleza, de igual modo los hombres, abandonando las relaciones naturales con la mujer se abrasaron en sus deseos, unos de otros, cometiendo la infamia de las relaciones de hombres con hombres y recibiendo en sí mismos el pago merecido por su extravío» (Rm. 1, 26-27).

Mi relación con Cristo en aquellos primeros años de mi vida, a pesar de esta «esquizofrenia» espiritual era cercana, pero a medida que me aproximaba a la adolescencia, no solo comencé a rebelarme contra Dios, sino también contra todo lo que me rodeaba en general. El hecho de apartarse de Dios también implica separarse de todo e incluso de uno mismo, con la consecuencia de perder la luz necesaria para poder conocer nuestro interior. Todo esto me condujo a una vida desordenada y materialista en la medida que avanzaba en edad, por lo que iba cada vez perdiendo más el control. El hecho de haber sido consumidor habitual de pornografía hizo que tuviese tratos muy superficiales, especialmente con las mujeres, a ser muy promiscuo y ser muy liberal y libertino en muchos aspectos. Esta conducta hizo que se filtrase en casi todos los aspectos de mi vida, es decir, en mi forma de pensar, opinar y discernir. Por

aquel entonces, creía que las relaciones sexuales se reducían a aprovecharme lo que podía, teniendo relaciones esporádicas con todas las mujeres que me atraían. Mi relación más formal en aquel momento de mi vida no llegó a durar más de seis meses.

A los 15-16 años comencé a fumar tabaco y a los diecisiete, también por la influencia de muchas de mis amistades que ahora tengo seguridad que experimentaban estas mismas circunstancias que vivía personalmente por aquel entonces, comencé a consumir hachís y marihuana. Con esto quiero dejar constancia de que ciertamente una adicción, como fue en primer lugar consumir pornografía, fácilmente conduce a otra cadena de adicciones, cayendo de esta manera en una espiral de vicio, en la que se busca cada vez sensaciones más fuertes e intensas. Con la mayoría de edad, un hermano mío me consiguió un trabajo en un bar de copas conocido en el centro de Alcalá de Henares. A pesar de que era una persona tímida, la barra del bar con la oferta de alcohol gratis, conseguía desinhibirme. Más adelante, con la confianza de mis compañeros, no sólo fumaba hachís en la cocina, sino que terminé influyendo en sus vidas a lo que se refiere a estos vicios. A los 20 años, conseguí otro trabajo en una multinacional gracias al título de estudios que había cursado, comenzando como oficial de tercera, por medio de una agencia de trabajo temporal y, finalmente en plantilla con 25 años, ascendiendo a la categoría de oficial de primera de mantenimiento industrial. Desde los 20 hasta los 25 años llegue a tener dos trabajos, lo que me permitió asentar un poco la cabeza invirtiendo en una casa de campo que disfrutaron desde un principio mis padres.

En el lapso de los 18-25 años, estuve absorbido por la noche, con sus fiestas, sexo, drogas, música electrónica e incluso orgias, aunque no llegaba a participar en éstas activamente. Durante el último año y medio, antes de tener un accidente laboral que terminó causándome varias hernias discales, otras influencias que pensaba en aquellos momentos que eran relaciones de amistad, me hicieron caer en la adicción a la cocaína, aunque en cuanto a esta adicción el periodo resultó ser también corto gracias a Dios. El dolor por esta enfermedad profesional hizo que tuviera que dejar los dos trabajos para agarrarme a una muleta con fuertes dolores durante un largo periodo de tiempo. Tuve que ser intervenido por la mutua de trabajo, la cual me dejó peor de lo que estaba. Esto hizo que tuviese que encararme con la empresa en la que trabajaba y la mutua de accidentes en los tribunales de justicia, ya que me despidieron de una forma improcedente. El abogado que trabajó en mi caso en aquel momento me aconsejó que reclamase al servicio de salud para poder demostrar que mi situación me estaba afectando psíquicamente. Esta fue la manera como llegué a tener el primer contacto con los servicios de salud mental.

Todo lo que había experimentado hasta este momento hizo que mirase a mí infancia, cuando tenía una relación cercana con Cristo. El misterio del dolor, como a muchas personas les ha sucedido a lo largo de los tiempos, permitió que pudiese alzar mi mirada hacia el cielo. Es lo que conocemos como una etapa de crisis, un momento de oportunidad que debía de aprovechar para cambiar de vida o de lo contrario, dejarme llevar por la corriente, hasta conducirme a mi propia autodestrucción. Este momento fue cuando mi capacidad emocional, intelectual y espiritual se vio sacudida. Muchos sabemos que el misterio del sufrimiento tanto puede ayudar a acercarnos a Dios o, por lo contrario, hacer que nos rebelemos contra Él, y este acto de rebeldía, por lo general, tiende a redundar de forma negativa en todos los aspectos de nuestra vida. El hecho de hacer una retrospección de mi vida en aquella circunstancia, aunque de una forma poco madura en todos los sentidos, hizo que se despertara en mí una sensibilidad, quizá por mi propia naturaleza o por las experiencias vividas hasta aquel momento de mi vida. Esta sensibilidad a la que me refiero tuvo una relación directa con la verdad, la justicia y el derecho. En pocas palabras puedo decir que la falsedad y la descomposición social que presenciaba en el mundo ya comenzó a ocasionarme verdaderas náuseas y por esta razón comencé también a tener muchos problemas y continuos conflictos.

Una noche de diciembre del año 2004, tuve una experiencia poco común que provocó en adelante una reacción en cadena de sucesos difíciles de explicar. Esta experiencia ocurrió una noche cuando me fui a dormir. Al acostarme sobre la cama, en un breve lapso se me pasó por la mente una multitud de pecados cometidos en mi vida pasada. Esto ocurrió como si se tratase de una película en un breve periodo de tiempo, unas imágenes en la mente en las que pude contemplar muchas de las ofensas que había hecho a Dios. El resultado que tuvo aquella experiencia fue entre un trauma y una especie de liberación que llegó a emocionarme. Esta experiencia hizo que rompiera a llorar en aquel momento, lo cual también ocasionó que mis padres no sólo se asustasen, sino que además llegasen a escandalizarse de mi persona en esta circunstancia, ya que de repente afloró en mí un párvulo sentimiento cristiano que remitía a mí infancia. Este sentimiento y emoción propició que comenzase a balbucear aspectos que tenían relación con la dimensión espiritual. Como resultado de todo esto, hizo que les produjese una gran impresión y miedo a mis padres, hermano y a un amigo de la infancia que vinieron a casa en aquel momento. Como llegaron a pensar que perdí por completo el juicio, tomaron la fatídica decisión de ingresarme en la Unidad Psiquiátrica de Agudos del Hospital Príncipe de Asturias. Esta mala decisión marcó desde entonces el rumbo de toda mi vida. Aunque el diagnóstico fue indeterminado, me dieron de alta a las tres semanas. Con esta experiencia psiquiátrica, se puede

entender que mi vida se vio marcada en adelante en el punto de mira de estos servicios asistenciales que dependen de estos funcionarios que trabajan para el Estado, para poder reingresar en lo sucesivo por cualquier circunstancia adversa o difícil de interpretar en mi vida. La experiencia de cualquier superviviente de los ingresos psiquiátricos, con todo lo que ello conlleva, produce en la vida de la mayoría de las personas un profundo impacto traumático que nos marca en muchos aspectos. Al salir del psiquiátrico en el año 2004, gracias a Dios tuve la oportunidad de dar el primer paso en mi conversión, volviendo a practicar la religión católica que abandoné cuando era niño, retornando de nuevo a la Iglesia para poder recibir los Santos Sacramentos.

En el año 2006, tuve la oportunidad de visitar con dos amigos el Monasterio del Escorial. Aquella visita quise hacerla descalzándome los pies y esta experiencia me pareció muy impactante. El hecho de poder contemplar tanta belleza en un relativo pequeño espacio hizo que mi espíritu y mi mente se elevaran. Comprando un plano del lugar, se despertó en mí un espíritu aventurero. Esto lo digo porque tuve la iniciativa de querer hacer un viaje a Roma para poder llegar a tener una posible audiencia con el Papa Benedicto XVI. Por querer llevar a cabo esta aventura, tanto mi familia como parte de mis amigos pensaron que había perdido de nuevo el juicio. Como ya estaba marcado y puesto en el punto de mira de estos servicios que dependen del Estado, la posibilidad para poder obrar con plena libertad estaba prácticamente coartada, sin haber tenido plena consciencia de esta realidad en aquellos momentos. En esta ocasión me volvieron a ingresar y me dieron de alta tras otras tres semanas, ingresado de nuevo en el mismo lugar con otro fuerte coctel de drogas psiquiátricas.

En las navidades del año 2007-2008, comencé desde aquel momento hacer una reverencia antes de comulgar en la Santa Misa. Relaciono este pequeño gesto de humildad con otra experiencia que llegué a tener unos días más tarde, que vino a suponer en mi vida otro punto de inflexión. Esta experiencia a la que me refiero tuvo lugar en Almonte (Huelva), cuando en aquellos días festivos me dispuse hacer una serie de operaciones aritméticas en forma de cruz con una calculadora digital. En aquel momento me sorprendieron los resultados de estas operaciones, aunque nunca supuse que emprendería en adelante una investigación más a fondo para poder llegar a demostrar que la Santa Cruz es también un modelo matemático universal. Pasados unos días, concretamente el 15 de enero de 2008, después de haber terminado unas clases de un ciclo superior que estaba cursando, regresé a casa y encontré a mi padre leyendo solo el periódico. Al pasar por la puerta de la cocina me quedé casi perplejo mirando el torrente

de luz que entraba por la cristalera. Me detuve un rato a mirar el Sol a través de los cristales translucidos. De inmediato me fui a mi cuarto, levanté la persiana y en torno a las 14:00 de la tarde me quedé fijo mirando al Sol contando unos segundos. En el fondo no sabía lo que hacía, pero después de quitar la vista y dirigir la mirada a una esquina oscura de la habitación, pude apreciar que esta experiencia apenas me había encandilado. Tal como si llegase a ser un autómata dirigí la vista de nuevo al Sol para quedarme desde este momento completamente espiritualizado. Desde aquel día, perdí definitivamente el juicio para el mundo, para poder configurarme más con Dios. Desde aquel momento he tenido la ocasión de compartir con multitud de personas esta experiencia sobrenatural, aunque sólo han sido los más pequeños y los espíritus libres quienes han sabido acoger mejor en su corazón este misterio. Esta experiencia sobrenatural ha tenido la fuerza suficiente hasta este momento como para conseguir convencerme de que el misterio de la ciencia de la Santa Cruz, no se trataba de un mero descubrimiento humano, sino de una revelación que tuve por parte de Dios. Puedo decir «hasta este momento» porque los dones y la vocación a la que nos llama Dios son irrevocables (Rm. 11,29), por lo que esta misma experiencia con el tiempo ha conseguido que me salga aún más de mí mismo (Mc. 3,21). Con respecto a esta experiencia de carácter sobrenatural, estoy plenamente convencido que también se trata de un don para todas aquellas personas que se encuentran en estado de gracia, pues desde este momento sería importante que se pueda considerar lo que nos dice la sagrada Escritura: «de día el sol no te hará daño» (Sal. 121, 6).

Después de haberle contado a mi padre en aquel momento lo que me estaba sucediendo, tomaron de nuevo la decisión de ingresarme en el psiquiátrico. Haciendo una mirada retrospectiva, puedo llegar a reconocer que tuve una serie de graves imprudencias, como fue en este caso particular el hecho de contar a mi padre que podía contemplar la luz del Sol sin llegar a quedarme ciego, en vez de llevarlo primero a la confesión. Tengo que reconocer también que cuando tuve esta primera experiencia de poder mirar el Sol sin llegar a producirme daños oculares, hizo que se elevara de nuevo con gran vehemencia mi espíritu y mente, lo cual esto vino a suponer de cara al futuro y para el resto de mi vida una metanoia. Desde un principio supe que por causa de este cambio radical de los esquemas de mi mente iba a padecer incomprensión y por ello una feroz persecución psicológica por causa de la religión, siempre he tenido claro de que tenía que manifestar la verdad por todos los medios y asumiendo todas las posibles consecuencias. Para muchas personas de fe o incluso otras de buena voluntad que no crean lo que digo con respecto a este fenómeno sobrenatural que comencé a experimentar desde aquel momento, deben de saber que el hecho de poder acercarme al misterio de la ciencia

de la Santa Cruz y haber tenido estas experiencias, me han hecho caminar por un camino de cruz y de muchas espinas. Por lo cual, invito a cualquier lector que pueda preguntarse, ¿qué podría ganar este servidor, si lo que he contado hasta el momento en este testimonio fuese una farsa, cuando en verdad todo esto me ha hecho llegar a padecer los mayores sufrimientos de mi vida?

Fue precisamente después de este ingreso del año 2008, cuando me dieron de alta en el psiquiátrico diagnosticándome un «trastorno afectivo bipolar». Desde aquel momento me puse en manos de un sacerdote de la diócesis de Alcalá de Henares, para poder encontrar apoyo espiritual dentro de la Iglesia. Fue desde entonces cuando comencé a frecuentar de forma diaria la Santa Misa y a tomarme más en serio otras prácticas piadosas. Después de este ingreso, me concedieron una ayuda económica, pero con una etiqueta social por la cual me incapacitaron durante toda mi vida sin la posibilidad de realizarme en ninguna otra profesión. A partir de este momento y desde mi ignorancia, también comencé a discernir si Dios me llamaba al sacerdocio; abrazar la vida religiosa o ser un misionero laico. Ante esta circunstancia, precisamente por esta etiqueta de «enfermo mental», se convirtió desgraciadamente en la causa por la cual no se pudo llegar a madurar ninguna de estas vocaciones ya que la Iglesia Católica rechazó mi candidatura en dos seminarios.

Por causa de la descomposición social de nuestro tiempo, he tratado de despertar conciencias allá donde he podido tener la ocasión, aunque de forma especial dentro del seno de la Iglesia, ya que muchos hermanos en la fe han dejado de ser sal, luz y fermento para el mundo. Esto ha propiciado que en un lapso comprendido entre el año 2014 y 2016 me hayan ingresado seis ocasiones más. Teniendo en cuenta que en todos los corazones de los hombres nacen el trigo y la cizaña, soy consciente que en mi torpe experiencia como cristiano que sigue en su proceso de conversión, debo de hacer mías las palabras de san Pablo cuando dice que: «no hago el bien que quiero, sino el mal que no quiero, eso hago. Y si hago lo que no quiero, ya no lo hago yo, sino el pecado que mora en mí» (Rm. 7,19-20). Con esto quiero confesar también que en el ejercicio del anuncio de la Palabra y la denuncia de las injusticias, en algunas ocasiones concretas no he sabido obrar con la caridad de un cristiano plenamente ejemplar, aunque esto no significa que haya tenido una descompensación o desequilibrio químico en mi cerebro, sino que la causa principal del mal que he podido ocasionar, siempre se ha debido al amor desordenado a mí mismo, siendo precisamente este desorden la raíz por la cual salen a la luz todos nuestros pecados. Ahora que tengo aquí la oportunidad de hacerlo, no quisiera soslayar

mi reconocimiento de que en algunas ocasiones he tenido que obrar de una manera que según el criterio de los hombres de este mundo resulta difícil de comprender, aunque quisiera decir también que en la locura todo vale, menos el pecado.

En el Evangelio, Jesús nos dice que amemos a nuestros enemigos y roguemos por los que nos calumnian y persiguen (Mt. 5,44). También nos dice en este mismo Evangelio que, cuando nos persigan en una ciudad, huyamos a otra (Mt. 10,23). La presión provocada por este seguimiento de mis pasos hizo que tomase la decisión de trasladarme en el año 2016 al pueblo de mi madre en Almonte. A pesar de padecer y seguir padeciendo esta persecución psicológica como una realidad que para muchas personas pasa desapercibida, su lado bueno es que puedo dar gracias a Dios, ya que esto es lo que ha mantenido despierta mi fe y me ha ayudado a agarrarme con más fuerza a Él, «pues para los que aman a Dios, todo les sirve para bien» (Rm. 8, 28).

Quisiera dejar claro que para mí el milagro más grande de mi vida no ha sido poder contemplar la luz del Sol sin padecer daños oculares, sino que desde aquel preciso momento en el que tuve esta gracia inmerecida, comencé a ser una persona libre, ya que por medio de los Sacramentos que la Iglesia administra, he podido conservarme en perfecta continencia. Una de las profecías de san Nilo en el siglo V sobre los últimos tiempos, anuncia que las pasiones carnales nublarían la mente de los hombres. Esta profecía sin duda apunta de una forma especial a nuestro tiempo presente, pues ahora resulta que, cuando se habla con franqueza por el bien ajeno denunciando los pecados de la promiscuidad, la sexualidad sin frenos y toda esta clase de vicios relacionados con la impureza, padecemos la censura de diversas formas y el martirio de la coherencia, muchas veces con la imposición de tener que pagar multas cuantiosas o penas de cárcel por esta u otra causa noble parecida. Esto es sin duda un signo claro de que vivimos en una sociedad decadente como nunca se ha dado en toda la historia. Hoy en día no es raro que se presuma de estas perversiones, desviaciones y descarriamientos, «porque por ahí andan muchos, de los cuales os dije muchas veces, y aun ahora lo digo llorando, que son enemigos de la cruz de Cristo; el fin de los cuales será perdición, cuyo dios es el vientre, y cuya gloria es su vergüenza; que solo piensan en lo terrenal» (Flp. 3,18-20). Si no hubiese hablado con claridad tal como procede dando mal ejemplo una buena parte de la jerarquía eclesiástica entre muchos fieles laicos que imitan su conducta emulando a los perros mudos, no sólo estaría faltando a la caridad, sino que además sería un mentiroso, un cobarde y un traidor. Creo que se podría comprender mejor mi conducta durante estos momentos críticos que he tenido en mi vida si

tenemos en cuenta una de las muchas exhortaciones de santa Catalina de Siena, cuando nos dice: «Basta de silencios, ¡Gritad con cien mil lenguas! Que, por haber callado, el mundo está podrido».

Este breve testimonio recogido aquí, resume a grandes rasgos lo más importante de la vida de un espíritu libre que busca desinteresadamente la libertad para otras personas. Cada cual debería de saber ahora mejor de qué lado está, pues con esta intención de denuncia me desmarco de las obras infructuosas de la oscuridad, «No tengáis nada que ver con las obras infructuosas de la oscuridad, sino más bien denunciadlas, porque da vergüenza aun mencionar lo que los desobedientes hacen en secreto. Pero todo lo que la luz pone al descubierto se hace visible, porque la luz es lo que hace que todo sea visible. Por eso se dice: «Despiértate, tú que duermes, levántate de entre los muertos, y te alumbrará Cristo». (Ef. 5,11-14).Además de las razones expuestas antes de comenzar este testimonio, también he tratado de poner mi granito de arena para que se pueda volver a construir una sociedad que de nuevo valore las virtudes de la pureza y la castidad, pues si seguimos callando por miedo o vergüenza, deberíamos de saber que estaremos contribuyendo aún más con el crecimiento de la corrupción en este mundo. De igual manera lo he compartido con la intención de querer denunciar la persecución abierta e incluso silenciosa que sufrimos millones de cristianos por amor a la Verdad que es Cristo, así como para otras muchas personas de buena voluntad. Todos los hombres estamos llamados a una misión en nuestra vida y entre estos motivos que acabo de enumerar, después de haber conocido a lo largo de todos estos años a personas a las que no se les reconocen ni se respetan sus derechos, seguiré tratando de defender con todas mis fuerzas y con la ayuda de Dios el mal trato que se da a las personas que somos etiquetadas socialmente con una «enfermedad mental», según el criterio interesado de las élites médicas y la industria farmacéutica corrupta, para poder conseguir al menos que se nos reconozcan los mismos derechos conseguidos por el colectivo de personas con tendencia homosexual, los cuales han estado también diagnosticados desde los comienzos de la psiquiatría moderna como enfermos mentales. Me sentí llamado también con fuerza a esta misión después de mis primeros ingresos y tras haber conocido en la sagrada Escritura el ayuno con el cual podemos agradar más a Dios, que en definitiva son deseos divinos por los cuales estamos llamados a cambiar este mundo para: «romper las cadenas injustas, soltar las coyundas del yugo, dejar libres a los maltratados, y arrancar todo yugo» (Is. 58,6).

Es importante resaltar que en ningún momento se ha hecho aquí un juicio contra las personas que ejercen como psicólogos o psiquiatras, aunque era necesario que pusiéramos en

cuestión su sistema que en parte comprendemos que para un gran número de usuarios son imprescindibles sus servicios, aunque como cristianos creemos que estamos llamados ofrecer también de una forma especial una orientación para que se puedan aplicar soluciones reales y efectivas a los problemas de salud mental especialmente desde la aceptación de nuestros problemas y en el abandono en Dios. En este sentido habría que decir que, es posible que ciertas afirmaciones que se han vertido interpelen con fuerza a las conciencias, siendo esta parte de nuestra misión, como católicos estamos llamados a ser tolerantes con el pecador, pero nunca con el pecado, pues con nuestras oraciones por estas personas que podamos construir todos juntos un mundo mejor.

Quisiera concluir este testimonio manifestando que con independencia de haber estado dedicado al servicio de voluntariado en residencias de ancianos durante estos últimos quince años y de colaborar en lo que se me ha pedido en las necesidades de la Iglesia, puedo afirmar que nunca he buscado voluntariamente la soledad, aunque me la he creado yo mismo en la medida que he ido perdiendo el temor a ser un signo de contradicción para el mundo y, en parte también para la Iglesia contemporánea, cuando he anunciado la Palabra y al mismo tiempo he denunciado con parresia ciertas injusticias que me han afectado personalmente así como a otras personas que han sufrido o siguen sufriendo la misma experiencia que yo. Esta es una prueba más que deben de tratar de superar aquellos que luchan contra su propia tibieza y que tampoco entran en diálogo con el pecado que por desgracia son pocos (Mt. 22,14), siendo éstos los mismos que se esfuerzan por entrar por la puerta estrecha (Mt. 7,13) para encontrarse al final del camino con la compañía que tanto anhela nuestra alma. Puede sorprender que un cristiano afirme que sin haberlo querido se encuentre solo en su desierto, aunque deberíamos de aceptar que cada persona es llamada por Dios por caminos diferentes, pero siempre teniendo un fin común, que en definitiva es resplandecer en medio de las tinieblas (Lc. 11,33), «reconstruir las antiguas ruinas, cimientos hace tiempo abandonados, reparar las brechas y repoblar lugares arrasados» (Is. 58,12). Como todo principio siempre es costoso el cambio, aunque ya no lamento nada, porque por medio de este desierto, puedo escuchar mejor la voz de Dios «por eso voy a seducirla, voy a llevarla al desierto y le hablaré al corazón» (Os. 2,16).

Soy plenamente consciente que muchas de las reflexiones que hago abiertamente en este escrito y también en mi vida personal son políticamente incorrectas, y por esta razón se me han cerrado y se me seguirán cerrando muchas puertas, aunque confío que Dios hará crecer la semilla que ha puesto en mí de la manera que mejor le parezca y no según mis propios planes.

Desde hace veinte años con sinceridad he tratado de asemejarme a Cristo, que, por ser el modelo de signo de contradicción por excelencia y por expresar con libertad verdades impopulares, al mismo tiempo es también el primer modelo incorreción política para su tiempo, así como los postreros siglos de la historia vividos hasta el momento presente. Si Dios se ha valido inmerecidamente de mi persona para poder servidor de este mensaje, soy consciente de que éste posiblemente puede ser mejor acogido por el mundo que por la propia Iglesia a la que pertenezco, aunque esto no me inquieta ni me añade preocupación, ya que Cristo siendo la misma Verdad, también se quedó solo en su Cruz, abandonado por la mayoría de sus amigos, seres queridos y por los fieles que profesaron su religión durante su paso por esta vida. Él vino también a enseñarnos que «si el grano de trigo no cae en tierra y muere, queda él solo; pero si muere, da mucho fruto» (Jn. 12,23-24). Precisamente entonces, en la prueba y en la soledad, mientras muere la semilla, es el momento en que brota la vida, para poder dar fruto maduro en su momento.

> ¡Oh bendita entre todas las mujeres, que vences en pureza a los ángeles, que superas a los santos en piedad! Mi espíritu moribundo aspira a una mirada de tu gran benignidad, pero se avergüenza al espectro de tan hermoso brillo. ¡Oh, Señora mía!, yo quisiera suplicarte que, por una mirada de tu misericordia, curases las llagas y úlceras de mis pecados; pero estoy confuso ante ti a causa de su infección y suciedad. Tengo vergüenza, ¡oh, Señora mía!, de mostrarme a ti en mis impurezas tan horribles, por temor de que tú a tu vez tengas horror de mí a causa de ellas, y, sin embargo, yo no puedo, desgraciado de mí, ser visto sin ellas.

+ GLORIFICAD A DIOS CON VUESTRAS VIDAS +

+

INFORMES Y COMENTARIOS PERSONALES
A MODO ORIENTATIVO

INFORME PRINCIPAL

INSTITUTO MADRILEÑO DE LA SALUD

Madrid

INTERCONSULTA:

DIA ..... CENTRO C. S. Daubal

HORA ..... PLANTA ..... SALA Perez Lopez

URGENTE ☐

E.A.P .....

CIAS Cias 16030901025

NOMBRE Dra. Alicia Barrio López

FIRMA Col. 28/37773-1

NOMBRE DEL PINO MARIA JESUS

N.º S.S. C.I.A.: DLMR7R1 [illegible] 5014

DIRECCION [illegible] 16030901025

HISTORIA BARRIO LOPEZ ALICIA

TELEFONO

Anamn/Explor.F,: Se envía por cuadro de Ansiedad reactiva a psicología laboral (en seguimiento de AT por Mutua Daval)

P. Complementarias / Tto. Previo Solicita consulta con nosotros

JUICIO DX / MOTIVO DE INTERCONSULTA 8-10-25

ANAM/EXPL. El paciente, a partir de múltiples problemas laborales a partir de Junio de 2025 se encuentra ansioso, con hiperalertidad y bajo autoestima. No presenta otra sintomatología que requiera tratamiento.

P. COMPL.

DX. SC - Reacción adaptativa

Tto. Y Duración Tto: Orfidal 0-0-1

ALTA ☐ PRECISA SEGUIMIENTO ☐

REVISIÓN A. E. ☐

Alta por Psiquiatría

Un saludo,

FECHA ..... FIRMA Y SELLO: Dr. Cobos

HAP - 10

Comentario personal a modo orientativo sobre:

Informe principal.

1- Patología laboral (en situación de IT por hernia discal).

Agraviado en aquel momento por mi situación en la que no se percibía ningún avance, traté de persuadir a mi abogado Carlos Villalobos (D.E.P), el cual llevaba mi caso, desde mi despido improcedente en Sandvik Española S.A. El me sugirió que me citase con un psicólogo y le expusiese mi caso. Tomándole la palabra, pedí cita por urgencias, y con muchos nervios e inquietud expuse al facultativo cual era la raíz del problema. Aquí se demuestra que mi problema en verdad se fundamentaba en principios exógenos, que comprensiblemente llegaron a influir en mi conducta.

2- Múltiples problemas laborales a partir de lumbalgia. Se encuentra ansioso. Irritabilidad y baja autoestima.

Expuse la causa de mis dolores y problemas burocráticos que en aquel momento tenía con la mutua de accidentes Asepeyo y la Seguridad Social, cuando se discutía mi contingencia, que finalmente se determinó por la vía judicial como accidente laboral.

3- No presenta otra sintomatología que requiera tratamiento.

Cierto es que no necesitaba ningún tratamiento, porque la solución no estaba en medicarme, sino en afrontar mis problemas con paciencia, sin descartar en un principio la ayuda de profesionales. Este facultativo fue consciente de que mi medicina no se fundamentaba en la administración de un fármaco. En este caso más bien me animaron las palabras de san Pablo «Estad alerta, permaneced firmes en la fe, portaos varonilmente, sed fuertes» (1 Co 16:13). A pesar de querer tratar de poner en práctica este consejo, reconozco mi torpeza al querer cumplirlo.

CONCLUSIÓN

El hecho de recurrir a un psicólogo fue la causa que puso en alerta a mis padres, aunque recuerdo perfectamente que la intención de recurrir a la ayuda médica no fue por voluntad propia, sino que fue más bien por parte de mi abogado, con el fin de poder seguir haciendo reclamaciones a la mutua de accidentes Asepeyo.

Este informe es una pieza clave para poder demostrar que mi problema no se debía un exceso o carencia química en el cerebro, sino que en verdad se debía a los problemas que se fueron acumulando y que por lo común todas las personas solemos tener. Debemos de ser conscientes que, por parte de la Seguridad Social, siempre les supondrá más barato proceder a medicar, anestesiar o inhibir a un sujeto, que tratar de ayudarle a afrontar sus problemas reales. En verdad debemos reconocer que, es pedir mucho para un funcionario dar solución a los problemas de un desconocido, teniendo éstos sus problemas propios que en muchas ocasiones tampoco saben darles solución. Además, sabemos que el mayor negocio está en la administración de medicinas, en vez de paliar nuestros problemas con métodos más humanitarios y razonables. Esto demuestra que estos servicios sociales, no hacen un bien, sino

que, en la mayoría de los casos, más bien vienen a agravar el problema con que una persona parte inicialmente.

INFORME DE PRIMER INGRESO

1er Ingreso Paciente

Hospital Universitario Príncipe de Asturias

Nombre Paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C/ LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806

Sexo:	Hombre	**Teléfono:**	912809961
NHC:	78186	**Fecha de Ingreso Hospital:**	09/12/2004
Nº Episodio:	1041021444	**Fecha de Ingreso Servicio:**	09/12/2004
TIS:	DLMR781203916014	**MOTIVO DEL INGRESO:**	ORDEN FACULTATIVA
CIAS:		**Fecha de alta : Mejoría**	21/12/4
Servicio:	PSQUIATRIA P A	**MOTIVO DE ALTA:**	Indeterminado

MC: Varón de 26 años, vecino de Alcalá de Henares, que es traido a urgencias por el 112, procedente de su domicilio, para ser valorado por posible cuadro psicótico. Viene derivado por el M A P que le atendió en su domicilio por agresividad. Ingresa de manera involuntaria

FA: Se trata de un paciente sin antecedentes psiquiatricos previos salvo una cita en el CSM de Alcalá de Henares hace unos 2-3 meses por bajo estado de animo siendo dado de alta. Acude a urgencias del HUPA, traido por el 112 y derivado por el MAP de domiciliaria, tras avisar su familia por episodio de heteroagresividad y alteraciones conductuales que llega a desencadenar un cuadro de agitación psicomotriz al ver al personal sanitario del 112, negándose a acudir al hospital y posteriormente a ingresar.
Ha llevado una vida totalmente normal si bien a raiz de sufrir un accidente laboral hace dos años que le ocasionó una hernia discal, comienza a estar mas decaido y algo más retraido, presentando tambien alteraciones del ritmo sueño-vigilia (dormia de dia, por la noche navegaba por internet) y mayor irritabilidad. Pese a estos cambios ni el paciente ni la familia informan de sintomas compatibles con cuadro depresivo franco, sino mas bien de una reaccion al dolor y a las perdidas de capacidades para su vida habitual. En esta situación se matricula en un curso a distancia y posteriormente en uno presencial en Septiembre de este mismo año, mejorando su estado de ánimo pese a algunos problemas con uno de sus profesores que se agravan en el último mes.
En las últimas dos semanas, y coincidiendo aproximadamente con el despido laboral y una enfermedad grave de su padre, comienza a presentar un discurso disperso, saltigrado e incomprensible en el que predominan las ideas misticas ("venid a la luz...soy un ser de luz, un enviado...estoy preparado para morir..."), la sensación de bienestar y el interés científico. Progresivamente se van añadiendo diferentes alteraciones conductuales tales como no dormir prácticamente nada, escribir abundantemente en un cuaderno que posteriormente regala y cuyo contenido esta plagado de ideas pseudocientificas e incoherentes y a hablar constantemente de Dios y leer la Biblia cuando antes no era habitual en el. No ha consumido anti-inflamatorios corticosteroides ni tóxicos en los meses previos, salvo cannabis esporadico.
En los 3 dias previos al ingreso empeora francamente, con una actitud mas mistica y enfática y llegando a enviar 36 SMS a un amigo. El dia del ingreso se suceden diferentes alteraciones conductuales que culminan en el episodio que motiva su ingreso. Acude a la Iglesia ofreciendose al párroco como ayudante y siendo expulsado de ella posteriormente para, en esa noche, mostrarse entre asustadizo e irritable con sus padres a quienes apretaba contra si diciendo que "era un ángel con una espada de luz" y que los iba a "llevar a la luz, a estar con él". Los padres, asustados, avisan a la familia y al M.A.P quién decide trasladarlo a la urgencia del HUPA para valoración psiquiatrica.

AP: No RAMC. Intervencion quirúrgica por hernia discal secundaria a accidente laboral. Estenosis congenita del canal lumbar (Consta en los informes aportados por la familia)
Sin antecedentes psiquiatricos previos salvo cita en el CSM de Alcalá de Henares hace unos 2-3 meses por bajo estado de animo siendo dado de alta. Sin otros antecedentes de interés

AF: Padre con historia de hernia discal lumbar y cuadro depresivo reactivo a la evolucion del mismo que cedio con tratamiento antidepresivo. Cardiopatia isquémica, I.A.M hace un mes. Resto sin interés.

PP: La familia le describe como trabajador, muy sociable y alegre hasta el accidente laboral mostrandose posteriormente más triste y retraido

BIOGRAFIA: Soltero. Vive con sus padres. Es el menor de 4 hermanos, tres hombres y una mujer, de 36, 35, 31 y 26 años. Mantiene buenas relaciones familiares. Presentó enuresis hasta los 12 años y dificultades de escritura y aprendizaje especialmente a los 12-14 años, siendo los demas hitos del desarrollo normales. Onicofagia desde la infancia hasta hace año y medio en que decide controlarse. Primera relación sentimental a los 16 años, durante 7 meses y, desde entonces, relaciones esporadicas. Buena red e integración social. Estudiante voluntarioso, va aprobando los cursos con esfuerzo y estudia Formación Profesional en la rama de electrónica. En el último año ha realizado dos cursos

relacionados. Comienza a trabajar a los 16 años (panificadora, camarero, ...), compaginándolo con los estudios. Posteriormente comienza como empleado de mantenimiento y finalmente encargado del mismo. En el 2000-2001, coincidiendo con la estabilización y el ascenso laboral, decide comprar una casa y asume una hipoteca. Sufre un accidente laboral por el que esta de baja hace dos años y en peregrinación de médicos y centros que acaba en una intervención quirúrgica hace un año y una incapacidad funcional y dolor importante. (anda con muleta y cojeando, lleva faja ortopédica). Ha estado muy involucrado en su enfermedad y el tratamiento de la misma, refiriendo haberse sentido mal tratado y muy frustrado e incomprendido. Despedido hace un mes pese a la baja por lo que está en trámites judiciales. No cobra subsidio alguno. Actualmente, dada su situación, recibe ayuda económica familiar.

EC: Al ingreso el paciente esta consciente y orientado en las tres esferas mostrándose abordable y parcialmente colaborador. Con animo expansivo, refiriendo "sensación de bienestar, felicidad y paz". Lenguaje coherente aunque saltón, llegando a perder el hilo de la entrevista. Se muestra minimización respecto a lo sucedido en su domicilio ("no entienden que la gente se ante") e impresiona de ocultación de información. Niega la información suministrada por la familia. Presenta ideación delirante de contenido místico-religioso, posiblemente megalomaniaca reconociendo, en ocasiones, "tener una misión". Niega alteraciones sensoperceptivas y no impresiona de experimentarlas. Sin ideación autolítica ni heteroagresiva. Sin alteraciones en la alimentación. Insomnio global. Consumo esporádico de cannabis y ocasionalmente de cocaína (último consumo hace 2-3 meses).

OE: E.C.G dentro de los límites de normalidad. Bioquímica básica (10-12-04): glucosa 66 mg/dl, GPT 40 U/l, LDH 398 U/l, potasio 3,2 mmol/l, resto normal. TSH (10-12-04) 1,76 µU/ml (0,4 – 5,00). Hemograma (9-12-04): Neutrófilos 63,6%, Linfocitos 29,0%, VCM 31,3 pg, HCM 36,9 g/dl, resto normal. RX columna lumbar (17-12-04) con calcificación en el espacio L5-S1.
Durante el ingreso es valorado por el Servicio de Traumatología que pauta tratamiento con ibuprofeno y metamizol y plantea seguimiento ambulatorio al alta.

EV: Al ingreso se pauta Risperidona en solución oral 6ml. Durante los dos primeros días se muestra con una actitud similar al día del ingreso, abordable, medianamente colaborador muy distraible siendo difícil mantener el hilo de la conversación. Presión de habla sin fuga de ideas. Animo ligeramente hipertímico refiriendo "estado de bienestar, paz y felicidad" y algo inadecuado aunque sin alteraciones conductuales. Con un discurso fluido, taquifásico, de contenido vago y algo pueril, prolijo y muy arborescente llegando incluso a perder el hilo del mismo. Presenta ideación delirante de tipo místico-religioso posiblemente mesiánica poco estructurada, mostrándose minimizador y controlador especialmente sobre lo sucedido al ingreso. No parece presentar alteraciones sensoperceptivas ni de vivencia del yo. De forma llamativamente rápida a disminuye la expansividad, va mejorando la forma de su discurso y se va distanciando de la ideación delirante, hasta realizar una crítica parcial de la misma sin presentar repercusiones en su conducta. Se muestra minimizador y tendente a la negación respecto al episodio que motiva el ingreso, aunque presenta buena adherencia al tratamiento ambulatorio. Desde el ingreso en la unidad no ha presentado alteraciones del sueño. Se ha relacionado sin ningún problema con el resto de paciente sy con al personal. Se van planteando salidas progresivas de la unidad hasta una salida de fin de semana con muy buena adecuación, señalando la familia que lo encuentran restablecido "como es el". Dada la mejoría, se decide el alta hospitalaria.

JC: Psicosis Reactiva Breve (CIE-9: 298.8, con tintes maniformes)

RT: Acudirá a solicitar cita en consultas de traumatología para valoración.
Acudirá al CSM de Alcalá de Henares (C/ Reyes Magos) el día 23 de diciembre a las 20:00 horas con la Dra. Villalba.
Hasta nueva valoración:

Risperdal sol.	**3ml**	**0**	**3ml**
Omeprazol 20mg	**1**	**0**	**0**
Ibuprofeno 600mg	**1 comp/8 horas.**		
Nolotil 575mg	**1 comp/6 horas.**		
Orfidal 1m sublingual si ansiedad.			

Hospital Universitario
Príncipe de Asturias

Nombre Paciente: DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio: C/ LOS HEROES, 36-D
Población: ALCALA DE HENARES
Provincia: MADRID
Código Postal: 28806

En caso de mayor dolor (pautado por traumatología y sustituyendo al tratamiento analgésico previo)

Adolonta 50mg/6 horas.
Neobufren 800mg retard 0 - 0 - 2

Dra. C. Avedillo
Psiquiatra

Dra. I. Mirapeix
Residente Psiquiatría

Marcos López
Residente Psicología

Alcalá de Henares, 21 de Diciembre de 2004

Comentario personal a modo orientativo sobre:

Primer informe médico.

1- Viene derivado por el MAP que le atendió en su domicilio por agresividad.

Tal como se pone en conocimiento por medio de mi testimonio, aquel día tuve una experiencia en la que rompí a llorar recordando mi infancia, por el miedo a la muerte de mis padres y a la misma vez dando gracias, porque aún estaban junto a mí. La alegría en aquel momento fue tan grande que mis padres se extrañaron mucho de mi reacción, pues no dejaba de darles besos y abrazos.

Sin previo aviso, llamaron a mi hermano Miguel, que no vivía en aquel momento en el domicilio paterno y a un amigo de la infancia llamado Manuel. Ellos quedaron muy extrañados, porque les hablé en varias ocasiones de la influencia del Demonio en muchos aspectos de la vida, un dogma de fe para los católicos, aunque para aquellos más alejados de la fe pueda ser objeto de locura.

Después de rogar a todos que se tranquilizaran me fui de nuevo a la cama. En un corto periodo de tiempo, sin previo aviso llamaron al 112 y estando acostado en mi habitación, apareció MAP, aunque a decir verdad en ese momento sin ser consciente de las intenciones de mi familia, una señora desconocida entraba en mi habitación con un inyectable, el cual tenía una aguja de más de 4 cm. Lo que se describe en la cabecera de este primer informe como agresividad, podría definir mejor este hecho como una reacción al miedo y pavor que me cogió en aquel momento de forma completamente inesperada.

Además, por esta y otras experiencias, quiero poner de manifiesto que las comunicaciones entre los auxiliares del MAP fueron relativamente rápidas, por lo cual muy superficiales. Tampoco me dieron la oportunidad de preguntarme qué ocurrió en mi domicilio, para comportarme como dicen ―erróneamente― con agresividad. Quisiera poner en conocimiento que en el hombre existe algo que conocemos como instinto de supervivencia, que de muchas maneras se puede activar y que dependiendo del contexto y las circunstancias puede llegar a confundir a otras personas del entorno, haciéndoles creer que estos gestos pueden parecer muestras de agresividad u otras conductas semejantes.

2- Ha llevado una vida totalmente normal si bien a raíz de sufrir un accidente laboral hace dos años que le ocasionó una hernia discal, comienza a estar más decaído y algo más retraído, presentando también alteraciones del ritmo sueño-vigilia (dormía de día, por la noche navegaba por internet) y mayor irritabilidad.

A una edad de 25 años, poco temple se suele tener para haber soportado hasta la fecha tanto dolor físico y moral, ocasionado en este caso por mi hernia discal y otros problemas burocráticos que a su vez se sumaban a los cotidianos.

3- Reacción al dolor y a las pérdidas de capacidades para su vida habitual.

En este informe se expone claramente que el problema, no se trataba de una reacción de carencias o excesos de diferentes elementos químicos en el cerebro, sino por la respuesta al dolor y a la pérdida de capacidad motriz en mi vida cotidiana.

4- Comienza a presentar un discurso disperso, saltígrado e incomprensible en el que predominan las ideas místicas ("venid a la luz… soy un ser de luz… un enviado… estoy preparado para morir").

Nadie puede negar que, ante los diversos problemas de la vida, en muchas circunstancias podemos tener tendencia a guardar silencio, hasta que puede aflorar en nosotros la necesidad de comunicarnos de muchas formas. Desde un principio fui consciente de que mi amparo estaba en resguardarme en el Señor, por lo que este diálogo incomprensible es sencillamente porque «el hombre natural no percibe las cosas que son del Espíritu de Dios, porque para él son locura, y no las puede entender, porque se han de discernir espiritualmente» (1 Co 2, 14).

Como otros muchos hombres bautizados, puedo considerarme un ser de luz, porque soy hijo de la luz, enviado como cualquier otro a hacer nuestro apostolado, pero «Ciertamente, los hijos de este mundo son más astutos con su gente que los hijos de la luz» (Lc. 16,8). Cierto es que en aquel momento debo de reconocer que decía torpemente que estaba preparado para morir, pero como fin al dolor que experimentaba y aunque lo entendiera en aquel momento de una forma egoísta, debo de hacer constar que siempre lo hacía pensando por la vía natural.

5- Hablar constantemente de Dios y a leer la Biblia.

Lo que para otros es extraño e incluso aborrecible, aquí se demuestra mi amor por Dios, cierto que de una manera muy torpe por mí parte, pero de una forma sincera y constante buscando siempre su Palabra.

6- Que "era un ángel con una espada de luz" y que los iba a" llevar a la luz a estar con él".

Desgraciadamente, ante toda situación difícil e incluso hostil, se suman condicionantes que distorsionan en ocasiones el lenguaje, y aunque con la edad y cultura de mis padres hay más probabilidad de confusión, debemos de tener en cuenta el contexto en aquellos momentos. Aun siendo así, esta tuvo que ser una idea muy vaga, ya que no solo ahora conozco perfectamente cuales son las naturalezas de un hombre, así como la de un ángel. Lo que sí recuerdo perfectamente es que esa espada de luz a la que me refería no era lo que conocemos por un arma blanca, larga, recta, aguda y cortante, con guarnición y empuñadura, sino que la espada de luz a la que me refería era la Palabra de Dios, que gracias a Dios de forma constante y sin complejo estaba en mi boca. Finalmente decir que este pronombre (él) debería estar escrito en mayúscula.

7- Estenosis congénita de canal lumbar.

Estenosis congénita de canal, pero más tarde se reconoció como accidente laboral, por lo cual se llegó a reconocer legalmente por la vía judicial como contingencia laboral.

8- La familia le describe como trabajador muy sociable y alegre hasta el accidente laboral, mostrándose posteriormente más triste y retraído.

Se reconoce por parte de la familia que no he sido irritable, ni agresivo, por lo que se da a entender que no era propenso a vivir decaído o a tener rasgos depresivos.

9- Mantiene buenas relaciones familiares.

Confirma de manera contundente el apartado número 8.

10- Buena red e integración social.

Confirma de igual manera los apartados 8 y 9.

11- Sufre un accidente laboral por el que está de baja hace dos años y en peregrinación de médicos y cirujanos que acaba en una intervención quirúrgica hace un año y una incapacidad funcional y dolor importante, anda con muleta y cojeando lleva faja ortopédica.

No podemos descartar los efectos de un gran dolor que irremediablemente termina irradiando de muchas formas a la psique, en la que además se sumaba a la incompetencia de muchos facultativos en el trato con el paciente.

12- Refiriendo haberse sentido maltratado y muy frustrado e incomprendido.

En el apartado número 11 se describe de forma general las causas y en este punto se describen los efectos; maltrato, frustración e incomprensión. Puedo dar garantía de que estos hechos hasta el momento no han cesado.

13- Al ingreso el paciente está consciente y orientado en las tres esferas mostrándose abordable y parcialmente colaborador.

A pesar de estar consciente y orientado como aquí se describe, prácticamente seguía tan impactado por la situación, como cuando entró la persona de MAP con el inyectable a mi habitación sin previo aviso. Incluso podría decir al respecto que por este impacto estaba parcialmente bloqueado, razón que junto por la causa de la medicación apenas pude tener capacidad para argumentar una defensa.

14- Se muestra minimizador respecto a lo sucedido en su domicilio (“No entienden que la gente se ame”)

Me mostré y me sigo mostrando minimizador a lo que pasó en el domicilio de mis padres. Tengo seguridad que, de haberme informado mis padres de sus intenciones, hubiésemos procedido a un paciente diálogo, pero recurriéndose finalmente a estos medios exprés,

desgraciadamente todo terminó de muy mala manera. Como se hace constar en la afirmación "no entienden que la gente se ame", quizá vendría a corregir el error al hacer la transcripción a "no entiende que la gente se ame", pues como digo, estaba impactado por esta experiencia. Reconozco en aquel momento mi torpeza, pues lo que quise exponer fue la imposibilidad del amor ante tanto egoísmo, sin ser plenamente consciente en aquel momento de la raíz de aquella circunstancia adversa en la que me veía inmerso, que era en definitiva lo que verdaderamente tenía importancia.

15- Reconociendo en ocasiones "tener una misión".

Reconozco que cuando afirmaba tener una misión, era una idea muy vaga, pero en la actualidad puedo fundamentar mejor que, en verdad tengo como todo cristiano comprometido una misión. Esta misión viene a ser en primer lugar hacer el bien y de trasmitir la Palabra de Dios a tiempo y a destiempo « Predica la palabra; insiste a tiempo y fuera de tiempo; redarguye, reprende, exhorta con mucha paciencia e instrucción» (2 Ti 4,2), pudiendo ahora dar fe de que esto se ha cumplido y se seguirá cumpliendo. Es evidente que el contexto en el que me encontraba no ayudaba a que los facultativos pudiesen comprender lo que quería decir.

16- Consumo esporádico de cannabis y ocasionalmente de cocaína (último consumo hace 2-3 meses).

Reconozco el consumo esporádico de cánnabis y ocasionalmente de cocaína, pero también reconozco que, en ese principio de búsqueda de Dios, tomé la sana determinación de cortar con este consumo.

17- Señalando la familia que lo encuentran restablecido "como es él"

Tengo que reconocer en aquel momento la torpeza de un iniciado en la fe, con una pasión quizá medianamente desordenada, aunque recordando el pasaje evangélico que mejor se adaptaba a mi situación por aquel entonces «Desead como niños recién nacidos la leche espiritual no adulterada, para que por ella crezcáis para salvación» (1 Pe 2, 2).

CONCLUSIÓN

La razón por la que mis padres se escandalizaron aquel día fue por romper a llorar de forma repentina, debido a un mal recuerdo de la infancia, que se fundamentaba en el miedo a que mis padres fallecieran. Ellos no supieron esta razón hasta más tarde, pero sí que recuerdan perfectamente que, tras esta reacción, comencé a darles muchos besos y abrazos. ¿Dónde hacen constar estos hechos los facultativos? Quizá, por mi parte, podría ser normal que por estos hechos previos que ellos obvian estuviese impactado, junto con los efectos de los psicofármacos, pero los facultativos deberían tener el deber en la profesión de extraer las verdaderas causas, bien sea por parte del paciente o bien a través de los familiares. Para un correcto ejercicio en este servicio al ciudadano, debería ser de obligado cumplimiento que se pudiesen contrastar los diferentes testimonios y que a su vez en los informes pudiesen dar constancia de todos estos hechos.

Al no constar estas razones en el informe para que después se pudieran contrastar los hechos, otras personas podrían entender que la razón de este primer ingreso pudo ser exclusivamente por esa "agresividad" que se cita en el apartado número 1.

A pesar de haberme preocupado de informar por la vía formal, hasta la fecha no consta ni se rectifica en ningún informe estos hechos que torpemente siguen ignorando los facultativos, teniendo al respecto mayor responsabilidad la Dra. Paz Villalba .

Reconozco personalmente que el dolor físico y el espiritual, pudiera dar lugar a un desahogo, en forma de llanto, que a mi modo de ver es una reacción tan humana como puede ser la emoción de alegría, que sabemos que puede manifestarse de muchas formas en cualquier momento y circunstancia de la vida.

Se puede apreciar que mi familia aboga a mi favor, cuando afirma que he tenido una vida normal hasta el momento y esto dice mucho por mí parte, porque de tener una infancia o adolescencia difícil, con seguridad podría ser causa de algún rasgo negativo en mi personalidad.

Lo que ocurrió en aquel primer instante no fue por lo que se cita en este primer informe, en verdad la razón de mi «problema» ha pasado inadvertida para mi familia, amigos e incluyendo los servicios sociales. Lo que me pasó en aquel momento fue una primera exteriorización, causada por todo el dolor físico de mi enfermedad profesional y el resto de las circunstancias, que poco a poco me hicieron más sensible, más humano ante la vida, porque sabemos que el dolor, si es aceptado, nos ayuda a humanizarnos e incluso nos ayuda a poder ser más humildes. De esto precisamente, los psicólogos y psiquiatras saben poco, pues esta labor viene a ser más bien competencia de un sacerdote o religioso, de una persona que se sabe entregada a los demás, demostrándolo en su renuncia a los «bienes» de este mundo, aunque en aquel momento no era plenamente consciente de todo esto.

Esta reacción que experimenté personalmente ha sido y es la medicina natural ante todo el dolor que he ido acumulando. Por la experiencia puedo afirmar que lo que creemos en ocasiones que puede ser un problema, en verdad ya viene a ser la solución, aunque en nuestro camino siempre encontraremos a muchas personas que por ignorancia o bien por intereses propios, les interese aprovecharse de estas circunstancias.

INFORME DE SEGUNDO INGRESO

3ª Ingreso

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

Nombre Paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806

Sexo:	Hombre
NHC:	78186
Nº Episodio:	1061009574
TIS:	DLMR781203916014
CIAS:	
Servicio:	PSQUIATRIA P.A.

Teléfono:	912809961
Fecha de Ingreso Hospital:	19/05/2006
Fecha de Ingreso Servicio:	19/05/2006
MOTIVO DEL INGRESO:	ORDEN FACULTATIVA
Fecha de alta :	12/06/06
MOTIVO DE ALTA:	Mejoría

MOTIVO DE CONSULTA:

Varón de 27 años vecino de Alcalá de Henares que es traído a la urgencia por su hermano "por episodio maniaco". Ingresa de modo involuntario.

HISTORIA ACTUAL:

Se trata de un joven con historia psiquiátrica desde hace un año aproximadamente cuando toma contacto con los servicios de salud Mental en nuestra UHB por cuadro psicótico. Estable hasta la actualidad. Es traído por su hermano desde el H. Ramón y Cajal por "cuadro maniaco". Parece que fue derivado allí desde el aeropuerto de Barajas a donde el paciente había acudido "a coger un avión para ir a Roma…a ver al pontífice…me iba a recibir hoy…tengo unos presentes". Allí, al verle inquieto, hablador y cantando, el personal del aeropuerto decide llamar al 112 y es trasladado al H. Ramón y Cajal. Allí es valorado como cuadro psicótico a filiar y dado de alta. La familia refiere que ya estaba muy inquieto, llevaba 5 días sin dormir apenas y realizaba más actividades y gastos. El día antes del ingreso fue al escorial "mis amigos me llamaron y nada es coincidencia…sabe que el escorial tiene 33.000 m…33, como la edad de Cristo al morir, ¿qué le parece?¿mucha coincidencia no?" es ahí cuando decide ir al vaticano.

El paciente refiere esta muy contento, mejor que nunca "con mucho amor…porque la solidaridad da felicidad…tengo mucho amor que regalar" y el ha de "dar amor" intuyéndose que tiene una misión "como San Pedro".

ANTECEDENTES PERSONALES:

No RAMC.

Estenosis congénita del canal lumbar.

Hernia discal secundaria a accidente laboral. Varias intervenciones. Dolor crónico tipo ciático. Actualmente lleva un sistema de electroestimulación.

Un ingreso psiquiátrico hace un año en nuestra unidad dianosticado de psicosis reactiva breve con tintes maniformes. Unos meses antes había acudido al CSM por cuadro depresivo y fue dado de alta. En Seguimiento en el CSM de Alcalá (Dra. Villalba). Tras el alta hospitalaria mantuvo el tratamiento con Risperidona unos 8 meses siendo retirado el mismo por mejoría sostenida.

Consumidor de tóxicos. Niega consumo actual.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre con historia de herniación lumbar y cuadro depresivo reactivo a la evolución del mismo que cedió con tratamiento antidepresivo. Cardiopatía isquémica, I.A.M.

Abuela paterna con "la cabeza perdida, se iba de casa y no cuidaba a los niños". Una tía-abuela también con problemas. Una prima de su padre también, no saben el diagnóstico pero cuentan "se va toda la noche por ahí, pierde la cabeza todos los años".

BIOGRAFÍA:

Soltero. Vive con sus padres. Es el menor de 4 hermanos, tres hombres y una mujer, de 36, 35, 31 y 26 años. Mantiene buenas relaciones familiares. Presentó enuresis hasta los 12 años y dificultades de escritura y aprendizaje especialmente a los 12-14 años, siendo los demás hitos del desarrollo normales. Onicofagia desde la infancia hasta hace año y medio en que decide controlarse. Primera relación sentimental a los 16 años, durante 7 meses y, desde entonces, relaciones esporádicas. Buena red e integración social. Estudiante voluntarioso, va aprobando los cursos con esfuerzo y estudia Formación Profesional en la rama de electrónica. En el último año ha realizado dos cursos relacionados. Comienza a trabajar a los 16 años (panificadora, camarero...), compaginándolo con los estudios. Posteriormente comienza como empleado de mantenimiento y finalmente encargado del mismo. En el 2000-2001, coincidiendo con la estabilización y el ascenso laboral, decide comprar una casa y asumir una hipoteca. Sufre un accidente laboral por el que esta de baja hace dos años y en peregrinación de médicos y cirujanos que acaba en una intervención quirúrgica hace un año y una incapacidad funcional y dolor importante, (anda con muleta y cojeando, lleva faja ortopédica). Ha estado

muy involucrado en su enfermedad y el tratamiento de la misma, refiriendo haberse sentido mal tratado y muy frustrado e incomprendido.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA:

En urgencias se encuentra el paciente deambulando, cantando en voz alta, bailando, saludando y abrazando. Consciente y globalmente orientado, lúcido. Anordable aunque poco colaborador. Ánimo expansivo. Fluctúa entre la hipertimia y la disforia. Discurso fluido, verborreico, taquifásico, con presión de habla, asociaciones laxas y cierta pérdida del hilo conductor aunque coherente globalmente. Verbaliza ideación delirante de corte místico-religioso con tintes megalomaniacos poco estructurada. Insomnio global de 5 días de evolución. Hiperactividad psicomotriz y gastos superfluos. Desinhibido y moderadamente inadecuado. No ideación autolítica.

DATOS COMPLEMENTARIOS Y/0 PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS:

Hemograma y bioquímica dentro de los límites de la normalidad. Hemostasia normal. Función tiroidea normal.

RESUMEN DE EVOLUCIÓN CLÍNICA:

Al ingreso se pauta Risperidona en solución d.m.d 12ml. Durante los dos primeros días se muestra con una actitud similar al día del ingreso, abordable, medianamente colaborador muy distraible siendo difícil mantener el hilo de la conversación. Presión de habla sin fuga de ideas. Ánimo ligeramente hipertímico refiriendo "estado de bienestar, paz y felicidad" y algo inadecuado aunque sin alteraciones conductuales. Con un discurso fluido, taquifásico, de contenido místico-religioso vago y algo pueril. Presenta ideación delirante de tipo místico-religioso posiblemente mesiánica poco estructurada, mostrándose minimizador y controlador especialmente sobre lo sucedido al ingreso. No parece presentar alteraciones sensoperceptivas ni de vivencia del yo. Iniciamos también tratamiento con Ácido Valproico como estabilizador del ánimo, pero al pedir los primeros niveles de control nos encontramos con un resultado de 0. El paciente admite finalmente que ha estado escondiendo esa medicación aunque asegura haber tomado la Risperidona (lo que también se objetiva por la mejoría clínica). Paulatinamente disminuye la expansividad, va mejorando la forma de su discurso y se va distanciando de la ideación delirante, hasta realizar una crítica parcial de la misma, sin presentar repercusiones en su conducta. Se muestra minimizador y tendente a la negación respecto al episodio que motiva el ingreso, aunque presenta buena adherencia al tratamiento ambulatorio (si bien insiste en que quiere abandonar el tratamiento tan pronto como sea posible). Desde el ingreso en la unidad no ha presentado alteraciones del sueño. Se ha relacionado sin ningún problema con el resto de pacientes y con el personal. El paciente está muy preocupado por la repercusión en sus estudios de este nuevo ingreso, que ha impedido que pueda acudir a sus clases y exámenes. Además se encuentra con dificultades para concentrarse debido a la medicación. Se van planteando salidas progresivas de la unidad hasta una salida de fin de semana con muy buena adecuación, señalando la familia que lo encuentran restablecido aunque preocupados por la adherencia al tratamiento. Dada la mejoría, se decide el alta hospitalaria.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

T. Bipolar tipo I. Episodio maniaco. (CIE-9 296.0)

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS:

Risperdal 6ml-0-6ml
Akinetón Retard 1-0-0
Loramet 2 mg. si insomnio.

Acudira al CSM de Alcalá de Henares el día 19/06/06 a las 18:15 donde tienen cita con su psiquiatra de referencia (Dra. Villalba).

FIRMA:Dr. ELVIRA HERRERIA MARTINEZ
Mir psiquiatría

Dr. Alejandro Merino Fernandez-Pellón
Psiquiatra

Comentario personal a modo orientativo sobre:

Segundo informe médico.

1- Derivado allí desde el aeropuerto de barajas a donde el paciente había acudido "a coger un avión para ir a Roma… a ver al pontífice…me iba a recibir hoy…tengo unos presentes".

Tras mi indignación en aquel momento, en parte inducida por la película «El Código Davinci» y tras una experiencia muy íntima en el Monasterio del Escorial con mis amigos Daniel y Nacho, tomé verdadera conciencia del misterio de los números, misterio que el sabio de san Isidoro de Sevilla en su libro Etimologías I (Biblioteca de Autores Cristianos B.A.C. Madrid, 1993) ya nos exhortaba a que no se debe menospreciar en absoluto la ciencia de los números. En muchos pasajes de la Sagrada Escritura se pone de relieve cuán profundo es el misterio que entrañan. No en vano en las alabanzas a Dios se dice: «Todo lo has creado con medida, número y peso» (Sab. 11, 21).

Consciente de esta realidad y muy animado ante semejante misterio, quise ponerme en marcha para poder ir a Roma, tomando unos documentos a modo de regalo para el Pontífice como fue el plano del monasterio, pero debe de tratarse de un error cuando se cita que iba a recibirme hoy en esta observación o etiqueta con tantos puntos suspensivos, pues, a decir verdad, desconocía en aquel momento cómo podría conseguir hablar con él. Aun así, debemos de tener en cuenta que los Pontífices también dan la oportunidad a cualquier persona para poder tener con ellos una audiencia. Por tanto, considero que nadie puede demostrar aquí nada malo en contra de esta libre voluntad que tuve aquel momento.

Agrega san Isidoro que, aparecen también en la Sagrada Escritura otros números cuyo sentido no pueden desentrañar, sino quienes conocen la ciencia de este arte. En cierto sentido es evidente que nosotros vivimos bajo la disciplina de los números, ya que, gracias a ella, sabemos las horas, llevamos el cómputo del paso de los meses y conocemos cuándo retorna cada época del año. A merced del número aprendemos a no ser engañados.

2- Allí al verle inquieto, hablador y cantando, el personal del aeropuerto decide llamar al 112 y es trasladado al H. Ramón y Cajal.

Recuerdo que me llevé una PDA en la que llevaba mi música preferida, pues además de estar alegre por razones que otros no comprendían, por otro lado, tenía cierto temor, aunque como dice una canción del grupo español El Último de la Fila, "quien canta su mal espanta", siendo en verdad un adagio que recomienda enfrentarse con buen humor a las adversidades. "Antes he oído decir -dijo don Quijote- que quien canta, sus males espantan" (El Quijote, capítulo XXII, 1ª parte). Queriendo dar testimonio de un caso semejante, puedo decir que conozco a David, una persona del coro de mi parroquia el cual mucha gente le vemos cantar solo por la calle con sus cascos, pero ahí está, sacándose su carrera de medicina.

En mi caso, así fue como traté de disipar el miedo ante esta adversidad, pues tuve varias discusiones con mi hermano Miguel, tratando de exponerle mi caso desde el punto de vista de la fe, por tanto, siendo algo muy incomprensible para él. Discutí también con Juan Carlos, amigo de mi hermano, el cual me llevó al aeropuerto, recriminándole severamente en aquel momento, para que dejara su vida ruinosa por causa de las drogas. Por otro lado, es muy importante citar que mi hermano llamó a Ángela, amiga en común que ejercía en aquel momento como policía del aeropuerto. Ángela trató de convencerme para que no me fuera y, sí que debo de decir que desde este momento fui el centro de atención de la vigilancia del aeropuerto.

Cuando me levantaron del suelo violentamente mientras esperaba la hora para poder sacar el billete, estaba dormido, sin inquietudes, sin cantar y sin hablar, por lo cual no molestaba a nadie. De nuevo me cogió completamente de sorpresa esta situación.

3- Llevaba cinco días sin dormir apenas y realizaba más actividades y gastos

No solo debo reconocer en aquel momento que no pude dormir satisfactoriamente durante unos días. Es difícil acordarme porque no pude dormir bien en aquellos momentos, pero con seguridad pudo ser por el dolor de mi enfermedad profesional y por causa del clima. Quiero advertir desde este momento que nunca he sido tampoco muy amigo de medicarme para aliviar el dolor a no ser que el caso pudiese ser extremo.

Puedo dar fe que los gastos superfluos que pude hacer aquel día llegaron a ser un plano del Monasterio del Escorial, que me costó menos de 10 € y una propina que dejé de 10 € en un bar cercano a mi casa antes de que me llevasen al aeropuerto.

4- Mis amigos me llamaron y nada es coincidencia…sabe que el Escorial tiene 33.000m2… 33 como la edad de Cristo al morir, ¿Qué le parece? ¿Mucha coincidencia no? Es ahí cuando decide ir al Vaticano.

En la ruta turística del Monasterio del Escorial, me parecieron sorprendentes algunos datos, pero me quedé maravillado cuando dijo la guía que el área era de 33.000 m2, es decir, la edad de la muerte de Cristo. Quedé maravillado, de cómo trabajaron y cuidaron en aquellos tiempos cada detalle. Por otro lado, me cuestionaba que pudiera ser una coincidencia que el área de esta portentosa construcción respecto a la edad de la muerte de Cristo. En verdad pude saber más tarde que no era una coincidencia, algo que como podemos comprobar en esta observación que los facultativos de igual manera desconocían, pues en verdad fue un plan pensado por los constructores del Monasterio, pero, aun así, tenía otras muchas razones, que me hicieron tomar la decisión de emprender este viaje.

5- El paciente refiere está muy contento, mejor que nunca "con mucho amor…porque la solidaridad da felicidad…tengo mucho amor que regalar" y él ha de "dar amor" intuyéndose que tiene una misión.

De nuevo puedo decir que tras vivir tanto tiempo de dolor y mi ansia de búsqueda de Dios, empezaba a sentir sus efectos en forma de alegría y bien podía decir también que ahora mejor que nunca.

Entre comillas dice “con mucho amor, porque la solidaridad da la felicidad… tengo mucho amor que regalar”. Yo al menos sigo creyendo lo que dije y me pregunto ahora ¿Hay algo de malo en esto? Lo malo en cuestión no es estar triste o feliz, lo verdaderamente malo en este caso que nos ocupa, es estar en el punto de mira de un sistema que no es infalible y que muchas veces se equivoca en su ejercicio, formado en este caso por otros hombres que trabajan con las personas, como si se tratase de una cadena de montaje en plena era de la revolución industrial. Mi error en aquel momento es que no sabía distinguir la caridad de la solidaridad.

Cuando se cita textualmente “tiene una misión como San Pedro” quizá podría recurrir a mi familia, para poder aclarar este error, aunque antes recurro al sentido común, pues no es lo mismo decir que tiene una misión como San Pedro, que decir que tenía la misión de ir a San Pedro. Efectivamente, se entiende a que era a San Pedro del Vaticano.

6- Varias intervenciones

Este es otro error de nuevo, pues solo he tenido una intervención quirúrgica.

7- Unos meses antes había acudido a CSM por cuadro depresivo y fue dado de alta.

Nos encontramos aquí ante otro grave error, que puede tener dos vertientes:

- Por un lado este punto puede referirse a un momento delicado en el que decidí ponerme en manos de un psicólogo en el Centro de Salud Reyes Magos, un centro de salud mental por aquel entonces, donde me dieron el alta no por depresión, como se hace constar en el informe del colegiado 28/37773-1 1603090102S el día 8/10/2003, sino porque no presentaba ninguna patología para ponerme tratamiento. Este informe es clave para poder comprender la raíz del problema que experimentaba con mayor intensidad en aquel momento, ya que según cita el psicólogo:

Anamn/Explor.F,: “patología laboral en situación de IT por hernia discal”

”El paciente, a partir de múltiples problemas laborales y a partir de lumbalgia se encuentra ansioso con algo de irritabilidad y baja autoestima. No presenta otra sintomatología que requiera tratamiento. Reacción adaptativa”

Alta por psiquiatría.

- Por otro lado, puedo dar fe de que mi única experiencia con la depresión fue vivida de una forma muy íntima, porque en un principio no quise compartirla con nadie, haciendo constar este hecho en esta observación. Cierto es que no recuerdo concretamente cuando la experimenté, aunque su duración fue aproximadamente de 6 a 8 meses, pero lo que sí puedo decir es que no compartí mi experiencia con familiares ni amigos cercanos. Tampoco quise compartir mi experiencia con mi médico psiquiatra asignado, que en verdad se produjo después del primer ingreso y no en este momento que aquí se cita. Creo que todos tenemos el derecho a compartir o guardar nuestro dolor, al menos de forma temporal, pudiendo ser más o menos reservados a la hora de poder manifestar nuestros problemas. Es por ello que, puedo asegurar con plena consciencia que nunca pedí ayuda médica para superar la depresión. Por tanto,

desconozco como pudieron llegar a conocer este hecho que aún no se había producido realmente.

8- Empleado de mantenimiento y finalmente encargado del mismo.

Es posible que en mi vida anterior no practicase tanto la humildad como ahora me hubiese gustado. También podría recurrir a la relación con mi familia y amistades para dar fe si era fantasioso o mentiroso, pues jamás he presumido de ser encargado de mi profesión en ningún momento. Mi oficio solo fue el de oficial de primera, remunerado según el convenio colectivo de la multinacional sueca Sandvik Española S.A. Por lo cual, se trata de otro grave error. Pienso personalmente que esta cuestión es de vital importancia poder conocerla, que al menos tengan seguridad al contrastar lo que las familias o testigos aportan sobre el paciente, pero eso por desgracia no ocurre, porque precisamente el que padece, por ser "enfermo psíquico" en este caso, viene a ser el último en ser considerado.

9- Que acaba en una intervención quirúrgica.

Se trata claramente de una incoherencia, ya que en el apartado número 6, cita textualmente "varias intervenciones". No solo aquí se pone en evidencia la seriedad e imprecisión de los facultativos, pues esto también denota la falta de concentración en la profesión. Por estos detalles erróneos como todos los que se siguen enumerando, el problema en los informes se agrava negativamente cada vez más, llegando a padecer especialmente estas consecuencias el sujeto paciente.

10- En urgencias se encuentra el paciente deambulando, cantando en voz alta, bailando, saludando y abrazando.

Imaginemos por un instante a una persona que estando dormido en el aeropuerto como uno de los tantos viajeros que acostumbran en la espera de su viaje, de repente lo trasladan en una ambulancia y lo llevan al Hospital Ramón y Cajal. Lo malo que hizo esta persona no pudo ser por ser hablador, por cantar en voz alta o por están inquieto como se cita en el apartado número 2, sino porque la persona que llamó por el testimonio que más tarde me dio mi hermano Miguel, estaba bajo los efectos de la cocaína. Lo malo que se entiende que hice después, fue tratar de revelarme en contra de estos hechos, ya que tuve plena consciencia de que de nuevo me iban a ingresar en la planta de psiquiatría. Como sabía que el ingreso iba a ser inminente, traté de desahogarme andando por la planta de urgencias, cantando como lo hacía en el aeropuerto, bailando, saludando afectuosamente a la gente y abrazando a algunas personas que también tenían sus problemas, con las que también tuve la oportunidad de intercambiar algunas palabras.

11- Anordable aunque poco colaborador.

Desconozco cual es la palabra "anordable". Se entiende que es otra errata, que en la suma total de todos estos errores que sigo enumerando, dicen mucho sobre la profesionalidad médica de estas personas y de este caso particular en el que se demuestra que las prisas en esta rama de la medicina no son para nada buenas para los usuarios. Es por ello que, de nuevo denuncio la falta de delicadeza y de profesionalidad con la que el área de salud mental trabaja

en España. Por estos motivos podríamos preguntarnos ¿Debemos de tener por válido todo lo que los facultativos afirman en sus observaciones teniendo en cuenta todos estos errores? Por una pequeña grieta en una presa o embalse, los resultados que se pueden esperar pueden ser devastadores, por ello, quiero enfatizar así la importancia que tienen en mi caso estos errores que se siguen enumerando, que en verdad dicen mucho a mi favor y de otras personas que caemos en manos de estas autoridades.

12- fluctúa entre la hipertimía y la disforia. Discurso fluido, verborreico, taquifásico, con presión del habla, asociaciones laxas y cierta pérdida del hilo conductor, aunque coherente globalmente.

La gravedad en este caso se agudiza cuando los facultativos son incapaces de apreciar las diferencias entre la euforia y la pasión. Si nos molestamos en hacer una consulta en cualquier motor de búsqueda en Internet, nos será ardua tarea buscar las diferencias entre euforia y pasión, precisamente porque la línea divisoria entre ambas es muy difusa, por lo que aquí nos serviremos de dos acepciones que nos facilita el diccionario de la R.A.E.

- Euforia:

Estado de ánimo propenso al optimismo.

- Pasión:

Inclinación o preferencia muy vivas de alguien a otra persona.

Esta ciencia se confunde gravemente y está en un grave error, porque no sabe distinguir las diferencias reales entre la pasión y la euforia. Si buscamos sinónimos para estos dos conceptos, podremos observar esta realidad que aquí se afirma. Por ello esta ciencia ha descartado que en mi caso es la pasión con la que frecuentemente me expreso y que injustamente se puede apreciar que los facultativos han valorado de una forma aparente. Para valorar mejor la magnitud de este error, sería como hacer un juicio de valor a una persona con el fin de determinar su bondad o maldad, por el simple hecho de tener una nariz gruesa, unos ojos rasgados o por tener una cara desagradable.

Como digo, no podemos establecer diferencias entre pasión y euforia por las apariencias, aunque sí se puede decir algo que desgraciadamente ha pasado desapercibido por esta ciencia, pues la diferencia entre pasión y euforia se puede reconocer por los efectos que dejan ambas experiencias. El remanente que deja la euforia es el de tristeza, desasosiego y vacío interior. Por lo contrario, la pasión como inclinación ordenada no deja esta remanencia como la euforia, pues además de ser un gran desahogo podemos experimentar con ella una gran alegría, siendo esta mi experiencia en particular.

13- Con tintes megalomaniacos poco estructurada.

La pasión sin conocimiento es como un motor de un coche sin chasis o una bicicleta sin ruedas, es decir que no tiene sentido, por ello, debemos de aceptar que la pasión sin conocimiento es necedad. No por ello deja de ser pasión por hacer el bien, pudiendo ser este un

motivo de confusión, pero no hasta el punto de tener que encerrarme en un psiquiátrico en varias ocasiones por esta causa.

La megalomanía es un estado psicopatológico caracterizado por los delirios de grandeza, poder, riqueza u omnipotencia. Es posible que los facultativos confundiesen mis palabras, que apelaban a la Justicia de Dios y no a la de los hombres «Busquen primero el Reino y su Justicia, y todo lo demás se les dará por añadidura» (Mt 6, 33). Con seguridad puedo reconocer gracias a Dios que en ciertos momentos de mi vida he podido mostrar poca humildad, pero no hasta el punto de ser tan soberbio como para tener delirios de grandeza. Pensemos que mi objetivo era y sigue siendo el de poder acercarme a Dios, siempre contando con esta virtud, como el camino más corto para poder llegar a Él.

14- Muy distraible siendo difícil mantener el hilo de la conversación.

Se dice que estaba distraído, pero no se argumenta si esto era debido a las circunstancias de aquel momento, mi estado natural o más bien a los efectos de los psicofármacos. Al respecto debo decir que los efectos de estar en un lugar aislado del exterior, se debe de tener en cuenta que se pierde en gran medida la capacidad de concentración. Esta reacción se manifiesta de una forma evidente cuando una persona sale de un lugar donde ha estado preso durante un tiempo considerable. Ésta también ha sido sucesivamente mi experiencia cuando me han dado el alta en otras ocasiones.

15- De contenido místico-religioso vago y algo pueril.

Aunque no niego que en esta afirmación pueda haber algo de cierto, cuando este facultativo dice que el contenido de mis conversaciones era místico-religioso vago y algo pueril, debería de exigir saber cuáles han sido los estudios en materia de religión que han podido cursar para hacer esta observación.

16- Dificultades para concentrarse debido a la medicación.

Se confirma en el momento de ingreso las dificultades que presentaba, para poder concentrarme debido a la medicina y al efecto desagradable que se produce al estar encerrado durante un tiempo considerable, tal como se cita en el apartado número 14.

CONCLUSIÓN

Resulta llamativo el error informativo cuando se afirma que fue el personal del aeropuerto los que llamaron al 112, siendo en verdad el que hizo esta llamada una persona que tenía problemas con las drogas y que estaba en aquel momento bajo los efectos del cánnabis y de la cocaína. Aquella noche le dije muy duras palabras en relación a su lamentable situación, por el consumo abusivo de sustancias psicotrópicas.

Esta persona posiblemente no recuerde que estaba drogado el día que aconteció todo esto, aunque si puedo testificar por medio de otras personas que Juan Carlos era un consumidor habitual de cocaína por aquel entonces. No es lo mismo que el personal del aeropuerto llamase

al 112 a que lo hiciese en verdad una persona con problemas de drogadicción, el cual tenía plenamente consciencia de mis antecedentes psiquiátricos.

Es de vital importancia tener en cuenta las aclaraciones que se hacen aquí en referencia a la pasión y a la euforia, ya que el hecho de poder comprender con claridad si la forma en la libremente puedo expresarme se fundamenta en la pasión o en la euforia, serían elementos claves para dar luz a este caso en particular. Tengo pleno conocimiento de que en estas experiencias no he sentido nunca tristeza, insatisfacción o vacío interior por el hecho de haber podido manifestarme de una forma pasional. De igual manera soy consciente de que este don siempre ha estado orientado para poder procurar el bien. Es de vital importancia tener pleno conocimiento de que la pasión como inclinación ordenada, siempre ha sido un complemento necesario al servicio del bien, del amor y la verdad y al mismo tiempo una vía de escape para aliviar nuestras tensiones internas.

VOLANTE DE INGRESO VOLUNTARIO

Servicios de Salud Mental

Madrid

16-1-08.

Fecha

Jesus [redacted]

Paciente con antecedentes de tr. bipolar (2 episodios maniacos psicóticos previos) que presenta actualmente una descompensación, el paciente me comunica su aceptación voluntaria del ingreso, siempre y cuando se respete su ayuno eucarístico, que inicio al domingo. (ingesta líquidos)

Un saludo

CPF 1[redacted]K

Dra. Paz Villalba Yllan

Col: 28/28/47086-8

INFORME DE TERCER INGRESO

3er Ingreso

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Comunidad de Madrid

Nombre Paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806

Sexo:	Hombre	**Teléfono:**	912809961
NHC:	78186	**Fecha de Ingreso Hospital:**	16/01/2008
Nº Episodio:	1081001111	**Fecha de Ingreso Servicio:**	
TIS:	DLMR781203916014	**MOTIVO DEL INGRESO:**	ORDEN FACULTATIVA
CIAS:	1603090102S	**Fecha de alta :**	15/05/2008
Servicio:	PSQUIATRIA P.A.	**MOTIVO DE ALTA:**	Mejoría

MOTIVO DE CONSULTA:

Varón de 27 años vecino de Alcalá de Henares que es traído a la urgencia por sus padres, y derivado por su psiquiatra de referencia por trastornos de conducta. Ingresa de modo involuntario.

HISTORIA ACTUAL:

Se trata de un paciente con antecedentes de trastorno bipolar (dos episodios maniacos con sintomas psicóticos que han requerido hospitalización) que presenta actualmente una descompensación. Según refieren sus familiares lleva aproximadamente 6 días en ayuno y sin dormir, y progresivamente más irritable, inquieto, y centrado en temas religiosos. Acude hoy a su psiquiatra de referencia (Dra. Villalba, en Alcalá de Henares) que recomienda ingreso urgente, debido a la descompensación aguda y las dificultades de contención ambulatoria. El último tratamiento pautado ha sido Risperdal 2 mg. 0-0-1 que tomaba de forma errática.

A su llegada a la urgencia el paciente viene envuelto en una manta y con varias bolsas donde trae su propia bebida y algunos objetos. Refiere tener una misión y estar aquí para traer la "palabra de Dios".

ANTECEDENTES PERSONALES:

No RAMC.

Estenosis congénita del canal lumbar.

Hernia discal secundaria a accidente laboral. Varias intervenciones. Dolor crónico tipo ciático. Actualmente lleva un sistema de electroestimulación.

Un ingreso psiquiátrico hace un año en nuestra unidad diagnosticado de psicosis reactiva breve con tintes maniformes. Unos meses antes había acudido al CSM por cuadro depresivo y fue dado de alta. En Seguimiento en el CSM de Alcalá (Dra. Villalba). Tras el alta hospitalaria mantuvo el tratamiento con Risperidona unos 8 meses. Escasa conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento. En el tiempo transcurrido entre descompensaciones mantiene discurso de contenido religioso en segundo plano, del que no suele querer hablar y que no le impide realizar su vida.

Consumidor de tóxicos. Niega consumo actual.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre con historia de herniación lumbar y cuadro depresivo reactivo a la evolución del mismo que cedió con tratamiento antidepresivo. Cardiopatia isquémica. I.A.M.

Abuela paterna con "la cabeza perdida, se iba de casa y no cuidaba a los niños". Una tía-abuela también con problemas. Una prima de su padre también, no saben el diagnóstico pero cuentan "se va toda la noche por ahí, pierde la cabeza todos los años".

BIOGRAFÍA:

Soltero. Vive con sus padres. Es el menor de 4 hermanos, tres hombres y una mujer. Mantiene buenas relaciones familiares. Presentó enuresis hasta los 12 años y dificultades de escritura y aprendizaje especialmente a los 12-14 años, siendo los demás hitos del desarrollo normales. Onicofagia desde la infancia hasta fecha reciente en que decide controlarse. Primera relación sentimental a los 16 años, durante 7 meses y, desde entonces, relaciones esporádicas. Buena red e integración social. Estudiante voluntarioso, va aprobando los cursos con esfuerzo y estudia Formación Profesional en la rama de electrónica. Ha realizado otros dos cursos relacionados con esta formación. Comienza a trabajar a los 16 años (panificadora, camarero...), compaginándolo con los estudios. Posteriormente comienza como empleado de mantenimiento y finalmente encargado del mismo. En el 2000-2001, coincidiendo con la estabilización y el ascenso laboral, decide comprar una casa y asumir una hipoteca. Sufre un accidente laboral por el que esta de baja hace dos años y en peregrinación de médicos y cirujanos que acaba en una intervención quirúrgica hace un año y una incapacidad funcional y dolor importante, (anda con muleta y cojeando, lleva faja ortopédica). Ha estado muy involucrado en su enfermedad y el tratamiento de la misma, refiriendo haberse sentido mal tratado y muy frustrado e incomprendido.

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

Nombre Paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA:

Consciente y globalmente orientado. Parcialmente abordable aunque poco colaborador. Ánimo expansivo. Fluctúa entre la hipertimia y la disforia. Discurso fluido, verborreico, asociaciones laxas y cierta pérdida del hilo conductor aunque coherente globalmente. Verbaliza ideación delirante de corte místico-religioso con tintes megalomaniacos poco estructurada. Insomnio global de 6 días de evolución. Hiperactividad psicomotriz y gastos superfluos. Desinhibido e inadecuado. No auto o heteroagresividad. Presenta resistencia a la hora de ingresar, aunque colabora con la administración de la medicación.

RESUMEN DE EVOLUCIÓN CLÍNICA:

Al inicio del ingreso requiere de contención mecánica y farmacológica debido a la imposibilidad de contener verbalmente.

Presenta inicialmente ideación deliroide de contenido místico religioso en el contexto de sintomatología maniforme (hipertimia, verborrea, insomnio…) con gran repercusión conductual (incluido un ayuno prolongado). A principios de febrero es necesario retirar el tratamiento pautado con ácido valproico por encefalopatía secundaria a hiperamonemia (efecto secundario idiosincrático del ácido valproico). El ajuste del tratamiento farmacológico ha sido complicado porque, durante unas semanas, presentó una hiperfunción renal que ha hecho necesario dosis altas de antipsicóticos. En el momento actual la función renal es normal. No ha respondido a tratamiento farmacológico con dosis terapéuticas de antipsicóticos de familias diferentes por lo que se plantea en entrevista familiar la posibilidad de administrar clozapina o TEC, ambos indicados en casos de manía resistente. El paciente prefiere iniciar el tratamiento con clozapina.

Progresivamente se va empobreciendo el discurso deliroide que, si bien persiste, no añade elementos nuevos y va perdiendo su capacidad de determinar la conducta. En el último mes se aprecia una situación cronificada a la que posiblemente contribuye el mantenimiento del paciente en el medio hospitalario y se valora que, si bien no ha cedido por completo la sintomatología, los trastornos de conducta son menores y es posible valorar la continuación de tratamiento en el medio ambulatorio. La familia acepta esta opción.

Se han realizado hemogramas semanales. Durante el tratamiento con clozapina no han aparecido alteraciones analíticas (los hemosgramas se han realizado los lunes; el último, cuyos resultados se adjuntan, corresponde a la semana 6 de tratamiento).

En el momento del alta, el paciente se encuentra tranquilo. Refiere sentirse confundido porque las atribuciones que él ha hecho sobre el significado de algunos hechos (imágenes, matemáticas,…) no han resultado correctas. Pregunta sobre el tratamiento y presenta planes de futuro. El paciente desea que figure en el informe de alta que él no está de acuerdo con la misma.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Trastorno Esquizoafectivo.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS:

Omeprazol 20 mg	1-0-0
Duphalac sobres	1-0-1
Leponex 100 mg	½-0-2
Plenur	1-1-1
Risperdal consta	75 mg i.m /15 días (próxima inyección 20 de mayo de 2008)
Noctamid 1 mg	1 comp antes de acostarse si precisa
Nolotil	hasta 1 cáp/8 h si precisa por dolor

Acudirá al CSM de Alcalá (Dra. Villalba) el próximo 21 de mayo de 2008 a las 18 h. Si es necesario algún tipo de consulta, podrán acudir allí de urgencias.

En caso de agitación o de trastornos graves de conducta, se ruega a los servicios sanitarios que faciliten de forma urgente el traslado al hospital.

FIRMA: Dr./a ANA MORENO PEREZ

Comentario personal a modo orientativo sobre:

Tercer informe médico.

1- Por trastornos de conducta. Ingresa de modo involuntario

Pensando en aquel momento que podría haber descubierto una novedad, concretamente en los primeros números naturales, traté primeramente de buscar información, con el fin de poder contrastar y asegurarme, para poder conocer si todo esto era algo conocido. Aun así, tomé la decisión de no comentarlo con nadie hasta poder tener más seguridad.

Después de este "descubrimiento" que apenas tenía consciencia por su gran magnitud, partimos mis padres de viaje desde mi casa en Almonte (Huelva), hasta Alcalá de Henares. Cierto es y no puedo negar en esta ocasión cierta inquietud por mi parte, pero por esto justificada, la cual a mis padres pudo ser objeto de su atención. Un domingo después de salir de Misa, Gloria, una vecina, me dijo que quería hablar conmigo. Ella me dijo que mis padres estaban inquietos y que quería saber que me pasaba, en vez de hacerlo con más confianza directamente mis padres. Yo la confesé algo de forma exclusiva que en un principio no daba crédito, pues le comenté que quería ser voluntario. Ella muy atenta me preguntó que donde quería hacer el voluntariado y yo le dije que quería ayudar a las personas del psiquiátrico. Ella me dijo que había muchas cosas que hacer y que me quitara esa idea de la cabeza.

No recuerdo con exactitud los días que pasaron, hasta que tomé la decisión de frecuentar la Misa a diario, habiendo comenzado un ayuno eucarístico, sin poner fecha de término. Empecé a perder la cuenta de los días que llevaba, porque llegó un momento que tenía cierta sensación de saciedad gracias a la oración y la Eucaristía. No fui el único en perder la cuenta, ya que mi hermano, aun pareciéndome algo exagerado, me dijo que estuve casi 20-21 días de ayuno y en este informe se hace constar otro periodo de tiempo, donde solo me alimentaba de líquidos (zumos, leche, mosto, etc.) y de la Eucaristía.

El mayor acontecimiento que he podido vivir en toda mi vida dentro de mi conversión, se dio en aquella mañana radiante del día 13 de enero del 2008, en torno a las 14:00, una experiencia que cuento con más detalle en mi testimonio de conversión, en la que pude contemplar por primera vez la majestad del sol. Este hecho inefable que aún experimento hasta la fecha me hizo quedar completamente espiritualizado.

¿Cómo sería la reacción de otras personas si les ocurriese todo esto que trato de compartir en este testimonio? Mi mayor error fue decírselo a mi padre, cuando en aquel momento estábamos en casa solos. Él, evidentemente pensó que de nuevo había perdido la razón y a partir de este momento no dejaron de asediarme y de sonar los teléfonos en casa, siendo el consejo de todos, al parecer, que acudiese de inmediato al psiquiatra para poder hacer el próximo ingreso.

Siendo lo más franco, estaba tanto en mi juicio que decidí hacer poca resistencia, porque ¿Quién iba a creer que estaba experimentando esta realidad? ¿Cómo poder explicar semejante

acontecimiento con mis limitaciones? Por estas razones con intención de prepararlo todo mejor, traté de dilatar esos días, porque sabía que ingresaría de nuevo y aunque algunas personas les pudiesen costar creer, esta vez lo hacía muy contento, porque iba a cumplir mí deseo de ser voluntario en la planta de psiquiatría que a pesar de las circunstancias y contrariedades así fue.

Pasaron tres días y ya lo tenía todo preparado. Fui con mi madre al Centro de Diagnostico Jiménez Díaz, habiéndome citado antes con mi Dra. Paz Villalba. Yo no dije nada de los números ni lo del sol, pero más tarde pensé que podrían tener conocimiento de algo de esto por mis padres. La comuniqué que ingresaría voluntariamente, con la condición de que se respetase mi ayuno eucarístico. Ella me extendió este volante escribiendo mis condiciones, para poder ingresar en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Al llegar de nuevo a casa para recoger mis cosas, se me ocurrió hacerle varias fotocopias a este volante de ingreso voluntario, porque cuando se llega al hospital, solemos ser despojados de todo documento, evitando de esta manera la posibilidad de poder apoyarnos en alguna prueba que pudiese revocar el ingreso, evitando de igual manera de esta forma el hecho de poder complicarle la existencia al facultativo de turno y facilitar así sus intenciones.

Cuando se cita en este punto del presente informe “por trastornos de conducta. Ingresa de modo involuntario”, de nuevo podemos ser conscientes de este gravísimo error de los facultativos, que no solo mancilla mi reputación, sino que pone en evidencia otras valoraciones semejantes que se han ido y se seguirán desarrollando en otros informes. La incoherencia entre el volante de ingreso voluntario de la Dra. Paz Villalba y el informe elaborado más adelante por la Dra. Ana Moreno Pérez, en donde se hace constar todo lo contrario, es mucho más que un desliz dentro de su profesión.

No hace falta hacer mucho ejercicio de la razón para poder percatarse, de que, a la hora de la verdad, no son los mismos criterios los que se tienen en cuenta sobre una persona que hace el ingreso de forma voluntaria, como se demuestra en mi caso, ante otra persona que lo hace de forma involuntaria.

2- Lleva aproximadamente 6 días en ayuno y sin dormir.

Como argumento en el apartado número uno de este comentario personal a modo orientativo, en verdad nadie supo cuántos días llevaba con mi ayuno. Además, se cita que llevaba seis días sin dormir, aunque este dato es también muy subjetivo ya que preguntaron a mi familia, que, por el hecho de levantarme pronto de mañana, pensaban que pasaba la noche en vela. En mi opinión, creo que sería más correcto poder explicitar evitando estas exageraciones.

3- Refiere tener una misión y estar aquí para traer la palabra de Dios.

A medida que un niño crece en altura y grosura va cambiando su vestuario y, de igual manera para todos aquellos que escuchan y ponen empeño, el Señor nos va revelando su Voluntad, es decir, a medida que crecemos en gracia y en conocimiento de esta forma, Él nos va mostrando el camino a seguir. Por ello no he negado hasta este momento a pesar de los inconvenientes e incomprensiones y nadie incluso de cara a la fe tampoco puede demostrar lo

contrario, de que gracias a Dios tengo encomendada una misión. Esta misión en un principio se fundamenta en hacer apostolado, para dar a conocer también la belleza del misterio de la Santa Cruz en la Naturaleza y en el Universo, por medio de las ciencias matemáticas. Toda esta documentación se comparte de forma íntegra en la Web homenaje a la Santa Cruz, que es un espacio digital que administro personalmente desde febrero del año 2009, gracias a la supervisión de mi director espiritual.

Como expongo en el apartado número uno de este presente informe personal a modo orientativo, mi intención inmediata fue ingresar «cómo voluntario». Puedo dar fe de que así fue en toda mi estancia, compartiendo, escuchando y animando a todos los compañeros a los que gritaba enérgicamente con frecuencia, que ellos no eran enfermos, sino unos pobres incomprendidos.

4- Escasa conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.

No solo era consciente de que no tenía una enfermedad mental (trastorno), es que además lo sigo creyendo en la actualidad, no solo por los motivos que he ido enumerando en estos comentarios, pues siendo objetivo, la experiencia sobrenatural que experimento desde hace tiempo de poder ver el sol, me hace discernir desde la fe, que los enfermos son más bien aquellos que viven en pecado y que tampoco hacen esfuerzos por arrepentirse.

Mostraba ciertamente escasa adherencia a la medicina, porque como ya he comentado, siempre me he mostrado reticente a todos los psicofármacos a excepción de los casos extremos, como cuando tomo antiinflamatorios para poder aliviar el dolor físico que en la actualidad aún sigo padeciendo. Debemos de tener en cuenta algo que se escapa al entendimiento de la psiquiatría, ya que no tienen en cuenta ciertos aspectos de carácter religioso. Cristo en su Pasión y subido a la Cruz tuvo la posibilidad de aliviar su sufrimiento con dormidera, por medio de un hisopo empapado en vinagre mezclado con mirra (Mc 15, 21-23). El hecho de que el Señor no aceptase en aquel momento tan doloroso este remedio para calmar sus dolores debería de permitir la libertad, especialmente para cualquier cristiano, de poder reivindicar nuestro derecho de abstenernos al consumo de psicofármacos (calmantes, antipsicóticos, antidepresivos, etc.) simplemente por convicciones religiosas. Esto directa e indirectamente está justificado en los derechos dentro de del marco de la libertad religiosa.

5- Discurso de contenido religioso en segundo plano, del que no suele querer hablar.

Desconozco a que se refiere cuando dice que mantenía un discurso de contenido religioso en segundo plano, cuando trataba con gran esfuerzo de comunicarme dentro de mis limitaciones. Además, si me definen constantemente como una persona con verborrea, podemos observar que esta afirmación se contradice. Reconozco que, hasta las últimas semanas de ingreso, no puse en conocimiento de forma oficial este misterio de los números, al igual que mi experiencia sobrenatural de poder contemplar la majestad del sol.

6- Finalmente encargado del mismo.

Aquí se puede apreciar, como en el resto de los informes, que es más cómodo hacer un "copia y pega" en el PC, sin tener en cuenta los argumentos del paciente, para volver a cometer

el error en este caso de adjudicarme un puesto de trabajo superior que nunca me ha correspondido. Podemos deducir por medio de esta cita, que, al parecer, es más cómodo rellenar un informe haciendo uso de esta técnica, para empapelar de esta manera al paciente y agravar negativamente su historia clínica, en vez de dedicar un tiempo para actualizar y contrastar todos los datos posibles del paciente. Esta forma de proceder es mucho más económica para la Seguridad Social y ciertamente de mucha más comodidad para el facultativo de turno.

7- Dolor importante, (anda con muleta y cojeando, lleva faja ortopédica).

Dolor importante, porque también lo comunicaba en aquellos momentos de muchas maneras.

8- Desinhibido e inadecuado.

Desinhibido e inadecuado, porque no tenía pudor en manifestar la verdad, que desgraciadamente tanto molesta a muchas personas, cuando se habla directamente a las conciencias. Puedo aceptar estos adjetivos calificativos, porque quizá pudiendo ser servidor otra persona no creyente que no supiese apreciar el valor de esta obra de caridad en la corrección fraterna, también lo podría pensar de la misma manera.

Aquí podemos demostrar la hipocresía del mundo, cuando de una forma plausible afirma que le son más agradables aquellas personas que dicen las cosas a la cara en vez de hacerlo a las espaldas. Todo esto viene a ser una forma de actuar superficial que resulta ser políticamente correcta, porque por mi propia experiencia, en verdad, pocas personas han sido capaces de superar o agradecer una corrección fraterna.

9- Presenta resistencia a la hora de ingresar.

Cuando la Dra. Paz Villalba me extendió el volante donde consta mi libre voluntad de ingreso, después de sacar varias copias de este volante, fui con mi madre a pie hasta el hospital. Hasta este momento se puede decir que cumplí mi palabra, aunque después de entregar el volante solicité al personal sanitario que antes me dejase hacer algunas oraciones en la capilla ubicada en la sexta planta. Estando en la capilla varias personas empleadas, comenzaron a intimidarme y asediarme, para que me apresurase a bajar a la planta de psiquiatría. El último gesto que hice ante el Santísimo fue una postración completa. El personal sanitario, al no comprender este gesto de gratitud, me levantó bruscamente y me ataron a una cama a pesar de haber presentado el volante de ingreso voluntario. Todo resulta ser completamente absurdo, cuando quise colaborar hasta llegar al hospital por mi propio pie, aunque este personal que demostraba tener tanta ansiedad por ingresarme, no me trató como una persona que quiso colaborar desde un principio. En definitiva, no respetaron de nuevo mi libertad religiosa, tratándome de muy malas formas en este recinto sagrado, donde todos por respeto al lugar, deberíamos de guardar ciertas composturas.

10- Aunque colabora con la administración de la medicación.

Comencé definitivamente aceptando la medicación como hasta el momento, porque además de no existir otra alternativa, también desde ese preciso instante comprendí que era parte de mi cruz.

11- Al inicio del ingreso requiere de contención mecánica.

Aquí se hace constar la «contención mecánica», una forma sutil de tortura a pesar de presentarme en esta ocasión con mi madre al hospital por mi propio pie. No solo se hace constar con el volante de la Dra. María Paz Villalva mi intención voluntaria de ingreso, pues mi familia supo desde un primer instante que esta era mi intención. Como hombre de fe, estaba en mi derecho y en el deber de hacer mis últimas oraciones en la capilla, pero el personal sanitario me intimidó y me asedió manifestando de esta manera que tenían gran inquietud por ingresarme lo antes posible, faltándome de esta manera el respeto y mis derechos en materia de libertad religiosa.

12- Imposibilidad de contener verbalmente.

Ante el lamentable surrealismo de las plantas psiquiátricas, no se sabe cómo se debe de actuar, pues si uno habla es porque tiene verborrea y si se guarda silencio como quise hacerlo en el cuarto ingreso, alegando que me remitía a los hechos, haciendo con esto referencia a que otros podrían dar testimonio por mí, sin tener necesidad de dar el mío propio, mal hecho también. Ante tanto despotismo, no me quedó más remedio que cantar la Salve. Queda demostrado que cantar y rezar en voz alta en este lugar no era de gusto para el personal de planta, ya que acto seguido me anestesiaron por inyectable. Begoña, una amiga y vecina de la infancia que estaba ingresada en planta en aquel momento, fue testigo de este hecho.

13- Ambos indicados en casos de manía resistente.

Esta manía resistente tiene su fundamento en el primer mandamiento de la ley de Dios «Amarás al Señor tu Dios con todo tu corazón, con toda tu alma y con toda tu mente y con todas tus fuerzas» (Mt 22, 37; Lc. 10, 27). Es en el cumplimiento de este mandamiento, donde nace la pasión —no la euforia— de un verdadero creyente, tomando así mayor sentido aquellas palabras de san Agustín, las cuales nos exhortan que «la medida del amor es amar sin medida».

14- Refiere sentirse confundido porque las atribuciones que él ha hecho sobre el significado de algunos hechos (imágenes, matemáticas) no han resultado correctas.

No sé a qué se refiere aquí la Dra. Ana Moreno, porque yo no quise hacer ningún pronóstico sobre esto nunca. Quizá su carácter tan frio con los pacientes, como lo fue en mi caso, le hiciese confundir a ella, ya que los "hallazgos" que tenían que ver con los números, fue casi al final de mi ingreso, un objeto de atención para bastantes compañeros de planta, e incluso también para el personal hospitalario, ya que quise pegar un pequeño manuscrito en la puerta de mi habitación que me asignaron, en donde daba a conocer este misterio el cual pude comprobar que se desconocía. Una auxiliar de dietética que pasaba por el pasillo, al ver que me disponía para marcharme, me pidió el documento que estaba quitando de la puerta de mi habitación y se lo di con mucho gusto. Supe desde un primer instante lo bueno que resultaba este breve documento por el interés que suscitó, pues incluso contradictoriamente a este

argumento en mi contra, hasta esta misma doctora, me sugirió personalmente que podía darlo a conocer en Internet, aconsejándome el servidor gratuito "Blog Spot", un método de publicación tipo «blog» que en aquel momento desconocía.

La imagen a la que se refiere es una imagen del Rostro de Cristo hecha con mi antigua impresora de chorro de tinta HP Jetset, una imagen que exudó en dos ocasiones en mi estancia psiquiátrica. He tratado de buscar la manera para que pudiesen estudiar esta pequeña imagen, la cual se puede conocer en mi testimonio que hice público en mi web el 15/12/2011. Más tarde se sumaron a la divulgación de este testimonio autobiográfico el diario digital Religión en Libertad, entre otros movimientos religiosos. Tuve la suerte más adelante de ponerme en contacto con el imaginero sevillano Juan Manuel Miñarro, que es el autor de esta imagen en tres dimensiones, para poder darle testimonio de este hecho.

15- El paciente desea que figure en el informe de alta que él no está de acuerdo con la misma.

Al principio del ingreso, comenzaron a darme permisos para salir fuera del recinto hospitalario con mis compañeros después de las comidas. Desconozco el motivo exacto por el cual tomaron la decisión de no dejarme hacerlo más, pero creo que, por los hechos, no sentó bien a los guías que saludara a las personas que en ocasiones me solía cruzar por el camino. Esta repentina decisión, me hizo ser consciente de la gran manipulación que hacían con las personas, también restringiendo a placer toda clase de permisos, como el que gozaba en esta ocasión. Tomé la decisión de no volver a salir más bajo ningún concepto, con el fin de evitar que me pudiesen seguir jugando conmigo en este sentido como una forma de manipulación. Consciente del sufrimiento que iba a padecer, coincidieron estos hechos con la segunda vez que la imagen del Señor, que estaba pegada en la cabecera de mi cama, volvió a exudar.

En verdad, quise manifestar este desacuerdo para demostrar mi libre voluntad de ingreso «como voluntario». Tampoco estaba de acuerdo porque era plenamente consciente de que no me daban el alta por mejoría, sino más bien porque después de cuatro meses de insistencia, comenzaba a ser molesto también en aquel lugar.

CONCLUSIÓN

Aquellos principios matemáticos, hoy encajan mejor con el segundo acontecimiento sobrenatural que aún vivo, que fue cuando experimenté la visión del sol, siendo esto algo que demuestra que todo este estudio de investigación que comparto gratuitamente en esta web, no se trata de un mero descubrimiento humano. Ante esta experiencia sobrenatural, que en parte puedo comprender que para otras personas alejadas de la fe pueda parecerles una locura, queda reflejada en la Escritura como una posibilidad real para el creyente. Esta gracia que inmerecidamente he recibido es extraordinaria por su permanencia y prolongación en el tiempo, pero tenemos conocimiento que muchas personas en peregrinación a Medjugorje han podido tener esta experiencia sobrenatural de gran calado espiritual. Esta gracia anuncia a los fieles la protección de Dios y comprendemos la amplitud de su significado cuando en el Salmo 121,6 −

que hace referencia al guardián del pueblo– nos dice que «de día el sol no te hará daño, ni la luna de noche». Fue el emperador Constantino el primero en ver la Cruz en el Sol antes de escuchar en su sueño aquellas palabras «in hoc signo vinces», *con este signo vencerás*.

La Santa Cruz siempre ha sido como un "herbicida" que ha arrasado con toda mala hierba, por ello su predicación tiene gran prioridad en estos tiempos en los que el quiste del conocimiento –o del todo vale– oprime tanto a nuestra sociedad cultural. Por lo que la predicación de la Santa Cruz en todas sus dimensiones puede ser como un correctivo u revulsivo que el mundo necesita urgentemente, un medio estimulante que a muchos nos puede hacer pensar, meditar y discernir en estos tiempos en los que por sí solo el alma es incapaz de salir de su desierto.

INFORME CLÍNICO

INFORME CLÍNICO DE JESÚS DEL PINO MARÍN

Varón de 30 años en seguimiento en CSM de Alcalá de Henares desde diciembre de 2004, por un trastorno bipolar, que debutó con un episodio maniaco con síntomas psicóticos, que requirió ingreso en UHB, seguido de un episodio depresivo, que remitió sin uso de antidepresivos.

Ha presentado recaídas en mayo de 2006 y mayo de 2008, en ambos casos con sintomatología maniaca con síntomas psicóticos, de temática religiosa y megalómana, y afectividad elática, que también requirieron ingreso hospitalario, el último de 4 meses de duración.

Las descompensaciones han coincidido con reducciones de la medicación.

En la actualidad el paciente continúa tratamiento ambulatorio en el CSM, con adecuado cumplimiento terapéutico, con sales de litio, neuroléptico depot bisemanal y clozapina oral (que probablemente pueda retirarse de manera paulatina), manteniéndose estabilizado clínicamente, eutímico.

En cuanto a la ideación delirante del paciente, en la actualidad se mantiene encapsulada, e interiorizada y posiblemente sublimada como forma de adaptación a su vida cotidiana: de este modo no aparece en primer plano pero sí persiste como elemento dotador de sentido para su vida, actividades y proyectos cotidianos.
Es imprescindible para la estabilidad clínica del paciente y la prevención de recaídas que cumpla su tratamiento regularmente con carácter indefinido.

A fecha de hoy, no se han detectado en el paciente indicios de deterioro ideoafectivo, aunque sí, como ya he dicho, impregnación de las experiencias maniacas-delirantes en sus actividades cotidianas actuales.

Por otra parte, sí existe empobrecimiento cognitivo, con alteraciones de la concentración, hipoactividad, y efectos secundarios de la medicación que afectan a su agilidad física y cognitiva.

Se realiza este informe a petición del interesado.

CPF 160[illegible]25K
Dra. Paz Villa[illegible]
Col. 28/28[illegible]

Fdo: Paz Villalba Yllán.
FEA psiquiatría.
Alcalá de Henares a 4de noviembre de 2008.

Comentario personal a modo orientativo sobre:

Cuarto informe médico.

1- Seguido de un episodio depresivo, que remitió sin uso de antidepresivos.

Aquí se hace constar de forma oficial que padecí una depresión, que remitió sin uso de antidepresivos, porque quise vivir mi depresión de forma íntima y personal, pero también esto fue debido a mi actitud reacia por la toma de psicofármacos y también como ya he justificado por convicciones religiosas. Creo que es muy importante citar que de esta noticia solo tuvieron constancia los médicos, pero cuando definitivamente superé este estado que detallo mejor en mi testimonio. Debo de hacer constar que en ningún momento he experimentado ninguna otra depresión hasta la fecha. Es aquí cuando los facultativos comienzan a tener conocimiento de mi depresión superada, pero no antes a la invención que se cita en el apartado número 7 del segundo informe médico.

Personalmente no me considero plenamente competente en este campo de la ciencia, pero si me hacen un diagnóstico diciéndome que padezco de un trastorno bipolar, es razonable que tenga las dos clases de episodios con frecuencia, según determina esta ciencia, aunque el tiempo ha demostrado que no es lo que ha ocurrido en el trascurso de estos años. Por esta razón podemos comprobar por medio de sus informes, que aún siguen divagando en mi diagnóstico.

2- Temática religiosa y megalómana y afectividad elática.

Existen terminologías y tecnicismos que se escapan al alcance de la mayoría de los usuarios. Debo de poner en conocimiento de que no encuentro ninguna palabra en el diccionario de la R.A.E que defina el término "elática", cuando hace referencia a la afectividad, por tanto, no puedo valorar si lo que se observa aquí es válido. Sospecho que de nuevo nos encontramos ante una falta ortográfica, que como hemos podido observar en otras ocasiones anteriores, no es un hecho aislado por parte de estos facultativos. Si se investiga en cualquier motor de búsqueda en Internet "afectividad elática" no existe ninguna referencia al respecto, que defina esta observación que la Dra. Paz Villalba hace en este informe.

Cabe mencionar de nuevo el detalle de calificarme como megalómano, dejando claro que este concepto que tienen de mí es sencillamente cuando una persona consciente del mal se dirige a la conciencia de cualquier receptor, cuando el emisor apela a la Justicia de Dios. Es evidente que no les pude acusar conscientemente de sus males o pecados graves y, debe de constar que no lo hacía con todos los facultativos, aunque prácticamente todos mostraban ciertos aires de superioridad, quizá por lo que representaban. Una persona que habla con sujeción a la verdad no es un megalómano, es una persona valiente que en mi caso se jugaba poder estar aún más medicado e incluso tener que padecer muchos días más encerrado.

3- El último de 4 meses de duración.

A decir verdad, podría resultar megalómano poder afirmar que si estuve casi 4 meses ingresado es porque así tuve deseo (Tercer informe Ap.15), haciendo de esta manera más énfasis en mi responsabilidad o servicio «como voluntario». Al cumplir casi los dos meses de ingreso como ya he argumentado, tomé la decisión de no salir más, para evitar la manipulación que se hace con todas las personas ingresadas, también con los permisos.

Cierto es que de igual manera hicieron todo lo posible para evitar mi estancia en psiquiatría, porque también aquí comenzaba a ser molesto con mis palabras, "boicoteando" las terapias de grupo con la Palabra de Dios. A esto se sumaba además cuando mis padres en ocasiones me coaccionaban por la influencia de los facultativos comentándome la posibilidad de ingresarme permanentemente en un psiquiátrico. Por otro lado, en la consulta la Dra. Ana Moreno me decía que me iban a dar corrientes en la cabeza, para quitarme las ideas (religiosas). Me pregunto, ¿Es esta práctica de la «medicina» humanidad?, ¿Es esta la verdadera vía humana para dar remedios a estas críticas circunstancias a las que puede llegar cualquier persona? Cierto es que se dieron cuenta de que la «medicina» y las manipulaciones hacían poco conmigo, por lo que después pasaron a la técnica disuasoria de querer meter miedo, siendo esto algo que, para una persona con cierta debilidad afectiva o emocional, en verdad podría llegar a ser motivo de un trauma para el resto de su vida.

4- Las descompensaciones han coincidido con reducciones de la medicación.

¿Porque han coincidido las reducciones de las descompensaciones con la medicina?, ¿Por su lado bueno o por su lado malo? Esto es muy discutible y es bueno que, en este informe, en el apartado numero 6 se describan detalladamente los efectos nocivos para el cuerpo humano de todos los psicofármacos que me administraron. Según se cita en esta observación, se dice que existía empobrecimiento cognitivo, con alteraciones de la concentración, hipoactividad y efectos secundarios que afectan a su agilidad física y cognitiva. La estabilidad del paciente depende en gran medida de los muchos efectos secundarios de cada compuesto químico y de las mezclas «bombas» que también hacen con los pacientes cuando se produce la polifarmacia; efectos muy adversos que el paciente nunca tiene derecho a conocer ni tampoco de remediar. Se debe de tener en cuenta que, por la constitución física de cada persona, estos efectos secundarios varían considerablemente en cada caso.

Tengo plena seguridad de que esta es una de las observaciones o etiquetas preferidas de los psiquiatras a la hora de elaborar sus informes. No somos muchos los que podemos aguantar un periodo de tiempo prolongado con la administración de psicofármacos, lo que hace que un gran número de personas terminen abandonando el tratamiento. Los médicos hacen coincidir causas que en sus informes no constan, como es en mi caso, para hacerlo coincidir con el posible abandono de la medicación. Con esta etiqueta los facultativos tratan de poner de relieve que sus métodos son los correctos como si fueran dogmas científicos; métodos que para ellos son infalibles, los mismos a los que todos aquellos que ingresamos en planta debemos de subyugarnos, con el fin último de que podamos convencernos de su «completa eficacia».

5- Ideación delirante del paciente, en la actualidad se mantiene encapsulada, e interiorizada y posiblemente sublimada como forma de adaptación a su vida cotidiana.

Gracias a Dios podría contar con muchas personas de confianza que podrían responder a mi favor, sobre estos argumentos hechos aquí en mi contra. Como podemos apreciar se hace un considerable abuso de observaciones, pero evitando siempre la posibilidad de argumentar las causas que el paciente pudiese aportar.

6- Si existe empobrecimiento cognitivo, con alteraciones de la concentración, hipoactividad, y efectos secundarios de la medicación que afectan a su agilidad física y cognitiva.

Hasta hace varias décadas a los "enfermos mentales" con mayor actividad física e intelectual, se les administraba legía, la cual hacía disminuir la lucidez mental de los "enfermos". Con esto quiero poner de manifiesto que existe una confusión de aquel que observa

bajo ciertos intereses, pensando en que la legía produce una mejora, aunque desgraciadamente la aparente mejora no viene de lo medicinalmente bueno que tiene la legía, sino precisamente de lo malo que provoca, que es lo que puede perseguir el facultativo. Es importante tener en cuenta que, con mucha posibilidad en un futuro a medio plazo, pueda pasar con muchos de los psicofármacos modernos lo mismo que ha ocurrido en el pasado con el hipoclorito de sodio.

INFORME CLÍNICO

Servicio Madrileño de Salud
Servicios de Salud Mental de Distrito
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

INFORME CLINICO DE JESÚS DEL PINO MARÍN

Varón de 30 años en seguimiento en CSM de Alcalá de Henares desde diciembre de 2004, por un trastorno bipolar, que debutó con un episodio maniaco con síntomas psicóticos, que requirió ingreso en UHB, seguido de un episodio depresivo, que remitió sin uso de antidepresivos.
Ha presentado recaídas en mayo de 2006 y mayo de 2008, en ambos casos con sintomatología maniaca con síntomas psicóticos, de temática religiosa y megalómana, y afectividad elática.
Las descompensaciones han coincidido con reducciones de la medicación.
En la actualidad el paciente continúa tratamiento ambulatorio en el CSM, con adecuado cumplimiento terapéutico, con sales de litio, neuroléptico depot bisemanal y clozapina oral (que probablemente pueda retirarse de manera paulatina), manteniéndose eutímico.
En cuanto a la ideación delirante del paciente, en la actualidad se mantiene encapsulada, e interiorizada y posiblemente sublimada como forma de adaptación a su vida cotidiana: de este modo no aparece en primer plano pero sí persiste como elemento dotador de sentido para su vida, actividades y proyectos cotidianos.

El paciente presenta un cierto grado de deterioro psicosocial, manifestado como limitación de sus actividades ocupacionales y de ocio, centradas en la creación y mantenimiento de un blog temático de contenido religioso y trasfondo deliroide, escasez de actividades y relaciones sociales, ausencia de actividad laboral, pese a haber solicitado en diversos seminarios su admisión, ha sido ésta rechazada.
Es imprescindible para la estabilidad clínica del paciente y la prevención de recaídas que cumpla su tratamiento regularmente con carácter indefinido.
En la actualidad, considero al paciente incapacitado para la realización de su trabajo habitual.

A fecha de hoy, no se han detectado en el paciente indicios de deterioro ideoafectivo, aunque sí, como ya he dicho, impregnación de las experiencias maniacas-delirantes en sus actividades cotidianas actuales.
Se realiza este informe a petición del interesado.

CPF 160391[illegible]
Dra. Paz Villalba Y[illegible]
Col. 28/28[illegible]

Fdo: Paz Villalba Yllán.
FEA psiquiatría.
Alcalá de Henares a 11 de mayo de 2009.

Comentario personal a modo orientativo sobre:

Quinto informe médico.

1- Deterioro psicosocial, manifestando como una limitación de sus actividades ocupacionales y de ocio. Centradas en la creación y mantenimiento de un blog con temático de contenido religioso y trasfondo deliroide, escasez de actividades y relaciones sociales.

Fue en estos momentos cuando me emprendí más a fondo en la investigación del misterio de la ciencia de la Santa Cruz. La actividad de estudio me obligó a concentrarme y a dar de lado durante un tiempo otras ocupaciones. Es por ello que, por aquel entonces me relacionase algo menos, aunque jamás me he cerrado a nadie. Todo lo contrario, pues al compartir desde un principio estos conocimientos con los demás, no solo me ha hecho madurar y expandir aún más mi mente, pues también he aprendido mucho, ampliando a su vez mi círculo de amistades.

Cuando la Dra. Paz Villalba hace esta valoración peyorativa sobre mi estudio de investigación, no es debido solamente a una falta de formación religiosa e inclinaciones ideológicas (sano escepticismo según ella), sino que también esto viene a demostrar de forma evidente la megalomanía de los psiquiatras. Este hecho hace patente que, al parecer estos hombres no solo creen poder tener dominio sobre las mentes, sino que pretenden saber y valorar cuestiones que no son para nada de su competencia. Esto demuestra de igual manera la forma de actuar tan despótica y manipuladora en la relación médico-paciente.

2- Pese a haber solicitado en diversos seminarios su admisión, ha sido esta rechazada.

Por aquel entonces afloró mi interés por ser religioso, al discernir durante un tiempo que Dios me llamaba a la vida religiosa. Un sacerdote amigo de la familia quiso darme el consejo de intentar ingresar al seminario, pero siempre contando la verdad. Yo tenía mis dudas, pues sabía que iba a ser difícil, aunque primero lo intenté en Huelva y después en el seminario de San Dámaso en Madrid, sin éxito por causa de mi presunta "enfermedad mental". D. Juan Pedro era el encargado de las vocaciones en aquel momento y con la carta de la psiquiatra en mano me dijo que, según el derecho canónico, no era posible ingresar al seminario debido a mis incapacidades físicas y psíquicas. De esta manera la Iglesia, dentro de su proceso de secularización, entre otros intereses propios demuestra un gravísimo error, ya que sabemos por las Escrituras que el poder de Dios se perfecciona en la debilidad «Te basta mi gracia, pues mi poder se perfecciona en la debilidad. Por tanto, muy gustosamente me gloriaré más bien en mis debilidades, para que el poder de Cristo more en mí» (2 Co 12, 9).

Más tarde me puse en contacto con el movimiento de los Jesuitas Entreculturas, pero exponiéndoles la misma realidad me dijeron que su seguro no cubría mi "enfermedad". Para poder poner en práctica esta vocación a la que me sentía llamado y ante la negativa y rechazo de mi persona por parte de la Iglesia, en el año 2010 comencé a colaborar como voluntario en la residencia de ancianos Francisco de Vitoria, en Alcalá de Henares, por medio de la O.N.G (Desarrollo y Asistencia), en la que actualmente sigo desempeñando mis funciones como voluntario.

CONCLUSIÓN

En un principio tuve miedo a que muchas personas me pudiesen dar de lado, por lo cual evitaba por todos los medios el hecho de que pudiesen saber que he estado ingresado en un psiquiátrico, pero con el tiempo he llegado a comprender que, la locura es la posología necesaria para poder vivir la vida, impidiendo de esta manera que el mundo termine imponiéndonos su tibieza, porque la locura es fecunda cuando se vive, pero muy dolorosa cuando se reprime. Por ello puedo considerarme como un pobre loco afortunado que ha perdido la cabeza tratando de comprender el Amor de Dios, pero un loco para Dios, no para los demás; «Porque si estamos locos, es para Dios; y si somos cuerdos, es para vosotros » (2 Co 5, 13).

En esta dilatada experiencia he aprendido muchas cosas de provecho, aconsejando en ocasiones a otras personas que, si alguna vez en la vida los tildan de raros o de locos, no se deben de oponer, ni tampoco darles reparo, pues, en primer lugar, para nuestro mayor beneficio, debemos de procurar serlo más y mejor. Decir que el mundo está loco es un título muy honorífico, para una humanidad que más bien transita por el camino de la perdición.

«Que nadie me tenga por loco; o de otra manera, recibidme como a loco, para que yo también me gloríe un poquito. Lo que hablo, no lo hablo según el Señor, sino como en locura, con esta confianza de gloriarme. Puesto que muchos se glorían según la carne, también yo me gloriaré; porque de buena gana toleráis a los necios, siendo vosotros cuerdos». (2 Co 11, 16-19).

Personalmente no considero que pueda estar viviendo un caso aislado, pues a lo largo de la historia, muchos han vivido y viven experiencias muy semejantes, por lo que nos cuenta la historia y por los hechos que nos ilustra la Escritura; «Pero el hombre natural no percibe las cosas que son del Espíritu de Dios, porque para él son locura, y no las puede entender, porque se han de discernir espiritualmente» (1 Co 2, 14).

El hombre, despreciando lo espiritual no comprende, amputando de esta manera parte de su razón, confundiendo así el amor a la verdad con lo «maniaco» y la transmisión de la Palabra con lo «deliroide»; «Pues ya que, en la sabiduría de Dios, el mundo no conoció a Dios mediante la sabiduría, agradó a Dios salvar a los creyentes por la locura de la predicación» (1 Co 1, 21).

En cuanto a la predicación de la Santa Cruz, por medio de las ciencias matemáticas, podemos decir al respecto que las Escrituras de nuevo nos siguen dando respuestas; «Porque los judíos piden señales, y los griegos buscan sabiduría; pero nosotros predicamos a Cristo crucificado, para los judíos ciertamente tropiezo, y para los gentiles locura» (1 Co1, 22-23).

Al respecto, el Señor también nos dice en las Escrituras: En aquel tiempo, tomando Jesús la palabra, dijo: «Yo te bendigo, Padre, Señor del cielo y de la tierra, porque has ocultado estas cosas a sabios e inteligentes, y se las has revelado a pequeños» (Mt 11, 25). Con este pasaje evangélico concluyo, si se me permite, enlazándolo con otros que adquieren en la actualidad un pleno sentido para mi vida pues; «la locura divina es más sabía que los hombres, y la debilidad divina, más fuerte que los hombres» (1 Co 1, 25). «Ha escogido Dios más bien a los locos del mundo para confundir a los sabios. Y ha escogido Dios a los débiles del mundo, para confundir a los fuertes» (1 Co 1, 27). «Porque dice la Escritura: Destruiré la sabiduría de los sabios, e inutilizaré la inteligencia de los inteligentes. ¿Dónde está el sabio? ¿Dónde el docto? ¿Dónde el intelectual de este mundo? ¿Acaso no entonteció Dios la sabiduría del mundo?» (1 Co 1, 19-20).

INFORME SUMMA

SUMMA 112

Comunidad de Madrid

SaludMadrid

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

I20140908-00950

Nombre: JESUS DEL VINO MARIN Edad: 38 , Sexo: hombre

IDENTIFICACIÓN DE DOTACIÓN SANITARIA

I20140908-00950

Este paciente fue atendido por el recurso del SUMMA112 UAD32
Médico wilman henry moreno mina, número de colegiado 282857444., número de colegiado
TTS1 nemesio bravo rios

INFORME CLINICO

I20140908-00950

DATOS DEL INCIDENTE

I20140908-00950

Número Incidente: I20140908-00950
Fecha: lunes, 08 de septiembre de 2014
Municipio/Localidad: alcala de henares
Dirección: calle los hueros num 3 ,piso: 6 ,puerta:d

ANAMNESIS

I20140908-00950

Alergias: no conocidas
Antecedentes personales: trastorno bipolar. niega otras patologias.
Tratamiento Habitual: litio,omeprazol.
Motivo de consulta/Problema de salud actual: agitacion psiomotriz. no intento autolitico.

EXPLORACIÓN

I20140908-00950

Evaluación Primaria

Ventilación: Eupnea
Ciculación: relleno capilar < 2 seg.; pulso Radial
Valoración neurológica: pupila derecha Reactiva, Media; pupila izquierda Reactiva,Media. Nivel de Consciencia: Consciente.;
Glasgow Coma Score: 15 (Ocular:4; Motora:6; Verbal:5)

Evaluación Secundaria

Antracita, 2 bis
28045 Madrid
Teléfono 913 387 555
Fax 913 387 539

ISO 9001

08/09/2014

SUMMA 112 SaludMadrid Comunidad de Madrid

Neurológico: pares craneales normales; orientado en tiempo, lugar y persona
Fuerza y Sensibilidad:
miembro superior derecho: fuerza normal, sensibilidad normal
miembro superior izquierdo: fuerza normal, sensibilidad normal
miembro inferior derecho: fuerza normal, sensibilidad normal
miembro inferior izquierdo: fuerza normal, sensibilidad normal

Aparato cardiocirculatorio: ascultación cardiaca Ritmico

Abdomen: normal

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y MONITORIZACIÓN DE CONSTANTES

I20140908-00950

Hora	TAS	TAM	TAD	FC	FR	SATO2 %	ETCO2 %	GLUC	T°	O	M	V	GCS
15:26	140	100	80	90	16	96				4	6	5	15

TRATAMIENTO PRESCRITO

I20140908-00950

Tratamiento farmacológico y fluidoterapia

C.S. 6/1 (29) 2 H

Observaciones:
beg,logorreico,ligera exitasion. reconoce no haberse aplicado inyecion antipicotica prescrita. caep aloracion por especialsta.

JUICIO CLÍNICO/CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA CIE-9

I20140908-00950

Código CIE-9	Descripción
307.9	AGITACION PSICOMOTRIZ

FIRMA DE INFORME

I20140908-00950

Médico



Médico WILMAN HENRY MORENO MINA, número de colegiado 282857444
Este informe fue impreso a las 16:22:41 del día 08/09/2014

Antracita, 2 bis
28045 Madrid
Teléfono 913 387 555
Fax 913 387 539

ISO 9001 AENOR

08/09/2014

Comentario personal a modo orientativo sobre:

Informe médico del SUMMA.

Aquel día 8 de septiembre de 2014, me dispuse a pie a las 10:30 para ir a Misa a la parroquia Santa María ubicada en el centro. En torno a las 12:15 llegue a casa de mis padres. Ellos estaban muy excitados por lo que pasó el día anterior, cuando tuve la ocasión de predicar en mi parroquia. Desde que entré por la puerta no dejaron de sacar punta al mínimo detalle, discutiendo por cosas baladí. Tenían ganas de movida y quise hablarles de cosas más serías, como el abandono de sus alianzas en el cajón de un armario. Les dije cosas dolorosas para ellos y para mí, como que desde hace mucho tiempo no se podía apreciar en ellos un amor sincero. A partir de este momento hablamos de cosas serias acaecidas durante estos últimos años en la familia. Mi padre agraviado por no saber dar respuesta a mis palabras comenzó a llamar a mis hermanos para informarles a su manera y entendimiento.

Mi padre estaba aquel día tan agraviado que incluso en un principio tuvo la idea de grabar mis conversaciones con el teléfono, aunque él mismo se percató que estas grabaciones se volvían contra él. En verdad este gesto de mi padre me pareció una buena idea y comencé también a grabar algunos hechos acaecidos en aquel momento. Recuerdo que mi padre aquel día estaba extremadamente excitado y creo que lo que más le agraviaba era que tuviese la capacidad de guardar las composturas a pesar de las circunstancias.

El momento se tornó más tenso cuando mis hermanos de forma telefónica no colaboraban a favor del bien, echando a su manera más leña al fuego. En torno a las 14:30 para mi sorpresa, de nuevo, se presentó en casa la policía. En un principio, para aliviar la presión tomé la iniciativa de salir al descansillo de la escalera. La policía entró en mi casa y me hizo sentarme en la escalera del descansillo. Desde aquel momento me mantuvieron en silencio, siendo informados desde un principio que servidor era un enfermo psíquico. Todo esto se agravó mucho más cuando me vieron vestido con mi hábito y la cruz en el pecho, una vestimenta que ellos no conocían, porque esta era de confección propia.

Cualquiera que pueda discernir con conciencia recta, podrá valorar de qué lado se inclinaba la policía en aquel momento, cuando me obligaron a mantenerme fijo en un duro escalón a pesar de mis dolores de espalda y a su vez me obligaron a apagar el móvil, sin derecho a hacer una llamada telefónica. Mi intención en aquel momento fue la de querer llamar a la psiquiatra de referencia Dra. Paz Villalba , para ver si podía acercarse al domicilio. También pude tener la oportunidad de contar con la ayuda de mi director espiritual D. Javier Ortega, para tratar de salvar la situación. Mis padres dentro de casa, con bajo tono de voz, tuvieron la oportunidad de deliberar durante más de una hora, pero no tuve el mismo derecho con el fin de que la policía pudiese contrastar los hechos. Era inútil e innecesario, no había más tiempo que perder, por lo que decidieron llamar al SUMMA saltándose el protocolo. Todo se trataba de echar a otro el mochuelo (*), para de esta manera arrastrar a toda persona, como fue en mi caso, allá donde ya no pudiese molestar.

Cuando llegó el SUMMA me hicieron entrar al comedor para hablar de los hechos. Recuerdo que desde el principio conectamos hasta tal punto que en 30-45 minutos pasamos un momento inolvidable. Estuvimos en el comedor contando anécdotas y riéndonos a carcajadas. El momento fue tan íntimo y personal que en poco tiempo me permitieron mucha confianza. Desde aquel momento el Dr. Wilman Henry comenzó a ser para mí el Dr. Alegría y el ATS Nemesio Bravo, fue Panza, pues servidor también decía ser en aquel momento D. Quijote. El momento que pasamos fue jocoso e inolvidable, pues parecía que los tres estábamos embriagados. Era consciente de que el Espíritu de Dios había bajado a aquellas estancias y era tan consciente de ello que me vi en la ocasión de comunicarles esta gracia en sucesivas ocasiones. Este testimonio que doy de este momento no tiene nada de exagerado, de hecho, puedo decir que con el D.N.I en mano, entre otra documentación personal que ellos me retuvieron, el Dr. Alegría inspirado en lo bueno, equivocó mi apellido (del Pino) con DEL VINO.

No puedo garantizar en su caso que fuese la acción del Espíritu Santo, pero se puede observar por medio de este informe que estos hombres estaban fuera de sí, completamente desinhibidos. Como digo, teniendo mi D.N.I no pusieron mi edad (35) en aquel momento, sino tres años más (38). En el suceso de este informe, se repiten palabras en el mismo párrafo (número de colegiado 282857444, número de colegiado). De hecho, no se molestaron ni siquiera en poner los nombres propios, apellidos, localidad y la calle donde resido en mayúsculas. Podemos analizar las observaciones que me hicieron aquel día, para poder valorar si en verdad tienen validez jurídica ante un tribunal ante los efectos que finalmente se consumaron, pues estos errores, así como todos los que han cometido otros psiquiatras en sus informes de alta, etc., dicen mucho a mi favor:

«beg,logorreico, ligera exitasión, reconoce no haberse aplicado inyecion antipicotica prescrita, caep aloracion por especialista».

Traducción:

Verborreico, ligera excitación, reconoce no haberse aplicado inyección antipsicótica prescrita, ¿“caep”? valoración por especialista.

Esta es una prueba más de las prisas que demuestran estos servicios, para tomar el camino más fácil, que en este caso se fundamenta en hacer sin demora el ingreso psiquiátrico. De nuevo esto demuestra la falta de vocación de estas personas que creemos que están al servicio de los ciudadanos o bien podemos decir que, con estos gestos, demuestran no estar muy satisfechos con la contribución que hacen todos los españoles con sus impuestos. Quisiera poner como ejemplo este documento en el que tengo consciencia que presento a una autoridad. Por esta razón este documento trata en la medida de mis posibilidades de cuidar el detalle, aunque de no ser así, todos deberíamos de rendir un respeto hacia nuestro semejante, como si se tratase siempre de una autoridad. En verdad este viene a ser el principio y fundamento para que todos los hombres podamos servirnos los unos a los otros con toda generosidad.

Con respecto a la plantilla de este informe, es otro verdadero escándalo que también merece la pena denunciar. En primer lugar, se puede observar diversas tachaduras en la cabecera

de este informe. Hay varios sellos que están superpuestos los unos de los otros, poniendo en primer lugar en evidencia la imagen y formalidad del método con el que es atendido un paciente, es decir, las PERSONAS. Es una vergüenza que los sellos de calidad ISO 9001, como AENOR pueda permitir semejantes errores de plantilla, así como del personal que supuestamente está autorizado para complementar estos informes. Es mucho más una vergüenza que estas marcas se hayan podido entrometer en cuestiones de salud, siendo estas mismas marcas las que homologan coches, lavadoras, entre otros cacharros varios. La prueba evidente de que las personas somos tratadas aquí también como cosas, podemos decir que se hace más patente en el apartado DATOS DEL INCIDENTE, pues piensan que una persona viene a ser semejante al seguro de una moto o de un hogar, donde se detalla un siniestro. Para colmo, los datos que se facilitan en este apartado no dicen nada relevante al respecto. Es en este apartado donde este informe médico podría cumplir su objetivo, aunque se limita a dar un número solamente conocido por informática, la fecha, el municipio y la dirección domiciliaria.

Todos estos hechos son realmente lamentables, pues se puede observar de forma global que esta plantilla supuestamente homologada por estas marcas viene a ser prácticamente ilegible para cualquier persona de bajo-medio nivel cultural e incluso para personas con cierto nivel. Con tantos números y tan pocas palabras, lo único que se puede conseguir entender en este informe, es cuando se cita en el "juicio clínico/codificación diagnóstica CIE-9": AGITACIÓN PSICOMOTRIZ.

Sin más razón que ésta, fui trasladado al hospital para ser ingresado de nuevo, sin hallar en mi otra causa mayor para este fin. Además, este informe lo recibí de una forma incompleta, pues no supe nunca que podría contener la tercera hoja de este "informe médico".

CONCLUSIÓN

El trasfondo que en verdad induce a conducir al sujeto que causa molestia finalmente a la planta de psiquiatría, por lo común viene a ser la fuerte sugestión que produce a estas personas empleadas que el paciente haya podido suspender el tratamiento pautado por razones más o menos justificadas, es decir, que de nuevo se impone la autoridad ante la libertad de la persona.

Podemos decir que la causa por la que sutilmente se pasan el mochuelo los unos a los otros, en esencia se debe a la molestia que causan las personas con "enfermedad psíquica", que a su vez se debe a la falta de paciencia que se inicia en las familias, pasando a su vez por la policía, servicios intermedios y finalmente por los facultativos y personal subordinado de la planta de psiquiatría. Todo esto demuestra que vivimos en un sistema con una extrema y grave corrupción, simplemente por el hecho, en este caso, de poner en evidencia o cuestionar a ciertas personas que en su ejercicio podrían estar haciendo algo mal o hacerlo después de haberse consumado este hecho.

No solo debemos considerar importante tener en cuenta algunos puntos del Catecismo Mayor que hacen referencia a la corrección fraterna, para que todo hombre se pueda justificar en esta sana práctica. También se debe de tener en cuenta que el cristiano que no practica con frecuencia la corrección fraterna está condicionado a acomodarse fácilmente en una vida con

una doble moral, porque cuando no se pone en práctica esta obra de caridad, es muy difícil mantenerse en vigilancia:

> 1435 La conversión se realiza en la vida cotidiana mediante gestos de reconciliación, la atención a los pobres, el ejercicio y la defensa de la justicia y del derecho (Am 5,24; Is. 1,17), por el reconocimiento de nuestras faltas ante los hermanos, la corrección fraterna, la revisión de vida, el examen de conciencia, la dirección espiritual, la aceptación de los sufrimientos, el padecer la persecución a causa de la justicia. Tomar la cruz cada día y seguir a Jesús es el camino más seguro de la penitencia (cf Lc 9,23).
>
> 1829 La caridad tiene por frutos el gozo, la paz y la misericordia. Exige la práctica del bien y la corrección fraterna; es benevolencia; suscita la reciprocidad; es siempre desinteresada y generosa; es amistad y comunión.

No podemos dar por buenas las palabras de cualquier crítico que no toma sus propias críticas como cruz, para echárselas en primer lugar sobre sus propios hombros. Remitiéndome a los hechos, puedo dar fe de que la cruz es más pesada para el que hace una corrección fraterna, que para todo aquel que pueda recibirla. Pero no debemos de dejar de practicar esta obra de caridad por esta razón, porque Cristo nos dijo que aquel que le es fiel en lo muy poco, también lo será en lo mucho (Lc. 16, 10).

> *Mochuelo: m. coloq. Asunto o trabajo difícil o enojoso, del que nadie quiere encargarse. (R.A.E).

1435-1829 : Numerales correspondientes al Catecismo Mayor de la Iglesia Católica.

INFORME DE SEXTO INGRESO

Original

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental

Nombre paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806
F.Nacimiento:	03/12/1978
Edad:	35 AÑOS
Teléfono:	912809961
CIAS:	16030901025

NHC:	78186
Episodio:	1141012476
Tis:	DLMR781203916014
Fecha Cita:	[V.fechacita]

Fecha de Ingreso Hospital: 08/09/2014
Fecha de Ingreso Servicio: 08/09/2014
MOTIVO DEL INGRESO: ORDEN FACULTATIVA
Fecha de alta : 29/09/2014
MOTIVO DE ALTA: mejoría

MOTIVO DE CONSULTA:

Varón de 35 años de edad que es traído a la urgencia por el SUMMA, tras presentar alteraciones de conducta en el domicilio. Ingresa de modo involuntario.

HISTORIA ACTUAL:

Se trata de un paciente con un primer contacto en salud mental en 2004, cuando acude a una cita en CSM por bajo estado de ánimo, siendo dado de alta. Posteriormente, ha requerido 3 ingresos en UHB por episodios maníacos con síntomas psicóticos, diciembre '04, mayo '05 y enero de '08, siendo diagnosticado en los dos primeros de T. Bipolar y en el último de T Esquizoafectivo.

Según informes previos, el paciente llevaba una vida totalmente normal si bien a raíz de sufrir un accidente laboral en 2002 que le ocasionó una hernia discal, comienza a estar más decaído y algo más retraído, presentando también alteraciones del ritmo sueño-vigilia (dormía de día, por la noche navegaba por Internet) y mayor irritabilidad. Pese a estos cambios ni el paciente ni la familia informan de síntomas compatibles con cuadro depresivo franco, sino más bien de una reacción al dolor y a las pérdidas de capacidades para su vida habitual. A finales de 2004 coincidiendo aproximadamente con despido laboral y una enfermedad grave de su padre, comienza a presentar un discurso disperso, saltígrado e incomprensible en el que predominan las ideas místicas, la sensación de bienestar y el interés científico, así como religioso, intereses que no había presentado hasta la fechas. Debido a la progresión, como nuevas alteraciones conductuales en las que presenta insomnio global y marcada irritabilidad, se produce su primer ingreso de carácter involuntario en UHB en diciembre de 2004.

Desde 2004, en seguimiento en SM por Dra. Villalba, acudiendo a las citas de manera regular con adherencia parcial al tratamiento farmacológico. Durante el seguimiento, desde el último ingreso en UHB en 2008, en el que se inicia tratamiento depot con risperdal consta alcanzando dosis máximas de 75mg im/15 días, así como con plenur 1200mg dmd, su terapeuta ha ajustado tratamiento debido a estabilidad psicopatológica del paciente, pudiendo reducir risperdal consta hasta 37.5mg im/15días, manteniendo el litio como timoestabilizador. Desde enero de 2013 se propone cambio de antipsicótico para favorecer la continuidad de tratamiento, que el paciente acepta, iniciando xeplion 75mg im/ mensual. Según se recoge en los evolutivos e información aportada por el paciente y familiares, en octubre de 2013 abandona el tratamiento depot alegando prurito, manteniendo tratamiento con litio.

Según refieren sus familiares, Jesús había tenido una buena evolución durante estos años, centrando su actividad cotidiana en temas religiosos y persistiendo cierta ideación delirante de este contenido, dedicándose a impartir charlas, escribir relatos místico-religiosos, libros, teniendo una web propia para dar difusión a sus escritos, y asistiendo diariamente a misa, si repercusión conductual, manteniendo buena relación familiar y en otros círculos sociales.

Señalan que desde el abandono de medicación depot, comienzan a notarle progresivamente algo más irritable, realizando más actividades en la Iglesia, dedicando la mayor parte de su tiempo a escribir en blog propio donde, según comentan, ha recibido incluso amenazas y a su vez le encuentran reivindicativo y refieren conflictos con otros miembros de su parroquia habitual, que han ido en aumento. Consideran como posibles factores estresantes más recientes el hecho de que Jesús haya estado sólo durante el mes de agosto, mientras su familia estaba fuera de vacaciones, pudiendo tener desajuste en ritmos cronobiológicos y haber pasado más tiempo dedicado a su página web "ahí tiene amigos y muchos enemigos que incluso le insultan...". Al parecer, según cuenta su familia tras haber sido denunciado por

Nombre paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806
F.Nacimiento:	03/12/1978
Edad:	35 AÑOS
Teléfono:	912809961
CIAS:	16030901025

NHC:	78186
Episodio:	1141012476
Tis:	DLMR781203916014
Fecha Cita:	[V.fechacita]

amenazas por el Director de la Universidad San Pablo CEU, el pasado día 4 de septiembre fue citado a juicio, que aunque fue absuelto generó en él gran tensión emocional. Durante esa semana los familiares encuentran al paciente aún más nervioso, irritable, con insomnio global, realizando muchas actividades durante la noche "mandaba mails y mensajes a mucha gente…", decidiendo ayunar durante 3 días y haciendo alusión de forma más marcada a temática religiosa. En este contexto, el pasado día 7 de Septiembre estando en su parroquia habitual, cuenta su familia, que el paciente fue expulsado tras comenzar a impartir él mismo la misa, acudiendo también la policía. Añadiéndose alteraciones de conducta, estando heteroagresivo con sus padres "nos llama fariseos y satanás…" y discurso desorganizado e incoherente, por lo que deciden llamar al 112 y al SUMMA, procediéndose a traslado al HUPA el pasado 8 de septiembre. Una vez en la urgencia se fuga sin haber sido atendido, se avisa a la policía y cuando es trasladado de nuevo al HUPA requiere contención mecánica en la urgencia dada la negativa a permanecer en el hospital y episodio de agitación psicomotriz.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- No HTA. No DM. No DL.
- Estenosis congénita del canal lumbar. Hernia discal secundaria a accidente laboral 2002. Dolor crónico tipo ciático.
- IQX: Extirpación de quiste sebáceo (07/11/13). En seguimiento por ORL.

Exconsumidor de tóxicos. Niega consumo de tóxicos en el momento actual.
Alergia a polen y gramíneas
No RAMC

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre con historia de herniación lumbar y cuadro depresivo reactivo a la evolución del mismo que cedió con tratamiento antidepresivo. Cardiopatía isquémica, I.A.M.
Abuela paterna con "la cabeza perdida, se iba de casa y no cuidaba a los niños". Una tía-abuela también con problemas. Una prima de su padre también, no saben el diagnóstico pero cuentan "se va toda la noche por ahí, pierde la cabeza todos los años".

BIOGRAFÍA:

Soltero. Vive con sus padres. Es el menor de 4 hermanos, tres hombres y una mujer, de 42, 41, 37 y 32 años. Mantiene buenas relaciones familiares. Presentó enuresis hasta los 12 años y dificultades de escritura y aprendizaje especialmente a los 12-14 años, siendo los demás hitos del desarrollo normales. Onicofagia desde la infancia hasta hace año y medio en que decide controlarse. Primera relación sentimental a los 16 años, durante 7 meses y, desde entonces, relaciones esporádicas. Buena red e integración social. Estudiante voluntarioso, va aprobando los cursos con esfuerzo y estudia Formación Profesional en la rama de electrónica. Comienza a trabajar a los 16 años (panificadora, camarero...), compaginándolo con los estudios. Posteriormente comienza como empleado de mantenimiento y finalmente encargado del mismo. En el 2000-2001, coincidiendo con la estabilización y el ascenso laboral, decide comprar una casa y asumir una hipoteca. Sufre un accidente laboral en 2002 por el que esta de baja durante dos años y en peregrinación de médicos y cirujanos que acaba en una intervención quirúrgica en 2003 y una incapacidad funcional y dolor importante. Ha estado muy involucrado en su enfermedad y el tratamiento de la misma, refiriendo haberse sentido mal tratado y muy frustrado e incomprendido.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA DE URGENCIAS:

Consciente y globalmente orientado. Abordable aunque poco colaborador. No es posible completar la entrevista dado que el paciente no quiere hablar. Y dice que nos remitamos a los hechos.

Nombre paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806
F.Nacimiento:	03/12/1978
Edad:	35 AÑOS
Teléfono:	912809961
CIAS:	16030901025

NHC:	78186
Episodio:	1141012476
Tis:	DLMR781203916014
Fecha Cita:	[V.fechacita]

Impresiona de maniforme, por su tendencia a la discusión y la irritabilidad, con actitud desconfiada, pero en el momento que es contenido se tranquiliza y se duerme.

DATOS COMPLEMENTARIOS Y/0 PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS:

10/9/14: Serología IgG anti HBc Negativo, Anti VIH 1/2 Negativo, Anti VHC Negativo, Sífilis CMIA Negativo. Hematología HEMATIES 5.11 10^6/µL, HB 14.0 gr/dL, HCT 42.1 %, VCM 82.5 fl. Bioquímica Colesterol 139 mg/dl, GOT 41 * U/l, GPT 40 U/l, GGT 20 U/l, CK 567 * U/l, Bilirrubina Total 1.00 mg/dl, Bilirrubina Directa 0.40 * mg/dl, Hierro 50 * µg/dl, Sodio 140 mmol/l, Potasio 4.0 mmol/l, Cloro 108. Estudio de anemias: Ferritina 25 ng/ml, Vitamina B-12 411 pg/ml, Acido Fólico sérico 4.6 * ng/ml. TSH 1.62 µU/ml.
Litemia al ingreso: 1.01 mmol/l a dosis de 1200 mgs/día que se mantiene durante todo el ingreso.
Litemia al alta: 0.64 mmol/l .

Evolución Medicina Interna: (Dra. Culebras): En analítica del ingreso sólo destaca déficit de ácido fólico (4,6), por lo que se inicia tratamiento con Acfol 5 mg. Refiere disminución de agudeza visual en paciente con miopía, por lo que se recomienda al alta, revisión de la misma. No ha presentado otras incidencias médicas a destacar.

RESUMEN DE EVOLUCIÓN CLÍNICA:

El paciente ingresa de forma involuntaria en la UHB. La madrugada del primer día de ingreso presenta elevada ansiedad, llegando a cuadro de agitación psicomotriz, que se repite por la mañana, siendo necesaria la contención mecánica de 5 puntos y farmacológica con haloperidol 5mg y clorazepato dipotásico 50mg im, que resultan efectivos y permiten el descanso del paciente y la reducción progresiva de la angustia inicial. Iniciamos durante el ingreso tratamiento con risperidona oral alcanzando 12mg dmd clorazepato dipotásico 75mg dmd, manteniendo litio 1200mg dmd. Para manejo del insomnio, durante la primera semana precisa 2mg de lormetazepam, que posteriormente es retirado por mejoría.

Inicialmente, el paciente se muestra desconfiado, querulante, marcadamente irritable, abordable pero escasamente colaborador, negándose inicialmente a la toma de medicación vía oral, a la ingesta y visita de sus familiares, con los que impresiona de ideación referencial, reticente a recibir visitas los dos primeros días. De forma progresiva, el paciente se muestra más colaborador aceptando la ingesta de alimentos y toma de medicación, se va reduciendo la ansiedad del paciente y alteraciones conductuales en la unidad.

Al inicio, predomina ideación delirante de contenido místico religioso en el contexto de sintomatología maniforme (hipertimia, verborrea, vivencia de plenitud y de tener misión especial), mostrándose invasivo y tendente a la irritabilidad al abordar sus ideas. Con el transcurso del ingreso, Jesús acepta la toma de medicación en la UHB si bien expresa negativa a la toma tras el alta, por lo que se trabaja en las entrevistas conciencia de enfermedad y adherencia terapéutica. Teniendo en cuenta periodo de mayor estabilidad del paciente desde el último ingreso de 2008 hasta la fecha, periodo que ha recibido tratamiento con antipsicótico depot, se plantea al paciente en distintas ocasiones a lo largo del ingreso retomar tratamiento, al cual se niega, aceptando continuar con pauta oral de antipsicóticos además del plenur.

Progresivamente se va empobreciendo el discurso delirante que, si bien persiste, no añade elementos nuevos y va perdiendo su capacidad de determinar la conducta mostrándose mucho más adecuado, tranquilo y colaborador.

Nombre paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806
F.Nacimiento:	03/12/1978
Edad:	35 AÑOS
Teléfono:	912809961
CIAS:	16030901025

NHC:	78186
Episodio:	1141012476
Tis:	DLMR781203916014
Fecha Cita:	[V.fechacita]

Se mantienen entrevistas con sus padres, que en un principio se muestran desbordados y angustiados por la situación. Reconocen progresiva mejoria en las sucesivas visitas, acordando permisos de salida fuera de la unidad, que primero realiza en compañía de familiares y amigos y después ha realizado de forma autónoma, sin incidencias. La familia plantea comenzar con permisos de salida al domicilio al verlo mejor, por lo que sale primero dos tardes completas y un dia entero que transcurre sin incidencias, relatando los familiares que ha estado bien "como es siempre cuando está bien", por lo que se da un permiso más largo de fin de semana junto a sus familiares, estando tranquilo, adecuado, bien relacionado con sus familiares y amigos, realizando de forma autónoma y correcta la toma de medicación.

Aparece excesiva somnolencia e impregnación farmacológica por lo que se reduce de forma progresiva la dosis de clorazepato dipotásico hasta 10mg y risperidona a 9mg, medicación que el paciente acepta, acordando seguimiento y ajuste de forma ambulatoria, por lo que tras estabilización se decide el alta.

MOTIVO DE ALTA:
Mejoría, ajuste farmacológico, adecuación conductual.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:
Trastorno Esquizoafectivo, episodio maníaco con síntomas psicóticos

OTROS DIAGNÓSTICOS:
Déficit de ácido fólico.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS:

PLENUR 400MG:	1-1-1
RISPERDAL COMP 6MG:	0-0-1
RISPERDAL 3 MGS:	1-0-0
TRANXILIUM 10MG:	0-0-1. Podrá tomar comprimido extra si ansiedad.

Tratamiento por Medicina Interna:
Acfol 5 mg vía oral en desayuno.
Seguimiento y control por MAP, incluido del déficit de fólico.

Acudirá a cita con su terapeuta habitual, Dra. Villalba 1 de octubre a las 14.30h
Acudirá a consultas externas de ORL para solicitar cita en 6 meses de revisión. Se aconseja ir a solicitarla en Enero 2015.

P.O Dra. Méndez

FIRMA:Dr./a DÉBORA ORTIZ SÁNCHEZ
FACULTATIVO ESPECIALISTA

CASANDRA GALVEZ CALERO
RESIDENTE EN PSIQUIATRÍA

Comentario personal a modo orientativo sobre:

Sexto informe médico.

1- en octubre de 2013 abandona el tratamiento depot alegando prurito, manteniendo tratamiento con lítio.

Podemos apreciar en esta observación, por la forma en la que se expresa, que viene a ser esta una constante para argumentar en mi contra. En verdad no abandoné por mi propia cuenta el tratamiento, como se trata de dar a entender aquí, pues en informática debe de constar por urgencias del hospital, que llevaba 15 días sin apenas dormir por la irritación que me provocaba el Xeplion tras ser inyectado. Esta reacción se repitió otras veces anteriores, por lo que tomé la decisión de informar al hospital sobre estos síntomas tan desagradables. Ellos mismos me sugirieron la suspensión del tratamiento.

2- Según refieren sus familiares, Jesús había tenido una buena evolución durante estos años, centrando su actividad cotidiana en temas religiosos y persistiendo cierta ideación delirante de este contenido.

Se puede apreciar que la Dra. Débora Ortiz en este informe, al parecer, quiere hacer notar que todo marchaba bien, hasta que me centré en temas religiosos, para degradar de esta forma en «cierta ideación delirante de este contenido». Me pregunto si fueron mis padres los que tuvieron capacidad para discernir esta apreciación o fueron más bien las dotes como médico esta psiquiatra. Pero lo que no me parece justo es que no exista un argumento más amplio y razonable para poder defenderme de esta acusación, donde se trata de hacer parecer que la religión es la causa y origen de mis ingresos e incluso de todo mal. Ciertamente se hace muy común este tipo de argumentos cerrados en sus informes, en los que resulta verdaderamente difícil poder darles la razón o argumentar algo en contra que pudiese llegar a favorecerme.

Podemos apreciar otra contradicción dentro de esta misma observación, cuando se hace referencia a «una buena evolución» y cuando se cita seguidamente en el mismo párrafo «cierta ideación delirante de este contenido».

3- dedicándose a impartir charlas, escribir relatos místico-religiosos, libros…

Si tenemos en cuenta que constantemente en sus informes me definen como un hombre con tendencia verborreica, cuando aquí se refiere a «charlas» se entiende que aparte de ser algo despectivo, no interesa ir más allá de esto. Para ser más exactos, he tenido la oportunidad de ser admitido en varias universidades de España e incluso del extranjero para presentar algunas ponencias. Estas instituciones universitarias han visto en mis trabajos un material de interés en el campo de la ciencia y la filosofía, por tanto, no se trata de unas meras «charlas».

Gracias a Dios he tenido la oportunidad de haber podido publicar mi estudio de investigación (no libros) en una editorial y ha sido también valorado favorablemente por otras editoriales, aunque por causa de la crisis económica han tenido que restringir su actividad editorial.

4- Señalan que desde el abandono de la medicación depot, comienzan a notarle progresivamente algo más irritable, realizando más actividades en la Iglesia

Al estar viviendo con mis padres, siempre han estado muy encima de mí por causa de la medicación, desconfiando de mi responsabilidad para tomar las medicinas. Ellos fueron muy susceptibles al rechazo de Xeplion por las razones que ya he expuesto. He podido reconocer durante mucho tiempo en la convivencia con ellos esta manía, junto con una fuerte sugestión al respecto. Por estas razones, junto al interés de los facultativos en querer enfatizar la medicación como método infalible, se vuelve a argumentar en contra mía, sin volver a tener en cuenta estos precedentes.

5- Dedicando la mayor parte de su tiempo a escribir en su blog propio, donde, según comentan, ha recibido incluso amenazas.

Hace varios años que apenas escribo en mi página web (no blog), aunque si suelo hacer en ocasiones alguna corrección. Puede referirse aquí a que con frecuencia escribo en un grupo que administro de Facebook (Únete al símbolo universal de la libertad). Desde esta plataforma este grupo se concibe como un club de fans, que libremente han querido darme su voto de confianza, para que puedan recibir en sus perfiles algunas reflexiones que comparto con frecuencia.

En Internet hay de todo y entre tanto, hay muchos enemigos de la religión, un odio que no es únicamente hacia los religiosos, sino que se extiende a todas las dimensiones del ser humano. Cuando he conversado con estas personas, siempre me ha sido muy difícil entablar una amistad. Puedo garantizar la impecabilidad de mis intervenciones, porque en este grupo que administro, quedan reflejadas todas las conversaciones que he tenido en estos últimos años de actividad.

https://www.facebook.com/SusodelPino

6- y a su vez le encuentran reivindicativo y refieren conflictos con otros miembros de su parroquia habitual, que ha ido en aumento.

Al no exponer ningún tipo de detalle que pueda tener en cuenta el tiempo sucedido entre estos conflictos, puede parecer que todo supuso algo de imprevisto, es decir, que todo según lo que se cita aquí se da a entender que ocurrió de repente, por lo que se enfatiza de esta manera la gravedad del asunto.

En agosto de 2013 me dispuse a ir a Misa de tarde a mi parroquia. Un sacerdote que oficiaba en aquellos momentos como sustituto, me tomó en la sacristía para reprenderme y amonestarme por el hecho de recibir la Eucaristía de rodillas. Él se justificaba diciéndome que esto no lo hacía nadie de la parroquia, queriendo decir que, si no lo hacía nadie, tampoco debía de hacerlo yo. Todo esto me lo tomé con calma, pero con mucha indignación, pues llevaba haciendo esta práctica hasta aquel momento más de un año por promesa, aunque ciertamente me indignó, más por ser una reprensión de un “sacerdote”.

Unas semanas después fui a Misa a la capilla del hospital y al ponerme de nuevo de rodillas ante el Santísimo para recibirle, fui de nuevo severamente amonestado por otro "sacerdote" delante de toda la feligresía, para que me pusiese en pie. Quedé tan indignado y humillado que mandé una carta al obispo de la diócesis, pero no tuve respuesta. No tengo nada en contra del obispo, ya que tengo conocimiento de que muchas comunicaciones incómodas le son filtradas.

Cuando se dice que fue en aumento, no sé a qué se refiere, pues a pesar de mi indignación, quise centrarme y no dejar pasar todos estos hechos. Sin más, no recuerdo otros conflictos a excepción de otra persona que cuida mi parroquia San Juan de Ávila, ya que por las medicinas que tomaba las cuales resecaban tanto mi boca, todos los días tenía que llevar a Misa una botellita de agua para aguantar. Este hombre un día antes de Misa me reprendió severamente, porque decía que esto era una falta de respeto. A pesar de esto, gracias a Dios, me llevo muy bien con otras muchas personas de mi parroquia y de otras parroquias de esta misma localidad.

7- Consideran como posibles factores estresantes más recientes el hecho de que Jesús haya estado solo durante el mes de agosto, pudiendo tener desajuste en ritmos cronobiológicos y haber pasado más tiempo dedicado a su web

Puedo demostrar por los hechos que tuve un mes de agosto centrado y sosegado. Como siempre que me quedo solo desde mi primera conversión, aprovecho a cultivar mi espiritualidad, teniendo más tiempo para pensar mejor las cosas. Puedo recordar perfectamente que apenas hice alguna labor como webmaster durante el mes de agosto, porque además de dedicar tiempo a la oración, pasé mucho tiempo preparando una defensa de 84 páginas, por haber sido denunciado por D. Rafael Ortega, Director del Congreso de Católicos y Vida Pública de la Universidad San Pablo CEU.

8- "Ahí tiene amigos y muchos enemigos que incluso le insultan…"

Como podemos observar, cada observación o etiqueta del psiquiatra se limita a describir o enfatizar un hecho a las medidas del enfermo, pero poco se argumentan las razones, porque como se puede observar a lo largo de estos informes, se evita el diálogo paciente-facultativo, que es lo que puede poner en evidencia un verdadero examen diagnóstico, sin tener apenas en cuenta, como es en este caso, la palabra del "enfermo psíquico". Además, podemos observar el arte de la manipulación, cuando se es guiado por una ideología que trata de contrarrestar las creencias religiosas, pues nótese que siempre se trata de enturbiar los hechos que pueden interesar para dar fuerza y agravar negativamente el diagnóstico « Ahí tiene amigos y muchos enemigos». Todos desgraciadamente tenemos personas que se hacen enemigos nuestros y esto es algo que nadie podemos evitar, pero aquí se trata de dar a entender que tengo pocos amigos y mis enemigos son muchos. En verdad, esta cita tergiversada, se puede conjugar de otra manera: Ahí tiene muchos amigos y enemigos que incluso le insultan.

9- Al parecer, según cuenta la familia tras haber sido denunciado por amenazas por el director de la Universidad San Pablo CEU, el pasado 4 de septiembre fue citado a juicio, que, aunque fue absuelto generó en el gran tensión emocional.

En verdad aquí también existen dos formas posibles de hacer lectura de esta denuncia, que no fue por amenazas, según se cita aquí, sino que se trata de un periodo de un año donde servidor trató de hacer también una corrección fraterna a D. Rafael Ortega, Director del Congreso de Católicos y Vida Pública y no Director de la Universidad San Pablo CEU, que es muy diferente. En este documento de defensa que quise alojar después de ganar el juicio en la página que administro, trata de demostrar que el denunciante quiso también tergiversar una comunicación adaptándola a su medida. Quizá por su gran reputación tampoco quiso aceptar la corrección fraterna y se reveló de esta manera. La prueba de esto fue cuando no tuve la suerte de que se presentara a juicio, demostrando de esta manera su poca decencia, más siendo un hombre católico que representa un cargo público en una universidad de prestigio.

Quisiera aportar la dirección donde se aloja este documento, ya que manifiesta por escrito la forma impecable de haberle hecho una corrección fraterna en vez de una amenaza como se cita en esta etiqueta.

http://www.matematicasmisticas.com/veritas/La_Voz_Profetica/CEU.html

Cierto es que cuando una persona gana un juicio, más cuando éste está fundamentado en calumnias, tergiversación de palabras y hechos, se puede sentir una gran satisfacción, pero debo de advertir que probablemente de nuevo se exageran estos hechos, tratando de sacarlo de contexto para justificar el ingreso.

10- Durante esa semana los familiares encuentran al paciente más nervioso, irritable, con insomnio global, realizando muchas actividades durante la noche "mandaba mail y mensajes a mucha gente…" decidiendo ayunar durante tres días y haciendo alusión de forma más marcada a la temática religiosa.

De nuevo quisiera hacer referencia a la sugestión tan pronunciada de mis padres, por haber sido suspendido el tratamiento de Xeplion por orden facultativa en urgencias el día 23 de septiembre de 2013. Como podemos apreciar en todos los informes, no tengo escapatoria, porque siempre se exponen todos los criterios bajo el juicio subjetivo de mis padres, que a la vez son sugestionados por el facultativo de turno.

Puedo dar fe que de noche apenas tengo otra actividad que la de leer u oír la radio, para relajarme y coger el sueño. Cierto es que hubo una temporada que mandaba mails durante la noche, pero puedo demostrar que esta actividad la vengo haciendo de continuo, por tanto, no debe de suponer algo relevante. Lo malo no es mandar mails, lo malo o bueno podría ser el contenido de estos, aunque aquí como podemos observar no le dan importancia.

Las personas que practicamos el ayuno eucarístico, sabemos que no solamente somos tentados de muchas maneras, pues también el poder del Mal tiene una gran capacidad de sugestionar al hombre en su entorno con gran facilidad, para poder cumplir sus proyectos. Antes de comenzar mis prácticas de ayuno hace unos años, comencé años atrás a practicar otras pequeñas abstinencias para ejercitarme espiritualmente. El gobierno del Mal siempre se estremece cuando una persona practica el ayuno eucarístico, exponiéndose de esta manera la

persona a la tentación y el asedio constante; actividades que en definitiva vendrán a suponer sustancialmente un crecimiento espiritual.

Como podemos observar, la irritabilidad viene a ser una cantinela repetitiva en todos los informes, junto a la constante alusión de las prácticas religiosas.

11- En este contexto, el pasado día 17 de septiembre estando en su parroquia habitual, cuenta su familia, que el paciente fue expulsado tras comenzar a impartir el mismo la misa, acudiendo también la policía.

De nuevo se vuelve a tener en cuenta el testimonio único de la familia, cuando ninguno de ellos estuvo presente ante aquellos hechos. Pudieron ser testigos más de 150 personas, porque aún eran las 12:50, diez minutos antes de la Misa, cuando me dispuse a predicar. Predicar no es lo mismo que celebrar el Santo Oficio. Es más, puedo decir que de los 4 escalones que tiene el presbiterio, no tuve valor a subirme ni al primero. La Misa se celebra (no se imparte) en el ambón, la sede o en el mismo Altar. Hay muchos testigos que en verdad solo me vieron moverme alrededor del habitáculo de mi parroquia.

Ciertamente fui expulsado con violencia, pues existen testigos oculares que presenciaron sangre en mis brazos. Debe de tenerse en cuenta de que, con independencia de no haber pedido permiso para predicar aquel día, estaba en el lugar más adecuado para hacer estas prácticas. A las 13:00- 13:05 dio comienzo la Misa dominical de aquel día.

Puede resultar llamativo que se presentase la policía, pero en verdad todo esto se debía, según testigos oculares, a que el alcalde de nuestra localidad se presentó aquel día a esta celebración. La policía a pesar de poder extrañarse de aquellos hechos, fueron informados por otras personas que, si presenciaron los hechos, por lo que todo esto no fue a mayores. Tras repartir a las personas a la salida de Misa un tríptico de mi página web, me marché a casa.

Puedo sentirme bienaventurado por estos hechos, porque a Jesús le ocurrió lo mismo en Nazaret, que fue el lugar donde se crio. «Al oír estas cosas, todos los de la sinagoga se llenaron de ira y, levantándose, le arrojaron fuera de la ciudad y le llevaron a una altura escarpada del monte sobre el cual estaba edificada su ciudad para despeñarle. Pero él, pasando por medio de ellos se marchó» (Lc. 4, 28-30).

12- Añadiéndose alteraciones de conducta, estando heteroagresivo con sus padres "nos llama fariseos y satanás…" y discurso desorganizado e incoherente.

Como podemos observar, se trata insistentemente de hacer énfasis a lo que respecta a la agresividad, pero mis padres (una vez de nuevo tomados como testigos únicos) no pueden decir que en aquel momento ni en otro, les haya podido levantar la mano alguna vez o insultarles vulgarmente sin razones. Tengo la gracia de poder contar con una grabación hecha en Radio María como invitado en el programa Hay Mucha Gente Buena, en el que Agustín, un amigo mío, dando testimonio de mí, decía en aquel momento que tenía el don de la vehemencia de san Pablo en el anuncio del Evangelio. Como se puede valorar en este testimonio, soy una persona muy pasional, porque gracias a Dios estoy felizmente enamorado y a esto se suma mi gran

sensibilidad por las injusticias. Todo esto se ve gravemente tergiversado por las ideologías contrarias y por diversos intereses.

Cuando llamé a mis padres fariseos, era debido a que actuaban con una doble moral, que es un mal muy común en nuestra sociedad. Al fin de al cabo no es un insulto grave cuando puede estar perfectamente justificado, al denunciar algo que con los hechos no se demuestra.

Haberles podido llamar Satanás es un hecho muy grave. En verdad en la vida espiritual existe un tupido velo que en ocasiones por la gracia de Dios podemos descubrir lo que en verdad existe detrás. Aun teniendo esto en cuenta, no se le debe de dar mayor importancia a este hecho, pues cuando Pedro quiso reconvenir a Jesús, este le increpó diciéndole: «¡Quítate de delante de mí, Satanás! Me eres piedra de tropiezo; porque no estás pensando en las cosas de Dios, sino en las de los hombres» (Mt 16, 23). A pesar de esto, sabemos que Jesús puso a Pedro como cabeza de su Iglesia, reconociéndole como hombre y discípulo, de igual manera que siempre he reconocido a mis padres como padres.

13- y discurso desorganizado e incoherente, por lo que deciden llamar al 112 y al SUMMA, procediéndose a traslado al HUPA el pasado 8 de septiembre.

El discurso desorganizado e incoherente no puede ser muy diferente al que presto en esta declaración. Esto suele fundirse como hemos apreciado con frecuencia con la verborrea, que es más bien cuando al receptor tampoco le interesa las cosas de Dios. Mi lenguaje verbal no difiere mucho del escrito, aunque reconozco en parte que en la expresión verbal soy algo más torpe.

14- Una vez en urgencias se fuga sin haber sido atendido.

Cuando me dejó la ambulancia en urgencias, solo tenía un documento del SUMMA que aporto en esta documentación. Se puede apreciar que este documento es completamente ilegible, no solo para una persona de cultura media, pues incluso para una persona que pudiese tener cierto nivel en este sentido. A pesar de que este documento no justificaba nada relevante, cuando llegué a admisión me lo quitaron. No me lo quisieron dar hasta que llamé a la policía. Puse al teléfono al celador con la comisaria y finalmente me devolvió el documento. Al ser consciente del surrealismo en el que me veía inmerso, le dije al celador que iba a por agua y después con paso firme y sin pausa tomé la decisión de irme de nuevo a mi casa.

Siendo la presente afirmación tan diáfana y teniendo en cuenta además este contexto, da a entender que pude salir corriendo del recinto hospitalario, pero no fue así. Me dio tiempo a ir a una gasolinera para comer sobre las seis y media de la tarde y poder contar todos estos hechos a un amigo llamado Ángel.

En la rotonda del Mc´ Donalds de Espartales me detuvo la policía, hasta que vino de nuevo el SUMMA. Parecían sinceros y me dejé llevar por sus engañosos halagos. Aprovechándose de nuevo de mi inocencia, me dijeron que permanecerían conmigo delante de la psiquiatra, para dar testimonio y después poder irme a mi casa. Cuando me llevaron al hospital y me dejaron en manos de los psiquiatras se fueron apresurados dejándome solo.

En urgencias, un sequito de psiquiatras y personal de seguridad me acosaba y hostigaba para que entrase dentro al Box, pero quise hacer resistencia sentado en un banco. Guardé silencio durante mucho tiempo, pero ellos no dejaban de acecharme, hasta que todos a una y sin motivo me echaron mano, me metieron dentro y me ataron a una camilla sin mayor justificación.

Me dejaron durante un tiempo en un Box para que estallara de violencia por el agravio y perturbación que produce lo que llaman eufemísticamente «contención mecánica». Doy gracias a Dios porque pude contener esa violencia contra mí, para evitar que acto seguido pudieran sedarme. Estando en aquella situación tan violenta, caí en un estado de paz que me mantuvo sereno. Cuando vieron que no me violenté, creyeron que me había pasado algo, por lo que aliviaron la tensión de las ataduras. En verdad para ellos no ingresé de forma consciente a la planta de psiquiatría, pues en vez de auscultarme o llevarme a medicina interna para reanimarme, me ingresaron de esta manera en la planta psiquiátrica, sin mayor valoración previa. En el trayecto, retirándome el hábito del pecho me tiraban y me daban pellizcos en los pezones, para comprobar —según decían ellos— si estaba fingiendo.

Fui medicado y atado durante varios días. A los 5-6 días de nuevo se presentó el juez para nada, porque de nuevo no me encontraba en condiciones físicas y psíquicas para poder exponer el testimonio que tengo la oportunidad de aportar en este documento.

15- Episodio de agitación motriz.

Este es el único argumento en contra verdadero, que en verdad viene a ser el único dato del informe elaborado por el SUMMA que podría considerarse como legible.

17- Es el menor de 4 hermanos, tres hombres y una mujer, de 42, 41, 37, 32 años.

Podemos observar en las biografías de todos los informes que son la prueba evidente de la ley del mínimo esfuerzo, teniendo en cuenta el salario que tienen estos facultativos. Prácticamente no existe variación entre ellos, por tanto, se trata de la misma técnica “copia y pega” en el PC. Además de que no se cuenta con el paciente para elaborar o confirmar estos datos, con facilidad se puede apreciar de una forma general que tienen mucha prisa por terminarlos. En verdad somos 4 hermanos, no cinco, porque aquí no se refleja mi edad de 35 años en aquel momento. También puede caber la posibilidad de que la persona con 32 años pudiese ser servidor, pero tampoco coincide con la edad (35) que se indica en la cabecera de este informe.

18- Primera relación sentimental a los 16 años, durante 7 meses y, desde entonces, relaciones esporádicas.

De nuevo podemos observar el diálogo completamente nulo entre la persona y el facultativo en los informes, una prueba más de que la palabra del “enfermo psíquico” no cuenta ni tiene valor. Mi primera relación sentimental “seria” fue a los 17 años y duró 7-8 meses, aunque lo que no han tenido en cuenta en ninguno de los informes es lo más importante de todo este testimonio, pues servidor, desde los 26 años, PRACTICA LAS VIRTUDES DE LA PUREZA Y DE LA CASTIDAD. Esto dice mucho de la decencia de mi persona, siendo estas

unas cualidades y costumbres nobles disueltas por el despotismo y la constante manipulación de estos servicios médicos. Estas virtudes me han adornado de continencia, mansedumbre, paz, sosiego y dominio de mi persona, lo que demuestra que todas esas alusiones a la euforia, irritabilidad, agresividad, heteroagresividad y todas esas palabras feas y amorfas que hacen uso en sus informes, con el fin de agravar negativamente la dignidad y la inocencia de las personas, son simplemente falacias sagaces para justificar sus ingresos. Estas virtudes me han dado también la suficiente paciencia para aguantar la insistente opresión, asedio y necedad de todos estos facultativos, así como el resto del personal subordinado a ellos.

19- No es posible completar la entrevista, dado que el paciente no quiere hablar. Y dice que nos remitamos a los hechos.

Con paciencia tuve que guardar silencio, porque sus palabras son como navajas melladas en óxido, pues es imposible la comunicación cuando el hombre esta cegado por el mal del despotismo y el espíritu de impureza. Les decía que me remitía a los hechos, porque todo se inició en la parroquia de mi barrio el día anterior, cuando tuve la iniciativa de predicar antes de celebrarse la Misa. Hubo muchos testigos fieles a la verdad, no solo mi madre que vino más tarde a los hechos, que es la que representa en este caso en los informes el papel de "familia", porque mi padre solo pudo ser informado más adelante por mediación de mi madre.

No fue posible completar la entrevista, porque cuando me metieron dentro del Box me ataron a una camilla. Nadie vino a hacerme una entrevista ni a peritar el alta a la planta de psiquiatría, porque todo se daba por hecho, es decir, que no había mejor opción exprés para ellos que el ingreso inmediato. Caí en un estado de paz que aplacó la violencia que me inducía la fuerza de las ataduras, algo que por lo común perturba de forma mucho más exacerbada a las personas que no están ejercitadas en estas virtudes.

CONCLUSIÓN

Esta puede ser una buena ocasión y momento para acabar con aquella falacia de que el hábito no hace al monje, ya que la psicología cognitiva conductual nos dice todo lo contrario. Según la ciencia, el pensamiento, las emociones y la conducta están completamente interrelacionadas. Podemos decir además que, la coherencia en esta interrelación imprime carácter en las personas y ayuda a armonizar el cuerpo, la mente y el espíritu. En cierta manera podemos decir en muchos casos que el hábito no hace al monje, pero éste si nos puede ayudar a serlo.

Sin haber sido consciente en un principio de esta realidad que se hace latente en esta persecución religiosa por causa de la religión, nunca imaginé el estigma tan grande que podría tener una persona que pudiese vestir algún tipo de vestimenta eclesial. Un verdadero antisistema no es aquel que fuma hierbas, se alcoholiza por las calles y participa en ocasiones de algún tipo de vandalismo urbano, pues para mí el verdadero "antisistema" es aquella persona que se integra en algún tipo de injusticia para después anunciar y denunciar lo que fuese preciso. Lo

que ahora me toca denunciar es la realidad por la que muchos hombres de Dios hayan colgado sus hábitos en los armarios.

VOLANTE DE INGRESO

8. Sep. 2015 18:18 Nº7933 P. 1

Hospital Universitario
Príncipe de Asturias

SaludMadrid

Jesús del Pino Marín se encuentra en seguimiento ambulatorio en CSM de Alcalá de Henares desde 2004
Está diagnosticado de t bipolar, habiendo presentado repetidas descompensaciones clínicas con sintomatología delirante y temple hipertímico, que han requerido ingreso, el último de ellos en septiembre de 2014.
En los periodos intercrisis el paciente manifiesta un estilo de vida, actividad e interacción social acordes con sus creencias religiosas, que mantiene de forma rígida, sobre un trasfondo delirante, que lo diferencia claramente de la norma social de su entorno comunitario.
En la actualidad y desde hace menos de una semana se ponen de manifiesto signos de descompensación de su patología de base, con ansiedad, irritabilidad, disforia, actitudes suspicaces, y conflictividad interpersonal, sin conciencia de enfermedad, y sin aceptación de mantener actualmente un tratamiento farmacológico adecuado.

Dado el riesgo para su seguridad o la de terceras personas, y del previsible agravamiento de su patología de base, se solicita, por el art 763 de la LEC su traslado involuntario a su hospital de referencia.

Clas 1[illegible]08N
Dra. Paz Villalba Yllán
Col. 28/47[illegible]6-8

Fdo: Paz Villalba Yllán
FEA psiquiatría
Alcalá de Henares a 8 de septiembre de 2015

CDD: 2003

[illegible]
JUZGADO ALCALÁ DE HENARES
(MADRID)

Comentario personal a modo orientativo sobre:

Volante de ingreso.

1- **Jesús del Pino Marín se encuentra en seguimiento ambulatorio en CSM de Alcalá de Henares desde 2004. Esta diagnosticado de trastorno bipolar, habiendo presentado repetidas descompensaciones clínicas con sintomatología delirante y temple hipertímico, que han requerido ingreso, el último de ellos en septiembre de 2014.**

Debo de hacer constar de nuevo que esta psiquiatra a lo largo de mi historia clínica ha hecho uso de la palabra delirante, no sólo hacia mi persona, sino también para definir un estudio matemático que he finalicé hace unos años, que muestra que la Santa Cruz está impresa en caracteres matemáticos en todo lugar. Es posible que de no haber sido prudente esta doctora haciendo un "copia y pega" de la web, de poder contar con la posibilidad de un perito competente en esta materia, su palabra "delirante" podría quedar en este caso invalidada o puesta en cuestión. En un principio puedo decir que, con más de cien mil visitas, 4200 recomendaciones en Facebook con más de 3000 suscriptores (Únete al símbolo universal de la libertad) no he podido contar en estos años con otra opinión igual o semejante a la que hizo en su momento la Dra. María Paz Villlalba Yllan en uno de sus informes clínicos.

El temple hipertímico, según dice esta ciencia, es un trastorno del ánimo caracterizado por un exceso de la actividad acompañado habitualmente de cierta euforia, afectividad excesiva, verborrea, hiperfrenia y exaltación. Sería bueno reiterarse en que el trastorno bipolar en este caso no está catalogado como una enfermedad. Después de este amplio argumento que consolida la presente denuncia, aún me quedaría por aportar una prueba objetiva en la que pueda demostrar que mis manifestaciones son en verdad pasionales, en vez de haber sido hechas como dicen con euforia. Con la euforia es complicado mantenerse estable en una conversación durante un tiempo prolongado, pero gracias a Dios ahora puedo aportar una prueba en la que me mantengo estable durante dos horas intentando dialogar con más de once personas, entre otros más

2- En los periodos de intercrísis el paciente manifiesta un estilo de vida, actividad e interacción social acordes con sus creencias religiosas, que mantiene de forma rígida, sobre un trasfondo delirante, que lo diferencia claramente de la norma social de su entorno comunitario.

Como aquí trata de describir la Dra. Paz Villalba , todo lo malo que me sucede está relacionado con la religión. Puedo dar fe de que tanto en los periodos de intercrisis como fuera de estos periodos, mi vida gracias a Dios está centrada en la religión. Es relativamente sencillo traducir al cristiano muchos de los términos que en este caso esta psiquiatra hace uso. Es evidente que no va a hacer ninguna declaración negativa en contra de la fe, pero ella lo hace indirectamente cuando hace referencia a las "creencias". De esta manera podemos ser conscientes de que eufemísticamente sabe apreciar o en este caso despreciar esta virtud teologal. Por otro lado, tenemos otro ejemplo claro, cuando afirma que «mantiene de forma rígida». Cuando no se sabe lo que son las virtudes, cualquier persona podría valorarlas con una

connotación negativa, como aquí podemos apreciar. Lo que aquí se refiere esta doctora si en este caso hiciésemos uso de la terminología cristiana, es que gracias a Dios gozo de la virtud cardinal de la fortaleza, que también sabemos que es un don del Espíritu Santo.

Cuando esta psiquiatra hace referencia a un «trasfondo delirante, que lo diferencia claramente de la norma social de su entorno comunitario» se refiere en esencia a dos factores principales: El hecho de que Dios inmerecidamente me haya concedido la gracia de poder contemplar el sol desde el año 2008, así como por haber vestido con un hábito durante más de 8 meses. El hecho de haberme quitado esta vestimenta se ha debido en gran parte a esta persecución psicológica que personalmente padezco.

Es muy importante tener en cuenta que todas las virtudes son combativas, pero más especialmente las teologales. De igual manera debemos de ser conscientes de que la pasividad es enemiga de las virtudes, por ello el espíritu combativo (no la fase maníaca) es aquel que puede hacer crecer y desarrollar nuestras virtudes. A parte de la gracia que todos necesitamos de Dios, esto es lo que va a suponer que podamos ser buenos soldados de Cristo, siempre dispuestos para el buen combate de la fe, de la esperanza y de la caridad.

3- En la actualidad y desde hace menos de una semana se ponen de manifiesto signos de descompensación de su patología de base, con ansiedad, irritabilidad, disforia, actitudes suspicaces y conflictividad interpersonal, sin conciencia de enfermedad y sin la aceptación de mantener actualmente un tratamiento farmacológico adecuado.

Con la regularidad mensual que la Dra. Paz Villalba Yllan acostumbra a citarme cada mes cuando su observación no ha tenido mayor relevancia, tuve esta última cita el día 7 de septiembre (un día anterior de extender este volante y no menos de una semana). A continuación, trataré de dar testimonio de lo que aconteció aquel día en su consulta.

Al entrar le di la mano como me es de costumbre y le pregunté primero por sus días de descanso. Ella sin querer extenderse mucho me dijo que había estado de vacaciones en Suiza con su familia. Sin querer entrar en mayor detalle, me preguntó que tal me había ido. Yo le dije que dentro de lo malo muy bien. Sin quedarse como es de costumbre con lo bueno, quiso saber que era esto malo a lo que me refería. Antes de nada, como he hecho en otras ocasiones traté de ponerla en contexto diciéndole que, teniendo en cuenta que mis padres están discutiendo en todo momento y que mi hermano junto con mi cuñada que viven en mi casa en Almonte les pasa exactamente lo mismo, para mí fue un logro que haya discutido solo una vez ya terminando el mes de agosto.

Procedí contándola que una noche, mi hermano Miguel nos sacó a cenar. Esa noche, así como casi todo el mes de agosto tuve la ansiedad alta, lo que me hizo que evitase toda conversación. Por estar callado y mi madre medio decaída, aprovechando mi hermano para ir a pedir un whisky con naranja después de ofrecerme a mi otro, mi cuñada nos dijo a mi madre y a mi mientras estaba mi hermano pidiendo que «ya que nos sacaba, podíamos estar más alegres» pues por esta razón ella justificaba que mi hermano bebía. A mí personalmente esta mentira me sentó bastante mal, con lo que le dije que la verdad de que mi hermano bebiera como ella decía, no era porque pareciera que estábamos amargados, sino porque ellos discutían todos los días.

Al llegar mi hermano, mi cuñada se fue, extrañándose. Yo le conté lo que pasó y nos fuimos para casa. En casa puse a mi madre como testigo, aunque ella no quiso decir lo que dijo exactamente, sino lo que pensó más bien cuando nos dijo esta mentira. Mi hermano, poniendo en duda mi palabra, al ver que le incomodaba la verdad me dijo que, si no sabía las palabras exactas, que no se lo creía. Esta discusión general hizo que se me disparara la ansiedad, pero de nuevo gracias a Dios ni rastro de violencia física ni verbal.

Este fue el tema de una conversación que se alargó, aunque sustancialmente este viene a ser un resumen. Aquel día recuerdo que hice algo que nunca había hecho, que fue apoyarme tal cual se apoya la psiquiatra en su mesa durante todo el tiempo que duró la consulta. Tuve la sensación desde un principio que esto no le gustó ya que podía ver más de cerca sus ojos y ella los míos. Al leer esta granada de acusaciones en este párrafo, solo puedo reconocer que ciertamente padecía de ansiedad, pero el resto de las opiniones personales desconozco de donde las pudo sacar aquel día que, en verdad, como ya he comentado, ella no supo muy bien cuando fue. Podemos apreciar que de nuevo hace referencia a mi "enfermedad", siendo ella misma al ofrecerle el libro "La invención de los trastornos mentales" cuando hice referencia sobre este aspecto, me disculpaba en esta observación, pues el trastorno bipolar científicamente no está demostrado como una enfermedad, sin embargo, ellos tratan de convencernos de lo contrario.

Teniendo en cuenta la gravedad de estas acusaciones, cabe discernir dos clases de hipótesis. De ser verdad todo esto que se me acusa, el hecho de darme la siguiente cita para el día 5 de octubre, nos puede hacer pensar que todo esto es una mentira maliciosa. De ser verdad esto no solo pone en evidencia la falta de profesionalidad de este facultativo sino la calidad de su persona, poniendo en duda el hecho de que sepa hacer un verdadero seguimiento psiquiátrico de los usuarios de los servicios de salud mental.

El hecho de haber salido por la puerta de su consulta aquel día simplemente con la recomendación de que tomase alguna pastilla para aliviar la ansiedad y no decirme si me encontraba bien o mal, me hizo ser consciente de algo muy importante en nuestra relación médico-paciente durante estos casi nueve años. Después de tantos años en los que me he esmerado contándola testimonios como el presente, puedo decir que como psiquiatra ni como persona jamás ha sido lo suficiente sensible como para decirme que esta u otra circunstancia le pudiera parecer algo injusta. Comprendo ahora mucho mejor que ella solo está para valorar enfermedades y para callar cuando no le interesa reconocer la otra realidad.

El hecho de haber tomado la decisión de suspender el tratamiento con las sales de litio, en el uso prolongado, las concentraciones terapéuticas de litio se cree que pueden causar cambios histológicos y funcionales en el riñón. La importancia de estos cambios no está clara, pero es motivo suficiente de preocupación para desalentar el uso prolongado de litio a menos que se indique claramente. Una potencial consecuencia importante del uso de litio a largo plazo es el desarrollo de la diabetes insípida renal (incapacidad de concentrar la orina). Los pacientes, por lo tanto, deben mantenerse en tratamiento con litio por periodos superiores a de tres a cinco años sólo si, tras la evaluación, el beneficio persiste. Las sales de litio tienen un estrecho margen entre la dosis terapéutica y la tóxica, lo que puede existir posibilidades de hacer padecer al paciente un coma irreversible.

Mi experiencia en la toma de este psicofármaco es sensación de cansancio, debilidad muscular, temblor, cefalea, confusión, dificultad para concentrarme, estreñimiento, diarrea siendo esta última una de las causas que ocasión la suspensión del tratamiento.

4- Dado el riesgo para su seguridad o la de terceras personas y del posible agravamiento de su patología de base, se solicita, por el Art 763 de la LEC su traslado involuntario a su hospital de referencia.

Este último ingreso se inicia tras el intento de hacer una devolución de un ordenador un día después de su compra en un establecimiento Carrefour. Como desde un primer instante supe que iba a tener una circunstancia adversa, quise desde un principio grabar todo lo que aconteció en un lapso de dos horas. En este lapso de tiempo tuve que contarle mi problema a más de 11 personas, incluyendo más tarde a dos agentes del cuerpo nacional de policía, para que después llegasen a pasar a la técnica disuasoria de ignorarme. Se puede apreciar en la grabación que estaba tranquilo, pues estuve hablando con personas conocidas y la policía en una primera actuación se marchó del establecimiento, a pesar de las mentiras y la poca colaboración por parte de Carrefour. Teniendo en cuenta que este suceso tuvo lugar en torno a las 12:15/12:20 hasta las 14:20 aproximadamente, no quisieron hacerme la devolución en el acto e incluso habiendo querido someterme a la inspección del técnico informático, que todos los empleados en un principio me dijeron que no estaba y que finalmente otro empleado que fue testigo de mi detención me dijo que había salido a las 14:00. Finalmente, tras haber padecido agresiones por parte de estos dos agentes en una de las puertas de emergencias, me dirigí a la puerta principal, pero los agentes no me dejaron entrar con el fin de poder cumplimentar mi hoja de reclamaciones a pesar de estar en mi derecho y deber como cliente. Fue este momento especialmente cuando quise reivindicar mis derechos con libertad de expresión según el Art. 20 de la Constitución, en contenido y forma, lo que provocó que me detuvieran sin mayor razón que la que se detalla. La policía me propinó aquel día un triple castigo: me agredió, me metieron en un calabozo más de cuatro horas y finalmente me ingresaron a la planta de psiquiatría del Hospital Universitario Príncipe de Asturias atado a una silla de fuerza, después de que el abogado de oficio me dijo que quedaba en “libertad”.

Se puede apreciar en cualquier informe de psiquiatría que, nunca he sido un riesgo para mí mismo ni para terceros, por lo cual este requerimiento carece de total fundamento. Lo del posible agravamiento de mi patología queda en esta ocasión reflejada en la grabación, que es una prueba objetiva de los hechos acaecidos en el establecimiento Carrefour de Espartales este mismo día en el que se extiende el presente volante de ingreso. Por último, decir al respecto que en este caso podría aceptar este requerimiento como una orden facultativa, aunque la cuestión de la voluntariedad debe de ser un acto que con libre voluntad debe o no aceptar en este caso el paciente. En el hospital quise hacer constar mi libre voluntad que queda reflejado en otra grabación, aunque de nuevo se pone de manifiesto este despotismo y manipulación de mis palabras, haciendo constar de nuevo este ingreso como involuntario.

CONCLUSIÓN

Hace varios años tuve la inquietud de saber cuáles podrían ser las creencias de la Dra. Paz Villalba Yllan. Ella con mucha sagacidad y para suavizar la relación, me mintió diciendo que tenía un sano escepticismo. El sábado día 19 de septiembre, teniendo inquietud por la posible presencia en Internet sobre esta persona con la cual he tenido un dilatado trato, quedé impresionado en primer lugar cuando tuve la oportunidad de saber cuál era su nombre real. Ella no es Paz Villalba Yllan como había creído estos últimos diez años, sino que su verdadero nombre es María Paz Villalba Yllan. El hecho de omitir el nombre de María (su primer nombre) e incluso en su sello de colegiado, en la entrada de su consulta entre otras entradas digitales, denota una clara manifestación atea con todos los pensamientos maliciosos que esta condición ideológica acarrea hacia aquellas personas como ha podido ser perfectamente mi caso. Es ahora cuando puedo afirmar por la experiencia en estos diez años que la Dra. María Paz Villalba Yllán (la verdadera doctora) no solamente es atea, sino que manifiestamente por mi propia experiencia es una verdadera enemiga de la religión.

Ciertamente puedo decir que los testimonios que he podido encontrar en su contra en Internet (https://masquemedicos.com/psiquiatra_alcala-de-henares/maria-paz-villalba-yllan) con independencia a que son pocos desgraciadamente, estos en verdad lo dicen todo:

Lucia:

Es un poco prepotente, se cierra en su diagnóstico, creo que equivocado. Intenta llevarte por un camino que no es lo que te pasa. No transmite confianza más bien parece un contrincante que se quiere salir con su idea de lo que te ocurre (07 de marzo de 2012).

Anónimo:

No me pudo ayudar, mientras tanto hasta llegar a esta sabia conclusión tomé todo tipo de pastillas que nada tenían que ver con mi problema real.

Le gusta decir que " la gente te toma el pelo porque no te has maliciado" y la verdad nunca llegué a entender a cuenta de qué venía eso cuando mi problema era desde luego otro.

Supongo que por eso los comentarios de sus expacientes resultan tan injuriosos a ojos de la ley, pero ella insiste mucho en que nos maliciemos y quizás eso lo haya logr (24 de junio de 2011).

Aquí no solo podemos apreciar la tendencia despótica de esta psiquiatra, sino también su inclinación de querer manipular al paciente. Lo peor de todo y sin tener que extrañarnos de que este último testimonio haga su declaración de forma anónima, se pone de manifiesto por segundas o terceras personas la personalidad maliciosa de esta “psiquiatra”.

Este viene a ser un pequeño botón de todo el sistema de salud mental en España, que por norma general viene a ser muy semejante en otros países. Esta ciencia en su mayoría formada por personas ateas es una ciencia que extirpa por completo la dimensión espiritual del hombre y que trata de parcelar la mente humana, descartando de esta manera que esta es un

verdadero misterio. Cuando por desgracia cae una persona religiosa en manos de estas personas que saben disimular su condición ideológica, y por mi experiencia puedo decir que el padecimiento del paciente será sin duda muy grande, porque será muy difícil que se puedan entender ambas personas. Por norma general la persona más débil será en este caso la que carece de autoridad, pudiendo ser entendida esta relación o proceso clínico en mi caso como un verdadero atentado a la libertad religiosa.

Para mí el testimonio de esta segunda persona es también clave, pues después de haberle contado mis experiencias religiosas a esta doctora durante estos 10 años, es muy probable que se sintiera que pudiese estar tomándola el pelo, actuando ella en consecuencia con malicia. Esta realidad arroja mayor luz en las aclaraciones que este servidor ha tratado de hacer en referencia a sus informes clínicos, que también constan en este documento.

«Así pues, tú, hijo mío, hazte fuerte en la gracia de Cristo Jesús, y lo que has oído de mí, a través de muchos testigos, esto mismo confíalo a hombres fieles, capaces, a su vez, de enseñar a otros. Toma parte en los padecimientos como buen soldado de Cristo Jesús. Nadie, mientras sirve en el ejército, se enreda en las normales ocupaciones de la vida; así agrada al que lo alistó en sus filas. Tampoco el atleta recibe la corona si no lucha conforme a las reglas. El labrador que se afana con fatiga tiene que ser el primero en participar de los frutos. Reflexiona lo que digo, pues el Señor te dará inteligencia para que lo comprendas todo. Acuérdate de Jesucristo, resucitado de entre los muertos, nacido del linaje de David, según mi evangelio, por el que padezco hasta llevar cadenas, como un malhechor; pero la palabra de Dios no está encadenada» (2 Tim 2, 1-10).

Considero que para poder concluir este comentario personal a título informativo sobre este volante extendido por la psiquiatra asignada desde el año 2004, poder argumentar los hechos acaecidos el día 1 de octubre del presente año. Este día que el Hospital Universitario Príncipe de Asturias me había concertado con la Dra. María Paz Villalba para personarme a la primera revisión y teniendo en cuenta la manipulación hecha en mi historia clínica, tomé la decisión de poder hacer uso de medios legítimos para mi defensa. Al entrar en su consulta a las 16:00 h puse en funcionamiento la grabadora de mi teléfono móvil delante de ella, haciendo constar el día y las circunstancias, así como los motivos que me han movido para poder llegar a tomar esta decisión. Cuando pedí la conformidad a la Dra. María Paz Villalba para poder seguir grabando, me dijo que apagara la grabadora. A pesar de su disconformidad, seguí grabando, pero ella se negó a decir ninguna palabra más. A pesar de su poca colaboración quise aprovechar el silencio para poner de manifiesto mi discrepancia sobre el presente volante de ingreso, del cual he tratado de extraer aquí todos los detalles anteriormente expuestos. Este gesto de disconformidad por parte de la Dra. María Paz Villalba pone en evidencia en primer lugar, que este medio coarta su autoridad como psiquiatra, pero también es un gesto que nos puede ayudar a tener mayor consciencia de que su trabajo no es limpio. El hecho en este caso de no tener deseo de querer ser grabado y a pesar de ello querer guardar absoluto silencio durante 38 minutos aproximadamente, nos hace ser conscientes de la poca integridad de su conciencia. Para esta o cualquier persona, este ejemplo demuestra la poca tranquilidad de conciencia en relación a sus actos.

INFORME DE SÉPTIMO INGRESO

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental

Nombre paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806
F.Nacimiento:	03/12/1978
Edad:	36 AÑOS
Teléfono:	912809961
CIAS:	16030901025

NHC:	78186
Episodio:	1151012310
Tis:	DLMR781203916014
Fecha Cita:	[V.fechacita]

Fecha de Ingreso Hospital: 08/09/2015
Fecha de Ingreso Servicio: 08/09/2015
MOTIVO DEL INGRESO: Descompensación psicopatológica.
Fecha de alta : 28/9/15
MOTIVO DE ALTA: Mejoría clínica.

MOTIVO DE CONSULTA:
Paciente de 36 años que acude traído por el SUMMA para ingreso UHB indicado por su psiquiatra de referencia el pasado 2/9/15.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre con historia de herniación lumbar y cuadro depresivo reactivo a la evolución del mismo por el que estuvo en seguimiento en SM y que cedió con tratamiento antidepresivo. Cardiopatía isquémica, I.A.M.

Abuela paterna con posible seguimiento por ansiedad.

Niegan otros antecedentes.

ANTECEDENTES PERSONALES:

MÉDICO: No RAMC. Alergia a polen y gramíneas. No HTA. No DM. No DL. Estenosis congénita del canal lumbar. Hernia discal secundaria a accidente laboral 2002. Dolor crónico tipo ciático.

IQX: Extirpación de quiste sebáceo (07/11/13). En seguimiento por ORL.

TOXICOS: Exconsumidor de tóxicos. Niega consumo de tóxicos en el momento actual

PSIQUIATRICOS:

Primer contacto en Salud mental en 2004 cuando acude por bajo estado de ánimo siendo dado de alta.

Primer ingreso de carácter involuntario en UHB en **diciembre 2004** con diagnóstico al alta de Psicosis Reactiva Breve (CIE-9: 298.8, con tintes maniformes) y tratamiento con Risperdal sol. 6mg/d.

Desde 2004 en seguimiento en CSM por Dra. Villalba con adherencia a las citas y cumplimiento irregular del tratamiento.

Segundo ingreso en Junio 2006, siendo diagnosticado de T. Bipolar tipo I. Episodio maniaco. (CIE-9 296.0) y pautándose tratamiento con Risperdal 12 mg/d y Akinetón Retard.

Tercer ingreso **de enero a mayo 2008**, con diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo. En este momento la pauta de tratamiento al alta fue Leponex 100 mg ½-0-2, Plenur 400mg /8h, Risperdal consta 75 mg i.m /15 días. Durante el seguimiento debido a estabilidad psicopatológica del paciente se reduce la dosis de risperdal consta hasta 37.5mg im / 15d, manteniéndose el litio como estabilizador. En enero 2013 para favorecer la continuidad del tratamiento se decide cambio a paliperidona 75mg im / mensual. En octubre de ese mismo año el paciente abandona pauta antipsicótica refiriendo efectos secundarios tales como prurito, continuando tratamiento con litio. Se mantuvo durante meses estable, con buen funcionamiento a nivel personal, social y laboral.

En septiembre **2014** y en relación con diferentes estresores vitales y con el abandono de tratamiento, comienza a encontrarse más irritable, con alteraciones en el sueño, aumento del nivel de actividad y conflictos interpersonales, por lo que precisa un **cuarto ingreso**, siendo el diagnóstico al alta: trastorno Esquizoafectivo, episodio maniaco con síntomas psicóticos instaurándose tratamiento con plenur 400mg c/8h, Risperdal 6mg /d y tranxilium 10mg/ noche. Ambulatoriamente se fue retirando la pauta de risperdal, manteniéndose el tratamiento con Litio. Según evolutivos en enero-marzo/2015

Nombre paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806
F.Nacimiento:	03/12/1978
Edad:	36 AÑOS
Teléfono:	912809961
CIAS:	16030901025

NHC:	78186
Episodio:	1151012310
Tsi:	DLMR781203916014
Fecha Cita:	[V.fechacita]

presentaba dificultad para conciliar sueño e irritabilidad por lo que se añade a la pauta habitual lormetazepam 2 mg y Etumina, encontrándose mejoría en abril.

En junio 2015 expresa a su psiquiatra, encontrándose estable psicopatológicamente, su deseo de abandonar la medicación. Tras explicársele los riesgos de descompensación que el abandono de la medicación puede traer consigo el paciente persiste en su deseo de abandonarla, expresando que podría someterse de nuevo a tratamiento / ingreso en caso de recaída y comprometiéndose a consultar en caso de reaparición de síntomas de forma urgente. Desde entonces se llevó a cabo la reducción de la pauta de litio de forma progresiva hasta suspenderse (disminución de 200mg cada 2 semanas).

Última cita con su psiquiatra de referencia el 7/9/15 en la que se objetiva descompensación psicopatológica en forma de tono afectivo disfórico y suspicaz. Último tratamiento pautado lorazepam ½ comp./noche y Etumina 40mg (½ o 1 comp. / noche).

HISTORIA ACTUAL:

Paciente con los antecedentes descritos que acude a urgencias derivado por su psiquiatra y traído por el summa para ingreso UHB. Los compañeros de guardia contactan con su psiquiatra de referencia a las 17.00 h del 8/9/15, el cual les informa de que la familia refiere un altercado del paciente en el supermercado por el cual este ha estado en comisaría, encontrándose en ese momento en paradero desconocido. Acuerda con ellos el traslado de forma involuntaria al hospital, recomendando ingreso en UHB y poniéndose en contacto con la policía. Así mismo informa de estado clínico del paciente durante la última cita (disfórico e irritable tras abandono de la pauta de tratamiento).

A su llegada al Hospital las 19.00h de ese mismo día, el paciente se encontraba en contención mecánica de 5 puntos en la silla de la ambulancia. El paciente se encontraba tranquilo por lo que se decide retirar contención mecánica y se le pasa al despacho para realizar la entrevista aunque esta se vió dificultada por la poca colaboración del paciente, el cual se mostraba defensivo y desafiante, elevando en ocasiones el tono de voz, y dando muestras de sentirse indignado. Refería no querer hablar: "quiero que quede reflejado que tengo derecho a guardar silencio según he firmado en la comisaría, ingreso de forma voluntaria y quiero ver a mi familia".

Se le explica el carácter involuntario del ingreso con lo que seguía disconforme. No llegó a especificar el motivo por el cual había estado en comisaría. Solicitó en varias ocasiones que se hiciera constar lo que él contaba y una copia del informe. Contaba que había pactado con su psiquiatra el abandono de la medicación hacía 3 meses, manteniendo únicamente el tratamiento con Lorazepam y Etumina (anteriormente en tratamiento con litio. Última litemia Julio/15: 0.75).

En la entrevista conjunta con sus padres en la urgencia estos referían que tras altercado en el supermercado (en intentar realizar un cambio de ordenador no volvieron a saber nada de él hasta que fueron avisados por la policía de que el paciente se encontraba allí "le notamos con mucha ansiedad".

Debido a estado clínico del paciente se decide ingreso involuntario en UHB con los siguientes objetivos: contención, ajuste farmacológico y estabilización psicopatológica.

BIOGRAFÍA:

Natural de Madrid. Tiene tres hermanos y una hermana. Esta última vive en Orlando y ha sido diagnosticada de cáncer recientemente. Sus hermanos, Juan Francisco y Miguel Ángel, viven en Andalucía. Su padre se encuentra con problemas de movilidad. No refieren alteraciones en circunstancias que rodearon su nacimiento. Nacimiento a término por vía vaginal. Lactancia materna durante 4-6 meses. Desarrollo psicomotor dentro de la normalidad. No acudió a guardería. Empezó el colegio sobre los 4 años. Buen rendimiento a nivel académico y buen nivel de relación con iguales. Estudió hasta COU .Posteriormente realizó formación en electrónica y comenzó a trabajar en mantenimiento en multinacional, de la que le despidieron por baja laboral. Posteriormente ha trabajado en bares de copas de camarero. Muy aficionado a la escritura, mantiene publicaciones en Internet. Acude como voluntario a

Nombre paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806
F.Nacimiento:	03/12/1978
Edad:	36 AÑOS
Teléfono:	912809961
CIAS:	16030901025

NHC:	78186
Episodio:	1151012310
Tis:	OLM078 1203916014
Fecha Cita:	[V.fechacita]

residencia de mayores. Ha realizado recientemente un curso de teología. Mantiene amigos del colegio. Mantuvo relación de pareja, no en la actualidad. Recibe una pensión por incapacidad por patología de columna. En momentos de estabilidad psicopatológica presenta una vida activa y satisfactoria según refiere así como un buen funcionamiento a nivel social, familiar y personal.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA:

En la urgencia consciente y globalmente orientado. Abordable aunque poco colaborador. No es posible Completar la entrevista dado que el paciente no quiere hablar y dice que nos remitamos a los hechos. Ánimo disfórico e irritable. Desconfiado y demandante en relación sobretodo al contenido del informe.

DATOS COMPLEMENTARIOS Y/O PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS:

- Hemograma: 5800 Leucos (fórmula normal), Hb 12.9 g/dL, Plaquetas 216000
- Bioquímica: Glucosa 80, Creatinina 0.81, GOT63, GPT 76, Cloro 112, Magnesio 2.4. Resto de los resultados del autoanalizador sin alteraciones de interés.
- Orina de 24 horas: 3100 cc, Aclaramiento de Cr 141, proteínas inferiores al límite de detección.
- Estudio de anemias: Vitamina B12: 352, Ácido fólico 6.8.
- Hormonas tiroideas: TSH: 1.69

RESUMEN DE EVOLUCIÓN CLÍNICA:
Evolución clínica M. Interna (Dra. Culebras): A su ingreso presenta hematoma en brazo izquierdo y herida en pie derecho, que precisó tratamiento antibiótico empírico con Amoxicilina-clavulánico unos días con buena evolución por dicha herida en pie sobreinfectada. Todos estos problemas evolucionaron satisfactoriamente, y no ha presentado otra incidencia significativa desde el punto de vista orgánico durante dicho ingreso.

RESUMEN DE EVOLUCIÓN CLÍNICA:
A su llegada a la unidad se pauta tratamiento con Etumina 40mg / noche, Risperidona solución oral 6mg / día y Clorazepam c/8h.

Durante la primera semana de ingreso el paciente se muestra disfórico, irritable, desconfiado, querulante y con actitud oposicionista en relación a la toma de tratamiento y a la realización de ingestas. Por este motivo las primeras tomas de tratamiento antipsicótico se administran por vía im (1 administración de clorpiclof acufase 50mg/1ml + clorazepato 50mg y dos pautas de: Haloperidol amp. 5mg/ml + trankimazin 50mg im), en ocasiones acompañadas de contención mecánica de 3 puntos.

Presenta un discurso verborreico con presión del habla, sin fuga de ideas, centrado en expresar su disconformidad con los ingresos y el tratamiento así como en expresar su deseos de poner en conocimiento judicial lo ocurrido en centro comercial previo al ingreso. Respecto a este episodio, refiere haberse sentido tratado de forma injusta haciendo hincapié en que se deje constancia de que hematomas que presenta en muslo y herida en mmii se debe a actuación de la policía, solicitando en múltiples ocasiones poder dar declaración ante un juez de los hechos. Refiere episodio como estresor importante, si bien señala que su estado actual no justifica ingreso.

Asimismo presentaba insomnio e ideas de tinte delirante de contenido místico religioso con importante repercusión conductual y afectiva.

Se mantiene entrevista con su madre al inicio del ingreso la cual informa de encontrar a su hijo 'más estresado y hablador' en el último mes tras una larga temporada de estabilidad y mantenimiento de su funcionamiento habitual tras el último ingreso. Señala estar al corriente del abandono de la medicación

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental

Nombre paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806
F.Nacimiento:	03/12/1978
Edad:	36 AÑOS
Teléfono:	912809961
CIAS:	16030901025

NHC: 78186
Episodio: 1151012310
Tic: DLM#781203916014
Fecha Cita: [V.fechacita]

desde agosto. Así mismo comenta aumento de ansiedad basal e irritabilidad en momentos puntuales. Relata que previo al ingreso su hijo acudió a centro comercial a cambiar un ordenador que no funcionaba y ante la negativa a sus demandas por parte de los trabajadores del centro comercial se desencadenó una situación conflictiva en la que 'se trató a Jesús injustamente, fue muy traumático para mi hijo, los policías le sacaron por la puerta de atrás y le cachearon'. Refiere conocer el altercado a través del director espiritual de su hijo.

Se realizan ajustes de la pauta farmacológica en coordinación con su psiquiatra de referencia llegándose a dosis de Litemur de 1400mg/día (última litemia 0,92mmol/l), se disminuye pauta de Risperidona a 3mg/noche por somnolencia, manteniéndose Etumina 40mg y Lorazepam 1mg como medicación de rescate. Asimismo, se trabaja la conciencia de enfermedad, la repercusión de síntomas en su vida cotidiana y la adherencia al tratamiento como vía para conseguir mayor estabilidad psicopatológica y disminuir las probabilidades de ingreso (los cuales son concebidos por el paciente como rupturas biográficas) y conseguir una mayor estabilidad psicopatológica así como un mejor funcionamiento a nivel global. El paciente se muestra minimizador y tendente a la negación respecto a los episodios que propiciaron los diferentes ingresos y respecto a la necesidad de seguimiento/tratamiento.

Progresivamente el paciente se muestra más colaborador en la unidad, participando en las actividades y salidas terapéuticas. Ceden las alteraciones de conducta, el tono afectivo disfórico/irritable y el insomnio, permaneciendo discurso centrado en la temática religiosa que no impresiona de delirante sino de funcionamiento basal previo al ingreso sin repercusión conductual ni afectiva importante.

Se acuerdan permisos de salida de la unidad acordes a mejoría clínica del paciente (durante el horario de visitas, día completo y fin de semana). El último permiso de salida tiene lugar del viernes 25/09 al lunes 28/09 transcurriendo éste sin incidencias según entrevista conjunta con el paciente y su madre a la salida del mismo. La madre informa de correcta toma del tratamiento, adecuada convivencia en domicilio y corrobora mejoría afectiva del paciente. Jesús señala haber retomado actividad habitual y escolar desde el alta. Nos ponemos en contacto con su psiquiatra para informar de su evolución y concertar cita de seguimiento el 01/10/15 a la cual el paciente expresa deseos de acudir.

MOTIVO DE ALTA:
Mejoría clínica, ajuste farmacológico y estabilización psicopatológica.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:
1. Episodio maniaco. (CIE-9 296.0)

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS:
Mantendrá la siguiente pauta de tratamiento farmacológico:
Plenur 1400mg 1-1-.15 (Última litemia 25/9/15: 0,92mmol/l)
Risperidona comp. 3mg 0-0-1
Etumina 40mg (½ comp./ noche si insomnio)
Lorazepam 1mg (½ comp. o 1 Si ansiedad)
Acudirá a cita con su psiquiatra de referencia el próximo 1/10/15 a las 16.00h en CSM Francisco Díaz.

FIRMA: MARGARITA BLANCO P. PSIQUIATRA
BELÉN VELADO P. MIR PSIQUIATRÍA
MIRIAM SARASA A. PIR PSICOLOGÍA

INFORME DE ALTA

Comentario personal a modo orientativo sobre:

Séptimo informe médico.

1- Paciente de 36 años que acude traído por el SUMMA para ingreso UHB indicado por su psiquiatra de referencia el pasado 2/9/15.

Ya conocemos los argumentos que tuvo la psiquiatra, para hacer el ingreso por medio del volante previo a este informe de alta por psiquiatría. Lo interesante y verdaderamente esclarecedor no se sabe nada, es decir, que se desconocen aquí cuáles han sido los argumentos que pudo dar la policía a la Dra. María Paz Villalba, para que le hiciese tomar la decisión de extender este volante de ingreso tan injurioso. Podemos decir que ambos tienen una versión de los hechos acaecidos el día 8 en el Carrefour de Espartales, pues ni la Dra. María Paz Villalba, ni la policía, tiene pleno conocimiento de la verdad, sino que más bien lo tiene de una forma parcial.

Sin desviarme de los hechos que desde hace más de diez años han sido los que me han ocasionado llegar a ser perseguido por mi compromiso religioso y social, todo sigue apuntando a la buena y sufrida necesidad de seguir practicando la corrección fraterna. La corrección fraterna no solo es una obra de caridad, sino que es la forma más provechosa de poner en práctica la verdad. En verdad el hecho de tener amigos sinceros es algo que es políticamente incorrecto, pero cuando los tenemos, estos serán perseguidos, como lo fue Cristo en su momento. Lo que antes llamaban agitadores y ahora nos llaman bipolares, pues el Estado ha ideado una solución contra estos que generan problemas para conseguir desacreditarlos por medio de los servicios públicos.

Podemos apreciar en esta fecha indicada del informe, que no se corresponde con la fecha de la cartilla donde esta psiquiatra apunta las citas. En esta relación de fechas no corresponde esta fecha con el último día que acudí a su consulta, que como ya he citado anteriormente fue el día 7/9/2015, por lo que se trata de otro error.

2- Padre con historia de herniación lumbar y cuadro depresivo reactivo a la evolución del mismo por lo que estuvo en seguimiento en SM y que cedió con tratamiento antidepresivo. Cardiopatía isquémica I.A.M. Abuela paterna con posible seguimiento por ansiedad. Niegan otros antecedentes.

Como podemos apreciar en este último informe, encontramos intenciones de renovar y actualizar las secciones comunes que en los cuatro primeros informes de alta resultaban ser un simple gesto de “copia y pega” en el PC.

Podemos apreciar que la Dra. Belén Velado, que es la nueva psiquiatra de turno, ha podido observar lo denigrantes que han sido hasta el momento los argumentos que en este caso se reflejaban en mis antecedentes familiares:

Abuela paterna con «la cabeza perdida, se iba de casa y no cuidaba a los niños». Una tía-abuela también con problemas. Una prima de su padre también, no saben el diagnóstico, pero cuentan «se va toda la noche por ahí, pierde la cabeza todos los años».

A mi modo de pensar, considero que después de casi diez años, era de recibo que ya se molestasen en hacer su trabajo con más formalidad, porque estos argumentos sujetos al "copia y pega" comenzaban a desprender ya un gran hedor. Podemos apreciar que al suavizarse estos antecedentes que sin duda servían como prejuicio hacia mi persona, queda de manifiesto que ni todo lo que parece es, ni es todo lo que parece. Esta nueva observación la cual considero menos humillante, podemos decir que pone de manifiesto de nuevo este gran arte para la manipulación, que ahora podríamos afirmar mejor por la experiencia que tanto viene a caracterizar a esta mal llamada rama de la medicina.

3- Última cita con su psiquiatra de referencia el 7/9/15 en la que se objetiva descompensación psicopatológica en forma de tono afectivo disfórico y suspicaz.

Aquí podemos apreciar el error o la incoherencia en cuanto a las fechas, respecto a la otra fecha indicada en el punto número uno del presente comentario a modo personal de este quinto ingreso. Me veo en el deber de resaltar ahora con más objetividad otro error y/o la incoherencia de la Dra. María Paz Villalba, cuando en su volante de ingreso hace constar que:

> "En la actualidad y desde hace menos de una semana se ponen de manifiesto signos de descompensación de su patología de base, con ansiedad, irritabilidad, disforia, actitudes suspicaces y conflictividad interpersonal, sin conciencia de enfermedad y sin la aceptación de mantener actualmente un tratamiento farmacológico adecuado".

Como servidor, muchos se podrán preguntar que si la Dra. María Paz Villalba tuvo tanta habilidad para retener esta granada de acusaciones injuriosas ¿Cómo pudo llegar a caer en el error de llegar a afirmar que todo esto que dice pasó "desde hace menos de una semana", cuando este volante de ingreso lo extendió ella al día siguiente, que fue el día 8?

4- Los compañeros de guardia contactan con su psiquiatra de referencia a las 17:00 h del 8/9/15, el cual les informa de que la familia refiere un altercado del paciente en el supermercado por el cual este ha estado en comisaría, encontrándose en ese momento en paradero desconocido.

En la grabación hecha con el dispositivo móvil, se puede apreciar en lo sucesivo que en varias ocasiones que se oye la vibración de las llamadas de mis padres. Ellos llamaron a Carrefour y no quisieron en principio contarles nada, pero finalmente una persona les dijo que la policía me había detenido. Acto seguido mis padres llamaron a la comisaría, aunque en un principio no quisieron facilitar ningún tipo de información. Mis padres a lo largo de la tarde siguieron haciendo insistencia, pero lo único que les dijo el funcionario, fue que, si llegasen a saber algo, que se les llamaría desde la comisaría. Mis padres en un momento de desesperación se pusieron en contacto con mi hermano Miguel. Él se puso en contacto con la Policía Municipal y después con la Nacional que en un principio le comunicó que estaba allí, pero que no podían darle detalles. Más adelante mi hermano, sin saber en verdad todo lo ocurrido, llamó para

contarles que era un “enfermo psíquico”. La policía informó a mi hermano que estaba a la espera de que un juez dictaminara una sentencia, aunque existía la posibilidad de que los servicios de salud mental pudiesen aportar un informe, para que me dejasen en libertad. Mi hermano acto seguido se puso en contacto con la Dra. María Paz Villalba e ignorando los hechos hicieron sus respectivas «especulaciones». Acordaron en que la Dra. María Paz Villalba se pusiese en contacto con la comisaría para agilizar el proceso. Estas intromisiones hicieron que ese día recibiese aquel triple castigo, porque si no me hubiesen expropiado de nuevo de mi libertad para poder elegir, habría optado por poder defenderme ante un juez, en vez de padecer otro ingreso psiquiátrico. De esta manera la policía se quitaba fácilmente de nuevo el mochuelo de encima.

Aquí podemos comprobar que no fueron los compañeros de guardia como se cita en este informe los que se pusieron en contacto con la Dra. María Paz Villalba, sino que fue directamente mi hermano, que fue de nuevo el familiar que tramitó el ingreso.

5- Así mismo informa de estado clínico del paciente durante la última cita (disfórico e irritable tras el abandono de la pauta del tratamiento).

Una de las técnicas más comunes para poder manipular palabras o hechos, se fundamenta en esencia cuando se vacían estas palabras o hechos de su contexto. Mucho más mayor llega a ser la manipulación cuando podemos comprobar que no se tiene nunca la intención de detallar ni tan siquiera como han sido las palabras y/o los hechos, para poder llegar a justificar estas observaciones. Teniendo en cuenta de que ellos son conscientes de la ausencia de testigos o de algún medio que pudiese aportar una prueba objetiva, se aprovechan de su autoridad, ahorrándose a su vez de un esfuerzo. Se consuma de esta manera otra forma de manipulación, que se ha puesto en práctica innumerables ocasiones en el suceso de todos los informes médicos aportados.

6- A su llegada al hospital las 19:00 h de ese mismo día, el paciente se encontraba en contención mecánica de 5 puntos en la silla de la ambulancia. El paciente se encontraba tranquilo por lo que se decide retirar la contención mecánica y se le pasa al despacho para realizar entrevista, aunque esta se vio dificultada por la poca colaboración del paciente, el cual se mostraba defensivo y desafiante, elevando en ocasiones el tono de voz y dando muestras de sentirse indignado.

Después de que el abogado de oficio me dijese que quedaba en “libertad”, me volvieron a meter en el calabozo para hacer tiempo. Este tiempo vino en beneficio del SUMMA, que cuando me abrieron la reja del calabozo me ataron las manos, hasta que me fijaron sin hacer resistencia en la silla de fuerza. Estaba tranquilo antes de ponerme las ataduras y tranquilo igualmente llegué al hospital. Por las conversaciones que tuve la ocasión de oír entre las psiquiatras y los técnicos del SUMMA, no me quitaron las ataduras porque estuviese tranquilo, sino más bien, porque la silla era un mobiliario de la ambulancia que me llevó al hospital y, estos pusieron en conocimiento que se tenían que ir para seguir con su servicio.

En verdad esta tranquilidad puedo decir que gracias a Dios me acompañó todo el día e incluso en aquel “altercado”, tal como lo definen estos facultativos en este informe. Ciertamente

esa tranquilidad no era pasiva, lo que motivó que no se lo pusiera tan fácil a los psiquiatras que aquel día peritaron el alta en la planta de psiquiatría. Era evidente que me mostrase defensivo, pues esta fue mi tarea durante todo el día, pues en verdad no soy un eunuco con horchata en las venas. Por otro lado, podemos comprobar de nuevo esta manipulación por ignorancia o malicia, cuando se toman palabras que tienen una connotación negativa para poder agravar los hechos. En verdad mi postura no fue desafiante como dicen, sino que como también se puede apreciar en la grabación de los hechos acaecidos en el Carrefour de Espartales, hice uso de la libertad interior que solo puede dar Cristo, que es lo que conocemos como la parresia. Ciertamente puedo ser consciente que, desde su limitado punto de vista, muchas de mis palabras les parecieron desafiantes.

Aquí se hace contar que en ocasiones que pude elevar el tono de voz, pero en verdad puedo dar fe que por lo común esta es la forma de expresarme. Ciertamente debo de reconocer que, si uno no se excede elevando la voz, en muchas ocasiones nos vemos en la obligación de hacerlo, porque esto forma parte de la forma dentro de nuestra libertad de expresión. Para los que más puedan o hayamos podido estar más ceñidos a este mundo, debemos de reconocer que la valentía muchas veces resulta ser un sinónimo de locura.

7- Refería no querer hablar: "quiero que quede reflejado que tengo derecho a guardar silencio según he firmado en comisaría, ingreso de forma voluntaria y quiero ver a mi familia".

Era inútil gastar el tiempo en dar explicaciones y esta fue la mejor excusa que tuve para ahorrarme tiempo, para un trámite que de nuevo estaba por encima de mi libertad. ¿Para qué explicar nada, si el resultado quiera o no iba a ser el mismo? Además, teniendo en cuenta que mis palabras no cuentan en los informes, era consciente que la policía y mi familia ya eran testigos con mayor validez, para este nuevo ingreso inminente. Teniendo muy en cuenta que la palabra del enfermo psíquico es la última en ser considerada, como hemos podido apreciar en el suceso de todos los informes aportados en este documento, ¿para qué hacer mayores esfuerzos en vano?

Como pude leer el volante de la Dra. María Paz Villalba en esta consulta, no estaba de acuerdo que su autoridad se pusiese por encima de mi propia voluntad. Como ya he adelantado, considero que el ingreso en todo caso debería ser hecho por orden facultativa, en vez de decir que tiene carácter involuntario.

Quería ver a mi familia, pero en verdad a quien quise ver fue a mi director espiritual, que fue la persona que en un principio tuve la voluntad de aportar su número de teléfono en comisaría. Mi error en un principio fue el de darles detalles a la policía de que esta persona era un sacerdote. Me parece un atentado contra mi libertad el hecho de que aquel día se llamó a D. Javier Ortega, para decirle simplemente que no tenía ya que molestarse en ir a la comisaría.

8- Se le explicaba el carácter involuntario del ingreso con lo que seguía disconforme.

Puede parecer una opinión muy personal, pero creo en verdad tiene mucha fuerza de empuje, pues si la conciencia es el sagrario del hombre, la voluntad es la llave que lo abre. Por

esta razón este gesto que atenta contra la libertad de las personas, profana sutilmente la conciencia del hombre, siendo este un hecho completamente inadmisible.

9- Solicitó en varias ocasiones que se hiciera constar lo que él contaba y una copia del informe.

Este deseo de hacer «constar lo que él contaba» se debía a mi inquietud a que se hiciese constar en el informe que ingresaba de forma voluntaria. Por el hecho de que no me fiaba que pudiesen hacer contar esta intención, les hice pedir una copia, para que en aquel momento se la pudieran llevar mis padres.

10- Contaba que había pactado con su psiquiatra el abandono de la medicación hacia tres meses, manteniendo únicamente el tratamiento con Loracepam y Etumina (Anteriormente en tratamiento con litio. Última litemia Julio/ 15: 0,75).

Aunque en el volante que me hizo la Dra. María Paz Villalba el 10-6-2015 no se muestre por escrito su plena conformidad, ella no se opuso en un principio, porque me veía según su opinión "estable". El motivo por el que quise dejar el litio fue principalmente por las continuas diarreas.

Teniendo en cuenta que ahora hacemos referencia a la estabilidad, que tiene una relación directa según estos facultativos con la descompensación, puedo dar fe que en el suceso de estos nueve años en la consulta de la Dra. Paz Villalva he podido observar que ella tampoco goza de una recta estabilidad (como cualquier ser humano), por lo que también es propensa a ciertas descompensaciones. Ella como millones de seres humanos, no tiene necesidad de medicación y servidor tampoco, aunque si tengo que reconocer mi locura (no enfermedad ni trastorno), ciertamente me agrada por muchos motivos, por lo que no tengo necesidad de estar drogado e inhibido de la vida por algo que he aprendido a convivir y aceptar de buen gusto, sin necesidad de cadenas químicas.

11- En la entrevista conjunta con sus padres en la urgencia estos referían que tras un altercado en el supermercado tras intentar realizar un cambio de ordenador no volvieron a saber nada de él hasta que fueron avisados por la policía de que el paciente se encontraba allí "le notamos con mucha ansiedad".

En verdad mis padres en aquel momento solo tenían conciencia y volvían a estar sugestionados de que todo lo que ocurrió aquel día en Carrefour, fue por causa de mi "enfermedad" o trastorno mental. Aquí de nuevo podemos apreciar otro intento de manipulación al no hacer precisar los verdaderos hechos, pues en verdad no quise hacer un cambio como aquí se dice, sino que tuve simplemente la intención de hacer una devolución. Tampoco fue la policía la que avisó a mí familia, porque en primer lugar no quise darles el teléfono de mi domicilio paterno, sino como ya he adelantado, vi más conveniente facilitar el teléfono de mi director espiritual. Por otro lado, fue mi familia, concretamente mi hermano Miguel, quien pudo extraer con mucha dificultad de la policía esta información y no al contrario como aquí se cita textualmente.

Ciertamente puedo confirmar que en aquel momento de urgencia no quise hablar de las circunstancias ocurridas durante aquella mañana, aunque desde el día 8 hasta el día 28 de septiembre que se me dio el alta, he tenido mucho tiempo para darles muchos detalles, de los cuales desgraciadamente vuelvo a notar que brillan por su ausencia en este informe.

Finalmente rematan esta observación con argumentos de testigos sugestionados que de nuevo se vuelven en mí contra "le notamos con mucha ansiedad". De nuevo nos encontramos ante otro botón de manipulación, porque en aquel momento mis padres no tenían plena consciencia de lo que pasó aquel día, pues sin el mínimo intento de querer dibujar el verdadero contexto de aquella situación, si en verdad estaba ansioso, se olvidan de la falta de respeto, la mofa, las mentiras, la poca colaboración y los gestos que tuvieron ignorándome los muchos empleados de Carrefour con los que tuve que lidiar aquel día. Para colmo, se toma por válida esta observación, aceptando de nuevo el testimonio a mis padres, sin hacer referencia a que tuve que padecer una agresión por parte de dos agentes del cuerpo nacional de policía. Quizá si se hiciese un ejercicio de mayor transparencia para no faltar a la verdad, esta observación podría comprenderse mejor, por tanto, podría estar justificada. He podido demostrar hasta el momento que, de estas muestras o ejemplos se encuentran minados toda la historia de mis informes clínicos en estos casi diez años.

Estos hechos me hacen traer a la memoria aquel momento que nos dice el Evangelio de san Marcos 3, 21 «Al enterarse su familia, vinieron a llevárselo, porque se decía que estaba fuera de sí». De nuevo podemos observar un gesto de manipulación semejante, pero en esta ocasión tomando como fuente la Escritura. El hecho de podernos imaginar a Cristo en momentos concretos bulléndole la sangre de pasión por su celo por su Padre, tuvo que ser tan impresionante que las personas que le rodeaban podían llegar a entender o interpretar aquella manifestación inefable como que estaba fuera de sí. Aquí ciertamente podemos decir que a diferencia de mis padres que de nuevo me abandonaban en la tribulación de un psiquiátrico, la familia de Jesús en este caso fue con la intención de llevárselo.

12- Natural de Madrid. Tiene tres hermanos y una hermana. Esta última vive en Orlando y ha sido diagnosticada de cáncer recientemente. Sus hermanos Juan Francisco y Miguel Ángel, viven en Andalucía. Su padre se encuentra con problemas de movilidad. No refieren alteraciones en circunstancias que rodearon el nacimiento. Nacimiento a término por vía vaginal. Lactancia materna durante 4-6 meses. Desarrollo psicomotor dentro de su normalidad. No acudió a guardería. Empezó el colegio sobre los cuatro años. Buen rendimiento a nivel académico y buen nivel de relación con iguales. Estudió hasta COU. Posteriormente realizó formación en electrónica y comenzó a trabajar en mantenimiento en multinacional, de la que le despidieron por baja laboral. Posteriormente ha trabajado en bares de copas de camarero. Muy aficionado a la escritura, mantiene publicaciones por Internet. Acude como voluntario a residencia de mayores. Ha realizado recientemente un curso de teología. Mantiene amigos del colegio. Mantuvo relación de pareja, no en la actualidad. Recibe pensión por incapacidad por patología de columna. En momentos de estabilidad psicopatológica presenta una vida activa y satisfactoria según refiere, así como un buen funcionamiento a nivel social, familiar y personal.

En esta ocasión fue únicamente mi madre la persona que tuvo que hacer frente a este interrogatorio. De nuevo una vez más se pone en evidencia la poca objetividad de mi familia, poniendo de manifiesto de esta forma que, así como muchos miembros de la familia, aunque parezca que conviven, en verdad no se conocen. Aunque, por otro lado, soy plenamente consciente de los errores e incoherencias a la hora de tomar estas notas por parte de la psiquiatra de turno Belén Velado, junto con un equipo de dos personas que normalmente estuvieron presentes en todas revisiones. Estos responsables de nuevo no tienen deseo ni se toman un tiempo para poder contrastar estos datos que aporta el familiar, por lo que de nuevo nos encontramos ante otra muestra diferente dentro del método de manipulación y, de que la palabra del "enfermo psíquico" es para ellos es la que menos valor tiene.

En primer lugar, no tengo tres hermanos, sino dos, pues un poco más adelante esta responsable pone el nombre de mis dos hermanos, por lo que aquí podemos hablar tanto de errores como de incoherencias.

Tampoco estudié hasta COU, sino que primeramente hice un ciclo formativo en electrónica, hasta que después cursé una formación profesional de segundo grado en informática. Aquí se dice que posteriormente realicé formación en electrónica, cuando ésta, como acabo de decir, fue antes que mis estudios equivalentes a COU. Ciertamente después de esta formación comencé a trabajar en Sandvik Española S.A, una multinacional que no me despidió por baja laboral, sino que lo hizo por medio de un despido improcedente. Tampoco trabajé posteriormente en bares de copas, sino que esta labor la comencé a ejercer justo al cumplir los 18 años, durante siete años y combinándolo después con mi trabajo de mantenimiento industrial, donde ejercía mi verdadera vocación por aquel entonces.

El curso de teología lo terminé exactamente el 12 de junio de 2013, por lo que no parece que haya sido tan recientemente. Fue en este momento según me ha comentado mi madre, que al ver que no existía una aportación de datos que pudiese ponerme en tensión, la psiquiatra Belén Veleda me dio permiso para entrar al despacho. Entré y me senté junto a mi madre. La única pregunta que me hizo la doctora en aquel momento fue si tenía o había tenido pareja. Al ver que tuve la oportunidad de rectificar esa labor repetitiva de "copia y pega" durante el resto de los informes de alta donde se hace constar « Primera relación sentimental a los 16 años, durante 7 meses y, desde entonces, relaciones esporádicas». Cuando me vi en la ocasión de poder aportar la verdad en aquel momento, lo quise decir muy claramente y estando como testigo mi madre les dije que desde hace más de nueve años practicaba las virtudes de la pureza y la castidad. A pesar del énfasis que hice para hacer constar la verdad, al poder comprobar el informe de alta después en mi casa, observé según se cita aquí «Mantuvo relación de pareja, no en la actualidad». Puedo garantizar que esta nueva manipulación se hizo delante de mi madre como testigo de mis palabras.

Por último, se informa de que recibo pensión por incapacidad por patología de columna, pero esto tampoco es verdad, pues en el 2008, después del tercer ingreso psiquiátrico se comenzó el proceso de incapacidad permanente absoluta por enfermedad psíquica. Ciertamente como ya he podido informar en los antecedentes reales de este documento, fue la mutua de

accidentes Asepeyo la aseguradora que se ahorró los medios, para evitar favorecerme con una pensión que legítimamente me correspondía por mi enfermedad profesional.

13- En la urgencia consciente y globalmente orientado. Abordable aunque poco colaborador. No es posible completar la entrevista dado que el paciente no quiere hablar y dice que nos remitamos a los hechos. Desconfiado y demandante en relación sobre todo al contenido del informe.

En el punto número 6 del presente comentario personal a modo informativo de este informe se hace constar que estaba tranquilo y aquí se dice que estaba consciente y orientado. En cierta manera pude ser abordable, pero es comprensible que ante este constante proceso de manipulación e incluso en algunas ocasiones con graves calumnias, pudiese mostrarme poco colaborador. Estos hechos ponen de manifiesto mi plena desconfianza y mi intención por querer probar sus acciones y palabras.

Me ha extrañado mucho la siguiente observación que no me ha recordado precisamente por este momento de entrevista, sino por el cuarto ingreso, cuando dice «No es posible completar la entrevista dado que el paciente no quiere hablar y dice que nos remitamos a los hechos». Esta frase se cita textualmente en el punto 19 del cuarto ingreso. Es posible que, en un cruce de cables, cuando expresaba en esta ocasión que tenía derecho a guardar silencio, hiciese tomar de alguna manera estas palabras, cuando ciertamente sí que hice uso de esta frase en el cuarto ingreso, pero no en este. Puede existir de nuevo esa posibilidad ante una falta de recursos, de hacer uso de esta técnica que tanto han utilizado en sucesivas ocasiones en mi historial clínico de "copia y pega" en el PC.

14- A su ingreso presenta hematoma en brazo izquierdo y herida en el pie derecho, que precisó tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina-clavulánico unos días con una buena evolución por dicha herida en pie sobreinfectada. Todos estos problemas evolucionaron satisfactoriamente, y no ha presentado otra incidencia significativa desde el punto de vista orgánico durante dicho ingreso.

A priori, debo de manifestar que apenas tengo nada en contra de esta observación realizada por Dra. Culebras, aunque existe otra versión que fue la que se me dio en primera instancia sobre este informe, quisiera exponer a continuación lo que se citaba en este primer informe:

> "Sin incidencias desde el punto de vista orgánico durante el ingreso hospitalario. A su ingreso, según el personal de enfermería, presentaba hematomas en muslos y brazos, además de herida en el pie, en relación con la contención mecánica y sujeción previa al ingreso. Todos estos problemas evolucionaron también satisfactoriamente".

Como podemos apreciar en esta primera observación, se trata de una nueva manipulación de la realidad. Esta observación de alguna manera se debe a la negligencia por parte de los servicios de salud mental, de no haberme pasado previamente por sus prisas, para hacer un parte de lesiones y no solo el primer día de ingreso, sino durante todo el ingreso psiquiátrico. Dado que esta primera observación del informe que se me facilitó el día 28 de

septiembre ponía en cuestión que en verdad fueron los dos agentes del cuerpo nacional de policía los que me ocasionaron estos daños, quise ponerme en contacto con la Dra. Belén Velado para que hiciesen la corrección. Cuando hablé con ella por teléfono al día siguiente, le puse en conocimiento que existía esta manipulación y que, si no estaban dispuestos a admitir la corrección, me presentaría a la comisaría para ponerles una denuncia por manipulación, haciendo constar que rompía las relaciones con los servicios de salud mental de esta comunidad. Ese mismo día por la tarde admitieron esta corrección, lo que demuestra por parte de ellos que no actuaron con transparencia ni fueron coherentes con la verdad de los hechos, favoreciendo en este caso a la policía que ha ejercido en este caso con abuso de su autoridad, es decir, bajo un móvil de corrupción por abuso de autoridad.

15- Durante la primera semana de ingreso el paciente se muestra disfórico, irritable, desconfiado, querulante y con actitud oposicionista en relación a la toma de tratamiento y a la realización de ingestas.

Todos estos adjetivos calificativos que se citan aquí podrían resumirse de otra manera, que es cuando una persona no se presenta sumisa ante la autoridad que ellos saben que tienen en este recinto cerrado. Como podemos observar, se trata de la misma técnica de manipulación, que es en este caso de nuevo el hecho de reservarse el contexto y los hechos expuestos con detalle ocurridos el día 8. Creo que es de recibo que tuviese cierta actitud oposicionista en relación a la toma de tratamiento, ya que fueron ellos los que impusieron el ingreso como involuntario, poniéndose de nuevo por encima de mi conciencia, voluntad y libertad. Ciertamente pasé un día sin comer, ya que se negaron a que pudiese recibir los servicios religiosos. De nuevo exponen los hechos que a ellos les interesa que queden reflejados, pero como tantas veces hacen, vuelven a omitir las causas.

16- Por este motivo las primeras tomas de tratamiento antipsicótico se administran por vía im (1 5mg/ml + tranxilium 50 mg im) en ocasiones acompañadas de contención mecánica 3 puntos.

En un principio no quise aceptar la medicación por vía oral y, fueron muchas las ocasiones en las que voluntariamente les dije que me ataran en todo caso, para recibir el tratamiento. Todas las veces que me ataron fui consciente de que no lo hice con violencia, sino que me dejé atar sin hacer oposición.

17- Presentaba un discurso verborreico con presión en el habla, sin fuga de ideas, centrado en exponer su disconformidad con los ingresos y el tratamiento, así como en expresar sus deseos de poner en conocimiento judicial lo ocurrido en el centro comercial previo al ingreso.

Después de tratar con una multitud de psiquiatras, puedo decir por experiencia que, en muchas ocasiones también he observado en ellos un discurso verborreico. Su carrera en definitiva en gran parte les sirve para que el Estado delegue poder en ellos, pero a la hora de la verdad, se rigen por un bloque de teorías que se adaptan todas a un molde concreto y que en definitiva solo sirven para bloquear químicamente a las personas.

Expuse mi disconformidad con todos los ingresos, porque ha sido este mes de agosto prácticamente en su totalidad cuando he redactado esta denuncia por persecución psicológica por causa de la religión, por lo que todos estos argumentos resultaban estar muy recientes en mi memoria [1]. Desde un primer instante puse en conocimiento de la Dra. Belén Velado el hecho de que contaba con la grabación de los hechos, así como el juez que levantó el acta del ingreso, el cual no me permitió conocer su nombre. Ninguno de ellos les pareció relevante poder conocer esta prueba objetiva, lo que me pareció una falta de a virtud de la prudencia. A pesar de poder contar con esta prueba objetiva, estos facultativos se han apoyado en mi historial clínico y en el volante que hizo la Dra. María Paz Villalba. Considero que cualquier persona que pueda valorar los hechos de esta grabación, sin la influencia del criterio de estos facultativos que han obviado esta prueba, podrá comprobar las circunstancias en las que en resumidas cuentas no se da un buen trato al cliente. Para colmo, los hechos por los que fui detenido después de padecer las agresiones de la policía, se debieron a que quise reclamar mis derechos como cliente, por querer tener el deseo de cumplimentar una hoja de reclamaciones.

18- Respecto a este episodio, refiere haberse sentido tratado de forma injusta, haciendo hincapié en que se deje constancia de que hematomas que presenta en el muslo y herida en mmii se debe a actuación de la policía, solicitando en múltiples ocasiones presentar declaración ante un juez de los hechos.

Como podemos observar aquí, se pone en conocimiento los hechos que desde un primer instante quise informar, aunque ellos en el primer informe quisieron hacer constar como ya he dejado reflejado que, todos estos síntomas de agresión fueron "en relación con la contención mecánica y sujeción previa al ingreso". Debo de hacer notar que cuando admitieron la corrección de esta manipulación, no hicieron alusión al hematoma en el muslo. Ciertamente ahora también me parece una buena ocasión para rectificar algo más, pues no era solo una herida, en singular, sino que en verdad como se puede apreciar en una fotografía fueron varias heridas en el pie.

No sabemos aquí a lo que se refiere en "mmii", pero sí que podemos apreciar de nuevo por este detalle que, las prisas en este recinto cerrado es una constante. Puedo seguir denunciando que este tipo de detalles que se escapan a los facultativos, dicen mucho de su profesionalidad. Después de todos los errores que he podido enumerar desde un principio de esta denuncia, nos debería ayudar a reflexionar o poner en cuestión acerca de la capacidad de estas personas, de si en verdad tienen pleno conocimiento sobre todo lo que escriben en sus informes. También nos ayudan estos errores a cuestionar que varios facultativos puedan estar verdaderamente de acuerdo, tal como se firma al pie de este informe de alta, pues de leerlo o de estar conformes, se podrían haber depurado más todos estos errores.

19- Refiere episodio como estresor importante, si bien señala que su estado actual no justifica ingreso.

[1] La redacción de cada una de las contra respuestas de todos estos informes elaborados en el H.U.P.A, fueron hechos a continuación de cada ingreso, cuando los hechos ocurridos estaban recientes.

Soy plenamente consciente de lo injustificada que fue la agresión y la poca justificación de aquella detención policial. Cuando se comprenden estos hechos con objetividad, se puede ser más consciente de que el ingreso psiquiátrico fue necesario no por estos hechos, sino porque servidor tiene antecedentes psiquiátricos y está en este punto de mira.

Debo de reafirmarme de nuevo diciendo que, todo esto se justifica por mi gran sensibilidad ante las injusticias de este mundo y por el deber de seguir practicando la corrección fraterna a las personas que lo necesitan.

20- Asimismo presentaba insomnio e ideas de tinte delirante de contenido místico religioso con importante repercusión conductual.

Esta observación no es objetiva, de hecho, en este mismo informe se hace constar otros argumentos que contrarrestan el presente cuando dice «Según evolutivos en enero-marzo/2015 presentaba dificultad para conciliar el sueño e irritabilidad por lo que se añade a la pauta habitual Lormetazepam 2 mg y Etumina, encontrándose mejoría en abril». Esta mejoría supuso el abandono de este tratamiento para el insomnio desde aquel momento.

21- Se mantiene entrevista con su madre al inicio del ingreso la cual informa de encontrar a su hijo más estresado y aislado en el último mes tras una larga temporada de estabilidad y mantenimiento de su funcionamiento habitual tras el último ingreso.

Es conveniente reiterarme en una observación personal que he compartido en el punto número 12. «De nuevo una vez más se pone en evidencia la poca objetividad de mi familia, poniendo de manifiesto de esta forma que, así como muchos miembros de la familia, aunque parezca que conviven juntos, en verdad no se conocen de verdad».

En cierta manera mi madre en esta ocasión tiene parte de razón, porque he pasado medio mes de agosto en mi casa de Almonte, tratando de confeccionar este documento y he pasado muchos momentos en cierta manera retirado, pero no aislado. En referencia al estrés en parte también tiene razón, pero se puede apreciar que en este caso de nuevo hasta a un familiar se le olvida o tiene habilidad para omitir las razones, que han detonado y me han hecho permanecer es este estado de ansiedad.

22- Señala estar al corriente del abandono de la medicación desde agosto.

Antes de tomar la decisión ante la Dra. María Paz Villalba de suspender el tratamiento con litio, ya les comenté a mis padres esta intención, pues con independencia a que era mayor de edad sigo viviendo con ellos. Ciertamente en agosto terminé completamente la toma completa de litio, como hace constar aquí mi madre, pero en verdad esto no es como aquí se cita, pues ellos ya tuvieron conocimiento antes de junio de 2015.

23- Así mismo comenta el aumento de ansiedad basal e irritabilidad en momentos puntuales.

Esta ansiedad como ya hecho constar en otras ocasiones a lo largo de este documento, se debe a esta constante persecución psicológica por causa de mi condición religiosa. La

irritabilidad no es solamente un síntoma de una posible enfermedad, sino que forma parte de la condición del ser humano en situaciones concretas de su vida.

24- Relata que previo al ingreso su hijo acudió al centro comercial a cambiar un ordenador que no funcionaba y ante la negativa a sus demandas por parte de los trabajadores del centro comercial se desencadenó una situación conflictiva en la que "se trató a Jesús injustamente, fue muy traumático para mi hijo, los policías le sacaron por la puerta de atrás y le canearon".

De nuevo vuelvo a rectificar, pues no quise cambiar el ordenador, sino hacer una devolución. Aquí todo de nuevo se vuelve a centrar el foco sobre mi persona, omitiendo de nuevo el trato por parte de los trabajadores de Carrefour. Podemos observar que se hace un intento de culpabilizar por mi parte o derivar la causa de aquellas circunstancias, cuando se hace constar que «ante la negativa a sus demandas por parte de los trabajadores del centro comercial se desencadenó una situación conflictiva».

25- Refiere conocer el altercado a través del director espiritual de su hijo.

Ciertamente esto puede ser verdad, pero tan verdad puede ser esto, como que desde el día nueve traté de poner en conocimiento a mi madre todos los hechos ocurridos el día anterior, por tanto, la fuente más fiel a los hechos no fue D. Javier Ortega, sino la de servidor.

26- Asimismo, se trabaja la conciencia de enfermedad, la repercusión de síntomas en su vida cotidiana y la adherencia al tratamiento como vía para conseguir mayor estabilidad psicopatológica, así como un mejor funcionamiento a nivel global.

Lo que quiere decir todo esto, en resumen, es que, a base de someter al paciente en un recinto cerrado, la contención mecánica, y las cadenas químicas cada 8 horas, se consigue hacer una persona más sumisa a la autoridad facultativa. Esto también resulta una falacia o una falta de coherencia, pues ellos saben que el trastorno mental no ha sido demostrado aun ser una enfermedad o patología, por lo que no sé de qué me quieren convencer.

27- El paciente se muestra minimizador y tendente a la negación respecto a los episodios que propiciaron los diferentes ingresos y respecto a la necesidad de seguimiento/tratamiento.

Me mostré de esta manera, porque gracias a Dios he tenido la capacidad hasta el momento para poder justificar todo aquello con lo que no estoy de acuerdo, teniendo en cuenta en primer lugar esta constante manipulación que no hace honor a la verdad, junto con la ingente cantidad de errores en el suceso de toda mi historia clínica en salud mental.

28- Progresivamente el paciente se muestra más colaborador en la unidad participando en las actividades y salidas terapéuticas.

Ante semejante situación tan humillante, en la que nos vemos por completo expropiados de nuestro ejercicio de plena conciencia, voluntad y libertad, nos podemos preguntar ¿Acaso tenemos otro mejor remedio que colaborar? Si no fuese de esta manera, no habría otra

posibilidad de escapatoria, pues no era sensato hacer resistencia y desobediencia como pude hacer en el tercer ingreso, porque en esta ocasión fui consciente también de que el lugar más propicio para poder seguir luchando estaba fuera de este recinto cerrado.

29- Ceden las alteraciones de conducta, el tono afectivo disfórico/irritable y el insomnio, permaneciendo discurso centrado en la temática religiosa que no impresiona de delirante sino de funcionamiento basa previo al ingreso sin repercusión conductual ni afectiva importante.

En cierta manera, ahora tengo más consciencia sobre la verdad de estas observaciones que continuamente estos facultativos hacen sobre mi persona, porque reconozco que son hechos bastante más recientes. Algunos de mis amigos me han comentado en ocasiones que suelo ser una persona muy aguda, pues soy muy incisivo con la verdad. Ante la realidad de cada día, tengo la gracia de poder contrastarla con palabras y hechos que se ven reflejados en la Escritura. Esta podría ser una de las observaciones clave que ponen de manifiesto que a la hora de la verdad hablamos en diferentes idiomas, es decir, que uno se apoya en la dimensión espiritual y otros en "dogmas científicos" que en verdad son teorías. Este tono disfórico/irritable o aquello que entienden a su manera, no es más que una parcela dentro de mi forma de ser y/o de expresarme. Reconozco que en muchas de las consultas he sido muy incisivo y agudo, aunque en el suceso del ingreso me he ido moderando, también por la necesidad de querer salir de este encierro, con el fin de poder argumentar parte de esta defensa que actualiza la presente denuncia y saber además que desde fuera puedo seguir actuando mejor.

Se debe de tener muy en cuenta que, por la verdad, tan molesta para los hombres de este mundo, han sido asesinados casi todos los Profetas del Antiguo Testamento. Por predicar la verdad también mataron a Jesucristo y por causa de Cristo Jesús que es la Verdad, han hecho pasar por suplicios, así como por el martirio de muchos hombres en estos veinte siglos de historia del cristianismo, siendo estos en primer lugar los Apóstoles. No nos debe extrañar toda esta manipulación que se orienta en una persecución, que en estos años también han hecho conmigo, pues siempre ha habido muchas formas de resistirse a la verdad, pues la más común siempre ha sido la mentira y la manipulación. Creo que ahora es la mejor ocasión para poder afirmar que me considero un hombre radical en el amor, pues así se traduce en lenguas vernáculas el primer mandamiento de la ley de Dios, aunque para radical de pro; el hombre mediocre de este mundo. Dependiendo del grado de compromiso, la sinceridad podría ser considerada como un suicidio social, pero merece la pena vivir la experiencia de Cristo. Como resultado de todo esto nace el ejercicio o la vocación profética, un servicio a Dios y a los hombres en el que se recibe como salario la persecución, incomprensiones, humillaciones, desprecios, ingratitudes, vejaciones, etc. Si somos observadores de nuestra realidad, siempre ha escaseado el celo cristiano, con frecuencia ha habido cierta tendencia por intereses a confundir el celo con una enfermedad, el trastorno o la locura.

CONCLUSIÓN

Los intereses siempre han sido una bomba que ha atentado contra la bondad, la belleza, la verdad, la vida, el amor, la liberad... contra Dios, fuente de toda pureza. Este servicio público en verdad está minado de intereses, pero especialmente como muchos sabemos éste está controlado por el poder farmacéutico. Son estos intereses, junto con el status que cada facultativo persigue en este sector dedicado supuestamente al servicio a las personas que adolecen de una supuesta "enfermedad mental" los que en verdad terminan recortando la dignidad de muchas personas, que por suerte o por desgracia no entramos en el canon de las personas "normales". Cada persona es única e irrepetible, pero algunos se empeñan con sus ideologías en limitarnos dentro de un patrón, molde o troquel mental. Por otro lado, otras personas dentro de su consciencia o inconsciencia lo aceptan, para que estos terminen posicionarse en una élite y de esta manera puedan sentirse mejores que otros con la tentación de querer hacernos a su medida desde el poder.

Sobre la historia de la persecución en el seno familiar es tan conocida como remota en los principios del conocimiento humano. Podríamos partir desde que Caín asesinó a su hermano Abel (Gn. 4, 8), pasando por la historia de José, hijo de Jacob, que fue maltratado y vendido por sus propios hermanos (Gn. 37, 1-36). Por otro lado, he querido exponer a lo largo de este documento el dominio que delega el Estado sobre estas autoridades sanitarias, el cual merece un análisis final con el cual tengo deseo de concluir el presente comentario, para tratar de ser más conscientes de esta realidad.

La razón instrumental tiene como función la de crear el orden social y reproducir los mecanismos jerárquicos útiles para el buen funcionamiento del mundo, es decir, que viene a ser en esencia un método de control de masas por medio de la manipulación y la calumnia. Reemplaza el movimiento impulsivo creativo por una sumisión cultural, un orden civilizado. Ser razonable es asentir y rendirse a los argumentos de la autoridad, de la mayoría, del jefe. Ser razonable es usar la razón como los otros. Es un instrumento de integración social y de dominio de sí a través de renunciar a los impulsos, los deseos. La razón no sólo es un instrumento individual sino también social, permite la relación con uno mismo y con los demás. Es una razón calculadora. Pero se aprisiona frecuentemente bajo la acusación de locura a los rebeldes de la razón mayoritaria y obediente; a los que prefieren resistir y actuar bajo la razón crítica liberadora.

El uso de la razón crítica es un verdadero desafío social, una lógica de guerra evidente. A los que rechazan la razón instrumental no se les concede poder social. Se les encierra, se les aparta, se les interna en asilos, hospitales, hospicios, prisiones, psiquiátricos, etc. Es por ello por lo que no siempre el uso de la razón garantiza la obtención de pensamientos sanos, elevados, moralmente defendibles, pues la razón en cuanto instrumento sirve tanto a las más bellas tareas como a las más bajas faenas. Debemos de desconfiad del uso de la razón si esconde una ideología perversa y peligrosa. De esta forma, la razón no siempre se emplea para liberar a los pueblos. Utilizada por retóricos, hábiles en palabras, dialécticos, tribunos hipnotizados y corruptos, etc., que se envuelven bajo la forma de la racionalidad lógica. Así pues, la razón instrumental no debe convertirse en ídolo y llevar a la guillotina a decapitar a todo hombre que

se conduce por la razón crítica liberadora. Con la razón instrumental Lenin inventó los campos de deportación en Siberia. De este modo la razón a veces se utiliza para fines catastróficos.

Los utopistas hicieron de la razón sociedades cerradas donde estaba todo decidido, desde las vestimentas, tareas, estatutos de los niños, nada se deja al azar, todo está controlado por la razón. Al ocupar toda la razón no dejó paso a la fantasía, la imaginación, la invención, la creación. Todas estas experiencias utópicas han terminado en fracaso. Allí donde la razón instrumental triunfa por completo, surge el malestar, la destrucción de las creencias, la disipación de las ilusiones, la sangre humana y las ficciones falsas. Los fascismos, tiranías, los regímenes totalitarios, colonialismos se han desarrollado bajo razonamientos lógicos, argumentos, teoría y ciencia. Hitler, Mussolini, Franco, Lenin, Stalin, Trosky, Mao han recurrido a la razón instrumental lógica para fascinar a los pueblos y conducirlos a la pulsión del triunfo de la muerte. La lucha de los más fuertes, el odio a los judíos, la guerra imperialista como salud de civilización, la dictadura del proletariado, la lucha de clases, la revolución nacional; ideas que se han desarrollado a base de golpes de razonamientos lógicos con ayuda de armas letales como las cámaras de gas, campos de exterminios, gulags, bomba atómica, guerra química, la purificación étnica. De este modo la razón instrumental pare monstruos y así hace uso de la razón para disfrazar sus intereses.

INFORME DE OCTAVO INGRESO

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental
Comunidad de Madrid

Nombre paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806
F.Nacimiento:	03/12/1978
Edad:	37 AÑOS
Teléfono:	912809961
CIAS:	16030901025

NHC:	78186
Episodio:	1161000340
Tis:	DLMR781203916014
Fecha Cita:	[V.fechacita]

Fecha de Ingreso Hospital: 07/01/2016
Fecha de Ingreso Servicio: 08/01/16
MOTIVO DEL INGRESO: alteración de conducta
Fecha de alta : 29/01/16
MOTIVO DE ALTA: Mejoría clínica

MOTIVO DE CONSULTA: Varón de 37 años que es traído a urgencias por el SUMMA por alteración de conducta en el seno de descompensación de su enfermedad de base. Ingresa de forma INVOLUNTARIA para estabilización psicopatológica.

ANTECEDENTES PERSONALES:
MÉDICOS: No RAMC. Alergia a polen y gramíneas. No HTA. No DM. No DL. Estenosis congénita del canal lumbar. Hernia discal secundaria a accidente laboral 2002. Dolor crónico tipo ciático. IQX: Extirpación de quiste sebáceo (07/11/13). En seguimiento por ORL. TÓXICOS: antecedente de consumo de THC. Niega consumo de tóxicos en el momento actual
PSIQUIÁTRICOS:
Primer contacto en Salud mental en 2004 cuando acude por bajo estado de ánimo siendo dado de alta.
Primer ingreso de carácter involuntario en UHB en diciembre 2004 con diagnóstico al alta de Psicosis Reactiva Breve (CIE-9: 298.8) y tratamiento con Risperdal sol. 6mg/d. Seguimiento en CIDT Francisco Díaz desde entonces (Dra. Villalba)
Segundo ingreso en Junio 2006, siendo diagnosticado de T. Bipolar tipo I. Episodio maniaco. (CIE-9 296.0) y pautándose tratamiento con Risperdal 12 mg/d y Akinetón Retard.
Tercer ingreso de enero a mayo 2008, con diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo. En este momento la pauta de tratamiento al alta fue Leponex 100 mg ½-0-2, Plenur 400mg /8h, Risperdal consta 75 mg i.m /15 días. Durante el seguimiento debido a estabilidad psicopatológica del paciente se reduce la dosis de risperdal consta hasta 37.5mg im / 15d, manteniéndose el litio como estabilizador. En enero 2013 para favorecer la continuidad del tratamiento se decide cambio a paliperidona 75mg im / mensual. En octubre de ese mismo año el paciente abandona el inyectable refiriendo efectos secundarios (prurito), continuando tratamiento con litio. Se mantuvo durante meses estable, con buen funcionamiento a nivel personal, social y laboral.
En septiembre 2014 y en relación con diferentes estresores vitales y con el abandono de tratamiento, su entorno comienza a encontrarle más irritable, con alteraciones en el sueño, aumento del nivel de actividad y conflictos interpersonales, por lo que precisa un cuarto ingreso, siendo el diagnóstico al alta: trastorno Esquizoafectivo, episodio maníaco con síntomas psicóticos instaurándose tratamiento con plenur 400mg c/8h, Risperdal 6mg /d y tranxilium 10mg/ noche. Ambulatoriamente se fue retirando la pauta de risperdal, manteniéndose el tratamiento con Litio. Según evolutivos en enero-marzo/2015 presentaba dificultad para conciliar sueño e irritabilidad por lo que se añade a la pauta habitual lormetazepam 2 mg y Etumina, encontrándose mejoría en abril.
En junio 2015 expresa a su psiquiatra, encontrándose estable psicopatológicamente, su deseo de abandonar la medicación. Tras explicársele los riesgos de descompensación que el abandono de la medicación puede traer consigo, el paciente persiste en su deseo de abandonarla, y lleva a cabo la reducción de la pauta de litio de forma progresiva hasta suspenderse (disminución de 200mg cada 2 semanas). A principios de septiembre, se objetiva descompensación psicopatológica, en forma de ánimo disfórico y suspicacia, precisando finalmente un quinto ingreso, del 8 al 28 de septiembre de 2015, siendo diagnosticado al alta de Trastorno Bipolar tipo I, episodio maniaco, y prescribiendo como tratamiento farmacológico, Plenur (1400 mg dmd) y Risperidona 3 mg dmd.

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental

Nombre paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806
F.Nacimiento:	03/12/1978
Edad:	37 AÑOS
Teléfono:	912809961
CIAS:	16030901025

NHC:	78186
Episodio:	1161000340
Tis:	DLMR781203916014
Fecha Cita:	[V.fechacita]

HISTORIA ACTUAL: Paciente con los antecedentes descritos es traído por el SUMMA a urgencias del hospital, con contención de 5 puntos por presentar "alteración de conducta en domicilio familiar". A su llegada a urgencias, el paciente no colabora con la entrevista y mantiene actitud mutista y oposicionista. Se recoge información del medio familiar, informando de síntomas que orientan a descompensación de su enfermedad de base (irritabilidad importante hacia su familia, salía a la calle con el hábito para bendecir a las personas que encontraba, les imponía las manos, "durmió en una capilla y decía que había demonios que le atacaban", desaparición de imágenes y adornos religiosos de su domicilio), también les preocupaba que en la última semana estaba muy centrado en el estudio del Corán, así como abandono de tratamiento farmacológico desde el alta del último ingreso, por lo que se decide ingreso involuntario en UHB.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Padre con historia de patología discal lumbar y cuadro depresivo en relación con las limitaciones derivadas de dicha patología por el que estuvo en seguimiento en SM y que cedió con tratamiento antidepresivo. Cardiopatía isquémica, I.A.M. Abuela paterna con posible seguimiento por ansiedad. Niegan otros antecedentes.

BIOGRAFÍA: Natural de Madrid. No refieren alteraciones en circunstancias que rodearon su nacimiento, desarrollo psicomotor normal. Escolarización desde los 4 años, también sin incidencias en la relación con pares ni académicas. Al finalizar COU, realizó formación en electrónica y comenzó a trabajar en mantenimiento en multinacional, de la que le despidieron por baja laboral. Posteriormente ha trabajado en hostelería, como camarero. Muy aficionado a la escritura, mantiene publicaciones en Internet. Acude como voluntario a residencia de mayores. Ha realizado recientemente un curso de teología. Mantiene amigos del colegio. Mantuvo relación de pareja, no en la actualidad. Percibe pensión por incapacidad en relación con patología de columna. En momentos de estabilidad psicopatológica presenta una vida activa y satisfactoria según refiere tanto él como amigos y familiares, así como un buen funcionamiento a nivel social, familiar y personal.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA: DE URGENCIA 07/01/2016: Actitud mutista mantiene ojos cerrados, sin contacto ocular, quedando demorada la exploración ante la falta de colaboración del paciente.

DATOS COMPLEMENTARIOS Y/0 PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS:
Litemia 27/01/16: 0.66 (1200 mg dmd)
Hemograma: normal.
Bioquímica con estudio de anemia: normal.
ECG: RS a 80lpm. Q en III (ya en previo).
Rx tórax: sin alteraciones significativas.
Serologías: VHB, VHC, VIH y sífilis: negativas.

RESUMEN DE EVOLUCIÓN CLÍNICA:
Durante la primera semana de ingreso, el paciente se muestra disfórico, irritable, suspicaz y querulante, expresa continuamente su indignación con el ingreso, con un discurso reivindicativo-persecutorio, explicando los ingresos hospitalarios como una persecución religiosa por parte de los profesionales de salud mental, con nula consciencia de enfermedad y reticencia a recibir la medicación "yo no soy un enfermo, soy un trastornado y no tengo por qué tomar medicación". A lo largo de esa primera semana, se objetiva un empeoramiento clínico progresivo, sobre todo en forma de irritabilidad creciente, elevada angustia, exaltación del ánimo, ideación megalomaniaca de contenido religioso, escribe cartas de protesta por el mal trato que reciben los pacientes en el hospital y durante el segundo fin de semana de ingreso, se confirma la toma irregular del tratamiento al encontrar una de las pastillas de risperidona (el paciente también confirma dicha toma irregular). Se modifica la forma de administración del tratamiento, de comprimidos a solución para asegurar la toma, y a partir de ahí, el ánimo mejora, comienza a encontrarse progresivamente más tranquilo, haciendo crítica y disculpándose por el comportamiento presentado los días previos. El paciente mantiene en todo

momento la vivencia de la atención recibida por parte de los profesionales de Salud Mental como una intromisión en su intimidad y en su libertad para decidir sobre su vida, lo que varía a medida que hay mejoría psicopatológica, es el tono con el que manifiesta esta vivencia, de importante agresividad y ataque, a un tono más reflexivo y racionalizador. Otro de los conflictos que presenta el paciente al ingreso, es el familiar, responsabiliza a sus padres directamente de este último episodio, considera que se asustan exageradamente cuando se enteran de que ha comenzado a estudiar el Islam, "se han pensado que me iba a convertir en terrorista o algo así". También reivindica continuamente sus derechos sobre su casa de Almonte, incluso deja un mensaje en el contestador del hermano, instándole a buscar nuevo domicilio. Como ocurre con el tema de la Salud Mental, a medida que se produce la mejoría clínica, el paciente varía el tono con el que expresa su malestar (agresividad verbal, reivindicación indignada, a racionalización de la situación, búsqueda de soluciones), pero no cambia el contenido. Acuerda con los padres la posibilidad de irse a un piso de alquiler en el entorno de Alcalá de Henares, en lugar de a su casa de Huelva, como forma de dar tiempo a su hermano para buscar un domicilio alternativo para su familia. Expresa sentimiento de injusticia por la diferencia de trato que considera que ha habido hacia él y hacia su hermano, y su necesidad de llegar a algún acuerdo con él para solucionar este problema.

Se permiten permisos de salida durante el horario de misa desde el tercer día de ingreso, que transcurren sin incidencias. Además de la visita de la madre, se reúne con algunas amistades durante los permisos, que según refiere, le ayudan en su evolución (permisos que se amplían progresivamente en los días sucesivos).

La madre al inicio del ingreso, informa de heridas en rodillas como consecuencia de pernoctar el día 29 de diciembre en una capilla con suelo radiante (la familia temía que hubiera sido víctima de una agresión, algo que el paciente niega y por las características de las heridas, también se descarta). El paciente la primera semana de ingreso rechaza ser explorado por la especialista de medicina interna y en nuestras entrevistas minimiza la importancia de dichas lesiones ("son ampollitas"). Por fin, el jueves 21 permite que el personal de enfermería le valore las heridas y al día siguiente, es atendido por la internista y posteriormente también por el servicio de cirugía (para desbridar la herida).

Conforme fue mejorando psicopatológicamente, presentó proceso infeccioso de vía respiratoria superior y lumbalgia secundario a patología de columna previa, que fueron atendidos igualmente por el Servicio de Medicina Interna de la planta y por el Servicio de Interconsulta de Traumatología.

Se ha mantenido una entrevista con la madre del paciente, el resto de contactos han sido telefónicos (prácticamente diarios), a petición de los padres, que por su edad y por su propia patología física, solicitan que las entrevistas no sean presenciales.

Se informa al paciente y a su familia de que en coordinación con su psiquiatra de referencia, se ha decidido derivación a UME, dada la evolución tórpida de su cuadro clínico a lo largo de los dos últimos años.

Se prescribe de nuevo tratamiento con estabilizador del ánimo que había abandonado unos meses antes (litio), hasta 1200 mg/día. El paciente refiere al inicio importante alteración digestiva (diarreas) y temblor, que mejoran con el ajuste de dosis.

Se prescribe también risperidona oral hasta 9 mg/día. Se trabaja con el paciente y su familia la necesidad de tratamiento inyectable, se aborda la posibilidad de volver a pautar el risperdal consta (buena efectividad previa) o el abilify maintena, que supondría el cambio de tratamiento, el paciente opta por risperdal consta, para evitar prolongar el ingreso. La primera dosis (25 mg) se administra el día 4 de febrero. El paciente expresa quejas de picor nocturno, no objetivándose lesiones de rascado ni otra lesión dermatológica. No refiere otros efectos adversos, salvo sequedad de boca. Se informa al paciente de que la próxima dosis se subirá a 50 mg/día y de que las primeras 3 semanas se mantendrá el tratamiento oral (4 mg/día de risperidona). El paciente acepta, aunque expresa su disconformidad con el tratamiento neuroléptico en general.

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental

Nombre paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806
F.Nacimiento:	03/12/1978
Edad:	37 AÑOS
Teléfono:	912809961
CIAS:	16030901025

NHC:	78186
Episodio:	1161000340
Tis:_	DLMR781203916014
Fecha Cita:	[V.fechacita]

En la última cita, verbaliza su deseo de cambio de terapeuta, al considerar que la falta de orientación religiosa de su psiquiatra puede interferir en sus decisiones clínicas, también expresa su deseo de que le atienda un psiquiatra varón. Se le explica el procedimiento de cambio de terapeuta, acepta en cualquier caso, hablarlo con su psiquiatra en el CSM.

Evolución por M. Interna (Dra. Pérez): paciente de 37 años con los AP previos que ingresa por descompensación de su psicopatología de base. En un primer momento no ha sido posible una valoración física adecuada debido a su situación psicopatológica. Posteriormente, durante su estancia en planta presenta un cuadro de infección respiratoria de vías bajas, con Rx tórax sin hallazgos, que se resuelve con tratamiento antibiótico empírico (Augmentine durante 7días). Además, en contexto de aumento de tos, presenta empeoramiento de su lumbalgia crónica (tiene hernia discal y estenosis de canal lumbar). Por este motivo se realiza interconsulta a Traumatología que da recomendaciones de tratamiento (evitando AINES porque toma Litio) y ejercicios. Al alta se citará en consultas para control y seguimiento si mala evolución de la lumbalgia.

Por otro lado sufre quemaduras en ambas rodillas previo al ingreso (que no comenta con el personal ni de enfermería ni facultativos responsables), según refiere por estar durmiendo en un suelo radiante. La úlcera de la rodilla izquierda precisa desbridamiento de escara necrótica por parte de Cirugía. En ningún momento se evidencian datos de infección de las úlceras y la evolución, con curas locales diarias, es favorable durante el ingreso.

No otras incidencias médicas reseñables.

MOTIVO DE ALTA: Estabilización psicopatológica.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Trastorno Bipolar tipo I, episodio maniaco con síntomas psicóticos.

OTROS DIAGNÓSTICOS: Cuadro de infección respiratoria, resuelto al alta.
Lumbalgia en relación con patología de columna previa.
Úlcera por quemadura en ambas rodillas

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS:

Seguirá tratamiento con:

Risperidona bucodispersable 2 mg, 1-0-1 Pedir tamaño grande
Plenur 400 mg, 1-1-1
Diazepam 10 mg/noche si precisa
Risperdal consta 50 mg, próxima dosis 08/02/2016 Cada 15 días
Lyrica 75mg 1comnp cada 12 horas hasta mejoría
Tramadol 50mg 1comp cada 8h si dolor.

Acudirá a cita el día 02/02/2016 a las 14:00 horas a la cita con su psiquiatra Dra. Villalba, en el CIDT Francisco Díaz, para continuación del tratamiento y seguimiento clínico.

Acudirá a cita con enfermería (Araceli Rosique) en el CIDT Francisco Díaz, para administración del inyectable el día 08/02/2016 16:00 horas.

Control por su Médico de Atención Primaria y especialistas habituales que realizarán los ajustes de tratamiento que consideren oportunos. Se citará en consulta de Traumatología si mala evolución de la lumbalgia.

Alcalá de Henares, 29 de enero de 2016

FIRMA:Dr./a ROCIO RODRIGUEZ PIEDRA
Psiquiatra

GINA HERNANDEZ SANTILLÁN.
Residente de Psiquiatría

Comentario personal a modo orientativo sobre:

Octavo informe médico

1- Varón de 37 años que es traído a urgencias por el SUMMA por alteración de conducta en el seno de descompensación de su enfermedad base.

Después de felicitar las navidades delante de otros testigos al personal del SUMMA, me atacaron por detrás con el fin de inmovilizarme. Me trataron como un saco de patatas, me embridaron las manos, sin haberme invitado antes a acceder voluntariamente a la ambulancia, trasladándome sin ningún tipo de examen psicológico al Hospital Universitario Príncipe de Asturias, donde está la unidad de psiquiatría.

Aquí hablan de nuevo de una enfermedad, pero todavía no conozco la prueba clínica que demuestre que soy un trastornado y lo que es mejor, que el trastorno sea una enfermedad.

De nuevo se vuelve a vulnerar el Art. 20 que hace referencia a la libertad de expresión, porque, aunque me suba a un banco en la calle a decir tonterías, tengo derecho a expresarme en tiempo y forma libremente como considere oportuno, siempre guardando el respeto y sin atentar contra la libertad y el honor de otras personas.

2- En enero 2013 para favorecer la continuidad del tratamiento se decide cambio a paliperidona 75mg im / mensual. En octubre de ese mismo año el paciente abandona el inyectable, refiriendo efectos secundarios (prurito), continuando el tratamiento con litio. Se mantuvo durante meses estable, con buen funcionamiento a nivel personal, social y laboral.

Puedo asegurar que no se sabe con certeza lo que se acaba de citar a continuación, como muchas de las afirmaciones que parecen tan técnicas y que entran dentro de sus tecnicismos, por medio de las cuales extraen de la realidad su parte más ácida. Puedo asegurar que el "buen funcionamiento" del psicofármaco pudo ser a nivel personal y social, pero no pudo ser laboral, porque ellos mismos me jubilaron con 28 años en el año 2009.

3- En junio de 2015 expresa a su psiquiatra, encontrándose estable psicopatológicamente, su deseo de abandonar la medicación. Tras explicársele los riesgos de descompensación que el abandono de la medicación puede traer consigo, el paciente persiste en su deseo de abandonarla, y lleva a cabo la reducción de la pauta de litio de forma progresiva hasta suspenderse.

Es indignante que de nuevo no se haga mención del motivo principal de porque quise abandonar el tratamiento de litio. En verdad, entre otras contraindicaciones, como orinar con demasiada frecuencia, temblores, bloqueos de memoria, pérdidas de visión y sobre todo las diarreas, fueron los motivos que me hicieron tomar la decisión de abandonar este tratamiento. Ahora, después de este último ingreso, desgraciadamente, tengo algunas cadenas químicas más que me producen otras alteraciones físicas, que me obligan como de costumbre a tomar después de cada ingreso. Hay que tener en cuenta el síndrome de abstinencia del abandono.

El Comité Europeo para la prevención de Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o degradantes dice:

38. Por supuesto, la medicación farmacológica, es a menudo (no siempre) una parte necesaria del tratamiento dado a los pacientes con desórdenes mentales. Deben de existir los

procedimientos que garanticen que realmente se suministra la medicación prescrita y que se garantiza un suministro regular de las medicinas adecuadas. El CPC también estará observando si se produce algún indicio indebido de la medicación.

Aunque muchas de las victimas psiquiátricas nos preguntamos ¿cuál es la diferencia que existe entre los medios de represión de carácter químico y la siguiente que hace referencia a los medios de represión físicos?:

48. El recurso de instrumentos de represión física (correas, camisas de fuerza, etc.) se justificará en raras ocasiones y deberá siempre ser ordenado por un médico o informados a un médico, con el fin de buscar su aprobación. Si, excepcionalmente, se recurre a instrumentos de represión física, deberían de ser retirados a la mínima ocasión; nunca deberían de ser aplicados, ni su aplicación prolongada como castigo.

Dadas estas observaciones del CPT, deberíamos cuestionarnos, si en muchas ocasiones la química resulta ser para el paciente esa correa o camisa de fuerza, que este manual condena severamente incluso como un castigo.

32.- El CPT examina concienzudamente las condiciones de vida y el tratamiento de los pacientes; las irregularidades cometidas en este campo pueden llevar rápidamente a situaciones que se engloban dentro del ámbito del término "tratamiento inhumano y degradante"

Con respecto a la represión química, se observa la siguiente irregularidad que cita el diccionario de la R.A.E: Que no observa siempre el mismo comportamiento, o no rinde del mismo modo. Cuando una persona ingresa en la unidad de sometimiento y represión química, de inmediato cambia de comportamiento y claramente no rinde del mismo modo, por lo que esto debería ser tratado dentro del ámbito del término de "trato inhumano y degradante".

4- A principios de septiembre, se objetiva descompensación psicopatológica, en forma de ánimo disfórico y suspicacia, precisando finalmente un quinto ingreso.

Como podemos observar de nuevo, no se citan signos de violencia ni de autolesión. Estos adjetivos que con arte saben los psiquiatras extraer desde la nobleza a su vertiente más ácida, se trata en este caso de nuevo del don que Cristo me ha dado dentro de mi libertad interior, que es lo que conocemos como parresia. Es importante hacer mención que manifestarse con parresia es un desafío para cualquier poder o autoridad. Es por esta razón que, con astuta inteligencia, en vez de decir que servidor les interpela con la verdad, ellos en cambio dicen que tengo el ánimo disfórico y suspicaz entre otros epítetos retorcidos a lo largo de sus informes.

Más adelante de esta cita, prosigue diciendo: "siendo diagnosticado de trastorno bipolar tipo I, episodio maniaco" debería de exigir toda aclaración precisa, para poder saber si se está faltando al artículo 20 de la Constitución, que hace referencia a la libertad de expresión. Lo que sí puedo asegurar con certeza es que todo manifiesto en el que se hace uso sin abuso de la parresia, son palabras y acciones que por norma general suelen causar molestias directas a la conciencia de las personas. Por esta última razón, ningún individuo debe de ser inmovilizado y encerrado en un recinto psiquiátrico, donde se nos somete con el control y el miedo, para finalmente penalizarnos químicamente.

5- Paciente con antecedentes descritos es traído por el SUMMA a urgencias del hospital, con contención por presentar "alteración de conducta en el domicilio familiar".

De nuevo se comete otro error o mentira, porque cuando bajé al portal, estaba en casa de un vecino, el cual le pedí el favor de que me acompañase a la comisaría, ya que mi padre

estaba muy nervioso. Al bajar mi padre estaba reunido con los paramédicos que no me hicieron ninguna exploración. Puedo dar fe que esta afirmación es falaz, porque bajé a la calle con este vecino, que presenció todo con miedo. Algunas de las personas se asombraban, porque para poder efectuar su sucio trabajo, hicieron falta 4 paramédicos, 4 policías y 3 personas del SAMUR, es decir, un séquito de personas de los cuales muchos delincuentes peligrosos no disponen.

Considero muy delicado y reduccionista el hecho de prescindir de un argumento más sólido y fundamentado, cuando simplemente se cita "alteración de conducta en el domicilio familiar". ¿En esta alteración hubo violencia física o verbal? No. Entonces es posible que este servidor, en ausencia de una mejor justificación, se pueda amparar al Art. 20 de la Constitución Española, donde tengo derecho a expresarme con libertad, siempre que no atente contra el honor y la libertad de otras personas.

6- A su llegada a urgencias, el paciente no colabora con la entrevista y mantiene una actitud mutista y oposicionista.

Es normal que aflore en mi interior mi espíritu de "antisistema", porque teniendo de testigos a varias personas que vieron el mal trato que me dieron, para trasladarme al Hospital Universitario Príncipe de Asturias, no tenía deseo de colaborar para la entrevista. Para colmo, una entrevista no debería de ser que estuviese atado a una camilla, medio desnudo y en una sala fría con aire acondicionado. Esta es una prueba más de que no mostraba signos de violencia, y siendo este un acto de trato inhumano y degradante.

7- Se recoge información del medio familiar, informando de síntomas que orientan a su descompensación de su enfermedad de base (irritabilidad importante hacia su familia, salía a la calle con el hábito para bendecir a las personas que encontraba, les imponía las manos, "durmió en una capilla y decía que había demonios que le atacaban", desaparición de imágenes y adornos religiosos de su domicilio),

"Se recoge información del medio familiar, informando de síntomas que orientan a su descompensación de su enfermedad de base". Me pregunto cuál es esta enfermedad de base, si aún no me han facilitado ninguna prueba biológica en se demuestre como tal.

Cuando se habla de irritabilidad, de nuevo no hace mención de ningún tipo de violencia. El diccionario de la R.A.E nos define «irritar» como: Excitar vivamente afectos o inclinaciones naturales. Teniendo en cuenta esta definición, no resulta ningún síntoma patológico, sino que más bien es un sentimiento de indignación que causa enfado. Siempre se hace uso de la misma injusticia, porque aquí se detalla mi sentimiento irascible, como el que puede tener cualquier persona, pero nunca se habla de la conducta exacerbada de mis padres en este caso.

No salía a la calle con mi hábito para bendecir a las personas que encontraba, pues en verdad el día 29 de diciembre de 2015, después de Misa, siempre desde la misma puerta de la Parroquia Santa María la Mayor de mi localidad, di la bendición y felicité las Navidades a las personas que pasaban por la calle, como cualquier cristiano que pueda gozar de buena voluntad. Lo de imponer las manos, parece que según se dice aquí, lo hice con muchos, pero en verdad solo lo hice con una persona. Para imponer las manos y dar la bendición no se necesita ser

sacerdote o religioso, pues todos estamos llamados a hacerlo, teniendo en cuenta el Evangelio de san Marcos 16,15-20.

Ciertamente aquel día no dormí en la Capilla de las Santas Formas, donde pude observar graves irregularidades durante el día y que en la actualidad estoy pendiente de informar al obispo ordinario del lugar, sino que me pasé desde las 12:30 AM hasta las 9:00 AM rezando el Santo Rosario. La psiquiatría, como podemos observar, tiene arte para dramatizar ciertos aspectos que de alguna manera les compensa y les beneficia. Aquí se dice que los demonios me atacaban, aunque no detalla si fue este ataque físico o de otra manera. Como es de imaginar, aunque tengan intención vaga de ridiculizar la religión, este ataque ciertamente se dio en mi mente. Al parecer este ataque quieren hacerlo una novedad del momento, aunque en verdad, todos los buenos cristianos sabemos que, el ataque demoniaco se produce con mucha frecuencia hacia aquellas personas más comprometidas.

8- Natural de Madrid. Tiene tres hermanos y una hermana. Esta última vive en Orlando y ha sido diagnosticada de cáncer recientemente. Sus hermanos Juan Francisco y Miguel Ángel, viven en Andalucía. Su padre se encuentra con problemas de movilidad. No refieren alteraciones en circunstancias que rodearon el nacimiento. Nacimiento a término por vía vaginal. Lactancia materna durante 4-6 meses. Desarrollo psicomotor dentro de su normalidad. No acudió a guardería. Empezó el colegio sobre los cuatro años. Buen rendimiento a nivel académico y buen nivel de relación con iguales. Estudió hasta COU. Posteriormente realizó formación en electrónica y comenzó a trabajar en mantenimiento en multinacional, de la que le despidieron por baja laboral. Posteriormente ha trabajado en bares de copas de camarero. Muy aficionado a la escritura, mantiene publicaciones por Internet. Acude como voluntario a residencia de mayores. Ha realizado recientemente un curso de teología. Mantiene amigos del colegio. Mantuvo relación de pareja, no en la actualidad. Recibe pensión por incapacidad por patología de columna. En momentos de estabilidad psicopatológica presenta una vida activa y satisfactoria según refiere, así como un buen funcionamiento a nivel social, familiar y personal.

En esta ocasión, fue únicamente mi madre la persona que tuvo que hacer frente a este interrogatorio. De nuevo una vez más se pone en evidencia la poca objetividad de mi familia, poniendo de manifiesto de esta forma que, así como muchos miembros de la familia, aunque parezca que conviven juntos, en verdad no se conocen. Aunque, por otro lado, podemos ser conscientes de errores e incoherencias a la hora de tomar estas notas por parte de la psiquiatra de turno Belén Velado, junto con un equipo de dos personas que normalmente estuvieron presentes en todas las consultas. Estos responsables de nuevo no tienen deseo ni se toman un tiempo para poder contrastar estos datos que aporta el familiar, por lo que de nuevo nos encontramos ante otra muestra diferente dentro del método de manipulación y, de que la palabra del "enfermo psíquico" es la que menos valor tiene y esto resulta ser un trato inhumano y degradante.

En primer lugar, no tengo tres hermanos, sino dos, pues un poco más adelante esta responsable pone el nombre de mis dos hermanos, por tanto, aquí podemos hablar tanto de errores como de incoherencias.

Tampoco estudié hasta COU, sino que primeramente hice un ciclo formativo en electrónica, hasta que después cursé una formación profesional de segundo grado en informática (F.P.II). Aquí se dice que posteriormente realicé formación en electrónica, cuando ésta, como acabo de decir, fue antes que mis estudios equivalentes a COU. Ciertamente después de esta formación comencé a trabajar en Sandvik Española S.A, una multinacional que no me despidió por baja laboral, sino que lo hizo por medio de un despido improcedente. Tampoco trabajé posteriormente en bares de copas, sino que esta labor la comencé a ejercer justo al cumplir los 18 años, durante siete años y combinándolo después con mi trabajo de mantenimiento industrial, donde ejercía mi verdadera vocación por aquel entonces.

El curso de teología lo terminé exactamente el 12 de junio de 2013, por lo que no parece que haya sido tan recientemente. Fue en este momento según me ha comentado mi madre, que al ver que no existía una aportación de datos que pudiese ponerme en tensión, la Dra. Belén Velado me dio permiso para entrar al despacho. Entré y me senté junto a mi madre. La única pregunta que me hizo la doctora en aquel momento fue si tenía o había tenido pareja. Al ver que tuve la oportunidad de rectificar esa labor repetitiva de "copia y pega" durante el resto de los informes de alta donde se hace constar « Primera relación sentimental a los 16 años, durante 7 meses y, desde entonces, relaciones esporádicas». Cuando me vi en la ocasión de poder aportar la verdad en aquel momento, lo quise decir muy claramente y estando como testigo mi madre les dije que, desde hace más de nueve años practicaba las virtudes de la pureza y la castidad. A pesar de mi énfasis por querer hacer constar la verdad, al poder comprobar el informe de alta después en mi casa, observé según se cita aquí: «Mantuvo relación de pareja, no en la actualidad». Puedo garantizar que esta nueva manipulación se hizo delante de mi madre como testigo de mis palabras.

Por último, se informa de que recibo pensión por incapacidad por patología de columna, pero esto tampoco es verdad, pues en el 2009, después del tercer ingreso psiquiátrico se comenzó el proceso de incapacidad permanente absoluta por enfermedad psíquica. Ciertamente como ya he podido informar en los antecedentes reales de este documento, fue la mutua de accidentes Asepeyo la aseguradora que se ahorró los medios, para evitar favorecerme con una pensión que legítimamente me correspondía.

De nuevo esta cita biográfica, que se hace uso textual en el quinto informe, pone de nuevo en evidencia la calidad y la validez de este y otros informes médicos facilitados.

9- Actitud mutista mantiene ojos cerrados, sin contacto ocular, quedando demorada la exploración ante la falta de colaboración del paciente.

Como queda reflejada en la introducción de este documento donde me dirijo al Sr/a. Magistrado Juez, me define como antisistema el placer sin castidad y pureza, el éxito o la popularidad tratándolo de contrarrestar con la humildad y en este caso el abuso y violencia del poder con el pequeño, favoreciendo a los más grandes entre otras personas. De nuevo esta ha

sido una nueva manifestación de mi actitud pacifista, que se resiste ante estas tentaciones como Cristo lidió en su última estancia durante los cuarenta días que pasó en el desierto. Permanecer en una camilla, con frío y atado de pies y manos durante horas, resulta sin duda otra prueba espiritual, semejantes a otras que ya he podido lidiar en otras ocasiones en estas mismas estancias, como cuando me tiraban y pellizcaban los pezones para que abriese los ojos.

Me queda la duda de saber si existe algún inconveniente legal, que sin previa entrevista haga subir a la víctima psiquiátrica a la planta de psiquiatría, como en otras ocasiones ha sucedido, sin más preámbulos que mis antecedentes psiquiátricos. Quiero hacer constar que la demora en el ingreso del paciente, siempre existen personas que, por razones coincidentes, se les da "casualmente" el alta psiquiátrica, lo que hace sospechar que este sistema de policía del pensamiento es uno de los tantos negocios que hoy existen en nuestra sociedad.

10- Durante la primera semana de ingreso, el paciente se encuentra disfórico, irritable, suspicaz y quelurante, expresa continuamente su indignación con su ingreso, con un discurso reivindicativo-persecutorio, explicando los ingresos hospitalarios como una persecución religiosa por parte de los profesionales de salud mental, con nula conciencia de enfermedad y reticencia a recibir medicación "yo no soy un enfermo, soy un trastornado y no tengo porque tomar medicación".

Como podemos apreciar de nuevo en esta ocasión, el arte sagaz de la psiquiatra de turno Rocío Rodríguez o quizá su ignorancia, ya que no sabe apreciar tampoco que es la parresia, con la que servidor interpela con la verdad, que es un acto que causa cierta molestia directa a las conciencias.

Aquí se aprecia el mismo estribillo de otros informes facilitados por parte de este servicio "disfórico, irritable, suspicaz, quelurante" y demás epítetos que extraen de la realidad su parte más ácida, aunque ni rastro de violencia verbal ni física, por ser católico en el ejercicio desde hace más de diez años.

Si expreso continuamente mi indignación con el ingreso, aparte de hacerlo constar en este documento en cada informe facilitado, es porque la psiquiatría, como institución de control social, sometimiento y represión, es incompatible con una sociedad democrática y libre.

Cuando dice que manifestaba que "los ingresos hospitalarios eran como una persecución religiosa por parte de los profesionales de salud mental" se muestra una observación demasiado vaga y torpe de lo que ha supuesto para este servidor el sometimiento en la unidad y la represión química durante estos diez últimos años. No han sido capaces de leer y comprender el contenido del documento "Denuncia por persecución psicológica por causa de la religión" que al principio del ingreso puso a disposición mi psiquiatra María Paz Villalba y que ahora actualizo de nuevo.

Además de saberse hacer ellos las víctimas, como reflexión recomiendo la lectura de una perícopa de la Sagrada Escritura en el Libro de la Sabiduría (2,1 a 12-22) "El impío maquina eliminar al justo, porque sus palabras y acciones son incómodas".

De nuevo se reiteran con el aire que cogen con sus manos, porque hablan con verdad de mi nula conciencia de enfermedad. Si no tengo de ninguna prueba clínica, neurológica,

bioquímica, etc., al menos a mí me hace sospechar que esta enfermedad se origina de un juicio crítico, cuando se entiende que no les agrada mi conducta, que por su parte se encuentra condicionada por una ideología contraria a la fe que en este caso promulga la Iglesia Católica.

Me sigo reiterando, cuando digo: "Yo no soy un enfermo, soy un trastornado y no tengo porque tomar medicación" Es obvio, pues un trastornado, de momento, no se ha podido demostrar científicamente que sea un enfermo, porque no existen pruebas clínicas que puedan dar objetividad a sus diagnósticos, por tanto, si no soy un enfermo ¿Qué necesidad tengo de padecer una represión química o que me tenga que medicar según dicen los psiquiatras?

Si el trastorno no puede ser objetivamente demostrado como una enfermedad, eso de trastorno queda en algo muy subjetivo y/o cuestionable. Solo ha sido mi familia la que ha hablado de mi conducta, pero si pudiese presentar a 100 personas al psiquiatra, cada una le hablaría de mí de cosas muy diferentes y otras comunes. E aquí parte de mi problema y el de muchos pacientes, muy pacientes que han sido tratados por este servicio público que no dista mucho del privado. Claro que, bajo la autoridad totalitaria de valorar conductas, en verdad no existen enfermedades, solo existe en este caso como en la mayoría de las personas, un servidor que molesta, que interpela, cuestiona la falsedad, la hipocresía, la soberbia y la injusticia y, esto hace que muchas personas se rasguen las vestiduras.

11- A lo largo de esa primera semana, se objetiva un empeoramiento clínico progresivo, sobre todo en forma de irritabilidad creciente, elevada angustia, exaltación del ánimo, ideación megalomaniaca de contenido religioso, escribe cartas de protesta por el mal trato que reciben los pacientes en el hospital y durante el segundo fin de semana de ingreso, se confirma la toma irregular del tratamiento al encontrar una de las pastillas de risperdona.

Se objetiva un empeoramiento clínico progresivo, sobre todo en forma de "irritabilidad" o parresia que es lo que no les gusta o no comprenden. Elevada angustia, exaltación del ánimo y todas estas invenciones que surgen del hecho de poder conocer el sufrimiento del resto de los compañeros, en esta unidad de sometimiento y represión química.

En un casi pleno aislamiento del medio externo y de cualquier forma que pueda distraernos de este lugar, por este diáfano, donde se piensan más cosas malas que buenas, queda poco margen para hacer cosas de provecho, por lo que me dediqué a hacer cartas reivindicativas con derroche de pasión (que ellos llaman manía) y también con parresia. Varios compañeros no tuvieron el valor de darme la razón en la misma sesión de terapia de grupo. Más adelante, en una sala aparte, los mismos psiquiatras reconocieron que los pacientes les tenían miedo. Este hecho en un ambiente de "terapia" es inadmisible y no debería de tolerarse, porque bajo el efecto del miedo, nadie puede abrirse confiadamente. Dada esta realidad en la mayoría de los usuarios, si no se abren en confianza a los terapeutas ¿Cómo pueden llegar a tener la capacidad de llegar a "medicarlos"? Se hace una represión química por medio del control y del miedo, por el cual se puede considerar estas prácticas un trato cruel, degradante e inhumano.

Estas cartas que aún conservo reivindican más mi dolor, los sufrimientos de estas y otras muchas personas que he podido conocer en otros ingresos.

No tiene que ver mucho con lo que se cita a continuación con respecto a lo que se acaba de exponer en este último párrafo, pero me negué a tomar cierta "medicación", porque estas cadenas químicas eran unas de las que más me hacían sentirme bajo un trato inhumano o degradante, que es algo que condena el Art. 15 de la Constitución Española, que se relaciona con el Art. 5 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. A pesar del trato cruel, inhumano y degradante que me producía esta medicación, tuve que tomarla por la ley de la fuerza.

Se modifica la toma de comprimidos a solución para obligarme a la toma (no asegurar) y a partir de este momento no es que mejorase el ánimo, es que de nuevo no vi salida a este nuevo sometimiento y represión química. Es por esta razón que, moderé mi conducta, porque comprendí de nuevo que mi lucha espiritual no estaba entre estas cuatro paredes. Tuve consciencia que, desde fuera, podría ser mucho más competente que desde dentro de esta unidad de sometimiento y represión química.

La crítica que hice fue, porque días antes, por medio de aquellas cartas reivindicativas y apologetas hacia los pacientes, les comuniqué dentro de la unidad que les iba a denunciar ante los Tribunales de Justicia. Esto fue algo que motivó que aumentasen desde aquel mismo día la dosis de mi "medicación" y la posterior amenaza, que sigue firme, de querer ingresarme 6 meses en un psiquiátrico de media estancia o quizá de mayor estancia.

12- El paciente mantiene en todo momento la vivencia de la atención recibida por parte de los profesionales de Salud Mental como una intromisión en su intimidad y de su libertad para decidir sobre su vida, lo que varía a medida que hay mejoría psicopatológica, es el tono con el que manifiesta esta vivencia, de importante agresividad y ataque a un tono más reflexivo y racionalizador.

Manifesté que los profesionales de salud se entrometían en mi libertad para decidir sobre mi vida, porque considero en mi caso particular y en el de otras muchas personas violan mi derecho de libertad de expresión reflejado en el Art. 20 de la Constitución Española. Además de esta injusticia, la "medicación", por sus efectos secundarios, que si no son de una "medicina" será de otra que se paute, nos dan un trato inhumano y degradante que sustituye en la mayoría los medios de represión físicos, como las correas o camisas de fuerza. Cierto es que existen otras medicinas que producen efectos secundarios que suponen una opción de vida o muerte, pero los psicofármacos no entran dentro de esta condición. A otras personas se les hace el lavado de cerebro a tener necesidad de medicarse y hacerse dependiente de estos químicos que nos administran a la mayoría de los usuarios a la fuerza.

Se cita que hago un uso agresivo de mí conducta, que no es más que una acción pasional (manía según ellos) que con frecuencia suelo manifestarme en mis comunicaciones verbales. Cuando hace referencia a la palabra "ataque" con seguridad se refiere de nuevo a cuando hago uso de la parresia, que como hemos dicho es un desafío para todo poder y autoridad.

Más adelante cita que hice uso de un tono más reflexivo y racionalizador. El motivo evidente se debió por la unidad de sometimiento, represión química donde la terapia se fundamente en el control y el miedo, que nos hace moderarnos y "sanar". En defecto de no

moderarse y aceptar la medicación, existen mayores posibilidades de ser más medicados e incluso trasladados a otros psiquiátricos de estancia media (mínimo 6 meses) o quizá de mayor estancia.

13- Otros de los conflictos que presenta el paciente al ingreso, es el familiar, responsabiliza a sus padres directamente de este episodio, consideran que se asustan exageradamente cuando se enteran de que ha comenzado a estudiar el Islam "se han pensado que me iba a convertir en terrorista o algo así".

Aquí digo que responsabilizo a mis padres directamente de este episodio, aunque esta psiquiatra parece que ignora que la causa de mis seis ingresos, directa o indirectamente han sido mis padres en colaboración con alguno de mis hermanos, que para colmo viven completamente ajenos a las circunstancias, ya que viven en Huelva, lejos de Madrid. A pesar de la distancia, que hace distorsionar el verdadero contexto de las circunstancias, mis hermanos son también personas que mueven los hilos para poder conseguir mis ingresos psiquiátricos.

Se cita diciendo que se asustan exageradamente de que ese día (últimas semanas) como cristiano comprometido que busca la paz, estuviese estudiando también el islam.

Mi padre practica la religión católica a su manera, pero en verdad es cristianofóbico, porque en ocasiones no soporta mis palabras y costumbres. En esta ocasión también ha manifestado claramente ser también islamofóbico.

14- También reivindica continuamente sus derechos sobre su casa en Almonte, incluso deja un mensaje en el contestador del hermano, instándole a buscar nuevo domicilio.

Reivindico mis derechos sobre mi casa en Almonte (Huelva), porque mi hermano lleva más de diez años viviendo en ella, teniendo en cuenta de que él tiene un chalet en Camarma de Esteruelas. Él ha vivido hasta el momento sin ningún tipo de consideración que pueda implicar una ayuda económica al respecto u otro tipo de compensación. Me dirigí a él por medio del contestador, porque no quería hablarme, ya que por mis padres le habían hecho saber mi deseo de que dejase el domicilio en dos meses, para poder vivir a mi casa.

15- Como ocurre en el tema de la Salud Mental, a medida que se produce la mejoría clínica, el paciente varía el tono con el que se expresa su malestar (Agresividad verbal, reivindicación indignada, a racionalización de la situación, búsqueda de soluciones), pero no cambia de contenido.

Cita después "Como ocurre en el tema de la Salud Mental, a medida que se produce la mejoría clínica" (por sometimiento en la unidad y represión química). "El paciente varía el tono con el que se expresa su malestar" y la razón de esto es porque no existen otras medidas, como el principio de subsidiaridad, ante el bastión del poder totalitario de los psiquiatras.

Bajo calumnias cita que he expresado mi malestar con "Agresividad verbal", cuando mi condición religiosa me hace moderarme desde hace nueve años en este aspecto. Lo que quiere decir cuando cita después: "reivindicación indignada, a racionalización de la situación, búsqueda de soluciones", se refiere a mi completa frustración.

Considero que merece un párrafo aparte, cuando esta psiquiatra hace mención de aquello que tanto molesta a esta "ciencia atea o laicista", cuando concluye diciendo "pero no cambia de contenido". Me remonto al apartado número 12 de este informe a modo orientativo "**El paciente mantiene en todo momento la vivencia de la atención recibida por parte de los profesionales de Salud Mental como una intromisión en su intimidad y de su libertad para decidir sobre su vida".** Concluyo este apartado afirmando mi gran indignación tan justificada, es porque aquí se demuestra con claridad la actitud por parte de los servicios de Salud Mental que se atenta directamente de nuevo contra el Art. 20 de la Constitución Española, cuando muestra su molestia en este cambio que desearía el facultativo, que es lo que le causa esta molestia en mi conducta. El primer mandamiento de la ley de Dios nos dice que tenemos que amar a Dios con toda nuestra alma, mente, fuerza, corazón y esta condición que me define como religioso y cómo podemos apreciar a lo largo de este documento de forma íntegra, esta conducta les molesta.

Dada esta injusticia, debo de manifestar claramente, que la verdadera raíz de mi "problema" ya que soy un auténtico loco o enamorado de Cristo, siendo esto algo que pocos amigos han comprendido y han podido llegar a aceptar mi necesidad de experimentar esta metanoia. Por esta razón, una persona no puede ejercer su vocación profética que todos recibimos por el bautismo, pues como cita al respecto Cristo, somos deshonrados en nuestra tierra, en nuestra casa, y entre nuestros parientes (Mc. 6, 1-6)

16 Expresa sentimiento de injusticia por la diferencia de trato que considera que ha habido hacia él y hacia su hermano, y su necesidad de llegar a algún acuerdo con él para solucionar el problema.

Expreso sentimiento de injusticia por la diferencia de trato entre ambos, porque todavía no he tenido la oportunidad de disfrutar mi casa desde que la compré. Tampoco mis padres nunca han querido que mi hermano me diese una ayuda económica o un alquiler tras haber vivido en mi casa casi diez años.

CONCLUSIÓN

En cualquier caso, después de mi gran impotencia y desgaste para poder defenderme de este sistema injusto durante estos últimos años, gracias a Dios, he podido descubrir mi verdadera "enfermedad", que es la que me ha creado el trastorno, aunque adherido al mayor trastorno que me han ocasionado estos últimos años la Seguridad Social por medio de los ingresos y los psicofármacos. Esta "enfermedad" ya no consta en el libro de enfermedades de los psiquiatras, porque evidentemente no les interesa, fue acuñada en 1851 por el médico Samuel A. Cartwright, miembro de la Luisiana Medical Association. La drapetomanía fue considerada otra de las muchas supuestas enfermedades mentales detectadas originalmente en los hombres negros esclavos del S. XIX, consistente en unas "ansias de libertad", o expresión de sentimiento en contra de la esclavitud.

FIN DEL PRIMER CICLO

En este último comentario personal a modo orientativo sobre el octavo informe médico concluye un ciclo de mi vida en mi experiencia como cristiano comprometido con su fe y como usuario de los servicios de salud mental en Alcalá de Henares. A lo largo de todos estos informes redactados por estos servicios sanitarios acompañados con su correspondiente contra respuesta han quedado descritos desde un principio los hechos que han motivado estos ingresos psiquiátricos, por lo cual se puede considerar con mayor objetividad todas estas valoraciones médicas, las cuales habría que decir que, por el hecho de ser médicas no dejan de ser criterios que en último término extraen personas que también se equivocan.

A continuación, se complementa esta denuncia por persecución psicológica por causa de la religión con otros dos informes más. El primero supone un punto de inflexión ante la experiencia continuada durante 12 años de presión familiar, social e incluso eclesiástica en esta localidad (2004-2016), donde se describe un hecho impactante que choca con la mentalidad de las personas de este mundo, cuando por estas razones tuve que desnudarme de una forma integral al termino de una misa dominical el mes de agosto de este mismo año.

El segundo informe los servicios de salud mental en Alcalá de Henares describen otro hecho que supuso el décimo y último ingreso psiquiátrico en esta localidad. Este ingreso estuvo motivado por el hecho de haber roto un cuadro del papa Francisco que en este caso presidía la recepción del obispado de Alcalá de Henares. Por aquel entonces ya vivía instalado en mi casa de Almonte, aunque retorné a mi antigua residencia para recibir a mi hermana Rocío que vino de Orlando (Florida) al Aeropuerto de Madrid Adolfo Suárez ya que por aquel entonces padeció un cáncer de mama. También retorné con mi coche a esta localidad para poder recoger los hábitos que había confeccionado con mis propias manos en un taller de corte y confección. Aproveche esta ocasión para tratar de conversar la última vez con el obispo que era Mons. D. Juan Antonio Reig Pla, aunque esto tampoco pudo ser posible.

Como se podrá a preciar en estos dos últimos informes a los que me acabo de referir tienen un formato diferente a los otros informes previos y esto se debe a que éstos dos informes los había extraviado por alguna razón que desconozco. Tuve que solicitar recientemente estos informes al hospital de una forma telemática para que finalmente me los enviaran por correo certificado.

Ahora doy también gracias a Dios, porque justo a 10 años pasados, puedo estructurar de una manera más acertada todo lo que me ocurrió en aquellos momentos, no solo con diversos documentos que tienen un carácter jurídico, sino también gracias a diversas anotaciones del pasado que me han ayudado a iluminar el sentido y significado, no solo de estos informes anteriores que para mí marcan un fin de ciclo, sino también de una forma especial los que le siguen a continuación.

A partir de estos informes me tomaré la libertad de responderlos de otra forma diferente que destacará por centrarse en lo más importante e ignorar ciertos detalles que en los informes anteriores creo que han sido puestos en evidencia, tal como ha sido en este caso la nula objetividad por parte de los profesionales por causa del tiempo que disponen para poder hacer una valoración más exhaustiva sobre cada usuario y muy especialmente por sus limitaciones humanas a pesar de que estos por norma general creen tener unas capacidades muy superiores a las reales. Esto es lo que podríamos definir propiamente como la megalomanía de los profesionales dentro del campo de la psiquiatría.

NOVENO INFORME MÉDICO

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental

Nombre paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806
F.Nacimiento:	03/12/1978
Edad:	37 AÑOS
Teléfono:	912809961
CIAS:	1603090114G

NHC:	78186
Episodio:	1161011380
Tis:	DLMR781203916014
Fecha Cita:	[V.fechacita]

Fecha de Ingreso Hospital: 07/08/2016
Fecha de Ingreso Servicio:
MOTIVO DEL INGRESO: Orden facultativa
Fecha de alta : 31/08/2016
MOTIVO DE ALTA: Mejoría

MOTIVO DE CONSULTA:
Varón de 37 años que es traído a urgencias por el SUMMA por alteración de conducta en el seno de posible descompensación de su enfermedad de base. Ingresa de forma involuntaria en UHB para estabilización psicopatológica.

ANTECEDENTES PERSONALES:

MÉDICOS: No RAMC. Alergia al polen y gramíneas. No HTA. No DM. No DL. Estenosis congénita del canal lumbar. Hernia discal secundaria a accidente laboral 2002. Dolor crónico tipo ciático. IQX: Extirpación de quiste sebáceo (07/11/13). En seguimiento por ORL.

TÓXICOS: antecedente de consumo de THC. Niega consumo de tóxicos en el momento actual.

PSIQUIÁTRICOS: Primer contacto en Salud Mental en 2004 cuando acude por bajo estado de ánimo siendo dado de alta. Primer ingreso de carácter involuntario en UHB en diciembre 2004 con diagnóstico al alta de Psicosis Reactiva Breve (CIE-9: 298.8) y tratamiento con Risperdal sol. 6mg/d. En seguimiento en CIDT Francisco Díaz desde entonces (Dra. Villalba). Segundo ingreso en Junio 2006, siendo diagnosticado de T. Bipolar tipo I. Episodio maniaco. (CIE-9 296.0) y pautándose tratamiento con Risperdal 12 mg/d y Akinetón Retard. Tercer ingreso de enero a mayo 2008, con diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo. En este momento la pauta de tratamiento al alta fue Leponex 100 mg ½-0-2, Plenur 400mg /8h, Risperdal consta 75 mg i.m /15 días. Durante el seguimiento, debido a estabilidad psicopatológica del paciente, se reduce la dosis de Risperdal consta hasta 37.5mg i.m / 15d, manteniéndose el litio como estabilizador. En enero 2013, para favorecer la continuidad del tratamiento, se decide cambio a Paliperidona 75mg i.m / mensual. En octubre de ese mismo año, el paciente abandona el inyectable refiriendo efectos secundarios (prurito), continuando tratamiento con litio. Se mantuvo durante meses estable, con buen funcionamiento a nivel personal y social. En septiembre 2014 y en relación con diferentes estresores vitales y con el abandono de tratamiento, su entorno comienza a encontrarle más irritable, con alteraciones en el sueño, aumento del nivel de actividad y conflictos interpersonales, por lo que precisa un cuarto ingreso en UHB, siendo el diagnóstico al alta de Trastorno Esquizoafectivo, episodio maníaco con síntomas psicóticos e instaurándose tratamiento con Plenur 400mg c/8h, Risperdal 6mg /d y Tranxilium 10mg/ noche. Ambulatoriamente se fue retirando la pauta de Risperdal, manteniéndose el tratamiento con Litio. Según evolutivos en enero-marzo/2015 presentaba dificultad para conciliar sueño e irritabilidad por lo que se añade a la pauta habitual Lormetazepam 2 mg y Etumina, encontrándose mejoría en abril. En junio 2015 expresa a su psiquiatra, encontrándose estable psicopatológicamente, su deseo de abandonar la medicación por efectos secundarios. Tras explicársele los riesgos de descompensación que el abandono de la medicación puede traer consigo, el paciente persiste en su deseo de abandonarla, y lleva a cabo la reducción de la pauta de litio de forma progresiva hasta suspenderse. A principios de septiembre, se objetiva descompensación psicopatológica, en forma de ánimo disfórico y suspicacia, precisando un

Nombre paciente: DEL PINO MARIN, JESUS

Domicilio: C LOS HUEROS, 3 6-D
Población: ALCALA DE HENARES
Provincia: MADRID
Código Postal: 28806
F.Nacimiento: 03/12/1978
Edad: 37 AÑOS
Teléfono: 912809961
CIAS: 1603090114G

NHC: 78186
Episodio: 1161011380
Tis: DLMR781203916014
Fecha Cita: [V.fechacita]

quinto ingreso, del 8 al 28 de septiembre de 2015, siendo diagnosticado al alta de Trastorno Bipolar tipo I, episodio maniaco y prescribiéndose como tratamiento farmacológico, Plenur (1400 mg dmd) y Risperidona 3 mg dmd. En enero de 2016 precisa el sexto y último ingreso en UHB, de un mes de duración, por ánimo disfórico e ideación megalomaniaca de contenido religioso. Es diagnosticado al alta de Trastorno Bipolar tipo I, episodio maniaco con síntomas psicóticos y se pauta tratamiento con Risperidona bucodispersable 4mg dmd, Plenur (1200 mg dmd), Diazepam 10 mg/noche si precisa, Risperdal consta 50 mg/15 d y Lyrica 75mg dmd. Durante el último ingreso se solicitó plaza en UME y dada la estabilidad psicopatológica observada en los últimos meses se decide posponer la derivación. En febrero se sustituye la pauta de Risperidal consta por Risperidona oral por urticaria en la zona de inyección y en junio se cambia el tratamiento con Litio por Ácido Valproico por efectos secundarios (diarrea). El hermano del paciente contacta telefónicamente con la Dra. Villalba para informar de conductas sugerentes de posible empeoramiento clínico. Se adelanta la cita en CSM al 3/8/16 y tras entrevista exploratoria no se encuentran criterios clínicos para proceder al ingreso involuntario del paciente.

ANTECEDENTES FAMILIARES:
Padre con historia de patología discal lumbar y cuadro depresivo en relación con las limitaciones derivadas de dicha patología por el que estuvo en seguimiento en SM y que cedió con tratamiento antidepresivo. Cardiopatía isquémica, I.A.M. Abuela paterna con posible seguimiento por ansiedad. Niegan otros antecedentes.

BIOGRAFÍA:
Natural de Madrid. Tiene dos hermanos y una hermana. Su hermana vive en Orlando y ha sido diagnosticada de cáncer, en tratamiento con QT actualmente. Sus hermanos viven en Almonte (Huelva). No refieren alteraciones en circunstancias que rodearon su nacimiento, desarrollo psicomotor normal. Escolarización desde los 4 años, también sin incidencias en la relación con pares ni académicas. Realizó un ciclo formativo en electrónica y posteriormente cursó una formación profesional de segundo grado en informática. Después comenzó a trabajar en mantenimiento en una multinacional, de la que fue despedido de forma improcedente. A los 18 años y compaginándolo con su empleo de mantenimiento industrial durante 7 años, trabajó en hostelería como camarero. Realizó un curso de teología en 2013. Es muy aficionado a la escritura y mantiene publicaciones en Internet. Acude como voluntario a una residencia de mayores. Mantiene amigos del colegio. Mantuvo relación de pareja en el pasado, desde hace 11 años refiere mantener voto de castidad. Percibe pensión por incapacidad permanente absoluta por enfermedad mental. En momentos de estabilidad psicopatológica presenta una vida activa y satisfactoria según refiere tanto él como amigos y familiares, así como un buen funcionamiento a nivel social, familiar y personal.

HISTORIA ACTUAL:

Paciente de 37 años que es trasladado a Urgencias por el SUMMA el 7/8/16 tras haber presentado alteraciones de conducta en una iglesia, consistentes en desnudarse en el altar después de la misa.

En la entrevista en Urgencias facilita su tarjeta de misionero con sus datos de contacto y su página web e indica que va a grabar la conversación para no tener que volver a explicar lo que le ocurre a otros médicos si llegase a ser ingresado. También sugiere que puede serle de utilidad para ponerlo en conocimiento de su abogada, la cual según cuenta está analizando su situación y realizará los trámites

Nombre paciente: DEL PINO MARIN, JESUS

Domicilio: C LOS HUEROS, 3 6-D
Población: ALCALA DE HENARES
Provincia: MADRID
Código Postal: 28806
F.Nacimiento: 03/12/1978
Edad: 37 AÑOS
Teléfono: 912809961
CIAS: 1603090114G

NHC: 78186
Episodio: 1161011380
Tis: DLMR781203916014
Fecha Cita: [V.fechacita]

necesarios para sacarle del hospital. Se explica con elocuencia y a continuación lee las denuncias que ha interpuesto a su familia y a Salud Mental de Alcalá de Henares, en concreto a su psiquiatra de referencia, la Dra. Villalba, con fechas 26/07/16 y 03/08/16 respectivamente. En ellas el paciente alude a que uno de sus hermanos se encuentra viviendo en su casa de Almonte desde hace 10 años, sin ningún coste, pese a su petición de que abandone la vivienda para poder hacer uso de ella e independizarse. Expresa que sus familiares tratan de aprovecharse de sus bienes valiéndose de calumnias respecto a su salud mental e incitando a su psiquiatra de referencia para que le ingrese de forma prolongada en un recurso psiquiátrico. Comenta que también ha enviado un Fax a la iglesia para comunicar que tras enviar varias cartas al obispo de Alcalá durante los últimos dos años y medio, éste no le ha contestado ni ha aceptado recibirle, por lo cual refiere sentirse ofendido. Refiere que con este escrito pretende denunciar la actitud de la iglesia y despertar conciencias para recuperar su labor inicial de ayudar a los más desfavorecidos. Finalmente termina diciendo que es judío, católico, musulmán y ortodoxo y que se ha desnudado en la iglesia como "acto de donación". "Me he rasgado las vestiduras después de misa en actitud de rechazo e indignación ante la hipocresía de la iglesia", indica que desnudarse hoy es algo que llevaba planeando hace varias semanas. Después de leer los documentos de las denuncias rechaza contestar al resto de las preguntas diciendo que ya ha aportado toda la información y que no tiene nada más que añadir, tornándose irritable y querulante.

En entrevista telefónica con madre, ésta refiere que el paciente presenta marcada irritabilidad desde hace un mes, con frecuentes conflictos en el domicilio en las últimas semanas. Describe varios episodios de heteroagresividad verbal hacia la familia y refiere que le nota muy querulante e irritable. Dice que en el último mes el paciente presenta dificultades para el descanso nocturno y desde hace dos días, han aumentado las alteraciones de conducta en el domicilio "deambula desnudo por la casa". Cuenta que en el día de hoy han acudido juntos al oficio religioso y han presenciado lo sucedido. Refieren sentirse desbordados y con dificultad para la contención ambulatorio del paciente. Ante las alteraciones de conducta presentadas, sugerentes de posible descompensación psicopatológica, se decide ingreso involuntario en UHB para estabilización y ajuste de tratamiento.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA EN URGENCIAS:
Consciente y orientado. Parcialmente abordable, no colaborador. Actitud suspicaz, querulante y oposicionista. No signos de intoxicación o abstinencia. No inquietud/inhibición psicomotriz. No signos francos de ansiedad. Ánimo disfórico, marcada irritabilidad durante la entrevista, con fluctuaciones, presentando momentos de mayor expansividad y desinhibición, con invasión de límites interpersonales. Discurso espontáneo, fluido, prolijo, centrado en leer las demandas interpuestas y en explicar las razones de lo sucedido hoy, negándose a responder a nuestras preguntas. Discreta aceleración en el lenguaje y presión del habla. Reactivación de temática delirante de contenido místico religioso y megalomaníaca, que aparece en primer plano con importante repercusión emocional y conductual. Ideas de referencia y perjuicio en relación a la familia. No refiere ASP ni se objetiva actitud de escucha o bloqueos del pensamiento. No ideas de muerte. No auto/heteroagresividad objetivada en Urgencias, sí episodios de heteroagresividad verbal hacia familiares referidos por éstos en el domicilio. Insomnio mixto de un mes de evolución. Juicio de realidad alterado.

DATOS COMPLEMENTARIOS Y/0 PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS:
- **Bioquímica:** Normal.
- **Hemograma:** Normal.

Nombre paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806
F.Nacimiento:	03/12/1978
Edad:	37 AÑOS
Teléfono:	912809961
CIAS:	1603090114G

NHC:	78186
Episodio:	1161011380
Tis:	DLMR781203916014
Fecha Cita:	[V.fechacita]

- **Perfil nutricional:** Normal.
- **TSH:** Normal.
- **ECG:** RS a 60 lpm eje e intervalos normales
- **PIC a ORL:** Avisan para valora a paciente que refiere otalgia de od de tipo punzante, sin otorrea tras manipulación con tapones óticos. OT: OI: normal OD: tapón de cerumen seco impactado, que se retira con asa de jeringa. JC: tapón de cerumen od.
- **Niveles de Ácido Valproico:**
  - 22/08/16 (con 1000 mg dmd): 73
  - 26/08/16 (con 1200 mg dmd): 94
  - 31/08/16 (con 1200 mg dmd): 94

RESUMEN DE EVOLUCIÓN CLÍNICA:

Durante la primera semana de ingreso, el paciente se muestra disfórico, irritable, suspicaz y querulante. Expresa su enfado e indignación con el ingreso y se declara en huelga de hambre como forma de protesta, ingiriendo únicamente líquidos. Permanece en su habitación, escasamente relacionado en la unidad y con actitud oposicionista, rechazando acudir al despacho para mantener entrevistas tras mostrar las denuncias y expresar sus motivos de disconformidad. Presenta un discurso reivindicativo-persecutorio, en el que concibe los ingresos hospitalarios como forma de represión y persecución religiosa por parte de los profesionales de salud mental, con nula conciencia de enfermedad y reticencia a recibir medicación oral, por lo que se pauta Clopixol acufase i.m cada 48 horas. El paciente colabora en su administración pese a estar en desacuerdo y no muestra en ningún momento síntomas de ansiedad, inquietud psicomotriz, ni conductas auto o heteroagresivas. No ha presentado a lo largo del ingreso dificultades para conciliar el sueño, descansando adecuadamente sin necesidad de medicación hipnótica.

A partir de la segunda semana de ingreso y de forma progresiva, se muestra más abordable y colaborador, tranquilo, eutímico y estableciendo buena relación con los demás pacientes y los profesionales. Refiere estar dispuesto a dialogar y a intentar llegar a acuerdos sobre las condiciones del ingreso y las medidas terapéuticas, cumpliendo todos los pactos que se van estableciendo. Accede iniciar tratamiento estabilizador con Ácido Valproico (1200 mg dmd), realizarse los controles analíticos necesarios y retomar la ingesta de alimentos. Posteriormente, accede a la toma de Risperidona oral (3 mg dmd) y se compromete a tomar la medicación de forma regular y a continuar seguimiento en CSM tras el alta.

En entrevistas sucesivas explica de forma tranquila y razonada que decidió desnudarse en la iglesia para llevar a cabo un acto de denuncia pacífico ante una situación "límite", en el que deseaba expresar la presión a la que se sentía sometido por parte de su entorno familiar (para ingresar de forma prolongada en un psiquiátrico impidiendo sus planes de emancipación) y del entorno eclesial (por no responder a las cartas que había enviado al obispo de Alcalá). Cuenta que interpuso las denuncias y contactó con una abogada para defender su derecho a decidir libremente, expresando su deseo de trasladarse a su casa de Almonte para llevar una vida independiente. Refiere que a raíz de su movilización, su hermano finalmente ha aceptado abandonar su vivienda el próximo mes. Inicialmente verbaliza ideación delirante megalomaniaca de contenido religioso, en la que hace alusión a su misión reformadora de la iglesia y a su influencia sobre los demás creyentes. A medida que las conversaciones sobre su situación familiar o sus planes de futuro adquieren más relevancia en las entrevistas, la temática religiosa va pasando a un

Nombre paciente: DEL PINO MARIN, JESUS

Domicilio: C LOS HUEROS, 3 6-D
Población: ALCALA DE HENARES
Provincia: MADRID
Código Postal: 28806
F.Nacimiento: 03/12/1978
Edad: 37 AÑOS
Teléfono: 912809961
CIAS: 1603090114G

NHC: 78186
Episodio: 1161011380
Tis: DLMR781203916014
Fecha Cita: [V.fechacita]

segundo plano y disminuye su repercusión. El paciente reconoce haber reflexionado sobre las consecuencias de su desnudo y haber optado por un tono "más moderado" en la expresión de su fe. Comenta que le gustaría llegar a un entendimiento con su familia y que ha pensado retirar todas las denuncias cuando se vaya de alta "para estar en paz con todo el mundo".

Al comienzo del ingreso los padres del paciente reconocen sentirse avergonzados tras lo sucedido en la iglesia y se trasladan temporalmente a Almonte. Se establece contacto telefónico regular con su madre y se mantienen conversaciones puntuales con uno de los hermanos y con la hermana, garantizándose transparencia en la comunicación entre las distintas partes para favorecer la alianza terapéutica con el paciente, que expresa su desacuerdo con ciertas informaciones dadas por su familia, las cuales califica como inciertas. Desde la segunda semana de ingreso se dan permisos para que el paciente salga solo de la unidad. Éstos transcurren sin incidencias y se aumenta su duración gradualmente.

El día 24/08/16 dado el compromiso del paciente con el plan terapéutico propuesto y ante la ausencia de síntomas que interfieran con su juicio de realidad, se propone pasar el ingreso de involuntario a voluntario. El paciente accede y firma el ingreso voluntario. Se acuerda prolongar su estancia hasta mantener entrevista con su madre el día 26/08/16 y dar permisos de salida para valorar adaptación al domicilio familiar.

En la entrevista conjunta con la madre del paciente, se pone de manifiesto el desacuerdo entre ambos en torno a distintos conflictos familiares. Jesús explica su plan de trasladarse a su casa de Almonte a mediados de septiembre, cuando su hermano se mude, y su madre le comunica que las instalaciones de tuberías necesitarán una reforma, cuyo coste tendría que asumir él. Al recibir esta noticia el paciente refiere sentirse injustamente tratado por su familia, pero permanece tranquilo, ratifica sus deseos de emancipación y mantiene una actitud dialogante con su madre. Se acuerda finalmente permiso de salida durante el fin de semana y valorar la posibilidad de alta en función de su trascurso. Después del permiso, la madre del paciente confirma su estabilidad psicopatológica y refiere haber percibido una mejoría notable que ha facilitado la convivencia. Apoya los planes de independencia de Jesús ya que él está dispuesto a continuar con el seguimiento allí y comenta que cuando se vaya, ella y su marido han pensado trasladarse a una residencia. El paciente también considera que el permiso ha ido bien aunque reconoce no haber hablado de ciertos temas para evitar conflictos. Se acuerda conceder un nuevo permiso de salida al domicilio y mantener entrevista con ambos padres a la vuelta del mismo de cara al alta y ante los cambios próximos en la situación familiar. Finalmente la madre comunica que el padre no podrá acudir a la entrevista debido a sus problemas de salud. Este último permiso se desarrolla sin incidencias. En la entrevista conjunta con su madre, ambos confirman que han mantenido una convivencia cordial, minimizando los conflictos, y que aún están por decidirse los planes de futuro. Jesús refiere que se trasladará a Almonte cuando gestione los trámites burocráticos necesarios, incluyendo la gestión de tarjeta sanitaria, y cuando se recupere del dolor lumbar que presenta, el cual ha empeorado en los últimos días. Tras último control de niveles de ácido Valproico y confirmar estabilidad psicopatológica y adherencia al plan terapéutico, se acuerda alta hospitalaria. El paciente accede a mantener seguimiento en CSM de Alcalá hasta su próximo traslado.

Evolución M. Interna (Dra. Rebollar): Al inicio del ingreso se mantuvo en ayuno perdiendo 5 kg pero sin repercusión en los parámetros analíticos nutricionales. Presentó episodio leve de mínima rectorragia por estreñimiento y probables hemorroides que se resolvieron espontáneamente.

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental

Nombre paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806
F.Nacimiento:	03/12/1978
Edad:	37 AÑOS
Teléfono:	912809961
CIAS:	1603090114G

NHC:	78186
Episodio:	1161011380
Tis:	DLMR781203916014
Fecha Cita:	[V.fechacita]

MOTIVO DE ALTA:
Mejoría, estabilización psicopatológica, ajuste de tratamiento farmacológico.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:
T. Bipolar tipo I. Episodio maniaco. (CIE-9 296.0)

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS:
Mantendrá la siguiente pauta de tratamiento farmacológico:

- Depakine 500 mg: 1-0-1
- Depakine 200 mg: 0-1-0
- Risperidona Flash 2 mg: 0-0-1

Acudirá a cita se seguimiento en CSM Francisco Díaz con su psiquiatra de referencia (Dra. Villalba), mañana día 1/09/16 a las 19:30 horas.

Vigilar sangrado anal, si se repite remitir a Cirugía general para estudio

FIRMA: Dra. ANA AYALA BALLESTEROS
PSIQUIATRA UHB

BEATRIZ BERENGUER RODRIGUEZ
PIR

ISABEL PASTOR PADIAL
MIR

31/08/2016

Comentario personal a modo orientativo sobre:

Noveno informe médico.

1 En la historia actual que relata los hechos de este noveno ingreso psiquiátrico, impacta la primera frase que abre esta parte del presente informe: **"Paciente de 37 años que es trasladado a urgencias por el SUMMA el 7/8/2016 tras haber presentado alteraciones de conducta en una iglesia, consistentes en desnudarse en el altar después de la misa".**

Los motivos, en resumen, que propiciaron este escándalo fueron debidos por una conglomeración de sucesos a lo largo de los últimos 12 años pasados, aunque de forma especial me remonto 2 años y medio atrás de la fecha de este informe, tanto en el aspecto personal, social como eclesial. Por aquel entonces ignoraba que esta persecución era también la causa que permitía que los cristianos despertásemos más a la realidad. También me sentía demasiado frustrado por la incomprensión que experimentaba en general y también porque en aquel momento no supe aceptar con humildad ser despreciado e ignorado, de forma especial por parte de la autoridad eclesial competente que era Mons. D Juan Antonio Reig Pla.

2 A pesar del impacto para la lógica de la mayoría de los hombres por el hecho de haberme desnudado tras finalizar una misa dominical en el mes de agosto, el psiquiatra percibió algo sobre mi persona que gracias a Dios soy plenamente consciente desde un principio que no ha habido ningún cambio, cuando dice que **"Se explica con elocuencia"**.

Esta observación dice mucho de mi persona y no diría que surge con independencia a este suceso impactante y escandaloso para muchos que desde mi lógica también reconozco como tal, sino más bien con plena dependencia, ya que como se podrá comprobar más adelante supuso un hecho pensado a conciencia y notificado de una forma implícita al obispado de Alcalá de Henares por medio de un burofax fechado el 1/8/2016.

La situación límite a la que me refiero en este burofax, se debía fundamentalmente a que este prelado hizo caso omiso a esta necesidad que tuve después de haber esperado varios años dirigiéndome a él por escrito, por medio de mi director espiritual D. Javier Ortega, por medio de correos certificados y también personándome en el obispado en multitud de ocasiones para que pudiéramos dialogar. Entre las razones que expuse para que quedasen avisados de que iba a seguir provocando y, si era preciso, ser motivo de escándalo, fue para poder despertar sus conciencias, y la razón más importante para mí consistió en denunciar la hipocresía y la dureza de corazón de la Iglesia (católica, protestante y ortodoxa), tal como se puede leer en este documento certificado por Correos.

Después de haber pasado 10 años de haber enviado este burofax, puedo apreciar en el texto cierta inmadurez por mí parte. Después de haber convivido con otras muchas personas en mis ingresos psiquiátricos he podido observar que este déficit puede llegar a ser percibido por otras personas como una supuesta "enfermedad mental". La medicina natural contra nuestra inmadurez se encuentra en cargar con la cruz de cada día, siempre y cuando la sepamos aceptar de buen grado y también la podamos ofrecer a Dios.

BUROFAX DIRIGIDO AL OBISPO DE ALCALÁ DE HENARES

CORREOS

Nº Envio: NB00032293245

01/08/2016 10:14:

(antiguo Fax ET)

BUROFAX Premium Plus

EXPEDIDOR

JESUS
DEL PINO MARIN
LOS HUEROS 3 6D
28806 ALCALA DE HENARES
MADRID

Nº de páginas excluida carátula | | | 1

Fecha / hora de admisión / tipo

01/08/2016 / 10:14:38 / BPP

Oficina admisión 2899094

Nº de fax destino RICO 26666

Nº contrato

Nº cliente

Anexo

NB00032293245

[X] Acuse de recibo [X] Copia certificada

DESTINATARIO

JUAN ANTONIO
REIG PLA
PLAZA DE PALACIO 1BIS
28801 ALCALA DE HENARES
MADRID

[ ] *En caso de presentarse originales deficientes se deberán consignar las siglas:* **RE** *(Riesgo Expedidor)*
Correos SOLO podrá emitir certificaciones de texto de los documentos que queden depositados en las oficinas en el momento de la admisión de los burofax.

CORREOS Y TELEGRAFOS S.A. OFICINAS ZONA E ALCALA DE HENARES SUC.

Conforme

Sociedad Estatal de Correos y Telégrafos, S.A. Vía de Dublín, 7.28042 Madrid. Tomo 16.665, Libro 0, Folio 20, Secc. 8, Hoja M284323, Inscrip. 1, CIF. A83052407

CORREOS

Nº SOLICITUD: 2899094-2016-000345

COPIA CERTIFICADA DE IMPOSICIÓN DE TELEGRAMAS, BUROFAX Y FAX

Don / Doña CARMEN GAÑAN
con N.I.P. 286733 , en nombre de la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos S.A., en calidad de EMPLEADA de la Oficina de Correos y Telégrafos de 2899094 ALCALA DE HENARES SUC 5
CERTIFICA que, de acuerdo con la documentación existente en esta Oficina, figura la imposición de un **BUROFAX Premium Plus** con los siguientes datos:

Número de origen..... NB00032293245
Fecha de Imposición..... 01 de agosto de 2016 **Hora** 10:14

Remitente:	JESUS DEL PINO MARIN
Residente en:	ALCALA DE HENARES
Calle:	LOS HUEROS 3 6D

Destinatario:	JUAN ANTONIO REIG PLA
Residente en:	ALCALA DE HENARES
Calle:	PLAZA DE PALACIO 1BIS

Indicaciones de servicio:

TEXTO: De la carátula y de lo(s) 1 folio(s) que conforman el original del BUROFAX Premium Plus NB00032293245 descrito anteriormente, se unen a esta certificación fotocopias debidamente adveradas con la fecha, firma y sello.

Y para que conste y a petición de JESUS DEL PINO MARIN

en calidad de Remitente
se expide la presente certificación en ALCALA DE HENARES SUC 5
a 01 de agosto de 2016

(Firma y sello)

Excmo. y Rvdmo. Sr. D. Juan Antonio Reig Pla. (31/7/2016)

Después de varios años dirigiéndome a Ud. por escrito, por medio de mi director espiritual D. Javier Ortega, enviándole correos certificados y personándome en el obispado para que podamos tener un rato de diálogo, me veo en una situación límite, por haber hecho Ud. caso omiso a esta necesidad que tengo desde hace varios años. En este esfuerzo y sacrificio que he hecho estos últimos años y que puedo justificar por medio de la web que administro (www.matematicasmisticas.com), el Señor me empuja ahora para que poco a poco me manifieste abiertamente allá donde Él me lo pida, confiando en Él y abandonándome por completo a su Voluntad.

Son estas las razones por las que muchas personas de nuestra ciudad alcalaína se extrañan de mi comportamiento. Algunos me preguntan por qué digo a voz viva AMÉN (cuando comulgo), como lo hacen abiertamente mis hermanos protestantes en sus comunidades. Otros me preguntan el motivo de mi descalcez, cuando entro a los templos; pues sencillamente, es porque entramos en un lugar santo y porque, por mi sangre judía, también soy musulmán. Se extrañan algunas personas cuando me santiguo como mis hermanos ortodoxos, porque gracias a Dios también lo soy. ¿Hay alguien que me impida estar en comunión con los judíos, musulmanes y con todos los cristianos? Si los hay, tendrán que excomulgarme o tendrán que tomar las medidas que estimen oportunas, pero para Dios y para mí, lo primero es la UNIDAD, aunque existan diferencias, pues con caridad, las diferencias son riquezas.

Me dirijo de nuevo a Ud. y a su diócesis, para que queden avisados de que voy a seguir provocándoles y, si es preciso, ser motivo de escándalo, por las razones que detallo a continuación:

- Para despertar conciencias.
- Para denunciar la hipocresía y la dureza de corazón de la Iglesia (católica, protestante y ortodoxa), especialmente en los sacerdotes.
- Porque nuestros hermanos, que están derramando su sangre en Oriente Medio, demandan al resto de los cristianos del mundo radicalidad evangélica.
- Para que se canonice la Madre Venerable María de Jesús de Agreda, así como nuestro beato Bernardo Francisco de Hoyos.
- Para liberar a todos los oprimidos y todos aquellos que tienen encadenadas las manos y lenguas, es decir, para derribar todas aquellas normas rígidas y estúpidas que son irracionales y no se justifican y que existen en todos los estratos de la sociedad.
- Por la paz en el mundo.
- Para que seamos verdaderamente una gran familia, como lo fueron los primeros cristianos en su caridad ardiente.

Me despido de nuevo de Ud. como en tantas ocasiones, rogándole, para que se acuerde de este servidor en sus oraciones, para que siempre se cumpla la Voluntad de Dios en mí.

La Paz del Señor.

http://www.matematicasmisticas.com/veritas/La_Voz_Profetica/GranMisionArdeComplutum.html

Jesús del Pino Marín

(Suso +)

Fecha / hora de admisión / tipo

2899094 ALCALA DE HENARES SUC 5	
01/08/2016 / 10:14:38 / BPC	
Nº Envío	NB00032293245
Importe por páginas	21.9
Valores añadidos	0.0
Impuestos	4.6
Total importe	26.5

DESTINATARIO

JUAN ANTONIO
REIG PLA
PLAZA DE PALACIO 1BIS
28801 ALCALA DE HENARES
MADRID

1. CONDICIONES DEL SERVICIO.

1.1.- Prestaciones del servicio
Burofax: Es un servicio de telecomunicaciones disponible al público que consiste en el envío urgente de mensajes o documentos con entrega registrada (bajo firma del destinatario), desde la oficina de Correos de origen hasta las unidades de distribución de destino, donde se imprime el contenido y el envío se entrega en el domicilio, lista o apartado postal por el personal de reparto. El Burofax es de carácter personal y, por ello, solo podrá tener un destinatario (ya sea persona física o jurídica). Si el remitente quiere dirigir la comunicación a varios destinatarios, tendrá que hacer un envío para cada uno de ellos.
Permite acreditar la fehaciencia del contenido del mensaje remitido o de su remisión o recepción. El servicio de entrega a través de terminal telefax no admite solicitud de certificación de entrega. Para mayor información consultar en Oficinas, en la página web www.correos.es o en el teléfono 902 197 197.
1.2.- Valores añadidos opcionales
Acuse de recibo (PC): El expedidor del burofax recibe información de la fecha y hora de entrega y persona que lo ha recepcionado. Se solicita en el momento de la admisión del burofax.
PEE (prueba de entrega electrónica): Es el justificante de la recepción del burofax, con igual contenido que el PC, en formato exclusivamente electrónico.
Copia certificada: Es una certificación del contenido del mensaje enviado por burofax que tiene valor de prueba legal frente a terceros. Se solicita en el momento de la admisión.
Certificación de contenido: Es una certificación del contenido del mensaje enviado por burofax que tiene valor de prueba legal frente a terceros. Se puede solicitar hasta ocho meses después de la admisión del envío, siempre que haya quedado depositado en la oficina el original de la transmisión.
Correos custodiará esta documentación durante un plazo de ocho meses. Una vez transcurrido el plazo anterior, la documentación depositada será destruida.
1.3.- Ámbito
El ámbito de prestación es nacional (incluida Andorra) e internacional (solo determinados países, consultar en oficinas, en www.correos.es o en 902 197 197).
1.4.- Plazo de entrega
Este servicio se presta con carácter urgente. El plazo depende de la fecha, hora y oficina de admisión y la localidad de destino. Para mayor información consultar en Oficinas, en www.correos.es o en el teléfono 902 197 197.
1.5.- Garantías
Correos indemnizará al cliente con la devolución de la tarifa pagada en caso de incumplimiento de los plazos comprometidos en la entrega (en dicha indemnización están excluidos los valores añadidos solicitados).
1.6.- Admisión
En el impreso de admisión siempre deben constar los datos identificativos del remitente y destinatario (nombre y apellidos, para personas físicas, y/o denominación social, para empresas) con su domicilio.
El envío lo constituirá el mensaje y los documentos adjuntos que el cliente quiere enviar. Si se admite en Oficina, el soporte del mensaje será siempre papel.
Una vez introducidos los datos, el impreso de solicitud será validado y firmado obligatoriamente por el cliente (mostrando su conformidad).
El personal de admisión le entregará la parte inferior de la solicitud como resguardo de la imposición, además de las presentes condiciones de servicio.
1.7.- Entrega
La entrega del burofax se realizará en la dirección de destino solicitada por el remitente y que figura en la carátula del burofax (domicilio, lista, o apartado). Se realizarán dos intentos de entrega excepto en determinadas poblaciones. Consultar en Oficinas de Correos, en www.correos.es ó en el teléfono 902 197 197.
Si no fuera posible la entrega en la dirección indicada, se dejará aviso al destinatario en el que se indicará el plazo de permanencia en la Oficina de referencia, para su recogida.
1.8.- Reclamaciones
En caso de disconformidad con la prestación del servicio, el cliente dispone de la información y medios necesarios para formular su queja o reclamación en las Oficinas de Correos, en el teléfono de atención al cliente 902197197 o en www.correos.es.
2. INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES
De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal, los datos incorporados a la presente solicitud, serán incorporados a un fichero titularidad de la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos S.A., a los efectos de prestación de los servicios solicitados. Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante comunicación escrita dirigida a la Subdirección de Clientes de la Sociedad Estatal Correos y Telégrafos S.A., C/ Vía Dublín 7, 28070 Madrid o al email atcliente.lopd@correos.com
3. **LEY Y JURISDICCIÓN**
La ley aplicable será la española y la jurisdicción de los Juzgados y Tribunales de la capital de la provincia de la Plaza donde se admita el envío.
Para cualquier duda solicite información en Oficinas de Correos, en www.correos.es ó en el teléfono 902 197 197.

Sociedad Estatal de Correos y Telégrafos, S.A. Vía de Dublín, 7 28042 Madrid. Tomo 16.665, Libro 0, Folio 20, Secc. 8, Hoja M284323, Inscrip. 1, CIF: A83052407

Según tengo constancia por medio de un documento de otras anotaciones personales que fueron recientes sobre aquellos hechos y que se remontan al principio de mi estancia en la localidad de Almonte (Huelva), puedo dar fe que hubo otras razones personales que también hicieron detonar este escándalo en la Iglesia:

- El hecho de no haber sabido aceptar en su momento que no me permitieran ser sacerdote, religioso o misionero laico por mi supuesta enfermedad mental.
- También influyeron que no llegase a valorar de una forma positiva el misterio de la Santa Cruz, el cual ahora puedo reconocer que no tenía la suficiente madurez como para que hubiese podido ser considerado como algo de auténtico valor científico y espiritual, así como la experiencia sobrenatural que contaba en mi testimonio de conversión que consiste en poder ver la luz del sol con mis ojos sin padecer ningún daño ocular «De día el sol no te hará daño» (Sal. 121,6).
- Porque el clero de su diócesis no predicaba sobre la pureza y la castidad y sobre el mal que causa y ha causado la pornografía en el mundo.

Estas razones principales fueron las que llegaron a provocar en gran parte que no me comportase en algunas ocasiones de una forma «normal», siendo esto para ellos lo que entra dentro de los parámetros que entienden comúnmente como alguien que es «ejemplar». Ante estos motivos que acabo de detallar, la gota que terminó de colmar el vaso fueron las sucesivas negativas durante más de dos años con la correspondencia que trataba de hacerle llegar por medio de mi director espiritual, recibiendo por parte del obispo un silencio administrativo.

3 Previamente a este burofax premium que puse en Correos, me vi también en la necesidad extrema de poner una denuncia a mis padres. El móvil de esta denuncia fue debido a un supuesto extravío de una copia de llaves de su casa, que al parecer desaparecieron de una cartera personal: **“Lee las denuncias que ha interpuesto a su familia y a salud mental de Alcalá de Henares, , en concreto a su psiquiatra de referencia la doctora Villalba, con fecha 26/7/2016 y 3/8/2016 respectivamente”.** La denuncia que puse a la psiquiatra de referencia tal como se podrá comprobar más adelante y que es posterior al burofax anterior descarga la responsabilidad a mis padres, ya que bajo mi criterio eran personas mayores y que por desgracia estaban muy influenciados por mis hermanos mayores, los cuales pude tener cierta percepción que más adelante he podido comprobar por otros hechos que en definitiva trataban de buscar mi incapacitación por lo civil muy probablemente para procurar quedarse con mis pocos bienes.

Estas denuncias fueron las primeras que pude interponer en los Juzgados, ya que todo lo que había padecido hasta ese momento no había tenido el valor o el suficiente conocimiento de que tenía que defenderme de alguna manera más formal. Estas denuncias hasta el momento se han ido retirando, aunque queda algo importante de ellas y es que dan un testimonio jurídico que justifica la veracidad de unos hechos que el lector quizá podrá apreciar que están redactados con mayor o menor torpeza.

DENUNCIA INTERPUESTA A MIS PADRES

1

JUZGADO DE INSTRUCCION
NÚMERO DOS
+EN FUNCIONES DE GUARDIA+

-ALCALA DE HENARES-

JUZGADO DE INSTRUCCION Nº 2
DE ALCALA DE HENARES
29 JUL. 2016
REGISTRO ..... HORA .....
ENTRADA

Plaza de la Paloma, 1
-ALCALA DE HENARES-
TLF: 91 839 96 70
FAX: 91-839 96 65

COMPARECENCIA-DENUNCIA

Alcalá de Henares, 29 de Julio de 2016

En las dependencias de este Juzgado, comparece quien dice ser:

NOMBRE	Jesús
APELLIDOS	del Pino Marín
NIF,NIE,PASAPORTE	09019929L
DOMICILIO	C/ Los Yueros nº 3 6ºD
POBLACIÓN	Alcalá de Henares
TELEFONO MOVIL	636 753259
TELEFONO FIJO	91 - 2809961
CORREO ELECTRONICO	buencnveuc@hotmail.es

(Se informa expresamente que en el teléfono móvil y mail facilitado, serán validas vía telemática todas las notificaciones que se realicen desde este juzgado, de conformidad con las leyes procesales).

MANIFIESTA QUERER FORMULAR DENUNCIA CONTRA:

(Reseñar todos los datos de que disponga)

NOMBRE	Francisco
APELLIDOS	del Pino Lopez
NIF,NIE,PASAPORTE	
DOMICILIO	C/ Los Yueros nº 3 6ºD
POBLACIÓN	Alcalá de Henares
TELEFONO MOVIL	660446502
TELEFONO FIJO	91 2809961
CORREO ELECTRONICO	frandpim@hotmail.es

POR LOS HECHOS QUE DETALLA A CONTINUACION Y EN HOJA SEPARADA:

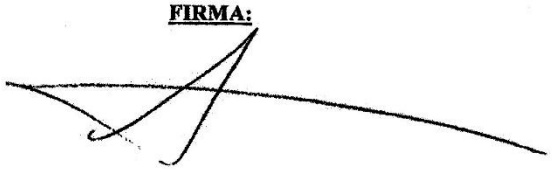
(UTILICE LETRAS MAYUSCULAS)

Entre los días 28-29 del presente mes mis padres me han quitado las llaves del coche, las llaves de casa, mi documentación entre otras pertenencias. Tengo mi casa en Almonte (Huelva), cuando mi hermano vive en ella desde hace 11 años sin apenas contacto con ellos. En un principio les dejé la casa por necesidad, pero debido a mi bondad con ellos, me han heredado en vida. Desde hace un tiempo vivo sola en Almonte, pero ellas me sugestionaron metiéndome muchas miedas, para que no las dejase solas y poder así seguir controlándome mejor, con 37 años que tengo. Siempre trato de buscar la paz y de tener paciencia con ellos, pero ellos en todo momento tratan de provocarme, para que entremos a discutir, casi siempre por tonterías.

No me he quedado mas remedio, despues de 11 años de persecución spicológica por causa de la religión que ponen esta causa en manos de una abogada para que vendo siempre por los buenos pueda asesorarme. A esta abogada le he facilitado un documento de 149 páginas, donde cuento mi historia desde un principio, que es descargable desde la web de adminstivo: ~~www.matemeticasmisticas.~~ www.matemeticasmisticas.com. También la he puesto en conocimiento las intromisiones ilegales por parte de mi familia y que pueda demostrar, de querer olvidarme en el pasillo de un spiquiátrico perdido por España, para poder quedarse ellos con los pocos bienes que tengo. Quiero hacer constar que si ellos me devuelven mis pertenencias y estén dispuestos a dialogar bajo la razón, quitaré la antes posible esta denuncia que hoy aquí escribo.

Así; manifiesta que son verdad los hechos narrados y se ratifica en ellos, firmando para ello a continuación:

FIRMA:



DENUNCIA INTERPUESTA A LA PSIQUIATRA DE REFERENCIA

JUZGADO DE INSTRUCCION Nº 3
DE ALCALA DE HENARES
03 AGO. 2016
REGISTRO HORA
ENTRADA

Administración de Justicia

JUZGADO DE INSTRUCCIÓN Nº 3 DE ALCALA DE HENARES,
EN FUNCIONES DE GUARDIA
PLAZA DE LA PALOMA S/N

ESCRITO DE DENUNCIA.- En la ciudad de Alcalá de Henares, a 3 de Agosto de 2016.

Ante este Juzgado de Instrucción comparece el DENUNCIANTE

D/Dña Jesús del Pino Merín

D.N.I./DOCUMENTO IDENTIFICATIVO 09019929L

LUGAR DE NACIMIENTO Madrid

FECHA DE NACIMIENTO 3-12-1978

NOMBRE DE LOS PADRES Francisco y Joaquina

DOMICILIO C/ Los Huertos

núm. 3 piso 6 letra D escalera

DE LA CIUDAD/LOCALIDAD Alcalá de Henares

TELEFONO 636153259 - 91-2809961

Al objeto de manifestar su voluntad de interponer la correspondiente denuncia contra la persona abajo indicada, por los hechos ocurridos el día 2 de Agosto a las 18:15 horas, en la localidad de Alcalá de Henares

que a continuación procede a exponer, por si los hechos pudieran ser constitutivos de infracción penal, firmando al final en conformidad con lo escrito, siendo los

DATOS DEL DENUNCIADO:

NOMBRE Y APELLIDOS Paz Villalba Villén

DNI O DOCUMENTO DE IDENTIFICACION (si conoce este dato)

DOMICILIO C/ Centro de Especialidades Francisco Díaz
núm. piso letra
escalera

DE LA CIUDAD/LOCALIDAD Alcalá de Henares

TELEFONO 91-8305642

HECHOS:

El 29 de julio del mes pasado, me presenté en el Juzgado de Instrucción Nº 2 de la Paloma, para poner una denuncia a mis padres, y ahora desgraciadamente la situación se ha encrespado todavía aún más. En verdad mis padres no tienen la culpa, porque son personas mayores, aunque se están dejando llevar por los malos consejos de mis hermanos mayores, los cuales pretenden repartir mis pocos bienes, una vez tuviesen la oportunidad de incapacitarme e ingresarme de forma permanente en un psiquiátrico perdido dentro de la península.

Mi familia me amenaza, diciéndome que la policía me va a detener si tengo intención de irme a Almonte (Huelva) el día 10 de agosto, lugar en el que tengo mi casa y donde vive uno de mis hermanos desde hace casi 10 años, tal como justifico en la primera denuncia. Por otro lado, están tratando de hacer todo lo posible para ingresarme directamente por medio de la psiquiatra que hace el seguimiento, contando toda clase de calumnias. La tarde del día 2/8/2016 me ha llamado la psiquiatra Paz Villalba Yllán, desde el Centro de Especialidades Francisco Díaz, por quinta vez, desde el día 26 de julio, para que me presente hoy día 3 de agosto en su consulta a las 13:00 h, porque según me ha comunicado ella por el teléfono fijo del domicilio de mis padres, mi hermano Miguel la ha amenazado con ponerla una denuncia si no me ingresa. Esta persona lleva estando al servicio de mi familia desde el año 2004, para quitarme del medio cuando les causo molestia.

No es la primera vez, pero tengo deseo que desde este momento sea la última, pues en esta ocasión quiero poner la presente denuncia a esta psiquiatra, así como a Salud Mental en Alcalá de Henares, por acosarme de esta manera tan insistente. Este acoso hace que cause en mí un estado de ansiedad y de estrés que no ayuda a que encontremos un momento de diálogo sosegado en la familia, para poder encontrarnos y debatir nuestros intereses comunes.

JUZGADO DE INSTRUCCION Nº 3
DE ALCALA DE HENARES
03 AGO. 2016
REGISTRO ..... HORA .....
ENTRADA

Jesús del Pino Marín

D.N.I. 09019929L

Fdo:

El móvil principal de esta última denuncia interpuesta a la psiquiatra de referencia María Paz Villalba Yllán principalmente se fundamenta para dar fe de que el acoso que me han ocasionado y me siguen ocasionando los servicios sanitarios competentes en el área de salud mental, han terminado causándome un estado de ansiedad y estrés permanente que en este caso dificulta mucho más aún la posibilidad de poder tener un diálogo más sosegado con aquellas personas que rechazan la corrección fraterna y que están involucrados en algún tipo de injusticia, tal como sucede en este mismo caso en mí experiencia.

Queda reflejado que una de las formas para poder persuadirme con el miedo (amenaza) para evitar que me fuera a mi casa en Almonte, fue porque supuestamente la policía les comunicó a mis padres que me marchaba de Alcalá de Henares me iban a detener. Esto demuestra que todos menos mi hermana que casi siempre salía en mi defensa estaba en contra mía, ya que este hecho suponía que mi hermano Miguel tuviese que abandonar mi inmueble.

4 **“Cuenta que también ha enviado un fax a la Iglesia para comunicar que, tras enviar varias cartas al obispo de Alcalá durante los últimos 2 años y medio, este no ha contestado ni una ni aceptado recibirle, por lo cual refiere sentirse ofendido. Refiere que con este escrito pretende denunciar la actitud de la Iglesia y despertar conciencias para recuperar su labor de ayudar a los más desfavorecidos”.**

Quisiera dejar constancia por las mismas anotaciones personales que ya he referido anteriormente que teniendo en cuenta estos hechos que ya ha he justificado con el burofax que envié al obispado con sus correspondientes comentarios al hilo, Mons. D. Juan Antonio siempre me ha parecido un obispo ejemplar:

«Aunque parezca algo contradictorio, el caso es que el ministerio del obispo de Alcalá de Henares en lo que respecta en casi todo en general, siempre me ha parecido una persona ejemplar en muchos aspectos.» (Anotación hecha en mi diario)

Con el tiempo esta dificultad que experimenté causada por esta resistencia que hizo el obispo hacia mi persona, me ha hecho comprender que era necesaria para poder provocar aquella emancipación necesaria para poder hacer mi vida de una forma independiente y de esta manera continuar con el proyecto que entraba dentro de la voluntad de Dios para conmigo.

5 En la sección donde la psiquiatra hace una exploración psicopatológica se detallan ciertos hechos por los que motivaron este ingreso, cuando se observa que estaba **“Consciente y orientado. Parcialmente abordable, no colaborador. Actitud suspicaz, querulante y oposicionista. Los signos de intoxicación o abstinencia. No inquietud/inhibición psicomotriz”.**

En esta observación existe una parte que reconozco que se corresponde con la realidad y otra que no estoy de acuerdo. Precisamente por estar de nuevo en este momento consciente y orientado y tal como en otro lugar del informe cita que también me explicaba con elocuencia, para las psiquiatras les resulta extraño e incluso “patológico” que en gran parte no quisiera colaborar con ellos por una percepción personal que hace referencia a una supuesta suspicacia, querulancia y oposicionismo. Lo que parece que no terminan de comprender por muchos

encuentros que hayamos tenido es que tras una experiencia de 12 años tratando con psiquiatras es muy complicado o casi imposible que pudiese fiarme de alguna de estas autoridades sanitarias.

A lo largo de estos últimos 22 años de persecución he aprendido a tolerar muchas personas y circunstancias, aunque no sería un hombre de Dios o un amigo de Dios si llegase a tolerarlo todo, admitiendo en este caso cualquier tipo de pecado. Es por ello por lo que en este caso particular también he aprendido a no fiarme de muchos de los poderosos que en ciertos casos ignoran el mal que hacen a sus semejantes «No confiéis en los príncipes, seres de polvo que no pueden salvar; exhalan el espíritu y vuelven al polvo, ese día perecen sus planes.» (Sal. 146, 4-3).

Lo último que tengo que decir con respecto a este punto es que no es del todo cierta la observación de la psiquiatra cuando afirma que no observa en mi inquietud. En este aspecto han sido los antipsicóticos como drogas psiquiátricas las que desde un principio me han provocado precisamente estos efectos secundarios, así como agitación y nerviosismo interno, lo cual ha supuesto para mi otro añadido que ha terminado afectando el estado de ansiedad referido al término de la denuncia interpuesta la psiquiatra de referencia María Paz Villalba Yllán.

6 En el resumen de la evolución clínica solo quisiera destacar la siguiente observación de la psiquiatra **“El paciente reconoce haber reflexionado sobre las consecuencias de su desnudo y haber optado por un tono “más moderado” en la expresión de su fe”.**

A pesar de que en todos los ingresos se han puesto en funcionamiento aquellos mecanismos sociales para poder anular y desacreditar mis nobles intenciones que han tratado de hacer honor a la verdadera justicia, prácticamente todos los funcionarios que trabajan para el Estado y que han tenido un contacto directo conmigo se han confabulado para terminar barriéndome a un psiquiátrico y de esta manera evitar que siguiera molestando a otras muchas conciencias.

Solo ha habido dos ocasiones concretas de mi vida en las que me han ingresado que por los hechos perpetrados por mi parte me han surgido miedos, dudas y finalmente una confusión que en el fondo de mi alma provocaron que me llegase a preguntar si aquello que hice tenía un sentido o en el fondo pudiera ser voluntad de Dios y una de ellas fue ésta. Ante todo, debo decir que la vergüenza de este acto me permitió acercarme el sacramento de la confesión, pues en este momento tuve un sentimiento de arrepentimiento, aunque esto no supuso un freno para evitar seguir con la vocación profética que Cristo ha dado a los cristianos por el Sacramento del Bautismo.

A decir verdad, no he cumplido del todo con esta “promesa” que las psiquiatras de turno también entrecomillan, aunque esto me considero mejor abordarlo en una segunda parte ya que ha tenido lugar en este caso en mí casa de Almonte, que es donde me vine a vivir de una forma casi inmediata tras este suceso.

CONCLUSIÓN

Al finalizar la misa me quité la ropa y me subí al presbiterio desnudo cantando: «Gloria, gloria, aleluya (bis)… Cuando sientas que tu hermano necesita de tu amor, no le cierres las entrañas ni el calor del corazón. Busca pronto en tu recuerdo la Palabra del Señor: Mi ley es el Amor». Tras estos hechos tengo que decir que me ingresaron involuntariamente a pesar de subir por mi propio pie de forma voluntaria y pacífica a la ambulancia. Las razones están muy bien recogidas en este informe, que además tuvieron la agudeza de llegar a observar que me explicaba con elocuencia, pues según se cita, por aquel entonces estuve esperando durante dos años y medio para tener una audiencia con Mons. Juan Antonio Reig Pla para tratar personalmente con él algunos asuntos importantes, aunque las muchas cartas enviadas por medio de mi director espiritual lamentablemente propiciaron aquel mismo hecho de san Pablo, cuando el gobernador Festo le gritó en pleno juicio: «¡Estás loco, Pablo! Las muchas letras te han vuelto loco» (Hch. 26,24).

Desde aquellos momentos y a medida que ha ido pasando el tiempo me he ido dando cuenta de que previamente a este gesto tuve una enorme inspiración para poder cumplirlo ya que además tengo plena seguridad que me encontraba en estado de gracia. La duda y confusión en aquellos momentos creo que me parece tan legítima como la que tuvo san Juan Bautista cuando estando en los oscuros calabozos por orden de rey Herodes, envió a sus discípulos a preguntar a Jesús si él era el Mesías esperado (Mt. 11,2-3; Lc. 7,18-23).

Cada día que pasa tengo mayor convencimiento de que aquella actuación fue un gesto profético conocido también desde la teología como acciones signitivas. Los gestos proféticos son actos dramáticos realizados por los profetas para transmitir un mensaje divino. Estos actos desafían la lógica humana, las normas sociales y el sentido común de su época para romper la apatía del pueblo, para llamar la atención por el hecho de que el pueblo se ha hecho inmune a las palabras y sermones y para desenmascarar la verdadera locura, que se encuentra en aquellos que creen que pueden pecar contra Dios y vivir en paz.

Por poner un ejemplo práctico extraído de las Escrituras, el profeta Isaías caminó completamente desnudo y sin calzado por las calles de Jerusalén durante tres años (Is. 20,2-3). Se supone que el choque lógico por parte del mundo es que la desnudez pública era la máxima humillación y una total violación de las normas de decencia de la sociedad judía. Pero el significado para Dios estaba orientado en este sentido para que sirviera como una advertencia visual de la vergüenza, el despojo y el cautiverio que sufrirían Egipto y Etiopía a manos de Asiria. La desnudez después de aquella misa dominical tiene un calado bastante profundo, pues en este caso era para despertar los sentidos adormecidos de los prelados de la Iglesia Católica. Digo esto porque desde hace muchos años soy un testigo directo de cómo actúan éstos a los ojos del mundo, aparentando preocuparse por aquellas voces del pueblo de Dios que en verdad ven algo más de lo que ellos no son capaces de ver, pero que por su silencio administrativo demuestran ser vergonzosamente autónomos, negando de esta manera la ayuda de los pequeños y sencillos «En aquel tiempo, hablando Jesús, dijo: Te alabo, Padre, Señor del cielo y de la tierra, porque ocultaste estas cosas a sabios e inteligentes, y las revelaste a los niños» (Mt. 11,25).

DECIMO INFORME MÉDICO

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental

Nombre paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806
F.Nacimiento:	03/12/1978
Edad:	38 AÑOS
Teléfono:	912809961
CIAS:	1603090114G

NHC:	78186
Episodio:	1161017570
Tis:	DLMR781203916014
CIPA:	1304444882
Fecha Cita:	[V.fechacita]

Fecha de Ingreso Hospital: 16/12/2016
Fecha de Ingreso Servicio: 17/12/2016
MOTIVO DEL INGRESO: Contención
Fecha de alta : 19/12/1016
MOTIVO DE ALTA: Estabilidad psicopatológica

MOTIVO DE CONSULTA:
Varón de 38 años que es trasladado a Urgencias por el SUMMA por alteraciones de conducta. Ingresa de forma voluntaria.

ANTECEDENTES PERSONALES:

MÉDICOS: No RAMC. Alergia al polen y gramíneas. No HTA. No DM. No DL. Estenosis congénita del canal lumbar. Hernia discal secundaria a accidente laboral 2002. Dolor crónico tipo ciático. IQX: Extirpación de quiste sebáceo (07/11/13). En seguimiento por ORL.

TÓXICOS: antecedente de consumo de THC. Niega consumo de tóxicos en el momento actual.

PSIQUIÁTRICOS: Primer contacto en Salud Mental en 2004 cuando acude por bajo estado de ánimo siendo dado de alta. Primer ingreso de carácter involuntario en UHB en diciembre 2004 con diagnóstico al alta de Psicosis Reactiva Breve (CIE-9: 298.8) y tratamiento con Risperdal sol. 6mg/d. En seguimiento en CIDT Francisco Díaz desde entonces (Dra. Villalba). Segundo ingreso en Junio 2006, siendo diagnosticado de T. Bipolar tipo I. Episodio maniaco. (CIE-9 296.0) y pautándose tratamiento con Risperdal 12 mg/d y Akinetón Retard. Tercer ingreso de enero a mayo 2008, con diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo. En este momento la pauta de tratamiento al alta fue Leponex 100 mg ½-0-2, Plenur 400mg /8h, Risperdal consta 75 mg i.m /15 días. Durante el seguimiento, debido a estabilidad psicopatológica del paciente, se reduce la dosis de Risperdal consta hasta 37.5mg i.m / 15d, manteniéndose el litio como estabilizador. En enero 2013, para favorecer la continuidad del tratamiento, se decide cambio a Paliperidona 75mg i.m / mensual. En octubre de ese mismo año, el paciente abandona el inyectable refiriendo efectos secundarios (prurito), continuando tratamiento con litio. Se mantuvo durante meses estable, con buen funcionamiento a nivel personal y social. En septiembre 2014 y en relación con diferentes estresores vitales y con el abandono de tratamiento, su entorno comienza a encontrarle más irritable, con alteraciones en el sueño, aumento del nivel de actividad y conflictos interpersonales, por lo que precisa un cuarto ingreso en UHB, siendo el diagnóstico al alta de Trastorno Esquizoafectivo, episodio maníaco con síntomas psicóticos e instaurándose tratamiento con Plenur 400mg c/8h, Risperdal 6mg /d y Tranxilium 10mg/ noche. Ambulatoriamente se fue retirando la pauta de Risperdal, manteniéndose el tratamiento con Litio. Según evolutivos en enero-marzo/2015 presentaba dificultad para conciliar sueño e irritabilidad por lo que se añade a la pauta habitual Lormetazepam 2 mg y Etumina, encontrándose mejoría en abril. En junio 2015 expresa a su psiquiatra, encontrándose estable psicopatológicamente, su deseo de abandonar la medicación por efectos secundarios. Tras explicársele los riesgos de descompensación que el abandono de la medicación puede traer consigo, el paciente persiste en su deseo de abandonarla, y lleva a cabo la reducción de la pauta de litio de forma progresiva hasta suspenderse. A principios de septiembre, se objetiva descompensación psicopatológica, en forma de ánimo disfórico y suspicacia, precisando un quinto ingreso, del 8 al 28 de septiembre de 2015, siendo diagnosticado al alta de Trastorno Bipolar tipo

Nombre paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806
F.Nacimiento:	03/12/1978
Edad:	38 AÑOS
Teléfono:	912809961
CIAS:	1603090114G

NHC:	78186
Episodio:	1161017570
Tis:	DLMR781203916014
CIPA:	1304444882
Fecha Cita:	[V.fechacita]

I, episodio maniaco y prescribiéndose como tratamiento farmacológico, Plenur (1400 mg dmd) y Risperidona 3 mg dmd. En enero de 2016 precisa el sexto y último ingreso en UHB, de un mes de duración, por ánimo disfórico e ideación megalomaniaca de contenido religioso. Es diagnosticado al alta de Trastorno Bipolar tipo I, episodio maniaco con síntomas psicóticos y se pauta tratamiento con Risperidona bucodispersable 4mg dmd, Plenur (1200 mg dmd), Diazepam 10 mg/noche si precisa, Risperdal consta 50 mg/15 d y Lyrica 75mg dmd. Durante el último ingreso se solicitó plaza en UME y dada la estabilidad psicopatológica observada en los últimos meses se decide posponer la derivación. En febrero se sustituye la pauta de Risperidal consta por Risperidona oral por urticaria en la zona de inyección y en junio se cambia el tratamiento con Litio por Ácido Valproico por efectos secundarios (diarrea). Precisa ingreso en UHB del 7 al 31 de Agosto por descompensación maniforme. Se pauta tratamiento con Depakine y Risperdal flash 2 mg y al encontrarse más tranquilo y sin repercusión de la ideación delirante, se pasa el ingreso a voluntario. Posteriormente retoma el seguimiento en CSM de Alcalá y cuando se muda el paciente y familia refieren que ha iniciado seguimiento en Almonte, donde ha acudido a una cita. Tiene la próxima cita de seguimiento el día 20-12-2016.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre con historia de patología discal lumbar y cuadro depresivo en relación con las limitaciones derivadas de dicha patología por el que estuvo en seguimiento en SM y que cedió con tratamiento antidepresivo. Cardiopatía isquémica, I.A.M. Abuela paterna con posible seguimiento por ansiedad. Niegan otros antecedentes.

BIOGRAFÍA:

Natural de Madrid. Tiene dos hermanos y una hermana. Su hermana vive en Orlando y ha sido diagnosticada de cáncer, en tratamiento con QT actualmente. Sus hermanos viven en Almonte (Huelva). No refieren alteraciones en circunstancias que rodearon su nacimiento, desarrollo psicomotor normal. Escolarización desde los 4 años, también sin incidencias en la relación con pares ni académicas. Realizó un ciclo formativo en electrónica y posteriormente cursó una formación profesional de segundo grado en informática. Después comenzó a trabajar en mantenimiento en una multinacional, de la que fue despedido de forma improcedente. A los 18 años y compaginándolo con su empleo de mantenimiento industrial durante 7 años, trabajó en hostelería como camarero. Realizó un curso de teología en 2013. Es muy aficionado a la escritura y mantiene publicaciones en Internet. Acude como voluntario a una residencia de mayores. Mantiene amigos del colegio. Mantuvo relación de pareja en el pasado, desde hace 11 años refiere mantener voto de castidad. Percibe pensión por incapacidad permanente absoluta por enfermedad mental. En momentos de estabilidad psicopatológica presenta una vida activa y satisfactoria según refiere tanto él como amigos y familiares, así como un buen funcionamiento a nivel social, familiar y personal. Recientemente se ha mudado a Almonte, donde vive solo en su domicilio.

HISTORIA ACTUAL:

Paciente de 38 años de edad que acude en el día de hoy a la Urgencia traído por el SUMMA y acompañado de la policía por alteraciones de conducta. A nuestra llegada espera en sillones acompañado de seguridad, mostrándose tranquilo, abordable y colaborador.

En entrevista con el paciente refiere haber acudido en el día de hoy al Obispado con la intención de compartir con su director espiritual un texto que ha elaborado en el día de ayer y que trae hoy en su visita a la Urgencia, solicita que lo leamos. Cuenta que dentro del edificio, al sentirse poco atendido, decide romper un cristal como forma de reivindicación, minimizando lo sucedido.

Nombre paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806
F.Nacimiento:	03/12/1978
Edad:	38 AÑOS
Teléfono:	912809961
CIAS:	1603090114G

NHC:	78186
Episodio:	1161017570
Tis:	DLMR781203916014
CIPA:	1304444882
Fecha Cita:	[V.fechacita]

Refiere que "llevo acosado y perseguido 13 años por causa de mi fe y he decidido afrontarlo¿ estoy en mi derecho de manifestarme en contra de la mentira y la corrupción". En este contexto cuenta que le han echado del recinto y al acudir a casa ha sido la policía la que le ha traído a urgencias. Se muestra enfadado e indignado por lo sucedido "sé que me van a ingresar, y me ingresan por romper un cristal". Comenta que desde hace unos meses, debido a la mala relación familiar, decide mudarse a Almonte (su pueblo) donde ha permanecido hasta hace unos días. Cuenta que inicialmente estaba tranquilo allí, pero que recientemente ha tenido problemas en las iglesias a las que acude y con la policía. Señala esto como uno de los motivos de su viaje a Madrid, así como el deseo de ver a su hermana, a la que aprecia mucho y que hace 14 años que no ve (puesto que vive en el extranjero).

Durante la entrevista permanece tranquilo, indignado por lo ocurrido y resignado a la idea de ingresar en UHB "por lo menos pocos días para que pueda ver a mi hermana". Asegura haber estado realizando seguimiento en Almonte y estar tomando bien la medicación. Acordamos que permanezca unas horas en Observación para hablar con la familia, pedir niveles de valproemia y ver evolución. El paciente acepta y colabora con el plan de manejo propuesto.

Se mantiene entrevista telefónica con la familia y hablamos con la madre y la hermana mediante manos libres. Refieren que el paciente ha estado viviendo unos meses en Almonte con alteraciones de conducta, alteraciones sensoperceptivas y miedos. Comentan que está en Madrid desde hace dos días para coincidir con su hermana, a la cual hace mucho tiempo que no ve. A su llegada le encuentran con contacto extraño y conductas heteroagresivas hacia objetos religiosos.

En una nueva valoración, el paciente describe lo sucedido en Almonte y en el día de hoy en Madrid en contexto de reivindicaciones religiosas "allí canto durante las misas y hoy he roto un cristal en el Obispado". El paciente minimiza lo ocurrido, justificándolo como actos de manifestación y mostrándose sorprendido por estar en el hospital "nadie me ha dicho qué ley me he saltado y si fuera así, como mucho tendría que estar en una comisaría". Se mantiene tranquilo, adecuado y colaborador a pesar de múltiples confrontaciones a lo largo de la entrevista, con alta capacidad de control. No impresiona de descompensación afectiva (no irritabilidad, no hipertimia) en el momento actual. Se le propone pasar la noche en Observación para corroborar estabilidad psicopatológica y si evoluciona favorablemente proceder al alta al día siguiente, pero durante la noche presenta dificultades para conciliar el sueño por lo que es valorado nuevamente. El paciente refiere no poder descansar por el ruido ambiental, mostrándose más nervioso. Se le ofrece la posibilidad de ingreso en planta unos días, para poder estar más tranquilo y lo acepta. Ingresa de forma voluntaria.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA EN URGENCIAS:
Consciente y orientado globalmente, abordable y colaborador. No signos ni síntomas de intoxicación/abstinencia en el momento actual. Buen arreglo y aspecto personal. Adecuado, tranquilo. No inquietud psicomotriz. No ansiedad manifiesta ni referida. Discurso fluido, hiperfonico, espontáneo y coherente centrado en relatar su situación vital actual. No actitud alucinatoria durante la entrevista. Ideación delirante místico-religiosa de larga data. No ideas de muerte ni intencionalidad autolitica en el momento actual. Planes de futuro coherentes como acudir a SM, ver a su hermana. Episodios de heteroagresividad hacia objetos en los últimos días, último en el día de hoy. Ritmos cronobiologicos conservados. Juicio de realidad conservado.

DATOS COMPLEMENTARIOS Y/0 PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS:
Niveles de ácido valproico: 101.

Hospital Universitario Príncipe de Asturias
Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental

Nombre paciente:	DEL PINO MARIN, JESUS
Domicilio:	C LOS HUEROS, 3 6-D
Población:	ALCALA DE HENARES
Provincia:	MADRID
Código Postal:	28806
F.Nacimiento:	03/12/1978
Edad:	38 AÑOS
Teléfono:	912809961
CIAS:	1603090114G

NHC:	78186
Episodio:	1161017570
Tis:	DLMR781203916014
CIPA:	1304444882
Fecha Cita:	[V.fechacita]

RESUMEN DE EVOLUCIÓN CLÍNICA:

Durante el ingreso el paciente permanece tranquilo, abordable, colaborador y sin alteraciones conductuales. No presenta clínica afectiva ni psicótica sugerente de descompensación de su patología de base, manteniendo en todo momento conservado el juicio de realidad. A lo largo del fin de semana es valorado por los psiquiatras de guardia y se conceden varios permisos de salida, inicialmente con sus familiares y posteriormente solo, los cuales trascurren sin incidencias.

En la primera entrevista el paciente cuenta que tras el último ingreso en UHB se marchó a vivir a su casa de Almonte con la intención de empezar una vida independiente. Describe que se ha sentido cómodo allí, que ha entablado relación con varias personas y que ha comenzado un proyecto de voluntariado. Ha iniciado seguimiento en el Centro de Salud Mental de zona y ha seguido tomando adecuadamente el tratamiento farmacológico, lo cual confirman los niveles plasmáticos de ácido valproico analizados al ingreso. Refiere que en Almonte ha manifestado sus creencias religiosas en forma de cánticos durante las misas de difuntos, lo cual ha motivado llamadas de atención por parte del sacerdote y de la Policía que no han tenido mayores consecuencias. Relata que hace unos días vino a Alcalá para ver a su hermana, que ha viajado desde Orlando para pasar las navidades con la familia. Cuenta que el pasado viernes se dirigió al arzobispado con la intención de leer una carta en la que expone su disconformidad con ciertos aspectos de la iglesia y que al no haber sido recibido por el obispo tiempo atrás, rompió el cristal de un marco de fotos de Francisco Bergoglio a modo de protesta. Durante la entrevista el paciente explica los hechos de forma tranquila y razonada, argumentando sus reivindicaciones en base a su manera personal de vivir la fe. Refiere sentirse presionado y oprimido por la iglesia, su familia y la sociedad por expresar opiniones diferentes, si bien expresa intención de mantener una postura conciliadora y pacífica. Refiere deseos de pasar la navidad con su familia y un amigo en Almonte de forma tranquila y solicita el alta hospitalaria para estar el mayor tiempo posible con su hermana. Acepta continuar con el seguimiento y el tratamiento de forma ambulatoria. Dada la estabilidad psicopatológica y la ausencia de síntomas de descompensación, se procede al alta. En el momento actual el paciente posee capacidad de juicio conservada para tomar decisiones y manifestarse haciendo uso de su libertad.

Se mantiene conversación telefónica con la madre y la hermana del paciente, quienes refieren haberle visto tranquilo y adecuado durante las visitas, manifestando sus creencias religiosas habituales. Se les informa del plan de manejo y se muestran de acuerdo.

MOTIVO DE ALTA: Estabilidad psicopatológica.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: T. Bipolar tipo I, no descompensado en el momento actual.

RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS:

Tomará el siguiente tratamiento:

- Depakine 500 mg: 1-0-1
- Depakine 200 mg: 0-1-0
- Risperidona Flash 2 mg: 0-0-1

Solicitará nueva cita en CSM de zona para continuar seguimiento ambulatorio.

FIRMA: Dra. ANA AYALA BALLESTEROS
19/12/2016

Comentario personal a modo orientativo sobre:

Décimo informe médico.

1 La historia actual de este último informe psiquiátrico elaborado por el servicio del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, comienza haciendo la siguiente observación: **"Paciente de 38 años de edad que acude en el día de hoy a la urgencia traído por el SUMMA y acompañado de la policía por alteraciones de conducta. A nuestra llegada espera en sillones acompañado de seguridad, mostrándose tranquilo, abordable y colaborador".**

En esta primera observación al menos este servidor que aquí escribe se pregunta a qué se debe este gran cambio de conducta, en comparación de otras observaciones anteriores a este informe. En realidad, habría que preguntarse a que se debe esta fuerte contradicción que ahora se torna algo más a mi favor con respecto a los nueve informes anteriores, cuando a decir verdad pude seguir padeciendo los azotes de la persecución por la misma razón que motivaron la mayoría de los ingresos previos, al querer practicar la corrección fraterna tanto en el seno familiar, social como eclesial.

2 "En entrevista con el paciente refiere haber acudido en el día de hoy al obispado con la intención de compartir con su director espiritual un texto que ha elaborado en el día de ayer y que trae hoy en su visita a la urgencia, solicita que lo leamos cuenta que dentro del edificio al sentirse poco atendido decide romper un cristal como forma de reivindicación, minimizando lo sucedido".

Por más que trato de recordar y buscar entre mis escritos redactados en este año sobre el asunto de esta comunicación que en este caso quise compartir con mi director espiritual, solamente podría estar seguro de que estaba dirigido nuevamente al obispo de Alcalá de Henares y que bajo mi humilde opinión era muy importante.

Cuando hace referencia a la rotura de un cristal, la psiquiatra no cuidó el detalle de decir que se trataba más bien del cristal de un cuadro del papa Francisco que presidía la recepción del obispado de Alcalá de Henares. Este detalle en un principio es muy importante, no solo por lo que diré más adelante en la conclusión de esta contra respuesta a este informe médico, pues al ser el papa el máximo representante de Cristo en la Iglesia, al mismo tiempo, por esta misma razón representa también el primer eslabón en la jerarquía eclesiástica en cierta medida también responsable de lo que hacen sus colaboradores que son los obispos. Esto significa que en el fondo no ignora lo que ya he referido anteriormente en la conclusión del noveno informe, es decir, que sus hermanos en el episcopado aparentan preocuparse por aquellas voces del pueblo de Dios que en verdad ven algo más de lo que ellos no son capaces de ver, pero que por su silencio administrativo demuestran ser vergonzosamente autónomos, negando de esta manera la ayuda de los pequeños y sencillos.

Al hilo de lo que acabo de expresar, aunque no puedo hablar de todos los obispos porque sería una injusticia, al menos decir que la inmensa mayoría ignoran que de estas personas también nos habla Jesús en el Evangelio cuando nos dice: «He venido a provocar una crisis en

el mundo: los que no ven, verán, y los que ven, van a quedar ciegos» (Jn. 9,39). Como este informe psiquiátrico hace de bisagra entre mi estancia permanente en Almonte y esta última visita en Alcalá de Henares, tengo que decir que la actitud con otros dos obispos más que desde aquel momento han sostenido el báculo en esta diócesis de Huelva (Mons. José Vilaplana Blasco y Mons. Santiago Gómez Sierra), ha sido exactamente la misma.

3 Refiere que ” llevo acosado y perseguido 13 años por causa de mi fe y he decidido afrontarlo ¿estoy en mi derecho de manifestarme en contra de la mentira y la corrupción”.

La llegada al pueblo de mi madre (Almonte), fue el 16 de septiembre de 2016. Desde un principio lo tuve todo muy claro, pues quise continuar con mi labor misionera dentro de mi condición seglar. Un tiempo previo al día 3 de octubre de este mismo año estuve fundando los principios de un movimiento que el Señor me inspiró en mi corazón. Todo esto lo pude volcar en un Blog dentro de la plataforma de Blogspot.com.

El contenido inicial y otras partes que influyeron más adelante para que los servicios sociales siguieran barriéndome del entorno social, están muy bien reflejadas en este Blog que más adelante terminé de eliminarlo, pero que el mismo tiempo refleja un diario de vida constante de esta labor en este pueblo desde la primera publicación que hice el 3 de octubre de 2016, hasta el viernes día 11 de agosto de 2017.

La observación de la psiquiatra sustentada en lo que le pude llegar a decir es tal cual, pues existe una publicación que hice el día 14 de diciembre que titulé “Voy a luchar contra la corrupción y voy a empezar por mi Iglesia” y que demuestra que dos días antes de este ingreso ya tuve esta intención por hacer frente a la corrupción de mi Iglesia. Puede descargarse este documento de forma íntegra desde la siguiente dirección electrónica:

https://novaevangelizatio.org/wp-content/uploads/2026/08/Diario-de-un-Loco-por-Cristo-en-Almonte.pdf

4 “En este contexto cuenta que le han echado del recinto y al acudir a casa ha sido la policía la que le ha traído a urgencias. Se muestra enfadado e indignado por lo sucedido “sé que me van a ingresar y me van a ingresar por romper un cristal”.”

Aprovecho esta observación para poder aclarar algunos sucesos que provocaron este décimo ingreso.

En Almonte la persecución eclesial comenzó a pronunciarse como nunca, por el simple hecho de querer cantar en misa a diario, tal como lo hacen otras parroquias. La situación llegó al límite cuando en la misa comenzaron a acosarme dentro del templo la Policía Local hasta que terminaban por echarme a la calle. En aquel momento, según me dijo la Policía Local, tenía acumuladas varias multas por escándalo público a raíz de esta intención de querer cantar en Misa, cuando los sacerdotes de aquel momento no estaban de acuerdo.

Durante varios años estuve tratando de buscar ayuda y amparo en el obispado de Alcalá de Henares y también en otros Tribunales Eclesiásticos de España. En este trámite, he terminado por convencerme por mí mismo que, este órgano de la Iglesia solo sirve para sacar dinero a las

personas, desentendiéndose por completo de otros aspectos que tal como sucedía en mi caso tenían una relación directa con la Iglesia.

Después de presentar esta denuncia por persecución psicológica y acoso en el Tribunal de Sevilla y en el de Huelva, el jueves 15 de diciembre, terminé presentándola finalmente en el Tribunal de Madrid. Cuando pude apreciar que no querían atenderme, comencé a grabar con video e indignado de tantas evasivas o mentiras, rompí con un crucifijo el cristal del cuadro del cardenal Osoro (electo por el papa Francisco) ubicado en la recepción del lugar.

Al día siguiente, me presenté para hacer lo mismo con el cuadro de Francisco en el obispado de Alcalá de Henares, a razón de que Mons. Juan Antonio Reig Pla no mostró al menos conmigo aquella caridad que al parecer predicaba.

Estuve indignado porque para mí fue evidente que de no haber tenido antecedentes psiquiátricos esto podía haber quedado en una denuncia que en este caso tendría que haberme puesto el obispado, aunque tal como se aprecia en este informe esto no terminó de esta manera que acabo de expresar, sino que la policía me impuso la orden de acompañarlos para que me volviesen a ingresar de nuevo por esta razón.

5 “Se mantiene en entrevista telefónica con la familia y hablamos con la madre y la hermana mediante manos libres. Refieren que el paciente ha estado viviendo unos meses en Almonte con alteraciones de conducta, alteraciones sensoperceptivas y miedos. Cuenta que está en Madrid desde hace unos días para coincidir con su hermana, a la cual hace mucho tiempo que no ve. A su llegada le encuentran con un contacto extraño y conductas heteroagresivas hacia objetos religiosos”

Estas observaciones que hace de nuevo aquí la psiquiatra que obtiene a partir de una referencia directa por parte de mi familia, tengo que reconocer que no se aproximan apenas a la realidad. Para poder tener un juicio mucho más objetivo de esta observación habría que conocer mejor los hechos que relato de primera mano en el documento referido anteriormente, concretamente entre las fechas 28/11/2016 (Las envidias más cochinas y rapiñeras (el martirio del demonio) y el día 15 de diciembre (La prueba indeleble de que nos han ido quitando la libertad).

https://novaevangelizatio.org/wp-content/uploads/2026/08/Diario-de-un-Loco-por-Cristo-en-Almonte.pdf

Al final de este punto la psiquiatra trata de recoger esta observación por parte de mi familia, cuando dicen que me encontraron con “un contacto extraño”, y en parte puedo creer que esto se deba a la tribulación que padecía en ese momento en concreto por causa de la persecución religiosa, tal como en otros momentos de mi vida también he vuelto a experimentar con mayor o menor virulencia.

Cuando se refiere a la conducta heteroagresiva hacia objetos religiosos para mi esto provoca una confusión por el simple hecho de no incidir en algún detalle más preciso, pues si la persona que tuviese que leer este informe fuera un juez y éste fuera yo, me daría por pensar en cosas peores que romper imágenes de personas que no están ni seguramente llegarán a estar

canonizadas por la misma Iglesia Católica por su ejemplo ministerial tan desastroso y perjudicial para todos, aunque muchos no sean conscientes de esto.

6 En una nueva valoración, el paciente describe lo sucedido en Almonte y en el día de hoy en Madrid en contexto de reivindicaciones religiosas "allí canto durante las misas y hoy he roto un cristal en el obispado". El paciente minimiza lo ocurrido, justificándolo como acto de manifestación y mostrándose sorprendido por estar en el hospital "nadie me ha dicho que ley me he saltado y si fuera así, como mucho tendría que estar en una comisaría".

En cierta manera hay mucho de cierto que estas manifestaciones tenían una relación directa con aquella reivindicación que trataba de manifestar, para poder encontrar algún tipo de apoyo en la Iglesia por la persecución que en este momento también estuve expuesto. En el fondo también trataba de llamar la atención de los ministros de la Iglesia con el fin de que me pudieran ayudar de alguna forma, sin caer en la cuenta de que este apoyo que necesitaba solo podía encontrarlo en Dios. No era plenamente consciente que el hecho de buscar este apoyo en los sacerdotes o religiosos era una especie de utopía, ya que estos de muchas maneras evitan esta situación, por lo cual no podría haberme apoyado en ninguna experiencia.

Cuando la psiquiatra trata de condensar mis palabras para poder obtener un criterio personal como cuando dice "**allí canto durante las misas y hoy he roto un cristal en el obispado",** solo puedo decir que este reduccionismo empobrece tanto la realidad de los hechos objetivos que a lo largo de todos los últimos nueve informes médicos resulta ser una constante que termina por perjudicar a la persona que se le hace una valoración. Esto sucede hasta tal punto que dichas observaciones por parte de los psiquiatras terminan por desacreditar a estas personas que en estos momentos concretos se tornan casi inevitablemente en un punto de nerviosismo por el hecho de encontrarse en el apuro de tener que ser drogado en contra de nuestra voluntad y finalmente privado de nuestra libertad sin derecho a tener un abogado de oficio.

7 "Se mantiene tranquilo, adecuado y colaborador a pesar de múltiples confrontaciones a lo largo de la entrevista, con alta capacidad de control".

Quisiera concluir este punto del décimo informe médico expresando la conformidad de estas observaciones tan agudas que terminaré echando de menos en el transcurso de la segunda etapa de mis ingresos que acontecieron más adelante en Almonte. Por mi propia experiencia puedo dictaminar que a pesar de la gran imprecisión de esta rama de la medicina que aborda los problemas de la vida tal como si fueran dogmas científicos "patologías mentales", bajo mi humilde opinión en la Comunidad Autónoma de Madrid existe en este campo mayor rigor, formalidad, diligencia y profesionalidad en comparación a los servicios sanitarios públicos dentro del área de salud mental de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Para mi esta observación ha seguido siendo una constante en mi vida cotidiana también en Almonte y el problema surge cuando el criterio de las mayorías que en este caso están amansadas por aquello que les promete el mundo a esto también se suma la recomendación que nos hace san Pablo en su Carla a los Gálatas: «Pero, cuidado, pues mordiéndoos y devorándoos

unos a otros acabaréis por destruiros mutuamente. Frente a ello, yo os digo: caminad según el Espíritu y no realizaréis los deseos de la carne; pues la carne desea contra el espíritu y el espíritu contra la carne; efectivamente, hay entre ellos un antagonismo tal que no hacéis lo que quisierais.» (5,15-17).

CONCLUSIÓN

El hecho de haber creado un daño físico en el obispado de Alcalá de Henares, tengo que decir que más adelante fue subsanado al enviar a mi antiguo director espiritual un donativo para poder sufragar aquel desperfecto.

En cuanto al daño moral no me consta en mi conciencia, pues por aquel entonces ya la figura pública del papa Francisco el cual al principio bajo mi ignorancia me dejé llevar por sus encantos según me llegó a parecer por su primera encíclica Evangelii Gaudium, quien me iba a decir a mí por aquel entonces que esta persona llegase a ocasionar más adelante tantos estragos en la Iglesia. Por resumir algunos puntos podríamos decir:

- Ambigüedad doctrinal: Sectores conservadores cuestionaron documentos y declaraciones sobre la pastoral familiar y la comunión, interpretándolos como un distanciamiento de la tradición.
- Gestión de crisis: Críticos señalaron que las medidas contra los abusos sexuales y la corrupción financiera en la Curia fueron insuficientes o lentas.
- Estilo de gobierno: Se cuestionó un supuesto ejercicio de poder centralizado y el trato hostil a sectores tradicionales dentro de la jerarquía eclesiástica.

La gota que para mí colmó el vaso fue su gestión ante la pandemia del COVID-19, generando fuertes críticas y divisiones, especialmente entre los sectores católicos más conservadores, obispos estadounidenses y grupos tradicionales. El conflicto se intensificó cuando el Pontífice calificó la vacunación como un «acto de amor» y una «obligación moral», tildando la resistencia a las dosis de «negacionismo suicida».

Los principales argumentos de las críticas se estructuraron bajo los siguientes puntos:

- El dilema ético sobre el aborto. Líneas celulares fetales: La principal objeción teológica provino del uso de líneas celulares de fetos abortados en la investigación y producción de las vacunas.
- Contradicción doctrinal: Críticos y prelados, como el cardenal estadounidense Raymond Burke, argumentaron que promover estas vacunas debilitaba la postura provida de la Iglesia, a pesar de que la Congregación para la Doctrina de la Fe emitió una nota aclarando que su uso era «moralmente aceptable» ante la emergencia sanitaria.

Otro hecho muy grave sobre su gestión como pontífice ante esta supuesta emergencia global fue su colaboración más o menos explícita con los poderosos de este mundo, ya que por primera vez en la historia éstos consiguieron que la Iglesia cerrara sus puertas para evitar la práctica religiosa de los fieles, postponiendo de esta manera la necesidad de poder alimentarnos del Santo Sacramento de la Eucaristía a la obligación civil de tener que confinarnos en un domicilio.

CONCLUSIÓN

«Escucha, oh, Dios, mi oración, no te retraigas a mi súplica, hazme caso, respóndeme, me trastorna la ansiedad.

Gimo ante la voz del enemigo, bajo el abucheo del malvado; vierte en falsedades sobre mí, me hostigan con saña.

Dentro se agita mi corazón, me asaltan pavones de muerte; miedo y temblor me invaden, un escalofrío me atenaza.

Y digo: ¡ojalá tuviera alas como paloma para volar y reposar! Huiría entonces lejos, la estepa sería mi morada.

Pronto encontraría refugio contra el viento de la calumnia, Y el huracán que devora, Señor, y el flujo de sus lenguas.

Soy testigo de violencia y altercado en la ciudad; rondan de día y de noche en torno a sus murallas.

Falsedad y mentira hay dentro, insidias dentro de ella, nunca se ausentan de sus calles la tiranía y el engaño.

Pero yo invoco a Dios y Yahvé me salva a la tarde a la mañana al mediodía me quejo y gimo, y oye mi clamor.

Intacta rescata mi vida de la guerra que me han declarado, del pleito que tienen conmigo.

Que Dios me escuche y los humille, él, que reina desde siempre, pues no tienen enmienda ni temen a Dios.

Y tú, oh, Dios, hundirás en lo más profundo de la fosa a esos sanguinarios y traidores sin llegar a la mitad de su vida. Más yo confío en ti» **(**Sal. 54, 2-12.17-20.24**).**

Excmo. Sr. Ángel Gabilondo Pujol.

En primer lugar, es mi deber poder informarle que no presento este testimonio ante su autoridad competente con la intención de quitarme la etiqueta de «loco» o «enfermo mental», ni tampoco para acusar a nadie o pedir responsabilidades, sino para tratar de mejorar en lo posible estos servicios sanitarios y que este beneficio pudiera redundar en un bien para todas las personas que de una forma especial se encuentran en una situación semejante a la mía. Aunque a efectos jurídicos me presento en calidad de denunciante, tal como ya lo he hecho constar desde un principio, lo hago más bien bajo mi condición de «voluntario», según ha quedado reflejado a partir del tercer ingreso en el año 2008. De esta manera tengo esperanza que de esta denuncia pueda entenderse mi función como una forma de inspección espontánea de estos servicios públicos tan necesitados de este tipo de controles o auditorías externas.

El Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (conocido como OPCAT por sus siglas en inglés) es un tratado internacional adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2002 y en vigor desde junio de 2006. Su objetivo fundamental no es castigar el delito de forma reactiva, sino establecer un sistema preventivo de visitas periódicas e independientes a los lugares donde haya personas privadas de su libertad. Puesto que he sido ingresado en 18 ocasiones en un lapso de 22 años en dos hospitales psiquiátricos y aún no he tenido la ocasión de conocer a ningún equipo técnico que ejerza esta función para dicho protocolo, considero humildemente que esta denuncia por persecución psicológica por causa de la religión podría servir a modo de dictamen para éste y otros servicios independientes semejantes.

En esta denuncia por persecución psicológica por causa de la religión quedan expuestas las resistencias que impiden toda posibilidad de diálogo, que es el acto que humaniza toda relación. Aunque en estos lugares de represión no existe ninguna relación, sino que prevalece la ceguera del hombre de corazón duro. Un trato donde no existe la verdad tampoco puede existir el diálogo, y lo que abunda en este caso es el ABUSO, la VIOLENCIA y la IMPOSICIÓN. En estas estancias oscuras impregnadas con tanto sufrimiento humano innecesario que muchas personas hemos tenido que padecer a lo largo de los tiempos, aislados de casi todo, para muchos el pensamiento más dulce ha sido el de suicidio, para poder escapar de esta macabra realidad. Si en estos sitios en verdad hubiese algo de humanidad, no habría necesidad de puertas, cerrojos, cadenas químicas y mucho menos de ataduras en los lechos. En estas estancias oscuras, es donde se da uno de los puntos más álgidos donde el hombre sin corazón queda reducido a una pobre sombra de aquello que podría ser en realidad. Han sido muchas personas a lo largo de la historia que por el hecho de querer defender la verdadera justicia e ir de frente actuando con plena transparencia han terminado experimentando este castigo social respaldado por el Estado que en este caso particular ha delegado su autoridad en primer lugar en el poder judicial y finalmente a estos servicios sanitarios para constituirse en último término en la "policía de la mente".

Aprovechando esta ocasión le ruego que pueda considerar además que, mientras no se pongan en práctica de forma real las Normas/Derechos del CPT, se va a seguir actuando directa e indirectamente con esta forma de abuso y violencia especialmente para todas aquellas

personas que terminan siendo ingresadas involuntariamente en estos centros. No podemos admitir que todos los delincuentes que se les detiene en un calabozo de una comisaría tengan posibilidades de conocer sus derechos y las personas presas en un psiquiátrico, solo tengan por derechos las normas internas, que van a estar condicionadas de forma negativa o positiva según la conducta que tenga el usuario frente al control y el miedo. Debemos de procurar que estas unidades sean lo menos posible lugares de sometimiento y represión química, para que en el mejor de los casos sean auténticos instrumentos terapéuticos fundamentados en el trato entre el usuario y la sensibilidad humana del facultativo.

En el aspecto personal quisiera decir que mi intención con esta denuncia creo que podría servir además para abrir los ojos a muchos profesionales y usuarios y de esta manera concienciar del mal que, de una forma especial a partir del S.XIX, con mayor o menor conciencia la psiquiatría creyendo hacer un servicio para el bien de la humanidad, lo que han estado haciendo en verdad la mayoría de las ocasiones es terminar perjudicando aún más en este caso a los usuarios que se acercan a estos sanitarios. Estos usuarios suelen tener una confianza ciega en la ciencia y por esto creen que van a poder ser "curados" de los efectos que les generan los problemas personales de su vida.

Quisiera dejar claro que con esta intención no busco aceptación, protagonismo, ni tampoco la comprensión de las personas, aunque pueda llegar a reconocer que en un principio sí que pude estar mendigando estas formas de afectividad a ciertas personas que pude tener una mayor relación de amistad, pues creo que muchos podrán comprender que solo busco la mayor gloria de Dios. He podido perdonar gracias a Dios a todas estas personas que tanto mal me han hecho, aunque muchos de ellos no son apenas conscientes de lo que hacen a otras personas como ha sido al menos en mi caso, pues de no haberles podido perdonar, no hubiese tenido la fuerza para poder llegar hasta este punto. Por ello quisiera manifestar también que mi lucha no es tampoco contra estas personas, aunque por otro lado soy plenamente consciente que, si no me confrontara con ellos de esta manera, otras personas débiles e inocentes y que se encuentran en una posición de inferioridad seguirían padeciendo innecesariamente esta injusticia.

No solo han sido una de mis mejores armas, para poder luchar contra el Mal, el hecho de haber podido practicar las virtudes de la pureza y la castidad durante estos últimos 12 años, aunque no se haya llegado a reconocer, pues también lo he querido hacer dando testimonio de lo bueno y de lo malo de mi vida, de mis vergüenzas y mis delitos. Habiendo lavado todos estos pecados previamente por medio de la confesión sacramental, Dios ha hecho que mis vergüenzas y delitos sean un resplandor en la oscuridad, una muestra del esplendor de la verdad que es Cristo, para dar luz a las vergüenzas y delitos que, como hemos podido apreciar otros esconden «No tengáis nada que ver con las obras infructuosas de la oscuridad, sino más bien denunciadlas, porque da vergüenza aun mencionar lo que los desobedientes hacen en secreto. Pero todo lo que la luz pone al descubierto se hace visible, porque la luz es lo que hace que todo sea visible. Por eso se dice: «Despiértate, tú que duermes, levántate de entre los muertos, y te alumbrará Cristo».» (Ef. 5,11-14).

San Agustín fue una de las primeras personas en considerar que también podemos dar gloria a Dios con nuestras vergüenzas y delitos ya lavados; que, sin duda, es una de las mejores

formas para poder dar gloria a Dios. Este santo varón tuvo esta inspiración de Dios cuando escribió su conocido libro «Confesiones», para poder defenderse en aquel momento de los maniqueos. Servidor toma ejemplo de este gran santo y maestro espiritual, para hacer lo mismo contra todos aquellos déspotas y manipuladores que astutamente saben muy bien esconderse en la oscuridad. Por estas razones considero humildemente que el Señor puede convertir mis pecados, vergüenzas y delitos expuestos a la luz con libertad, para tirar por tierra todas aquellas calumnias que han caído sobre mi persona con el fin de desacreditarme con la etiqueta psíquica y social de «loco» o «enfermo mental».

Quisiera exponer que prácticamente desde mis primeros ingresos he contado con una garantía que me ha motivado a actuar con una mayor vehemencia en mi testimonio como cristiano. Este aspecto en concreto lo han recogido los psiquiatras en sus observaciones de una manera implícita como si fueran delirios místicos que incluso lo han llegado a categorizar como algo crónico. Esto no me escandaliza ni me supone un obstáculo en mi experiencia de vida de fe, puesto que los relatos evangélicos de la Pasión narran cómo Jesús fue objeto de burla; y san Marcos refiere también cómo los mismos parientes de Jesús están convencidos de que se ha trastornado (Mc 3,21). También san Juan relata que los que escuchan los discursos de Jesús creen que delira (Jn. 10,20). Esta garantía me ha ayudado a estar completamente convencido de que todos estos sabios y entendidos según el mundo están completamente equivocados y confundidos, puesto que aún cuento con la gracia inmerecida de Dios de poder contemplar la luz del sol sin tener ningún tipo de daño en mi vista «de día el sol no te hará daño» (Sal. 121,6).

Lo que parece que hasta este momento ignoran o no tienen intención de conocer porque para estos sanitarios les parece una locura, es el conocimiento que el Señor ha querido confiarme, que a decir verdad es mucho más fiable que todas sus teorías pseudocientíficas que al parecer muy pocos de ellos tienen consciencia que carecen de fundamento. Las matemáticas es una ciencia formal completamente exacta y fiable que si la comparamos con la psiquiatría es imprecisa y dudosa, ya que ésta última no se sostiene en una prueba física, sino en el criterio humano que se formaliza o se normaliza a través de un consenso de un grupo de élite. Lo que para su desgracia no pueden llegar reconocer lo que ya nos exhorta san Pablo, cuando dice que «ha escogido Dios más bien a los locos del mundo para confundir a los sabios. Y ha escogido Dios a los débiles, para confundir a los fuertes. Aún más, ha escogido la gente baja del mundo, lo despreciable, lo que no cuenta, para anular a lo que cuenta, de modo que nadie pueda gloriarse en presencia del Señor» (1 Co. 1, 27-28).

Cierto es que no he contado con el mismo nivel de estudios académicos y quizá mi inteligencia pudiera ser mucho inferior a la de estos sanitarios, «Pero nosotros hemos recibido un Espíritu que no es del mundo; es el Espíritu que viene de Dios, para que conozcamos los dones que de Dios recibimos. Cuando explicamos verdades espirituales a hombres de espíritu, no las exponemos en el lenguaje que enseña el saber humano, sino en el que enseña el Espíritu. Pues el hombre natural no capta lo que es propio del Espíritu de Dios, le parece una necedad; no es capaz de percibirlo, porque solo se puede juzgar con el criterio del Espíritu. En cambio, el hombre espiritual lo juzga todo, mientras que él no está sujeto al juicio de nadie. «¿Quién ha conocido la mente del Señor para poder instruirlo?». Pues bien, nosotros tenemos la mente de Cristo.» (1 Co. 2, 12-16)

Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes

Adoptada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su Resolución 77/199, de 18 de diciembre de 2002

Entrada en vigor: 22 de junio, 2006

Preámbulo

Los Estados Partes en el presente Protocolo.

Reafirmando que la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes están prohibidos y constituyen violaciones graves de los derechos humanos.

Convencidos de la necesidad de adoptar nuevas medidas para alcanzar los objetivos de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (en adelante denominada la Convención) y de fortalecer la protección de las personas privadas de su libertad contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes,

Recordando que los artículos 2 y 16 de la Convención obligan a cada Estado Parte a tomar medidas efectivas para prevenir los actos de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en todo territorio bajo su jurisdicción.

Reconociendo que los Estados tienen la responsabilidad primordial de aplicar estos artículos, que el fortalecimiento de la protección de las personas privadas de su libertad y el pleno respeto de sus derechos humanos es una responsabilidad común compartida por todos, y que los mecanismos internacionales de aplicación complementan y fortalecen las medidas nacionales.

Recordando que la prevención efectiva de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes requiere educación y una combinación de diversas medidas legislativas, administrativas, judiciales y de otro tipo.

Recordando también que la Conferencia Mundial de Derechos Humanos declaró firmemente que los esfuerzos por erradicar la tortura debían concentrarse ante todo en la prevención y pidió que se adoptase un protocolo facultativo de la Convención destinado a establecer un sistema preventivo de visitas periódicas a los lugares de detención.

Convencidos de que la protección de las personas privadas de su libertad contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes puede fortalecerse por medios no judiciales de carácter preventivo basados en visitas periódicas a los lugares de detención,

Acuerdan lo siguiente:

Parte I
Principios generales

Artículo 1

El objetivo del presente Protocolo es establecer un sistema de visitas periódicas a cargo de órganos internacionales y nacionales independientes a los lugares en que se encuentren personas privadas de su libertad, con el fin de prevenir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 2

1. Se establecerá un Subcomité para la Prevención de la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes del Comité contra la Tortura (en adelante denominado el Subcomité para la Prevención) que desempeñará las funciones previstas en el presente Protocolo.

2. El Subcomité para la Prevención realizará su labor en el marco de la Carta de las Naciones Unidas y se guiará por los propósitos y principios enunciados en ella, así como por las normas de las Naciones Unidas relativas al trato de las personas privadas de su libertad.

3. Asimismo, el Subcomité para la Prevención se guiará por los principios de confidencialidad, imparcialidad, no selectividad, universalidad y objetividad.
4. El Subcomité para la Prevención y los Estados Partes cooperarán en la aplicación del presente Protocolo.

Artículo 3

Cada Estado Parte establecerá, designará o mantendrá, a nivel nacional, uno o varios órganos de visitas para la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (en adelante denominado el mecanismo nacional de prevención).

Artículo 4

1. Cada Estado Parte permitirá las visitas, de conformidad con el presente Protocolo, de los mecanismos mencionados en los artículos 2 y 3 a cualquier lugar bajo su jurisdicción y control donde se encuentren o pudieran encontrarse personas privadas de su libertad, bien por orden de una autoridad pública o a instigación suya o con su consentimiento expreso o tácito (en adelante denominado lugar de detención). Estas visitas se llevarán a cabo con el fin de fortalecer, si fuera necesario, la protección de estas personas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

2. A los efectos del presente Protocolo, por privación de libertad se entiende cualquier forma de detención o encarcelamiento o de custodia de una persona por orden de una autoridad judicial o administrativa o de otra autoridad pública, en una institución pública o privada de la cual no pueda salir libremente.

Parte II
El Subcomité para la Prevención

Artículo 5

1. El Subcomité para la Prevención estará compuesto de diez miembros. Una vez que se haya registrado la quincuagésima ratificación del presente Protocolo o adhesión a él, el número de miembros del Subcomité para la Prevención aumentará a veinticinco.

2. Los miembros del Subcomité para la Prevención serán elegidos entre personas de gran integridad moral y reconocida competencia en la administración de justicia, en particular en materia de derecho penal, administración penitenciaria o policial, o en las diversas materias que tienen que ver con el tratamiento de personas privadas de su libertad.

3. En la composición del Subcomité para la Prevención se tendrá debidamente en cuenta una

distribución geográfica equitativa de los miembros y la representación de las diferentes formas de civilización y sistemas jurídicos de los Estados Partes.

4. En esta composición también se tendrá en cuenta la necesidad de una representación equilibrada de los géneros sobre la base de los principios de igualdad y no discriminación.

5. El Subcomité para la Prevención no podrá tener dos miembros de la misma nacionalidad.

6. Los miembros del Subcomité para la Prevención ejercerán sus funciones a título personal, actuarán con independencia e imparcialidad y deberán estar disponibles para prestar servicios con eficacia en el Subcomité para la Prevención.

Artículo 6

1. Cada Estado Parte podrá designar, de conformidad con el párrafo 2 del presente artículo, hasta dos candidatos que posean las calificaciones y satisfagan los requisitos indicados en el artículo 5, y, al hacerlo, presentarán información detallada sobre las calificaciones de los candidatos.

2. *a*) Los candidatos deberán tener la nacionalidad de un Estado Parte en el presente Protocolo;
b) Al menos uno de los dos candidatos deberá tener la nacionalidad del Estado Parte que lo proponga;

c) No se podrá proponer la candidatura de más de dos nacionales de un Estado Parte;
d) Un Estado Parte, antes de proponer la candidatura de un nacional de otro Estado Parte, deberá solicitar y obtener el consentimiento de éste.

3. Al menos cinco meses antes de la fecha de la reunión de los Estados Partes en que deba procederse a la elección, el Secretario General de las Naciones Unidas enviará una carta a los Estados Partes invitándoles a que presenten sus candidaturas en un plazo de tres meses. El Secretario General presentará una lista por orden alfabético de todos los candidatos designados de este modo, indicando los Estados Partes que los hayan designado.

Artículo 7

1. La elección de los miembros del Subcomité para la Prevención se efectuará del modo siguiente:

a) La consideración primordial será que los candidatos satisfagan los requisitos y criterios del artículo 5 del presente Protocolo;
b) La elección inicial se celebrará a más tardar seis meses después de la fecha de la entrada en vigor del presente Protocolo;
c) Los Estados Partes elegirán a los miembros del Subcomité para la Prevención en votación secreta;
d) Las elecciones de los miembros del Subcomité para la Prevención se celebrarán en reuniones bienales de los Estados Partes convocadas por el Secretario General de las Naciones Unidas. En estas reuniones, para las cuales el quórum estará constituido por los dos tercios de los Estados Partes, se considerarán elegidos miembros del Subcomité para la Prevención los candidatos que obtengan el mayor número de votos y la mayoría absoluta de los votos de los representantes de los Estados Partes presentes y votantes.

2. Si durante el proceso de selección se determina que dos nacionales de un Estado Parte reúnen las condiciones establecidas para ser miembros del Subcomité para la Prevención, el candidato que reciba el mayor número de votos será elegido miembro del Subcomité para la Prevención. Si ambos candidatos obtienen el mismo número de votos se aplicará el procedimiento siguiente:

a) Si sólo uno de los candidatos ha sido propuesto por el Estado Parte del que es nacional, quedará elegido miembro ese candidato;
b) Si ambos candidatos han sido propuestos por el Estado Parte del que son nacionales, se procederá a votación secreta por separado para determinar cuál de ellos será miembro;
c) Si ninguno de los candidatos ha sido propuesto por el Estado Parte del que son nacionales, se procederá a votación secreta por separado para determinar cuál de ellos será miembro.

Artículo 8

Si un miembro del Subcomité para la Prevención muere o renuncia, o no puede desempeñar sus funciones en el Subcomité para la Prevención por cualquier otra causa, el Estado Parte que haya presentado su candidatura podrá proponer a otra persona que posea las calificaciones y satisfaga los requisitos indicados en el artículo 5, teniendo presente la necesidad de mantener un equilibrio adecuado entre las distintas esferas de competencia, para que desempeñe sus funciones hasta la siguiente reunión de los Estados Partes, con sujeción a la aprobación de la mayoría de dichos Estados. Se considerará otorgada dicha aprobación salvo que la mitad o más de los Estados Partes respondan negativamente dentro de un plazo de seis semanas a contar del momento en que el Secretario General de las Naciones Unidas les comunique la candidatura propuesta.

Artículo 9

Los miembros del Subcomité para la Prevención serán elegidos por un mandato de cuatro años. Podrán ser reelegidos una vez si se presenta de nuevo su candidatura.
El mandato de la mitad de los miembros elegidos en la primera elección expirará al cabo de dos años; inmediatamente después de la primera elección, el Presidente de la reunión a que se hace referencia en el apartado *d*) del párrafo 1 del artículo 7 designará por sorteo los nombres de esos miembros.

Artículo 10

1. El Subcomité para la Prevención elegirá su Mesa por un mandato de dos años. Los miembros de la Mesa podrán ser reelegidos.

2. El Subcomité para la Prevención establecerá su propio reglamento, que dispondrá, entre otras cosas, lo siguiente:

a) La mitad más uno de sus miembros constituirán quórum;
b) Las decisiones del Subcomité para la Prevención se tomarán por mayoría de votos de los miembros presentes;
c) Las sesiones del Subcomité para la Prevención serán privadas.

3. El Secretario General de las Naciones Unidas convocará la reunión inicial del Subcomité para la Prevención. Después de su reunión inicial, el Subcomité para la Prevención se reunirá en las ocasiones que determine su reglamento. El Subcomité para la Prevención y el Comité contra la Tortura celebrarán sus períodos de sesiones simultáneamente al menos una vez al año.

Parte III
Mandato del Subcomité para la Prevención

Artículo 11

El mandato del Subcomité para la Prevención será el siguiente:

a) Visitar los lugares mencionados en el artículo 4 y hacer recomendaciones a los Estados Partes en cuanto a la protección de las personas privadas de su libertad contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes;

b) Por lo que respecta a los mecanismos nacionales de prevención:

i) Asesorar y ayudar a los Estados Partes, cuando sea necesario, a establecerlos;
ii) Mantener contacto directo, de ser necesario confidencial, con los mecanismos nacionales de prevención y ofrecerles formación y asistencia técnica con miras a aumentar su capacidad;
iii) Ayudar y asesorar a los mecanismos nacionales de prevención en la evaluación de las necesidades y las medidas destinadas a fortalecer la protección de personas privadas de su libertad contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes;
iv) Hacer recomendaciones y observaciones a los Estados Partes con miras a reforzar la capacidad y el mandato de los mecanismos nacionales para la prevención de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes;

c) Cooperar, para la prevención de la tortura en general, con los órganos y mecanismos pertinentes de las Naciones Unidas así como con instituciones u organizaciones internacionales, regionales y nacionales cuyo objeto sea fortalecer la protección de todas las personas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 12

A fin de que el Subcomité para la Prevención pueda cumplir el mandato establecido en el artículo 11, los Estados Partes se comprometen a:

a) Recibir al Subcomité para la Prevención en su territorio y darle acceso a todos los lugares de detención definidos en el artículo 4 del presente Protocolo;
b) Compartir toda la información pertinente que el Subcomité para la Prevención solicite para evaluar las necesidades y medidas que deben adoptarse con el fin de fortalecer la protección de las personas privadas de su libertad contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes;
c) Alentar y facilitar los contactos entre el Subcomité para la Prevención y los mecanismos nacionales de prevención;
d) Examinar las recomendaciones del Subcomité para la Prevención y entablar un diálogo con éste sobre las posibles medidas de aplicación.

Artículo 13

1. El Subcomité para la Prevención establecerá, primeramente por sorteo, un programa de visitas periódicas a los Estados Partes para dar cumplimiento a su mandato de conformidad con el artículo 11.

2. Tras celebrar las consultas oportunas, el Subcomité para la Prevención notificará su programa a los Estados Partes para que éstos puedan, sin demora, adoptar las disposiciones prácticas necesarias para la realización de las visitas.

3. Las visitas serán realizadas por dos miembros como mínimo del Subcomité para la Prevención. Estos miembros podrán ir acompañados, si fuere necesario, de expertos de reconocida experiencia y conocimientos profesionales acreditados en las materias a que se refiere el presente Protocolo, que serán seleccionados de una lista de expertos preparada de acuerdo con las propuestas hechas por los Estados Partes, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Centro de las Naciones Unidas para la Prevención Internacional del Delito. Para la preparación de esta lista, los Estados Partes interesados propondrán un máximo de cinco expertos nacionales. El Estado Parte de que se trate podrá oponerse a la inclusión de un determinado experto en la visita, tras lo cual el Subcomité para la Prevención propondrá el nombre de otro experto.

4. El Subcomité para la Prevención, si lo considera oportuno, podrá proponer una breve visita de seguimiento después de la visita periódica.

Artículo 14

1. A fin de que el Subcomité para la Prevención pueda desempeñar su mandato, los Estados Partes en el presente Protocolo se comprometen a darle:

a) Acceso sin restricciones a toda la información acerca del número de personas privadas de su libertad en lugares de detención según la definición del artículo 4 y sobre el número de lugares y su emplazamiento;
b) Acceso sin restricciones a toda la información relativa al trato de esas personas y a las condiciones de su detención;

c) Con sujeción a lo dispuesto en el párrafo 2 *infra*, acceso sin restricciones a todos los lugares de detención y a sus instalaciones y servicios;
d) Posibilidad de entrevistarse con las personas privadas de su libertad, sin testigos, personalmente o con la asistencia de un intérprete en caso necesario, así como con cualquier otra persona que el Subcomité para la Prevención considere que pueda facilitar información pertinente;
e) Libertad para seleccionar los lugares que desee visitar y las personas a las que desee entrevistar.

2. Sólo podrá objetarse a una visita a un determinado lugar de detención por razones urgentes y apremiantes de defensa nacional, seguridad pública, catástrofes naturales o disturbios graves en el lugar que deba visitarse, que impidan temporalmente la realización de esta visita. El Estado Parte no podrá hacer valer la existencia de un estado de excepción como tal para oponerse a una visita.

Artículo 15

Ninguna autoridad o funcionario ordenará, aplicará, permitirá o tolerará sanción alguna contra una persona u organización por haber comunicado al Subcomité para la Prevención o a sus miembros cualquier información, ya sea verdadera o falsa, y ninguna de estas personas u organizaciones sufrirá perjuicios de ningún tipo por este motivo.

Artículo 16

1. El Subcomité para la Prevención comunicará sus recomendaciones y observaciones con carácter confidencial al Estado Parte y, si fuera oportuno, al mecanismo nacional de prevención.

2. El Subcomité para la Prevención publicará su informe, juntamente con las posibles observaciones del Estado Parte interesado, siempre que el Estado Parte le pida que lo haga. Si el Estado Parte hace pública una parte del informe, el Subcomité para la Prevención podrá publicar el informe en su totalidad o en parte. Sin embargo, no podrán publicarse datos personales sin el consentimiento expreso de la persona interesada.

3. El Subcomité para la Prevención presentará un informe público anual sobre sus actividades al Comité contra la Tortura.

4. Si el Estado Parte se niega a cooperar con el Subcomité para la Prevención de conformidad con los artículos 12 y 14, o a tomar medidas para mejorar la situación con arreglo a las recomendaciones del Subcomité para la Prevención, el Comité contra la Tortura podrá, a instancias del Subcomité para la Prevención, decidir por mayoría de sus miembros, después de que el Estado Parte haya tenido oportunidad de dar a conocer sus opiniones, hacer una declaración pública sobre la cuestión o publicar el informe del Subcomité para la Prevención.

Parte IV
Mecanismos nacionales de prevención

Artículo 17

Cada Estado Parte mantendrá, designará o creará, a más tardar un año después de la entrada en vigor del presente Protocolo o de su ratificación o adhesión, uno o varios mecanismos nacionales independientes para la prevención de la tortura a nivel nacional. Los mecanismos establecidos por entidades descentralizadas podrán ser designados mecanismos nacionales de prevención a los efectos del presente Protocolo si se ajustan a sus disposiciones.

Artículo 18

1. Los Estados Partes garantizarán la independencia funcional de los mecanismos nacionales de prevención, así como la independencia de su personal.
2. Los Estados Partes tomarán las medidas necesarias a fin de garantizar que los expertos del mecanismo nacional de prevención tengan las aptitudes y los conocimientos profesionales requeridos. Se tendrá igualmente en cuenta el equilibrio de género y la adecuada representación de los grupos étnicos y minoritarios del país.

3. Los Estados Partes se comprometen a proporcionar los recursos necesarios para el funcionamiento de los mecanismos nacionales de prevención.
4. Al establecer los mecanismos nacionales de prevención, los Estados Partes tendrán debidamente en cuenta los Principios relativos al estatuto de las instituciones nacionales de promoción y protección de los derechos humanos.

Artículo 19

Los mecanismos nacionales de prevención tendrán como mínimo las siguientes facultades:

a) Examinar periódicamente el trato de las personas privadas de su libertad en lugares de detención, según la definición del artículo 4, con miras a fortalecer, si fuera necesario, su protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes;
b) Hacer recomendaciones a las autoridades competentes con objeto de mejorar el trato y las

condiciones de las personas privadas de su libertad y de prevenir la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, tomando en consideración las normas pertinentes de las Naciones Unidas;
c) Hacer propuestas y observaciones acerca de la legislación vigente o de los proyectos de ley en la materia.

Artículo 20

A fin de que los mecanismos nacionales de prevención puedan desempeñar su mandato, los Estados Partes en el presente Protocolo se comprometen a darles:

a) Acceso a toda la información acerca del número de personas privadas de su libertad en lugares de detención según la definición del artículo 4 y sobre el número de lugares de detención y su emplazamiento;
b) Acceso a toda la información relativa al trato de esas personas y a las condiciones de su detención;
c) Acceso a todos los lugares de detención y a sus instalaciones y servicios;
d) Posibilidad de entrevistarse con las personas privadas de su libertad, sin testigos, personalmente o con la asistencia de un intérprete en caso necesario, así como con cualquier otra persona que el mecanismo nacional de prevención considere que pueda facilitar información pertinente;
e) Libertad para seleccionar los lugares que deseen visitar y las personas a las que deseen entrevistar;
f) El derecho a mantener contactos con el Subcomité para la Prevención, enviarle información y reunirse con él.

Artículo 21

1. Ninguna autoridad o funcionario ordenará, aplicará, permitirá o tolerará sanción alguna contra una persona u organización por haber comunicado al mecanismo nacional de prevención cualquier información, ya sea verdadera o falsa, y ninguna de estas personas u organizaciones sufrirá perjuicios de ningún tipo por este motivo.

2. La información confidencial recogida por el mecanismo nacional de prevención tendrá carácter reservado. No podrán publicarse datos personales sin el consentimiento expreso de la persona interesada.

Artículo 22

Las autoridades competentes del Estado Parte interesado examinarán las recomendaciones del mecanismo nacional de prevención y entablarán un diálogo con este mecanismo acerca de las posibles medidas de aplicación.

Artículo 23

Los Estados Partes en el presente Protocolo se comprometen a publicar y difundir los informes anuales de los mecanismos nacionales de prevención.

Parte V
Declaración

Artículo 24

1. Una vez ratificado el presente Protocolo, los Estados Partes podrán hacer una declaración para aplazar el cumplimiento de sus obligaciones en virtud de la parte III o de la parte IV.

2. Este aplazamiento tendrá validez por un período máximo de tres años. Una vez que el Estado Parte haga las presentaciones del caso y previa consulta con el Subcomité para la Prevención, el Comité contra la Tortura podrá prorrogar este período por otros dos años.

Parte VI
Disposiciones financieras

Artículo 25

1. Los gastos que efectúe el Subcomité para la Prevención en la aplicación del presente Protocolo serán sufragados por las Naciones Unidas.

2. El Secretario General de las Naciones Unidas proporcionará el personal y los servicios necesarios para el desempeño eficaz de las funciones asignadas al Subcomité para la Prevención en virtud del presente Protocolo.

Artículo 26

1. Se creará un Fondo Especial con arreglo a los procedimientos de la Asamblea General en la materia, que será administrado de conformidad con el Reglamento Financiero y Reglamentación Financiera Detallada de las Naciones Unidas, para contribuir a financiar la aplicación de las recomendaciones del Subcomité para la Prevención a un Estado Parte después de una visita, así como los programas de educación de los mecanismos nacionales de prevención.

2. Este Fondo Especial podrá estar financiado mediante contribuciones voluntarias de los gobiernos, organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales y otras entidades privadas o públicas.

Parte VII
Disposiciones finales

Artículo 27

1. El presente Protocolo estará abierto a la firma de todos los Estados que hayan firmado la Convención.

2. El presente Protocolo estará sujeto a ratificación por cualquier Estado que haya ratificado la Convención o se haya adherido a ella. Los instrumentos de ratificación serán depositados en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

3. El presente Protocolo quedará abierto a la adhesión de todos los Estados que hayan ratificado la Convención o se hayan adherido a ella.
4. La adhesión se efectuará mediante el depósito de un instrumento de adhesión en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

5. El Secretario General de las Naciones Unidas comunicará a todos los Estados que hayan firmado el presente Protocolo o se hayan adherido a él el depósito de cada uno de los instrumentos de ratificación o adhesión.

Artículo 28

1. El presente Protocolo entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que haya sido

depositado el vigésimo instrumento de ratificación o adhesión en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

2. Para cada Estado que ratifique el presente Protocolo o se adhiera a él después de haber sido depositado el vigésimo instrumento de ratificación o de adhesión en poder del Secretario General de las Naciones Unidas, el presente Protocolo entrará en vigor el trigésimo día a partir de la fecha en que ese Estado haya depositado su instrumento de ratificación o de adhesión.

Artículo 29

Las disposiciones del presente Protocolo serán aplicables a todas las partes componentes de los Estados federales, sin limitación ni excepción alguna.

Artículo 30

No se admitirán reservas al presente Protocolo.

Artículo 31

Las disposiciones del presente Protocolo no afectarán a las obligaciones que los Estados Partes puedan haber contraído en virtud de una convención regional que instituya un sistema de visitas a los lugares de detención. Se alienta al Subcomité para la Prevención y a los órganos establecidos con arreglo a esas convenciones regionales a que se consulten y cooperen entre sí para evitar duplicaciones y promover efectivamente los objetivos del presente Protocolo.

Artículo 32

Las disposiciones del presente Protocolo no afectarán a las obligaciones de los Estados Partes en virtud de los cuatro Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949 y sus Protocolos adicionales de 8 de junio de 1977 o la posibilidad abierta a cualquier Estado Parte de autorizar al Comité Internacional de la Cruz Roja a visitar los lugares de detención en situaciones no comprendidas en el derecho internacional humanitario.

Artículo 33

1. Todo Estado Parte podrá denunciar el presente Protocolo en cualquier momento mediante notificación escrita dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas, quien informará seguidamente a los demás Estados Partes en el presente Protocolo y la Convención. La denuncia surtirá efecto un año después de la fecha en que la notificación haya sido recibida por el Secretario General.

2. Esta denuncia no eximirá al Estado Parte de las obligaciones que le impone el presente Protocolo con respecto a cualquier acción o situación ocurrida antes de la fecha en que haya surtido efecto la denuncia o las medidas que el Subcomité para la Prevención haya decidido o decida adoptar en relación con el Estado Parte de que se trate, ni la denuncia entrañará tampoco la suspensión del examen de cualquier asunto que el Subcomité para la Prevención haya empezado a examinar antes de la fecha en que surta efecto la denuncia.
3. A partir de la fecha en que surta efecto la denuncia del Estado Parte, el Subcomité para la Prevención no empezará a examinar ninguna cuestión nueva relativa a dicho Estado.

Artículo 34

1. Todo Estado Parte en el presente Protocolo podrá proponer enmiendas y depositarlas en poder del Secretario General de las Naciones Unidas. El Secretario General comunicará las enmiendas propuestas a los Estados Partes en el presente Protocolo, pidiéndoles que le notifiquen si desean que se convoque una conferencia de Estados Partes con el fin de examinar

las propuestas y someterlas a votación. Si en el plazo de cuatro meses a partir de la fecha de la comunicación un tercio al menos de los Estados Partes se declara a favor de la convocación, el Secretario General convocará la conferencia bajo los auspicios de las Naciones Unidas. Toda enmienda adoptada por una mayoría de dos tercios de los Estados Partes presentes y votantes en la conferencia será sometida por el Secretario General a todos los Estados Partes para su aceptación.

2. Una enmienda adoptada de conformidad con el párrafo 1 del presente artículo entrará en vigor cuando haya sido aceptada por una mayoría de dos tercios de los Estados Partes en el presente Protocolo, de conformidad con sus respectivos procedimientos constitucionales.

3. Las enmiendas, cuando entren en vigor, serán obligatorias para los Estados Partes que las hayan aceptado, en tanto que los demás Estados Partes seguirán obligados por las disposiciones del presente Protocolo y por las enmiendas anteriores que hayan aceptado.

Artículo 35

Se reconocerá a los miembros del Subcomité para la Prevención y de los mecanismos nacionales de prevención las prerrogativas e inmunidades que sean necesarias para el ejercicio independiente de sus funciones. Se reconocerá a los miembros del Subcomité para la Prevención las prerrogativas e inmunidades especificadas en la sección 22 de la Convención sobre Prerrogativas e Inmunidades de las Naciones Unidas, de 13 de febrero de 1946, con sujeción a las disposiciones de la sección 23 de dicha Convención.

Artículo 36

Durante la visita a un Estado Parte, y sin perjuicio de las disposiciones y objetivos del presente Protocolo y de las prerrogativas e inmunidades de que puedan gozar, los miembros del Subcomité para la Prevención deberán:

a) Observar las leyes y los reglamentos del Estado visitado;
b) Abstenerse de toda acción o actividad incompatible con el carácter imparcial e internacional de sus funciones.

Artículo 37

1. El presente Protocolo, cuyos textos en árabe, chino, español, francés, inglés y ruso son igualmente auténticos, será depositado en poder del Secretario General de las Naciones Unidas.

2. El Secretario General de las Naciones remitirá copias certificadas del presente Protocolo a todos los Estados.

Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes (CPT)

Normas del CPT

Secciones de los Informes Generales del CPT dedicadas a cuestiones de fondo

III. Establecimientos psiquiátricos

Internamiento involuntario en establecimientos psiquiátricos

Extracto del 8º Informe General [CPT/Inf (98) 12]

A. Observaciones preliminares

25. El CPT es responsable de examinar el trato a todas las categorías de personas privadas de libertad por parte de una autoridad pública, incluyendo las personas con problemas de salud mental.

Los establecimientos visitados incluyen los hospitales psiquiátricos que alojan, además de los pacientes voluntarios, a personas que han sido hospitalizadas de forma involuntaria como consecuencia de procesos civiles para recibir tratamiento psiquiátrico. El CPT además visita las instalaciones (hospitales especiales, unidades determinadas en hospitales civiles, etc.) para personas cuya admisión a los establecimientos psiquiátricos haya sido ordenada en el contexto de un procedimiento penal. Las instalaciones psiquiátricas para presos que desarrollan una enfermedad mental en el curso de su encarcelamiento, ya sea dentro del sistema penitenciario o en las instituciones psiquiátricas civiles, reciben también una atención especial por parte del CPT.

26. Al examinar el tema de los servicios de asistencia sanitaria en las prisiones en su 3er Informe General (cf. CPT/Inf (93) 12, párrafos del 30 al 77), el CPT estableció un número de criterios generales que han guiado su trabajo (acceso a un médico; igualdad en la asistencia; consentimiento del paciente y confidencialidad; asistencia sanitaria preventiva; independencia profesional y competencia profesional). Estos criterios se aplican también al internamiento involuntario en los establecimientos psiquiátricos.

En los párrafos siguientes se describen algunos de los temas principales en los que se centra el CPT en relación a las personas que son ingresadas involuntariamente en los establecimientos psiquiátricos1. El CPT espera en este sentido dar una clara indicación por adelantado a las autoridades nacionales de sus puntos de vista con respecto al tratamiento de dichas personas; el Comité acogería de buen grado los comentarios sobre esta sección de su Informe General.

1 Con respecto a la atención psiquiátrica de los presos, se hará también referencia a los párrafos 41 al 44 del 3er Informe General del Comité.

B. Prevención de los malos tratos

27. En la perspectiva de su mandato, la prioridad esencial del CPT al visitar un establecimiento psiquiátrico debe ser predeterminar si hay indicios de maltrato deliberado a los pacientes. Dichos indicios se descubren en raras ocasiones. De forma más general, el CPT desea poner de relieve la dedicación al cuidado del paciente observada entre la gran mayoría del personal en prácticamente todos los establecimientos psiquiátricos visitados por sus delegaciones. Esta situación es en ocasiones digna de elogio debido a la escasez de personal y a la falta de recursos a disposición de dicho personal.

Sin embargo, las propias observaciones del CPT in situ y los informes recibidos de otras fuentes indican que el maltrato deliberado a los pacientes en los establecimientos psiquiátricos se produce de vez en cuando. Como consecuencia, se plantean una serie de cuestiones que están estrechamente relacionadas con el tema de la prevención de malos tratos (por ejemplo, medios de represión; procedimientos de reclamación; contacto con el mundo exterior; supervisión externa). Sin embargo, se deberían hacer algunas observaciones llegados a este punto en lo que concierne a la elección del personal y a la supervisión del mismo.

28. Trabajar con los enfermos mentales y con los discapacitados psíquicos será siempre una tarea difícil para todas las categorías de personal implicadas. A este respecto, se debería tener en cuenta que el personal de asistencia sanitaria en los establecimientos psiquiátricos es asistido frecuentemente en su trabajo diario por los ordenanzas; además, en algunos establecimientos se asignan tareas relacionadas con la seguridad a un considerable número de personal. La información a disposición del CPT sugiere que, cuando se produce un maltrato deliberado por parte del personal en los establecimientos psiquiátricos, es el personal auxiliar, más que personal médico o de enfermería cualificado, el culpable.

Teniendo en cuenta el reto que supone su trabajo, es de crucial importancia que el personal auxiliar sea cuidadosamente seleccionado y que reciba tanto una formación adecuada antes de hacerse cargo de sus obligaciones como cursos de prácticas. Además, durante la ejecución de sus tareas, deberán ser estrechamente supervisados –y estar sujetos a su autoridad– por personal de asistencia sanitaria cualificado.

29. En algunos países, el CPT se ha encontrado con determinados pacientes, o presos de los establecimientos penitenciarios colindantes, empleados como personal auxiliar en las instalaciones psiquiátricas. El Comité tiene serios recelos sobre este planteamiento y sólo lo aceptaría como medida de último recurso. Si dichos nombramientos son inevitables, las actividades de las personas concernidas deberán ser supervisadas de una forma continua por personal de asistencia sanitaria cualificado.

30. Además, es esencial que se utilicen los procedimientos adecuados con el fin de proteger determinados pacientes psiquiátricos de otros pacientes que podrían causarles daños. Ello requiere, entre otras cosas, la presencia de personal adecuado en todo momento, incluyendo las noches y los fines de semana. Además, se deberían tomar medidas específicas para pacientes particularmente vulnerables; por ejemplo, a los discapacitados psíquicos y/o adolescentes trastornados mentalmente no se les debería alojar junto con otros pacientes adultos.

31. El control de dirección adecuado de todas las categorías del personal puede además contribuir significativamente a la prevención de los malos tratos. Obviamente, debe comunicarse el mensaje claro de que no es aceptable el maltrato físico y psicológico de los pacientes y que se tratará severamente. De forma más general, la administración debería garantizar que el papel terapéutico del personal en los establecimientos psiquiátricos no se considerase como secundario en relación a las consideraciones de seguridad.

De forma análoga, deberían revisarse consiguientemente las normas y prácticas capaces de generar un clima de tensión entre el personal y los pacientes. La imposición de multas al

personal en caso de fuga de un paciente es precisamente el tipo de medida que podría tener un efecto negativo en el sistema de valores dentro de un establecimiento psiquiátrico.

C. Condiciones de vida y tratamiento de los pacientes

32. El CPT examina concienzudamente las condiciones de vida y el tratamiento de los pacientes; las irregularidades cometidas en este campo pueden llevar rápidamente a situaciones que se engloban dentro del ámbito del término "tratamiento inhumano y degradante". El objetivo debería ser ofrecer unas condiciones materiales enfocadas al tratamiento y bienestar de los pacientes; en términos psiquiátricos, un ambiente terapéutico positivo. Esto es importante no sólo para los pacientes, sino también para el personal que trabaja en los establecimientos psiquiátricos. Además, se debe proporcionar a los pacientes un tratamiento y un cuidado adecuados, tanto psiquiátrico como somático; teniendo en cuenta el principio de igualdad en la asistencia, el tratamiento médico y el cuidado sanitario recibido por las personas que han sido ingresadas involuntariamente en un establecimiento psiquiátrico debería ser comparable al que disfrutan los pacientes psiquiátricos voluntarios.

33. La calidad de las condiciones de vida y el tratamiento de los pacientes depende inevitablemente en gran medida de los recursos disponibles. El CPT reconoce que, en tiempos de graves dificultades económicas, se tendrán que hacer sacrificios, incluyendo los centros de salud. Sin embargo, debido a las circunstancias encontradas en algunas de las visitas, el Comité desea reseñar que la cobertura de determinadas necesidades básicas debe ser siempre garantizada en instituciones en las que el Estado tiene personas a su cargo y/o bajo su custodia. Estas necesidades incluyen una alimentación adecuada, calefacción y ropa así como –en centros de salud– una medicación adecuada.

Condiciones de vida

34. Crear un ambiente terapéutico positivo implica, en primer lugar, proporcionar el suficiente espacio a cada paciente así como una iluminación adecuada, calefacción y ventilación y el mantenimiento del establecimiento en unas condiciones satisfactorias que cumplan los requisitos de higiene del hospital.

Se debería prestar especial atención a la decoración de las salas de los pacientes y las zonas de recreo, con el fin de proporcionar a los pacientes un estímulo visual. El suministro de mesitas de noche y armarios es altamente recomendable y se les debería permitir a los pacientes conservar determinadas pertenencias personales (fotografías, libros, etc.). También se subraya la importancia de proporcionar a los pacientes un espacio de uso personal con llave en el que puedan guardar sus pertenencias; la falta de dicho espacio puede minar el sentido de seguridad y autonomía del paciente.

Los servicios deberían dar a los pacientes cierta privacidad. Además, las necesidades de los ancianos y/o pacientes discapacitados a este respecto deberían ser consideradas de forma especial; por ejemplo, los aseos que tengan un diseño que no permita al usuario sentarse no son adecuados para dichos pacientes. De forma análoga, debe haber disponible un equipo hospitalario básico que permita al personal facilitar una asistencia adecuada (incluyendo la

higiene personal a los pacientes que estén postrados en la cama); la falta de dicho equipo puede conducir a condiciones miserables.

Se debería también tener en cuenta que la práctica observada en algunos establecimientos psiquiátricos, de vestir siempre a los pacientes con pijamas / batas no conduce precisamente a un reforzamiento de la identidad personal y de la autoestima; la individualización de la ropa debería formar parte del proceso terapéutico.

35. La alimentación de los pacientes es otro aspecto de sus condiciones de vida que preocupa particularmente al CPT. La comida no debería ser sólo adecuada desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo, sino que también debería ser suministrada a los pacientes en condiciones satisfactorias. Debería haber el equipo necesario que permitiese que los alimentos fuesen servidos a la temperatura correcta. Además, los preparativos de la comida deberían ser decentes; a este respecto se debería subrayar que permitir a los pacientes realizar los actos de la vida diaria –como comer con los cubiertos adecuados mientras están sentados a la mesa– representa una parte integral de los programas de rehabilitación psicosocial de los pacientes. De la misma forma, la presentación de los alimentos es un factor que no deberían pasar por alto.

Las necesidades particulares de las personas discapacitadas, en relación a los preparativos del catering también deberían ser tenidas en cuenta.

36. El CPT también desea dejar claro su apoyo a la tendencia observada en varios países a cerrar dormitorios de amplia capacidad en los establecimientos psiquiátricos; dichas instalaciones son apenas compatibles con las normas de la psiquiatría moderna. La provisión de estructuras de alojamiento basadas en pequeños grupos es un factor crucial para preservar / restaurar la dignidad de los pacientes, y también un elemento clave de cualquier política para la rehabilitación psicológica y social de los pacientes. Las estructuras de este tipo facilitan también la colocación de los pacientes en categorías relevantes para fines terapéuticos.

De forma similar, el CPT promueve el planteamiento, cada vez más adoptado, de permitir a los pacientes tener acceso a sus dormitorios durante el día, en vez de obligarlos a permanecer juntos reunidos con otros pacientes en zonas comunes.

Tratamiento

37. El tratamiento psiquiátrico se debería basar en un planteamiento individualizado que implicase el establecimiento de un plan de tratamiento para cada paciente. Debería incluir una amplia gama de actividades de rehabilitación y terapéuticas, incluyendo la terapia ocupacional, la terapia de grupo, la psicoterapia individual, el arte, el teatro, la música y los deportes. Los pacientes deberían tener acceso habitual a salas de recreo debidamente equipadas y tener la posibilidad de hacer ejercicio al aire libre diariamente; también es deseable para ellos que se les ofrezca una educación y un trabajo adecuado.

El CPT ha encontrado en demasiadas ocasiones que estos componentes fundamentales de tratamiento efectivo de rehabilitación psicosocial están infradesarrollados o incluso existe una carencia total de los mismos y que el tratamiento proporcionado a los pacientes consiste esencialmente en farmacoterapia. Esta situación puede ser el resultado de la ausencia de

personal debidamente cualificado y de la falta de instalaciones adecuadas o el resultado de una filosofía anticuada basada en la custodia de los pacientes.

38. Por supuesto, la medicación psicofarmacológica es a menudo una parte necesaria del tratamiento dado a los pacientes con desórdenes mentales. Deben existir los procedimientos que garanticen que realmente se suministra la medicación prescrita, y que se garantiza un suministro regular de las medicinas adecuadas. El CPT también estará observando si se produce algún indicio de uso indebido de la medicación.

39. La terapia electroconvulsiva (ECT) es una forma reconocida de tratamiento a los pacientes psiquiátricos que sufren algún tipo determinado de desorden. Sin embargo, se debería prestar mucha atención a que la ECT concuerde con el plan de tratamiento del paciente y su administración debe estar acompañada de las garantías necesarias.

Al CPT le preocupa particularmente encontrar lugares en los que la ECT se administra en su forma no modificada (es decir, sin relajantes anestésicos y musculares); este método no puede ser ya considerado aceptable en la práctica de la psiquiatría moderna. Aparte del riesgo de fracturas y otras consecuencias médicas adversas, el proceso mental esdegradante tanto para el paciente como para el personal implicado. Por consiguiente, la ECT se debería siempre administrar en su forma modificada.

La ECT debe ser administrada fuera de la vista de otros pacientes (preferiblemente en una sala que esté aparte y que haya sido equipada para dicho propósito), por personal que haya sido entrenado específicamente para suministrar dicho tratamiento. Además, la administración de la ECT será registrada en detalle en un archivo especifico. Solo de esta manera, se podrán identificar claramente las prácticas indeseables por parte de la dirección del hospital y ser discutidas con el personal.

40. Las revisiones periódicas del estado de salud de un paciente y de la medicación prescrita, es otro requisito básico. Ello permitirá entre otras cosas que se tomen las decisiones adecuadas con respecto a una posible alta hospitalaria o traslado a un ambiente menos restrictivo.

Se debería abrir un historial médico personal y confidencial para cada paciente. El historial debería contener información sobre el diagnóstico (incluyendo los resultados de cualquier examen especial al que se haya sometido el paciente) así como un registro continuo del estado de salud mental y somático del paciente y de su tratamiento. El paciente debería poder consultar su historial, a menos que fuese desaconsejable desde el punto de vista terapéutico, y debería poder pedir la información que contiene para ponerla a disposición de su familia o de su abogado. Además, en el caso de traslado, el historial debería ser entregado a los médicos del nuevo establecimiento que lo acoja; en el caso de que se ponga en libertad al preso, el historial debería ser entregado –con el consentimiento del paciente– al médico que lo trate en la comunidad exterior.

41. Los pacientes deberían, como cuestión de principio, estar en situación de dar su libre consentimiento al tratamiento siendo conscientes del mismo. La admisión de una persona en un establecimiento psiquiátrico de forma involuntaria no se debería interpretar como autorización

para el tratamiento sin su consentimiento. De lo que se deduce que a cada paciente, ya sea voluntario o involuntario, se le debería dar la oportunidad de rechazar el tratamiento o cualquier otra intervención médica. Cualquier derogación de este principio fundamental debería basarse en la ley y relacionarse sólo con circunstancias excepcionales claras y estrictamente definidas.

Por supuesto, el consentimiento al tratamiento sólo será considerado como libre y expreso si está basado en una información completa, exacta y comprensible del estado del paciente y del tratamiento propuesto; describir la ECT como "terapia de sueño" es un ejemplo de información no completa ni exacta del tratamiento en cuestión. Por consiguiente, todos los pacientes deberían recibir sistemáticamente la información necesaria sobre su estado y el tratamiento propuesto para ello. También se les debería proporcionar la información relevante (resultados, etc.) después del tratamiento.

D. Personal

42. Los recursos del personal deberían ser los adecuados en términos de número, categoría (psiquiatras, médicos de cabecera, enfermeras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc.), experiencia y formación. Las deficiencias de personal minarán generalmente de forma seria los intentos de ofrecer actividades del tipo descrito en el párrafo 37; además pueden conducir a situaciones de alto riesgo para los pacientes, a pesar de las buenas intenciones y los esfuerzos auténticos del personal que esté en servicio.

43. En algunos países, el CPT se ha visto particularmente sorprendido por el escaso número de enfermeras psiquiátricas cualificadas existente entre el personal sanitario de los establecimientos psiquiátricos y por la falta de personal cualificado para realizar actividades de terapia social (en particular, terapeutas ocupacionales). El desarrollo de la formación sanitaria psiquiátrica especializada y un mayor énfasis en la terapia social tendrán un impacto considerable en la calidad de la asistencia. En particular, conducirá a un medio terapéutico menos centrado en los tratamientos físicos y basados en medicamentos.

44. En una sección anterior ya se han visto determinadas observaciones relativas a los temas de personal, y más particularmente, al personal auxiliar (cf. párrafos del 28 al 31). Sin embargo, el CPT también presta especial atención a la actitud de los médicos y personal sanitario. En particular, el Comité buscará pruebas de un interés genuino en establecer una relación terapéutica con los pacientes. También comprobará que los pacientes que puedan ser considerados como una carga o que potencialmente no puedan ser rehabilitados, no sean desatendidos.

45. Como en otros servicios de asistencia sanitaria, es importante que las distintas categorías de personal que trabajan en una unidad psiquiátrica se reúnan periódicamente y formen un equipo bajo la autoridad de un médico senior. Ello permitirá identificar y discutir los problemas día a día y proporcionar una guía para resolver los mismos. La falta de dicha posibilidad podría engendrar frustración y resentimiento entre los miembros del personal.

46. La estimulación y el apoyo externos son también necesarios para garantizar que el personal de los establecimientos psiquiátricos no se aísle demasiado. A este respecto, es altamente

deseable que se le ofrezca a dicho personal posibilidades de formación fuera de sus establecimientos, así como oportunidades de traslado. De forma similar, se debería promover la presencia de personas independientes (ejemplo estudiantes e investigadores) y organismos externos (cf. párrafo 55) en los establecimientos psiquiátricos.

E. Medios de represión

47. En cualquier establecimiento psiquiátrico, la represión de los pacientes agitados y/o violentos puede ser necesaria en algunas ocasiones. Es un tema que preocupa particularmente al CPT, dado el potencial de abusos y malos tratos.

La represión de los pacientes debería estar sujeta a una política claramente definida. Dicha política debería dejar claro que los intentos iniciales para reprimir a los pacientes agitados o violentos deberían ser, en la medida de lo posible, no físicos (es decir instrucción oral) y que, cuando fuese necesaria la represión física, se debería limitar, en principio, al control manual.

El personal de los establecimientos psiquiátricos debería recibir formación de las técnicas de control manual y no físicas con respecto a los pacientes agitados o violentos. El contar con dichas técnicas permitirá al personal elegir la respuesta más adecuada cuando se vean enfrentados a situaciones difíciles, reduciendo así significativamente el riesgo de heridas a pacientes y personal.

48. El recurso a instrumentos de represión física (correas, camisas de fuerza, etc.) se justificará en raras ocasiones y deberá ser siempre expresamente ordenado por un médico o informados a un médico con el fin de buscar su aprobación. Si, excepcionalmente, se recurre a instrumentos de represión física, deberían ser retirados a la más mínima ocasión; nunca deberían ser aplicados, ni su aplicación prolongada, como castigo.

El CPT se ha encontrado en ocasiones con pacientes psiquiátricos a los que se les ha aplicado instrumentos de represión física durante varios días; el Comité debe enfatizar que dicho estado de cosas no puede tener justificación terapéutica y puede dar lugar, desde su punto de vista, a los malos tratos.

49. Se debería hacer además referencia, en este contexto, a la reclusión (es decir, prisión incomunicada en una sala) de los pacientes violentos o "difíciles de controlar" por otras causas, un procedimiento que tiene una larga historia en psiquiatría.

Existe una clara tendencia en la práctica de la psiquiatría moderna a favor de evitar la reclusión de los pacientes y al CPT le satisface ver que en muchos países se está convirtiendo en un procedimiento desfasado. Mientras la reclusión permanezca en uso, debería ser objeto de una política detallada, que tenga en cuenta en particular: los tipos de casos en los que debe ser utilizada; los objetivos buscados; su duración y la necesidad de revisiones periódicas; la existencia de contacto humano adecuado; la necesidad de personal especialmente atento.

Nunca deberá utilizarse la reclusión como castigo.

50. Cada instante de represión física de un paciente (control manual, utilización de instrumentos de represión física, reclusión) debería registrarse en un archivo específico destinado a este propósito (así como también en el historial del paciente). El registro debería incluir las fechas del inicio y del término de la medida, las circunstancias del caso, las razones para recurrir a dicha medida, el nombre del médico que lo ordenó o lo aprobó, y el número de heridas sufridas por los pacientes o por el personal.

Esto facilitará enormemente tanto la gestión de dichos incidentes como la supervisión del alcance de dicha medida.

F. Garantías en el contexto de internamiento involuntario

51. Teniendo en cuenta su vulnerabilidad, los enfermos mentales y los discapacitados psíquicos requieren mucha atención con el fin de prevenir cualquier forma de conducta –o evitar cualquier omisión– contraria a su bienestar. De ello se deduce que el internamiento involuntario en un establecimiento psiquiátrico deberá estar siempre acompañado de las garantías adecuadas. Una de las garantías más importantes –consentimiento libre e informado del tratamiento– ha sido ya subrayado (cf. párrafo 41).

La decisión inicial de internamiento

52. El procedimiento por el cual se decide el internamiento involuntario deberá ofrecer unas garantías de independencia e imparcialidad así como también de pericia médica objetiva.

Por lo que concierne, más particularmente, al internamiento involuntario de naturaleza civil, en muchos países la decisión relativa al internamiento debe ser adoptada por un autoridad judicial (o confirmada por dicha autoridad en un plazo límite corto), de acuerdo con las opiniones psiquiátricas. Sin embargo, la implicación automática de una autoridad judicial en la decisión inicial de internamiento no está prevista en todos los países. La Recomendación del Comité de Ministros nº R (83) 2, sobre la protección legal de las personas que sufren desórdenes mentales ingresadas como pacientes involuntarios permite ambos planteamientos (aunque el establecimiento de garantías especiales en el caso de la decisión de internamiento sea confiada a una autoridad no judicial). La Asamblea Parlamentaria ha reabierto, sin embargo, el debate sobre este tema mediante su Recomendación 1235 (1994) sobre psiquiatría y derechos humanos, exigiendo que las decisiones relacionadas con el internamiento involuntario sean adoptadas por un juez.

En cualquier caso, una persona ingresada involuntariamente en un establecimiento psiquiátrico por una autoridad no judicial deberá tener derecho a interponer una demanda mediante la cual la legalidad de su detención sea decidida inmediatamente por un tribunal.

Garantías durante el internamiento

53. Se debería imprimir y entregar a cada paciente en el momento de su admisión, así como a sus familiares, un folleto introductorio que estableciera la rutina del establecimiento y los derechos de los pacientes. Cualquier paciente que no pueda comprender dicho folleto recibirá la ayuda necesaria.

Además, como en cualquier otro caso de privación de libertad, un procedimiento de quejas efectivas es una garantía básica contra los malos tratos en los establecimientos psiquiátricos. Se deberían tomar medidas específicas que permitiesen a los pacientes presentar quejas formales a un organismo claramente designado para el caso, y a comunicarse de forma confidencial con una autoridad competente fuera del establecimiento.

54. Mantener contacto con el mundo exterior es esencial, no solo para la prevención de los malos tratos sino también desde el punto de vista terapéutico.

Los pacientes deberían poder recibir y enviar correspondencia, tener acceso al teléfono y recibir visitas de sus familiares y amigos. Se debería garantizar además el acceso confidencial a un abogado.

55. Además, el CPT da una considerable importancia a que los establecimientos psiquiátricos sean visitados regularmente por un organismo externo independiente (es decir, un juez o un comité supervisor) para que sea responsable de la inspección de la asistencia a los pacientes. Este organismo debería ser autorizado, en particular a hablar de forma privada con los pacientes, recibir directamente cualquier queja que puedan tener y hacer cualquier recomendación necesaria.

Alta

56. La estancia involuntaria en un establecimiento psiquiátrico debería cesar tan pronto como deje de ser necesario para el estado mental del paciente. Por consiguiente, la necesidad de dicha permanencia se debería revisar en intervalos periódicos.

Cuando la estancia involuntaria es para un determinado período, renovable de acuerdo con las pruebas psiquiátricas, dicha revisión se hará de acuerdo con los mismos términos de la estancia. Sin embargo, el internamiento involuntario podrá ser para un período sin especificar, especialmente en el caso de personas que hayan sido obligatoriamente admitidas en un establecimiento psiquiátrico como resultado de un procedimiento penal y que son consideradas peligrosas. Si el período de estancia involuntaria no está especificado, debería producirse una revisión automática en intervalos periódicos de la necesidad de continuar la estancia.

Además, el propio paciente podrá exigir en intervalos razonables que una autoridad judicial revise la necesidad de estar internado en el establecimiento.

57. Aunque no se exija por más tiempo la estancia involuntaria, el paciente podrá no obstante seguir necesitando tratamiento y/o un ambiente protegido en la comunidad exterior. A este respecto, el CPT ha descubierto, en varios países, que algunos pacientes cuyo estado mental ya no requería que fuesen detenidos en un establecimiento psiquiátrico, permanecían, sin embargo, en dichos establecimientos, debido a la falta de asistencia / alojamiento adecuados en la comunidad exterior. Que las personas continúen estando privadas de libertad como resultado de la ausencia de instalaciones externas adecuadas, es una situación muy cuestionable.

G. Observaciones finales

58. La estructura organizacional de los servicios de asistencia sanitaria para las personas con desórdenes psiquiátricos varía de un país a otro, y ciertamente es un asunto que cada Estado debe determinar. Sin embargo, el CPT desea captar la atención sobre la tendencia en varios países a reducir el número de camas en los grandes establecimientos psiquiátricos y a desarrollar unidades sanitarias mentales con base en la comunidad. El Comité considera que esto supone un avance muy favorable, a condición de que dichas unidades proporcionen una asistencia de calidad satisfactoria.

Actualmente está muy aceptado que los grandes establecimientos psiquiátricos suponen un riesgo significativo de institucionalización tanto para los pacientes como para el personal, tanto más si están situados en poblaciones aisladas. Ello puede dar como resultado un efecto perjudicial en el tratamiento del paciente. Los programas de atención que se sirven de una completa gama de tratamiento psiquiátrico son mucho más fáciles de implementar en unidades pequeñas situadas cerca de los principales centros urbanos.

Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental

La presente Declaración que marca el 40 aniversario de la Federación Mundial de la Salud Mental, fundada el 21 de agosto de 1948, y de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, proclamada el 10 de diciembre de 1948, ha sido adoptada por vez primera el 17 de enero de 1989 bajo el nombre de Declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales, en el transcurso del 40 Aniversario de la Federación, en Luxor, Egipto. La presente revisión confirma la inquietud de la Federación no sólo por los individuos definidos como enfermos mentales, sino también por aquellos que son vulnerables a la enfermedad o trastorno mental y emocional, o que corren el riesgo de estar expuestos a ella. La Federación considera que los Derechos Humanos trascienden las fronteras políticas, sociales, culturales y económicas, y se aplican a la raza humano en su conjunto. Fue adoptada por el Consejo de Administración de la Federación el 26 de agosto de 1989, con ocasión de su Congreso Mundial Bienal de la Salud Mental, celebrado en Auckland, Nueva Zelanda.

PREÁMBULO

Considerando que el documento fundacional de la Federación Mundial de la Salud Mental de 1948, titulado Salud Mental y Ciudadanía Mundial, establece que la salud mental constituye "una promesa formal, reflexiva y responsable hacia la humanidad considerada como un todo" "basada en el libre consentimiento" y en el "respeto a las diferencias individuales y culturales".

Considerando que los seres humanos designados públicamente o diagnosticados profesionalmente y tratados o ingresados como enfermos mentales, o afectados por una perturbación emocional, comparten, según los términos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948, "la dignidad inherente" y "los derechos iguales e inalienables de los miembros de la familia humana" y, según los términos del documento fundacional de la FMSM una "humanidad común" con los otros seres humanos del mundo entero.

Considerando que la Organización Mundial de la Salud define la salud como "un estado de bienestar físico, mental, social y moral completo y no sólo como la ausencia de enfermedad o dolencia".

Considerando que el diagnóstico de enfermedad mental establecido por un experto en salud mental será conforme a criterios médicos, psicológicos, científicos y éticos reconocidos y que la dificultad para adaptarse a valores morales, sociales, políticos u otros no será considerada en sí misma como una enfermedad mental; considerando igualmente que, a pesar de todo, aún hoy, algunos individuos son designados y diagnosticados en ocasiones como enfermos mentales o tratados y encerrados como tales.

Considerando que las enfermedades mentales graves no sólo obstaculizan la capacidad del individuo para el trabajo, el amor y el odio, sino que también impiden a su familia o a su comunidad vivir normalmente e imponen a la sociedad una carga permanente de cuidados.

Considerando que la FMSM ha suscrito el principio de la participación del usuario o del consumidor en la planificación gestión y funcionamiento de los servicios de salud mental.

Considerando que la FMSM reafirma la existencia de las libertades y derechos fundamentales expuestas en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948, así como los instrumentos ulteriores de estos derechos.

Considerando que la FMSM reconoce que la aplicación de estos principios exige tener en cuenta las circunstancias culturales, económicas, históricas, sociales, espirituales y otras de las sociedades específicas, y respetar en todos los casos los criterios básicos de los derechos humanos, que sobrepasan los límites de los grupos políticos y culturales.

El Consejo de Administración de la FEDERACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL, proclama la presente DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y DE LA SALUD MENTAL la norma común a todos los pueblos y naciones de la familia humana.

Artículo 1

La promoción de la salud mental incumbe a las autoridades gubernamentales y no gubernamentales, tanto como a los organismos intergubernamentales, sobre todo en tiempos de crisis. De acuerdo con la definición de salud de la OMS y con el reconocimiento de la preocupación de la FMSM por su funcionamiento óptimo, los programas de salud y de salud mental contribuirán tanto al desarrollo de la responsabilidad individual y familiar en relación con la salud personal y con la de grupos, como a la promoción de una calidad de vida lo más elevada posible.

Artículo 2

La prevención de la enfermedad o del trastorno mental o emocional constituye un componente esencial de todo sistema de servicio de salud mental. En este terreno, la formación será difundida tanto entre los profesionales como entre el público en general. Los esfuerzos de prevención deben incluir, igualmente, una atención que sobrepasa los límites del sistema mismo de asistencia en salud mental y ocuparse de las circunstancias ideales de desarrollo, comenzando por la planificación familiar, la atención prenatal y perinatal, para continuar a lo largo de todo el ciclo de la vida, proporcionando suficientes cuidados generales de salud, posibilidades de educación, de empleo y de seguridad social. Será prioritaria la investigación sobre la prevención de las afecciones mentales, de las enfermedades y de la mala salud mental.

Artículo 3

La prevención de la enfermedad y del trastorno mental o emocional y el tratamiento de aquellos que lo sufren exige la cooperación entre sistemas de salud, de investigación y de seguridad social, intergubernamentales, gubernamentales y no gubernamentales, así como de las instituciones de enseñanza. Una cooperación semejante comprende la participación de la comunidad y la intervención de las asociaciones de atención mental profesionales y voluntarias, y también de los grupos de consumidores y de ayuda mutua. Incluirá la investigación, la enseñanza, la planificación y todos los aspectos necesarios acerca de los problemas que pudieran surgir, así como la prestación de servicios directos.

Artículo 4

Los derechos fundamentales de los seres humanos designados o diagnosticados, tratados o definidos como mental o emocionalmente enfermos o perturbados, serán idénticos a los derechos del resto de los ciudadanos. Comprenden el derecho a un tratamiento no obligatorio, digno, humano y cualificado, con acceso a la tecnología médica, psicológica y social indicada; la ausencia de discriminación en el acceso equitativo a la terapia o de su limitación injusta a causa de convicciones psocio-económicas, culturales, éticas, raciales, religiosas, de sexo, edad u orientaciónolíticas, sexual; el derecho a la vida privada y a la confidencialidad; el derecho a la protección de la propiedad privada; el derecho a la protección de los abusos físicos y psico-sociales; el derecho a la protección contra el abandono profesional y no profesional; el derecho de cada persona a una información adecuada sobre su estado clínico. El derecho al tratamiento médico incluirá la hospitalización, el estatuto de paciente ambulatorio y el tratamiento psico-social apropiado, con la garantía de una opinión médica, ética y legal reconocida y, en los pacientes internados sin su consentimiento, el derecho a la representación imparcial, a la revisión y a la apelación.

Artículo 5

Todos los enfermos mentales tienen derecho a ser tratados según los mismos criterios profesionales y éticos que los otros enfermos. Esto incluye un esfuerzo orientado a la consecución por parte del enfermo del mayor grado posible de autodeterminación y de responsabilidad personal. El tratamiento se realizará dentro de un cuadro conocido y aceptado por la comunidad, de la manera menos molesta y menos restrictiva posible. En este sentido, será positivo que se aplique lo mejor en interés del paciente y no en interés de la familia, la comunidad, los profesionales o el Estado. El tratamiento de las personas cuyas posibilidades de gestión personal se hayan visto mermadas por la enfermedad, incluirá una rehabilitación psico-social dirigida al restablecimiento de las aptitudes vitales y se hará cargo de sus necesidades de alojamiento, empleo, transporte, ingresos económicos, información y seguimiento después de su salida del hospital.

Artículo 6

Todas las poblaciones contienen grupos vulnerables y particularmente expuestos a la enfermedad o trastorno mental o emocional. Los miembros de estos grupos exigen una atención preventiva, y también terapéutica, particular, el igual que el cuidado en la protección de su salud y de sus derechos humanos. Se Incluyen las víctimas de las catástrofes naturales, de las violencias entre comunidades y la guerra, las víctimas de abusos colectivos, comprendidos aquéllos que proceden del Estado; también los individuos vulnerables a causa de su movilidad residencia (emigrantes, refugiados), de su edad (recién nacidos, niños, ancianos), de su estatuto de inferioridad (étnica, racial, sexual, socioeconómica), de la pérdida de sus derechos civiles (soldados, presos) y de su salud. Las crisis de la vida, tales como los duelos, la ruptura de la familia y el paro, exponen Igualmente a los Individuos a estos riesgos.

Artículo 7

La colaboración intersectorial es esencial paraproteger los derechos humanos y legales de los individuos que están o han estado mental o emocionalmente enfermos o expuestos a los riesgos de una mala salud mental. Todas las autoridades públicas deben reconocer la obligación de responder a los problemas sociales mayores ligados a la salud mental, del mismo modo que a las consecuencias de condiciones catastróficas para la salud mental. La responsabilidad pública incluirá la disponibilidad de servicios de salud mental especializados en la medida de lo posible dentro del contexto de una Infraestructura de atención primaria, así como una educación pública referida a la salud y a la enfermedad mentales y a los medios de que se dispone para contribuir a la primera y hacer frente a la segunda.

Artículo 8

Ningún Estado, grupo o persona puede deducir nada de la presente Declaración que implique derecho alguno a abrazar una confesión o a comprometerse en cualquier actividad que conduzca a la destrucción de ninguno de los derechos o libertades citados previamente.

ENLACE DE SEGUIMIENTO: https://novaevangelizatio.org/7849-2