

# Salud mental en el barrio.

## *Mental health in the neighborhood.*

**Jose Ignacio Ibáñez**

Psiquiatra, psicoanalista. Responsable médico del Módulo de Asistencia Psicosocial de Cruces-Barakaldo, Bizkaia.

**Resumen:** Se desarrolla el recorrido por la historia del Módulo de Asistencia Psicosocial de Cruces y su labor con motivo de su 35º Aniversario, abordando los aspectos clínicos y sociales, así como vicisitudes en su organización y funcionamiento.

**Palabras clave:** Derecho a la asistencia, libre elección de centro, sufrimiento psíquico, psicoanálisis aplicado a la institución.

**Abstract:** A journey through the history of Módulo de Asistencia Psicosocial de Cruces and its work on the occasion of its 35th Anniversary.

**Key words:** Right to medical assistance, free choice of medical center, psychological distress, psychoanalysis applied to the institution.

Corría el año 1979, hacía tres que había muerto el dictador, y la situación social y asistencial en este país seguía siendo muy precaria, a la vez que se daba una efervescencia de reivindicaciones, proyectos de mejora y creación de nuevos dispositivos de todo tipo que ayudasen a un aumento y mejora de la calidad de vida.

En estas condiciones, y ante la difícil situación familiar que sufrían, sobre todo en la relación de pareja y familiar, en parte por los efectos del alcohol en sus maridos a los que podríamos encuadrar en lo que se denominaba bebedores sociales, un grupo de mujeres de este barrio de Cruces decidió hacer algo y contando con el apoyo de la asistente social de la zona constituyeron la que se denominó “Asociación de Familiares de Enfermos Alcohólicos de Cruces”.

A partir de ahí comenzó la búsqueda de más apoyos institucionales, de profesionales del mundo “psi” que quisiesen participar en el proyecto y en el intento de rehabilitación de esas personas, de

un local donde reunirse, de recursos económicos para sostener el proyecto, etc. Esto mismo se había comenzado a hacer también en el vecino Bilbao, así como en otros municipios de la provincia, dando lugar a los llamados módulos psicosociales apoyados o promovidos por los ayuntamientos. Muchos de ellos con la creación de Osakidetza se convirtieron en centros de salud mental integrándose en lo que hoy es la Red de Salud Mental de Bizkaia.

Este fue el inicio de lo que hoy es la Asociación “Módulo de Asistencia Psicosocial de Cruces”, que gracias al apoyo municipal pudo disponer de unos locales, en los que se ubica el Módulo y su labor asistencial, cuyo 35 aniversario celebramos con esta jornada.

Por ello agradecemos a los componentes de la mesa, compañeros de profesión que han aceptado desinteresadamente acompañarnos en este aniversario para trabajar sobre esto de la salud mental con todos uds. También quiero agradecer

su colaboración en el sostenimiento del Módulo a todos los profesionales que han pasado por él antes de los que componemos actualmente su equipo: dos psiquiatras, un psicólogo y una auxiliar administrativa.

### Modelo

Voy a comenzar citando a otro querido compañero, Gustavo Dessal, psicólogo y psicoanalista, que en un artículo titulado “Augurios sobre la psiquiatría actual” dice: “¿Qué augurio cabe, pues, esperar para la psiquiatría de este milenio? Degradado su saber en los ambiguos postulados de la química y en los recursos paliativos de una psicología reeducativa, el psiquiatra, más que nunca, percibe el peso del aburrimiento y la burocratización en el ejercicio de su praxis, definitivamente divorciada de su antiguo lazo con la sabiduría... Es por esa razón que la psiquiatría, más que nunca, debería reconocer en el psicoanálisis el aliado que podría auxiliarla en la recuperación de su antigua ciencia”.

Esta reflexión sobre la psiquiatría actual considero que es un buen punto de partida para hablarles del modo en que trabajamos en el Módulo, y que con más o menos fortuna vengo desarrollando desde que llegué a él en el año 1991, con el inestimable apoyo y respaldo de mis compañeros, sobre todo en algunos momentos recientes de serias dificultades para todos nosotros. Y porque además creo que este modelo está en consonancia con el espíritu de sus fundadoras.

Un modelo basado en el derecho a una atención digna y adecuada a las personas que, por el motivo que sea, tienen un sufrimiento psíquico, con patología o no, relacionado con dificultades en su vida que les impide vivirla de un modo más o menos satisfactorio, y necesitan alguien que les escuche y les ayude a encontrar una orientación para evitar caer en algo que sí sea ya patológico.

Para no extenderme mucho sobre esto, que podemos retomar en el debate, me apoyaré, y voy a citarles la que se conoce como “La declaración de Tenerife” surgida a partir del Foro de Salud Mental, y que supongo muchos de uds. ya conocen. En ella, “las organizaciones, asociaciones, profesionales, familiares y usuarios, ciudadanos, reunidos en Tenerife, el 9 de junio de 2012 en el

marco del XXV Congreso de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de la Salud Mental, consideran”, entre otras cosas, que:

- “La Salud Mental es un asunto de todos,... su mejora requiere de la participación y el compromiso de todos los ciudadanos.
- La atención en la comunidad es la modalidad asistencial que mejor favorece que las personas con enfermedades mentales sean atendidas en su medio natural, o en aquel al que desean pertenecer, generando sentimientos de pertenencia e inclusión, haciendo efectivos derechos humanos y civiles...”

Y prosigue: “Atendiendo a estos principios y requerimientos, Declaramos:

Punto tres: Las leyes, normas y procedimientos clínicos pertinentes para atender a personas con trastornos mentales deben elaborarse en colaboración con profesionales, usuarios y familiares. Para ello, la comunidad y sus gobernantes deben promover y apoyar el desarrollo de organizaciones de usuarios, de familiares y de profesionales para asegurar una participación activa con su experiencia y conocimiento en órganos de planificación y de toma de decisiones; cuidando que sea una participación activa, consciente, responsable, libre, organizada y sostenida para asegurar que las prestaciones que se reciben son respetuosas con las personas en su calidad de ciudadanos.”

Para llevar adelante el proyecto de asistencia del Módulo partimos de esas premisas señaladas: todas las personas tienen derecho a asistencia en el campo de lo mental y a elegir dónde quieren recibir esa asistencia.

Consideramos que esta debe ser lo más rápido posible, pues sabemos que el sufrimiento psíquico muchas veces es insoportable, además de subjetivo y por tanto no entiende de tiempos cronológicos.

Para ello seguimos una política que denominamos de puertas abiertas. Es decir que nuestras puertas siempre están abiertas para que quien considere que lo necesita pueda acceder a la asistencia pertinente sin necesidad de papeles, listas de espera, autorizaciones administrativas, etc.

Pero también hay que señalar que más del 90% de las personas que recibimos son derivadas desde Atención Primaria, por tanto no hay que pensar, como nos han achacado a veces, que esto es una especie de psiquiatrización general. Más bien entendemos que es lo contrario, atender a quién lo necesita y en lo que necesita, para resolver lo antes posible ese malestar sin que se patologice o cronifique. Y esto se puede hacer con pocas consultas y a veces sin necesidad de medicarles.

Porque es verdad que la tolerancia a la frustración y a las complicaciones que acarrea la vida han disminuido mucho en la sociedad actual, y lo que antes se consideraba normal, o algo que formaba parte del proceso de la vida, por ejemplo estar triste por ciertas circunstancias, la elaboración de un duelo por la pérdida de un ser querido, una ruptura sentimental, la pérdida de un puesto de trabajo, ser un niño movido, etc. ahora se vive como una tragedia y se solicita, a veces de un modo imperativo, que se les alivie de ese malestar, muchas veces con dispensación de medicación, y entonces tenemos que estar prestos a dar una respuesta a esta demanda. Respuesta que no tiene por qué ser farmacológica ni psiquiatrizante.

Para ello lo que hacemos es abordar los puntos problemáticos que trae la persona a consulta e intentar entender qué está ocurriendo, además de buscar cuál es su implicación en eso que le produce malestar y orientarle para que encuentre soluciones propias.

De ahí que otro de los puntos que nos caracteriza sea el alto volumen de altas que damos.

Desde el año 2.000, en que contamos con estadísticas, pero posiblemente desde antes, podemos constatar que anualmente damos más altas que pacientes nuevos nos vienen a consulta.

Es decir que los pacientes transitan por el Módulo el tiempo estrictamente necesario para encontrar un modo de hacer con su motivo de demanda, sea patológica o no.

Evidentemente, si es patológica o si son casos de gravedad, este tránsito va a ser más largo y a veces indefinido, además de que hagamos uso de la medicación pertinente.

## Tiempos difíciles

En estos años hemos intentado estar muy atentos a la evolución de la sociedad y a los cambios y nuevas necesidades que van surgiendo, de ahí la creación de nuevos programas de atención y la adecuación de otros que ya existían para estar a la altura de esos cambios.

Así además de mantener los programas clásicos de intervención de alcoholismo y los de salud mental en todas las edades, hemos ido desarrollando otros programas:

- De atención a la mujer, que desde el año 2012, incluye un programa de atención a víctimas de violencia de género, en colaboración con el Ayuntamiento de Barakaldo y con la Dirección de Atención a las Víctimas de Violencia de Género del Gobierno Vasco.
- Desde el año 2010 tenemos, en colaboración con la Diputación de Bizkaia, un programa de intervención con adolescentes con trastornos de conducta.
- También comenzamos en ese año 2010, y mantenemos, un programa de intervención con inmigrantes.
- Desde el año 2006 hasta el 2012 mantuvimos, en colaboración con la Asociación Ekintza-Aluviz y a petición del Departamento de Sanidad, un programa de atención a los ludópatas de la provincia de Bizkaia. Programa que vamos a retomar este mismo mes, ya que les puedo comunicar con alegría que desde hoy ha entrado en vigor el nuevo contrato que acabamos de firmar con el Departamento de Salud para mantener la actividad en Salud Mental para la zona, además de retomar este programa de atención a ludópatas.

Con la firma de este contrato se pone fin a dos años de incertidumbre sobre el futuro del Módulo y desde aquí quiero agradecer a todos los numerosos apoyos recibidos para lograr su mantenimiento, que esperamos sea definitivo.

Y tampoco hemos querido descuidar el área de formación, investigación y de transmisión de nuestra experiencia. Por ello desde hace más de diez años recibimos en prácticas a alumnos del practicum de psicología de la Universidad de

Deusto, y hace unos meses firmamos un programa de colaboración con Deusto Psych que estamos comenzando a desarrollar.

Mi tarea, como psiquiatra y responsable de la actividad del Módulo, entre otras variadas funciones, consiste en recibir a las personas que acuden por primera vez al Módulo, bien remitidas por su médico de cabecera u otro especialista o servicio, bien por iniciativa propia. Y a partir de ahí, tras escuchar su motivo de consulta, decidir la atención que se le va a prestar, bien psicológica, bien psicofarmacológica o ambas, además de darle un nombre diagnóstico al trastorno por el que acude.

Pero también soy psicoanalista y por ello no puedo dejar de estar atento a la posibilidad de que aparezca algo de la demanda, no como simple demanda de curación o como derecho a la salud, como derecho del usuario o cliente como se les denomina ahora, y que son una parte importante de las consultas que atendemos. Personas que no quieren saber y solo buscan silenciar el malestar como sea, con pastillas o que alguien que les diga lo que tienen que hacer, etc.

Lo que busco, y espero, es una demanda del lado del sujeto y de su estructura psíquica, que permita algo del buen encuentro, que permita poner al frente la clínica, pero no la clínica del manual diagnóstico, ni la de los consensos sino la clínica particular del sujeto.

Ya que todo síntoma por el cual se consulta conlleva, como ya he señalado, un sufrimiento.

Se trata de escuchar este sufrimiento y esta demanda e interrogar al sujeto sobre su modo de participación en esta situación, o las circunstancias que le han llevado a ser objeto de ello y consentir de algún modo en eso que le ocurre y, si se da el buen encuentro, ponernos al trabajo para buscar otro modo de hacer, bien desde las formaciones del inconsciente en las neurosis, bien desde los fenómenos elementales en las psicosis.

Signos a veces sutiles, a la espera de que alguien los escuche y se los tome en serio, al pie de la letra, para permitir la aparición del sujeto y de que este se ponga al trabajo.

Este es nuestra manera de hacer y esperamos que persista, manteniendo la colaboración que

siempre ha existido desde la creación del Módulo, primero con acuerdos con los diversos organismos existentes en la época y posteriormente, desde hace más de 20 años, con los convenios establecidos con el Departamento de Sanidad, ahora de Salud. Porque entendemos que son modelos complementarios y que pueden coexistir y colaborar sin problemas, como se ha demostrado todos estos años pasados.

### Unas Viñetas

Para concluir voy a tratar de ilustrarles todo esto que vengo diciendo con algunas breves viñetas clínicas de diferentes sujetos que he atendido o sigo atendiendo en la institución y con los que he podido ir un poco más allá:

1. Mujer que acude a una consulta de salud mental por primera vez en su vida, remitida con un volante de Atención Primaria, donde dice: “Duelo sin resolver, separación en verano, posible depresión post-parto”.

Nada más iniciar la entrevista se pone a llorar, explicando su situación: “Estoy desesperada, no paro de llorar. Se me juntaron varias cosas a la vez: Hace un año murió amama. Estando embarazada andaba a golpes con mi marido, él que siempre trabaja lo justo no paraba de trabajar, nunca estaba en casa. Tengo un niño de 3 meses. Antes me daba por chillar, ahora por llorar. Me paso el día llorando”. Está mal hasta tal punto que incluso se está planteando una separación definitiva.

Le pregunto por amama y resulta que en realidad era una vecina, es ella la que le llamaba así, ya que era con la que se había criado, y a la que quería como si realmente fuese su amama.

“Estaba mal del corazón, estaba malita, era mayor y se murió. No lo acabo de asimilar”. Esta mujer estaba muy ilusionada con el embarazo y había hecho ropitas para el bebé, ropitas que la paciente no le ha puesto, lo tiene todo guardado, incluidas fotos suyas con amama, ya que no las puede ver, le traen demasiados recuerdos. Y nuevamente se hecha a llorar.

Me dice que todo el mundo le dice que no está bien, que tiene que dejar de llorar, que no es

bueno llorar tanto. Le digo que llorar no es malo, que más bien le puede servir para desahogarse y sacar todo eso que tiene dentro. Se sorprende e insiste en preguntarme, al marcharse, si puede llorar, a lo que asiento.

La siguiente entrevista viene sonriente, relajada, y dice: “He llorado mucho y estoy mucho mejor”. Está menos triste, chilla menos con su marido, las cosas en casa están mucho más tranquilas y mejor, y además ha vuelto a poner las fotos que tenía de amama.

Acude a una tercera entrevista manifestando encontrarse ya bien, si bien aún está sensible. Las cosas con su pareja siguen mejorando, y además están esforzándose ambos en mejorarlas. Ella ha comenzado ya a trabajar, estaba de baja maternal, y está bien y contenta en el trabajo. Además ha apuntado a su hijo a la guardería y todo va bien.

2. Señora de unos 60 años de edad que acude porque todos le insisten (familia, amigos) en que se ponga en tratamiento antidepresivo tras el fallecimiento, hace unos meses, de una hija por un proceso cancerígeno de curso rápido.

Está ya en terapia con una psicóloga, pero le insisten en que se ponga en tratamiento ya que hace años sufrió una depresión y piensan que está recayendo.

Tras escucharla le digo, muy suavemente y con delicadeza, que en lo que me dice no aprecio ningún signo de depresión en ella, pero sí mucha tristeza. A lo que responde con cierto júbilo: “¿Verdad que no estoy deprimida? Es lo que yo les digo, estoy triste pero como no, es duro perder a una hija”, y me habla de todo el proceso de la enfermedad.

Quedamos de acuerdo en que no precisa medicación antidepresiva, que seguirá su terapia con la psicóloga y que si lo necesita dentro de un tiempo me llamará.

3. Mujer que acude remitida por su médico de A.P. tras descartar patología orgánica por varias taquicardias y con antecedentes (padre fallecido por infarto, madre en fase terminal

tras infarto). Viene con desconfianza tras una mala experiencia con una psicóloga, de la que dice “se enteró de mi vida y no me solucionó nada”, pero acepta acudir a buscar alguna solución, ya que “viene a quitarse el muerto de encima”, y lo explica por un lado en relación a su padre y por otro por una violación a los trece años.

Va desplegando diversas cuestiones que le conciernen en las relaciones con su madre, su marido, sus hermanas, y habla de una fobia a los perros, que asocia con la violación, y que sorprendentemente desaparece de un día para otro, lo que le hace decir: “veo que esto funciona”.

Tras acudir durante unos meses de modo regular y elaborar ciertas cuestiones, reorganiza su vida, separándose de su marido, y se pone a estudiar enfermería, algo que siempre había deseado pero no había tenido oportunidad.

Hoy en día, tras concluir los estudios con buen expediente, trabaja de enfermera y está satisfecha de su vida.

4. Un chico de 13 años acude acompañado por su madre bastante decidida a medicarle porque les han dicho que tiene TDAH y con el tratamiento psicofarmacológico mejorará.

Es un chico que siempre ha sido despistado, pero tras el paso de primaria a la Eso el año anterior, comenzó a ir peor, y este curso en el primer trimestre suspendió 6, él dice que se ha descuidado. También me dice que tuvo un tratamiento psicológico, al parecer cognitivo-conductual por angustia, hace unos dos años.

Le explico a la madre los efectos de la medicación y les doy una cita para ver qué hacemos.

La madre acude a la siguiente cita un poco angustiada por los efectos que puede producir la medicación y plantea si no hay otra manera de hacer sin la medicación. De acuerdo con el pediatra le da todos los días un poco de café, y recibo al chaval regularmente cada tres-cuatro semanas, para que me hable (de los estudios, el fútbol, los amigos, etc.). Me confía que le tiene mucho respeto a la madre, que le echó una bronca enfadada por las notas, y que se ha

propuesto mejorar. Comienza a ir mejor en los estudios, con buenas notas en los siguientes parciales y acabó el curso sin problemas y con todo aprobado.

5. Recibo a esta persona, varón de 35 años de edad, remitido desde la asociación de ludópatas porque su problema no es la ludopatía.

En sus palabras “no se controlar mis impulsos” y eso le lleva a gastar sumas importantes de dinero de modo compulsivo, desde los 18 años, sobre todo en sexo y alcohol, acabando habitualmente con broncas y a veces sin saber lo que ha hecho u ocurrido en esas situaciones. Esto le ha llevado a aislarse, rompiendo prácticamente todas sus relaciones sociales y a encerrarse en casa a leer y fumar porros.

No quería tomar medicación, yo tampoco veía en qué le podía servir esta, ni dejar de fumar porros, a lo que le dije que eso era cosa suya, proponiéndole vernos regularmente para hablar de lo que había sido su vida y sus dificultades e intentar encontrar otro modo de hacer.

Es decir hablar de su inconsciente, de ese “otro escenario” al que volvía regularmente de manera compulsiva en busca de esa satisfacción perdida y que no le servía para tranquilizarse, y para buscar otra manera de manejar esos impulsos.

Cuando vino a consulta vivía en casa de una hermana (que tuvo que dejar a propuesta de su hermana), tenía deudas (no demasiado abundantes dado que su padre siempre le ha cubierto, aunque luego él tiene que devolverle esa deuda) contraídas en esos momentos de “descontrol”, en los que en sus palabras “solo pensaba en follar”, cosa que hacía de modo impulsivo y sin previsión, gastándose todo el dinero que tenía y tirando de tarjeta de crédito.

Asimismo se planteaba muy seriamente la posibilidad del suicidio como un modo de acabar “con toda esta mierda”.

Durante el tiempo que acudió habló, además de sus problemas con los impulsos y sus gastos compulsivos, de lo que ha sido su vida

como hijo, hermano, estudiante y amigo así como de sus teorías de la vida y de la amistad, de las relaciones sexuales y de pareja, de para qué nacemos y vivimos, de sus ideas de matarse, etc. es decir de su propia y particular teoría de la existencia.

Ideas de las que no podía hablar con nadie ya que cada vez que lo hacía acababa peleado y aislándose de todos, viniendo luego el pasaje al acto impulsivo.

El poder hablar de todo ello con alguien que no le cuestiona, ni le juzga y lo toma en serio, le permitió dejar de actuarlo y posibilitó reordenar algunas de las coordenadas de su vida e introducir algunos cambios: tras dejar la casa de su hermana vivió un tiempo alquilado en una habitación manteniendo una buena relación con la dueña y su hijo, ha dejado de ir de putas pudiendo ahorrar dinero y comenzó una relación estable de pareja con la que finalmente se fue a vivir, y respecto a la vida, al despedirse me dijo estar dispuesto a seguir caminando sin plazos.

6. Varón que acudió remitido por su médico de cabecera angustiado, en un momento difícil tras tener una hija con diversos problemas orgánicos y malformaciones, de las que iban a hacerle varias intervenciones.

Le vi en varias ocasiones (5 o 6), y desde entonces se sostiene, hace ya 7 años, concertando una nueva cita, que nunca se consuma, cada tres o cuatro meses.

Días antes de la cita me llama, me dice que va bien, y que no puede acudir, siempre por diversas circunstancias (trabajo, algún problema físico), concertando una nueva cita a la que tampoco puede acudir, concertando una nueva, etc.

7. Mujer con importante cuadro de angustia que lleva muchos meses viniendo a verme colcándome en la impotencia de no conseguir que ceda su angustia a pesar de los diversos tratamientos farmacológicos y sin querer ir más allá de la queja. También me pone a prueba fallando a las citas y viniendo luego sin cita, de urgencia, por nuevas crisis de angustia.

Hasta que hace poco me habla de sus sueños, siempre de angustia, siempre con su padre (muerto cuando ella tenía 15 años).

Al señalarle que eso es lo que me dijo la primera vez que vino, la no superación de la muerte del padre, y al preguntarle que hasta cuándo va a seguir con esto, se abre la posibilidad de que pase de la queja a la demanda preguntando si hay algo que ella pueda hacer con esto, además de las pastillas, y se plantee qué está haciendo con su vida solicitando comenzar a trabajar sobre ello con el psicólogo.

8. Mujer de 56 años remitida por su médico, a finales de 2007, por “Temblor esencial en tratamiento. Está muy triste, deprimida, se le olvidan las cosas. Es la primera baja que coge en 34 años. Parece que el problema es laboral” y en un volante posterior añadirá: “La paciente se encuentra en mal estado, muy deprimida con un gran sentimiento de culpabilidad porque no es útil, según refiere “PARA NADIE”.

Ella refiere en esa primera entrevista: “Estoy mal. Tengo un miedo que me domina, no sé a qué. Ahora estoy más angustiada porque en el trabajo dicen que las torpezas son grandes” (sobre todo tienen que ver con olvidos). Y añá-

de: “El trabajo es mi medio de vida”. Todo ello con gran dificultad, en medio de grandes silencios y respondiendo a mis preguntas.

Acude puntual y regularmente a las citas pero no habla, salvo que le pregunte y en ocasiones manifiesta sus ganas de morir, de quitarse de en medio ya que siempre ha sido una inútil y ahora más ya que no sirve ni para trabajar.

Poco a poco, mostrando interés por sus cosas, cuidándola, haciéndole saber que la voy a seguir viendo todo el tiempo que haga falta, va desgranando las penurias de su vida, su carencia de lugar en todos los sitios, cómo a los quince años su padre la quitó de estudiar y la echó de casa, preguntándose como querer a alguien que ha hecho tanto daño y sin embargo sintiéndose obligada moralmente a cuidarlo ahora que está viejo y solo.

Habla de su interés y su deseo de estudiar de siempre, que la lleva (con mi apoyo) a apuntarse en la EPA en 2009, y actualmente tras finalizar estos estudios está en las aulas de la experiencia y va viviendo.

Cruces, 13 de junio de 2014

- Recibido: 3/7/2015.
- Aceptado: 15/11/2015.