

Número 4 - Enero de 2019

“Psiquiatría Comunitaria: El Trato con la Psicosis”

entrevista a:
Miguel Castejón Bellmunt



Miguel Castejón Bellmunt

Nuestro entrevistado nos ha recibido de forma muy cálida, en su oficina de la Fundación Manantial para realizar la entrevista.

Miguel es Director de Desarrollo de Proyectos y de Cooperación Internacional de la Fundación Manantial.

Actualmente forma parte de la Reforma Psiquiátrica de Perú y de Uruguay.

Además, es un profesional de una larga trayectoria, con una notable vocación, experiencia e implicación con el sufrimiento psíquico de las personas y con el modelo de salud mental comunitario.

Psiquiatría Comunitaria: El Trato con la Psicosis. Entrevista a Miguel Castejón Bellmunt

Hemos pensado en conversar un poco sobre la psiquiatría comunitaria y la psicosis hoy en día. Para empezar nos gustaría que nos contaras un poco cómo definirías la psiquiatría comunitaria?

Miguel: Bueno, yo no soy psiquiatra, esto para empezar, yo soy psicólogo clínico, aunque me siento más orgulloso de mi faceta social y comunitaria que de la faceta clínica pero, sin embargo, creo que también es importante. Luego, seguramente que tendremos oportunidad de reivindicar un poco la parte clínica dentro de la psicología comunitaria o del trabajo comunitario. Tampoco sé si soy la persona más indicada para definir la psiquiatría comunitaria, pero la psiquiatría comunitaria viene a oponerse, de alguna forma, o a ser una alternativa a una psiquiatría más dominada por la hegemonía médica o biologicista. Este modelo, trata de poner en valor lo importante de los recursos sociales, de los contextos, de las biografías, de la historia de las personas a la hora de comprender, por qué sufren psíquica o mentalmente. Entonces, la psiquiatría comunitaria o el modelo de salud mental comunitaria, de alguna forma, trata de superar esa visión un poco reduccionista de una psiquiatría exclusivamente centrada en los cuerpos de las personas.



“El modelo de salud mental comunitaria trata de poner en valor, lo importante de los recursos sociales, de los contextos, de las biografías, de la historia de las personas a la hora de comprender, por qué sufren psíquica o mentalmente.”

Psiquiatría Comunitaria: El Trato con la Psicosis. Entrevista a Miguel Castejón Bellmunt

¿Cómo se entendería entonces a una persona con enfermedad mental grave, desde esta perspectiva?

Miguel: Esta perspectiva, de alguna forma, incorpora la subjetividad de las personas. Hay como una alternancia, digamos, entre dos modelos de psicopatología, uno que entiende que el problema son los síntomas y otro que entiende que los síntomas son expresión de un sufrimiento que hay que tratar de comprender, si queremos tener alguna oportunidad de ayudar a la gente que sufre. El modelo de salud mental comunitaria trata de incorporar la historia, ya no solamente del sujeto, sino de su familia y del contexto donde ha nacido, donde ha crecido, donde se ha desarrollado, donde ahora vive. Este modelo entiende que los trastornos mentales son crisis personales que se producen por conflictos de la persona en relación con los demás y que tienen que resolverse en la relación con los demás, no se pueden resolver de forma aislada. Todo este modelo de salud mental comunitaria, de hecho, surge como alternativa a un modelo “manicomial” o de exclusión social en hospitales llamados psiquiátricos, conocidos como manicomios, donde la gente estaba recluida. Cuando se comprueba que eso no solamente no aporta solución, sino que complica más la mejoría de las personas, pues entonces surge un modelo que trata de atender a las personas en esa

comunidad en la que vive y en la que se han generado los problemas. La salud mental comunitaria trata de organizar un sistema complejo de articulación de respuestas a las múltiples necesidades de las personas que sufren psíquicamente y que ahora viven entre nosotros, en la comunidad. Antes, las personas con enfermedad mental grave estaban en hospitales que se llamaban Instituciones Totales, porque estando allí dentro no necesitabas nada más, no tenías problemas que no se solucionaran allí, tenías peluquero, estanco, etc. Eran grandes psiquiátricos, eran como grandes ciudades, rodeados de muros y no había que salir, allí tenías solución a todo, a todo menos a tu vida, a la recuperación de tu vida.

“Hay como una alternancia, digamos, entre dos modelos de psicopatología, uno que entiende que el problema son los síntomas y otro que entiende que los síntomas son expresión de un sufrimiento que hay que tratar de comprender, si queremos tener alguna oportunidad de ayudar a la gente que sufre.”

Psiquiatría Comunitaria: El Trato con la Psicosis. Entrevista a Miguel Castejón Bellmunt

Miguel: Entonces, el modelo comunitario trata de que, en el momento en que la persona empieza a vivir entre nosotros en comunidad, puede darse respuesta a las múltiples necesidades que tiene. En esta dinámica comunitaria, se percibe que los problemas de una persona, con psicosis, por ejemplo, no son sólo problemas sanitarios o médicos, si no que muchas veces esas son de las cosas más fáciles de solucionar. Los mayores problemas son sus dificultades de relación, de vivienda, de trabajo y un sistema comunitario es una red, trata de ser una red, que protege a la persona en la comunidad.

¿Cómo se implica la comunidad?, porque para que la persona con enfermedad mental grave, se integre en la sociedad, es necesaria también, una apertura por parte de la comunidad.

Miguel: Pues difícilmente, de hecho, en España, creo que fue en el año 1986, que empieza la Ley General de Sanidad con los procesos de Reforma y el cambio de modelo, cuya respuesta no se planteaba a través de los hospitales psiquiátricos, sino que en la comunidad se empezaban a construir redes. En estos 30 años esa ha sido la gran tarea, conseguir que estas personas puedan ser de verdad ciudadanos plenamente integrados, que ocupen y habiten de verdad la comunidad, no sólo que deambulen por ella. Creo que ha sido y sigue siendo un gran reto y creo que es una responsabilidad de todos el conseguir que eso funcione, responsabilidad de la comunidad y responsabilidad de los profesionales, con mejores formas de trabajar. Por una parte, responsabilidad de la comunidad porque es un poco, no sé si decir cínico o cruel, generar en la mayor parte de los casos el sufrimiento de las personas y luego



Psiquiatría Comunitaria: El Trato con la Psicosis. Entrevista a Miguel Castejón Bellmunt

Miguel: lavarse las manos y rechazarlos, porque la mayor parte de los problemas que tenemos, se generan en esas comunidades. Son las formas de vida y los determinantes sociales, generalmente, lo que explica en gran parte, el sufrimiento de la gente, pero luego, cuando tratas de buscar respuesta en esa misma comunidad, ésta se cierra en banda y no te reconoce como uno de ellos, porque tienes problemas o eres raro. Entonces la comunidad, yo creo, tiene que hacer una reflexión importante sobre cómo son sus modos de vida, de organización y de relación social ya que estos son los que están generando sufrimiento, para entonces pensar en cambiarlo y prevenir, de alguna forma, nuevos sufrimientos. A los que ya están sufriendo, de alguna forma, poder facilitarle la posibilidad de volver a ocupar espacios, entre nosotros. Por otra parte, los profesionales tenemos que encontrar la

“...como si fuera un problema de incompetencia el que explica su locura, no es un problema de incompetencia...”

forma de trabajar mejor con la comunidad. Se trata de generar espacios de salud en esa comunidad, no se trata tanto de poner el foco en esa persona y reconocer que ella es la que tiene la responsabilidad y hacerle entrenamientos en competencias, como si fuera un problema de incompetencia el que explica su locura, no es un problema de incompetencia. Deberíamos de encontrar formas diferentes de trabajar, generando espacios de salud, espacios más colectivos, donde participaran elementos de esa comunidad y las personas con enfermedad mental grave, permitiendo que, juntos, pueda comprenderse qué ha pasado para que algunos de ellos se hayan vuelto locos. Igual que pasa en las familias, un poco a otra escala, porque la

familia es como la “mini comunidad” del paciente, donde, de alguna forma, enloquece. No se trata de culpabilizar a nadie, pero sí de comprender que ha sido allí dónde se ha generado gran parte del sufrimiento de la gente y ver por qué, qué ha pasado para que uno de ellos tenga que expresar ese sufrimiento con su locura. Las comunidades, las familias... tienen sus responsabilidades, pero los profesionales también, generando nuevas formas de trabajar; no culpabilizando encima a las víctimas, poniendo en ellos toda la responsabilidad. Actualmente, con el individualismo que hay, se dice: “tú eres capaz de todo”, “tú puedes todo”; parece que somos una sociedad donde el hombre lo puede todo y si le va mal, es que no lo ha podido, es él el que ha

Psiquiatría Comunitaria: El Trato con la Psicosis. Entrevista a Miguel Castejón Bellmunt

Miguel: fallado, es su culpa y creo que los profesionales deberíamos intentar cambiar un poco esa lógica y crear espacios de corresponsabilidad en las respuestas a lo que pasa, al sufrimiento de la gente.

Puede decirse, entonces, que parte de la Psiquiatría Comunitaria, consiste también en una sensibilización social...

Miguel: Sin duda, de hecho, eso es una gran parte de las dificultades en los procesos de reforma. Cuando un país trata de transitar de un modelo más centrado en el hospital y en el individuo hacia modelos más basados en la comunidad, el gran problema es que las comunidades difícilmente aceptan su responsabilidad. Es más fácil que alguien tome una pastilla, a que nosotros cambiemos nuestra forma de vida como colectivo. Esto no se acepta fácilmente y es un poco la labor de estos modelos “comunitaristas”, el aportar pruebas y convencer de que nos puede ir mejor a todos, si asumimos la parte de responsabilidad que nos toca como comunidades, para explicar el sufrimiento de nuestra gente. Hay que hablar más de comunidades vulnerables que de individuos vulnerables o de comunidades “apoyadoras” en las que, cuando alguien tiene problemas, se le pueda responder. Porque, ¿para qué queremos vivir en comunidad, si cuando tenemos un problema, esa comunidad no nos apoya?, entonces comunidad quiere decir que se puedan conservar lazos reparadores y que haya sistemas de atención públicos y accesibles. No siempre es fácil, porque la lógica es culpar al que sufre y si puede ser, excluirle para que no le veamos, para que no nos recuerde que llevamos un mal camino. La sensibilización es una tarea, pero también la investigación social y no se investiga demasiado en los aspectos sociales de la salud mental, suele haber variables más individuales y biológicas, que van a sustentar luego unos fármacos u otros. De todas formas, la tendencia a que cada vez es más evidente el papel de lo social en la salud mental de la gente, es inequívoca y es una tendencia imparable, así que antes o después, yo creo que llegaremos a ese punto en el que se comprenderá que son las comunidades, en gran parte, las que explican el sufrimiento de la gente.

“Hay que hablar más de comunidades vulnerables que de individuos vulnerables o de comunidades “apoyadoras” en las que, cuando alguien tiene problemas, se le pueda responder...”

Psiquiatría Comunitaria: El Trato con la Psicosis. Entrevista a Miguel Castejón Bellmunt

Según lo que cuentas es como que las personas que sufren de trastorno mental, serían como el síntoma de la comunidad en sí y, claro, lo que hacemos ahora con los síntomas es hacerlos desaparecer, hacer como que no existen o dar pastillas para no verlos y entonces, ¿sería eso lo que hace la comunidad?

Miguel: Yo creo que sí, creo que, de alguna manera, la comunidad trata de “desresponsabilizarse” y cuando se expresa el sufrimiento de algunas personas, con algunos síntomas médicos o psiquiátricos, se intenta dar alguna pastilla en lugar de poder pensar qué ha pasado para que esa persona se haya vuelto loca. Los síntomas no son vistos, o son vistos como el problema y se buscan fármacos que “resuelvan los síntomas”, como si los síntomas fueran el problema y, efectivamente, los síntomas son como el mensajero que anuncia que hay algo que no va bien. Puede haber algunas características personales que hacen que en un momento determinado alguien se fracture psíquicamente y exprese una psicosis, por ejemplo. Por otra parte, cada vez son más las evidencias que hablan de que las experiencias tempranas son claves, los hospitales psiquiátricos están llenos de personas con experiencias traumáticas de algún tipo, en la infancia. Los modelos nuestros de rehabilitación, hasta hace muy poco tiempo no incorporaban, por ejemplo, preguntas sobre la infancia de las personas, como si eso no importara, simplemente vamos a centrarnos en el síntoma y vamos a tratar de que la persona funcione entre nosotros, pero es un funcionar “como si” estuviera bien. Creo que deberíamos de abordar (porque ya estamos en condiciones de hacerlo y hay gente que lo ha conseguido), una terapia más ambiciosa con la gente que ha perdido la razón. Hay gente que puede volver de la locura, que ha vuelto y son los que mejor nos pueden ayudar a los profesionales a ver cómo tenemos que reorientar nuestro trabajo.

“Creo que deberíamos de abordar, porque ya estamos en condiciones de hacerlo y hay gente que lo ha conseguido, una terapia más ambiciosa con la gente que ha perdido la razón. Hay gente que puede volver de la locura, que ha vuelto y son los que mejor nos pueden ayudar a los profesionales a ver cómo tenemos que reorientar nuestro trabajo”

Psiquiatría Comunitaria: El Trato con la Psicosis. Entrevista a Miguel Castejón Bellmunt

En esta línea, la implicación profesional de quiénes han pasado por este tránsito tan difícil, ¿es importante?

Miguel: Súper, súper importante, porque todos vienen a coincidir en que son las actitudes más humanas, más cálidas las que les ayudan a empezar un proceso complejo de dar cierto sentido a esa experiencia de locura. Lo que no puede ser es que alguien no construya una respuesta porque se ha enloquecido. No conforma a nadie y menos a los protagonistas, la idea de que es una cosa azarosa, que te ha tocado. Hubo una época en la que se hablaba que el 1% de la población tiene esquizofrenia y puede ser cualquiera, “te tocó a ti”, eso no convence a nadie. Pero esto tranquilizaba a la gente, a las familias les quitaba toda responsabilidad, a los pacientes les ponía una etiqueta y cuando tienes tu identidad fracturada, por lo menos eres algo y aceptas el rol de enfermo y bueno “soy un enfermo”. Pero cada vez más, sobre todo de la mano y de las voces de quiénes han vuelto y nos han dicho que cuando han encontrado un sentido a la experiencia, han recuperado su vida, entonces somos más los que pensamos que tenemos que ser más ambiciosos a la hora de tratar de ayudar de verdad, a lo grande, a la gente que enloquece. No es algo para nada irrecuperable, quizá la persona cuando vuelve de esa experiencia no es la misma, es otra,

pero es como cuando alguien vive un suceso muy potente en su vida, a lo mejor no lo olvida nunca, pero puede seguir viviendo con eso detrás. Igual la locura puede ser algo que, para nada te invalide para siempre, sino al contrario, algo que te fortalezca, pero tienes que tener sistemas de apoyo, de salud, que te acompañen en ese proceso de descubrir. En este punto es donde reivindicaba lo clínico, tienes que hacerlo en comunidad y la labor de apoyo es muy importante, pero también tienes que estar atento en ayudar a la gente a descubrir, a construirse una narrativa de qué le ha pasado y eso le puede ayudar y situarle otra vez en la vida, dando un sentido.



Psiquiatría Comunitaria: El Trato con la Psicosis. Entrevista a Miguel Castejón Bellmunt

Miguel: Creo que ese es un poco el nuevo camino, de estas redes en comunidad, estar atentas y, también, cuidadosas de no invadir demasiado a quien está en ese proceso, pero si dispuestas a acompañar en de descubrir qué ha pasado, para que me pasara esta experiencia (la de la locura), a mi. Para nada tengo yo formación dinámica pero he leído, hace poco, algo que habla de una figura que comentaba Lacan “El Secretario del Alienado” y me encanta, porque habla de un rol que puede ser bastante parecido al que nosotros tenemos que tener con los pacientes, estar como disponibles, sugerir, recordar, apuntar, hacer ver, pero, un secretario no puede decirle a su jefe lo que tiene que hacer, pues tampoco el terapeuta a su paciente. Es importante, también, ser respetuosos con una forma de estar en la vida, porque al final, la locura es como el primer tratamiento para ese sufrimiento. Freud fue quien lo puso sobre la mesa, el síntoma es una primera defensa ante una angustia tremenda, entonces no se trata de quitar ese síntoma, hasta que no se pueda construir otro “remedio” más adaptativo. Ese respeto al síntoma y a la locura, ese saber estar con el que ha perdido la razón, respetando pero a la vez poniéndome a disposición de descubrir, es el arte del nuevo profesional, que tenemos que aprender a ejercer.

Como Director de Desarrollo de Proyectos y de Cooperación Internacional de la Fundación Manantial, está participando en la reforma psiquiátrica de Perú y de Uruguay, ¿cómo está siendo este proceso en Latinoamérica?

Miguel: Muy interesante, para mí está siendo una experiencia fantástica porque yo he empezado hace ya 30 años, ahora 31 años, a trabajar en el primer centro que abrió en Madrid para acoger a los pacientes que salían entonces de los manicomios, en Alcalá de Henares y, sinceramente, no sabía muy bien lo que hacía. Sería una lista interminable la de los errores que yo he cometido y ahora tengo la sensación, seguramente cometeré otros errores, de que tengo algunas respuestas que entonces no tenía. En su momento no pude, de

“Lo que no puede ser es que alguien no construya una respuesta porque se ha enloquecido. No conforma a nadie y menos a los protagonistas, la idea de que, es una cosa azarosa, que te ha tocado”

Psiquiatría Comunitaria: El Trato con la Psicosis. Entrevista a Miguel Castejón Bellmunt

Miguel: alguna forma, participar activamente y con convicción en la ayuda a esas personas que estaban saliendo de los manicomios en España y puedo hacerlo ahora, sin embargo, en Perú y en Uruguay. Es como una segunda oportunidad, 30 años después poder participar de verdad, sintiéndome yo, aunque quizá sea vanidoso, protagonista de la salida de esa gente a la comunidad. En el Perú, llevamos tres años colaborando activamente, dos de estos tres años, lo pasamos viviendo allí, mi compañero y yo, trabajando activamente con los primeros profesionales y fue súper bonito porque es una tarea que deja ver fácilmente el beneficio para los pacientes. Pasan de vivir en condiciones infrahumanas, a ser atendidos con humanidad, casi como cualquiera de nosotros. Ha sido súper bonito ver como profesionales que no habían oído hablar de esto, justo tenían como modelo, el modelo del hospital y de la bata blanca y de la medicación y se han incorporado a este modelo con pasión y esto es el auténtico motor del cambio, la pasión, la vehemencia y el compromiso que pone esta gente. Cuando te hablo de compromiso, me refiero a no cobrar, a cobrar muy poco, de reconstruir los espacios de atención con sus propias manos, de pintar, de no tener horario y eso está siendo el motor del cambio en Perú y esto ha hecho que las autoridades se convenzan de que esto es imparabile y de que doten de presupuesto al plan.

“Ha sido súper bonito ver como profesionales que no habían oído hablar de esto, justo tenían como modelo, el modelo del hospital y de la bata blanca y de la medicación se han incorporado a este modelo con pasión y esto es el auténtico motor del cambio, la pasión, la vehemencia y el compromiso que pone esta gente”

Se habla de que los modelos comunitarios necesitan un centro de especialistas en la comunidad por una cantidad de personas. Por 100.000 habitantes se habla de que debe haber al menos un centro de especialistas en la comunidad. En Perú son 30.000.000 de personas y se necesitarían 300 centros, pero en estos dos últimos años, se han hecho

más de 100, entonces el camino es bueno. También se han abierto hogares donde la gente puede vivir cuando no tiene soporte familiar o de otro tipo. Hogares abiertos como pisos o departamentos donde pueden vivir en comunidad con apoyo y supervisión flexible, entonces la vida de la gente está cambiando.

Psiquiatría Comunitaria: El Trato con la Psicosis. Entrevista a Miguel Castejón Bellmunt

Miguel: La academia, las universidades, los grandes catedráticos, los grandes hospitales, los jefes de psiquiatría de los grandes hospitales les cuesta más cambiar, pero incluso alguno ya está transitando al nuevo modelo e irá lento, pero va. En Uruguay ha habido una ley recientemente que obliga a cerrar los manicomios para el 2025, hay dos grandes hospitales psiquiátricos con más de 1.200 personas dentro y tienen que sacarlos. También con Uruguay hemos firmado un acuerdo de colaboración para acompañarles en ese proceso de seleccionar a los pacientes, trabajar, motivarles para que pasen a vivir a un lugar que no conocen y que ya les asusta. Es apasionante ver cómo le dices a alguien de abandonar el psiquiátrico y no quiere, por eso es importante tener la mezcla entre respeto y convicción para que pruebe y os aseguro que, en cuanto prueban, nadie quiere volver al manicomio. Al principio, tememos lo desconocido y ellos pensarán: ahí fuera es donde me volví loco, aquí al fin y al cabo he encontrado mi rol y mi espacio y ahora me dices que vuelva ahí... bueno; y en eso vamos a tratar de acompañarles. Diría que va lento, pero que va bien. Hay como un movimiento de reformas de tercera generación en América Latina, en Perú, en Uruguay, en República Dominicana, que da

esperanza. También es cierto que en otros países hay una cierta involución como Brasil, siempre muy de la mano de la política, yo creo que las políticas públicas son claras. Lo comunitario siempre se ha asociado un poco con las izquierdas, porque se pone el ojo sobre aspectos sociales. Es muy difícil no llamar la atención sobre cómo determinadas condiciones de vida, como el colecho (por la falta de recursos económicos) y demás situaciones similares, no van a generar problemas en la convivencia y por tanto, problemas de salud mental en los miembros de esa familia. No llamar la atención sobre esto es, quizá, un poco hipócrita por parte de los profesionales. Creo que para trabajar en este modelo hay que ser un poco activista de esto, hay que ser un poco valiente y estar resignado a no llegar a ocupar grandes puestos de responsabilidad en los Estados porque son verdades las que tienes que decir que, a veces, no gusta oír.

“Es apasionante ver cómo le dices a alguien de abandonar el psiquiátrico y no quiere, por eso es importante tener la mezcla entre respeto y convicción para que pruebe”

Psiquiatría Comunitaria: El Trato con la Psicosis. Entrevista a Miguel Castejón Bellmunt

Después de 30 años de experiencia, ¿qué crees que falta por hacer y qué se ha conseguido?

Miguel: Esto es terrible porque, después de 30 años, yo creo que hay que volver a, sino empezar, volver a reformar muchas cosas. Esas redes que se crearon fuera para proteger a la gente en la comunidad, nacieron como respuesta a los manicomios: hay que sacar a la gente fuera y hay que protegerles y hacer red protectora... pero es una red que, siguiendo con la metáfora de la protección, se ha convertido en una red



que atrapa a la gente. Parece que esas redes comunitarias son capaces de poner a la gente en la comunidad, pero, de alguna manera, excluidas del resto de la comunidad, hay como una especie de muros invisibles. Con estos dispositivos, eres capaz de transitar entre ellos, pero no acabas de librarte nunca del sistema. Es como que esas redes, que en su momento fueron la solución al problema del manicomio, ahora son parte del problema. Tenemos que trabajar de forma diferente y mucho antes, desde que las personas empiezan a tener sus primeros episodios, los primeros brotes de tipo psicótico, para que no se acaben viendo atrapadas en el sistema. Nunca ha habido tanto gasto en fármacos, nunca ha habido tantos recursos profesionales como ahora, nunca ha habido tantos crónicos como ahora, como que nuestras redes producen cronicidad y ¿por qué?, esa es la pregunta que tenemos que responder. En gran parte es porque hemos heredado un modelo médico, hemos cambiado el lugar de trabajo, ya no trabajamos en los hospitales, pero la metodología y la mentalidad es muy parecida, trabajamos de forma muy parecida fuera. Seguimos recomendándole a un paciente que no delire, nos asustamos cuando delira, cuando está agitado y le tratamos de medicar más para que se relaje porque no sabemos, ni queremos trabajar con gente agitada y una persona que está loca no puede estar siempre tranquila. Esto pasa por una formación diferente y pasa por enfrentar, de una forma diferente, la relación con el que sufre y entender que el síntoma sólo es expresión del sufrimiento y tratar de encontrar el sentido a eso que le pasa, más que, a toda costa, volcarnos en que su aspecto sea correcto, que sus modales sean correctos, o sea, reducir su problema a un problema de competencias o de

Psiquiatría Comunitaria: El Trato con la Psicosis. Entrevista a Miguel Castejón Bellmunt

“...en el fondo no acabamos de creernos que se puede volver de la locura y los testimonios que hay, no queremos verlos. Tenemos, creo yo, que escuchar esos testimonios...”

Miguel: habilidades. Eso me parece el gran error y el desaprovechamiento de toda esta infraestructura tan potente y que ha conseguido grandes cosas. Madrid es un ejemplo de como una red de recursos de atención en lo social de las personas, ha conseguido que esas personas estén entre nosotros con una calidad de vida fantástica, pero si piensas ¿cuántas de esas miles de

personas que son atendidas están libres del sistema de salud mental, cuántos tienen el alta?, prácticamente ninguno; ¿cuántos de esos trescientos y pico de pacientes que trabajan con nosotros, que se ganan la vida y que muchas veces (en esta época de crisis, de la que estamos saliendo parece ser, en España), han sido ellos los que han llevado el dinero a la casa?, porque sus padres no tenían dinero, porque tenían pensiones bajísimas. Pregunto, ¿cuántas personas de esas, tienen el alta en salud mental?, prácticamente ninguno, todos siguen siendo pacientes. Es como sinónimo tener un episodio de psicosis que ser un crónico, más o menos presentable en sociedad, pero crónico y creo que eso es porque en el fondo no acabamos de creernos que se puede volver de la locura y los testimonios que hay, no queremos verlos. Tenemos, creo yo, que escuchar esos testimonios, esos que se llaman los pares, los iguales que vuelven para decirnos lo que a ellos les ayudó. No son las terapias de entrenamiento en competencias, ni los fármacos lo que les ayudó, si no grupos de ayuda mutua, grupos de encuentro, de pertenencia, grupos de discusión, grupos de paseo, baile, música, de alguna forma tener una relación de confianza con un terapeuta o una persona que acompañó en ese proceso tan complejo de descubrir qué me ha pasado. No hay horarios, no podemos tener redes que atiendan estas cosas y que terminan a las 3 de la tarde, porque si tengo un problema a las 5, ya es valorado como una urgencia médica en un hospital, no es una urgencia médica, es que estas personas tienen y necesitan hablar de lo que les está pasando, están agobiados, eso no es un problema médico que se soluciona con un ansiolítico. Tenemos que hacer servicios más ajustados a lo que necesita la gente. Creo que 30 años después, estamos en muy buenas condiciones para volver a empezar a intentar a ayudar más y mejor a la gente, pero sabemos cosas, sabemos cómo mejorar mucho la calidad de vida de la gente. Se trata de hacer eso, sin obligarles a estar el resto de su vida dentro del sistema, como crónico.

Psiquiatría Comunitaria: El Trato con la Psicosis. Entrevista a Miguel Castejón Bellmunt

¿Hacia dónde va ahora Fundación Manantial?

Miguel: Yo creo que Fundación Manantial está siendo una apuesta muy grande por esta autocrítica, por esta reflexión. Ese fue un poco el intento de nuestras últimas jornadas, de buscar las grietas de la rehabilitación y de la ayuda. Las grietas en ese sentido doble, que usábamos esa canción de Leonard Cohen, las grietas es lo que resquebraja las cosas pero, también los lugares por los que acaba entrando la luz, que puede iluminar cómo cambiar y cómo mejorar. Creo que Fundación Manantial ha hecho una apuesta decidida por eso y que su equipo profesional está claramente implicado en ese debate, que ya no nos asusta el saber que tenemos pocas certezas, asumir la incertidumbre de que no tenemos respuestas para todo lo que intuimos y luego apostando, también, por el empleo. A mi me parece que es una apuesta muy por los derechos de la gente para volver a ser ciudadano y ganarse la vida, es el primer paso. Tener un salario que te pueda permitir cierta independencia de la familia, de otras personas y del Estado es un paso importante. La tercera línea de la apuesta de la Fundación, es poner en marcha proyectos innovadores y tratar de acompañar a gente que está empezando, en estas experiencias de América Latina, con el equilibrio entre lo que sí sabemos hacer e intentando no cometer los mismos errores que aquí, a veces, cometemos. Entonces yo creo que estas son las tres líneas: un énfasis muy importante en la autocrítica y en la reflexión sobre las prácticas, el tema del empleo para devolver un poco de ciudadanía y el diseño de algunos proyectos innovadores. Hemos puesto en marcha una Unidad de Atención Temprana en Psicosis, después de 5 años, la Consejería de Sanidad ha hecho suya en Alcalá de Henares y los resultados son espectaculares y la forma de atención es completamente diferente. Es una atención que no se basa en la coerción, que se basa en el diálogo, en el acompañamiento, en el apoyo más



personal que farmacológico, donde nadie toma medicación si no quiere, pero se suple con presencia de profesionales y los resultados son espectaculares. Tenemos abierta una investigación que trata de relacionar la eficacia con el coste, porque parece que hay una lógica y hay

Psiquiatría Comunitaria: El Trato con la Psicosis. Entrevista a Miguel Castejón Bellmunt

Miguel: investigaciones que lo van sustentando. Parece que si al principio de los episodios de locura o de psicosis, tomas mucha medicación, puedes tener menos recaídas al principio del proceso pero, a largo plazo, te vas a cronificar porque no has generado estrategias para enfrentar esas experiencias. En cambio, si al principio tienes medicación mínima, con momentos incluso de descanso de la medicación, pero mucho apoyo personal y/o psicosocial, es verdad que al principio tienes mayores recaídas, pero a largo plazo hay mayor recuperación en el sentido de inserción real en su sociedad, de volver a trabajar, a tener una vida afectiva normal, etc. Entonces, es como si hubiera que aguantar al principio poner apoyos humanos, psicoterapéuticos, sociales y menos

medicación, para que haya algún tipo de insight y alguna posibilidad en la persona de reflexionar sobre qué ha pasado. Entonces, esa es un poco la lógica de esta Unidad de Atención Temprana que nosotros hemos puesto en marcha y que sigue en funcionamiento de una forma absolutamente pionera en la Comunidad de Madrid y en España, con la presencia también de un ex paciente, de alguien que no sólo ayuda al otro paciente que ahora está entrando en proceso, sino a los propios profesionales, para ser capaces de poner la mirada en otros lugares. Es una figura que ha resultado tan importante, tanto para los nuevos pacientes como para el equipo profesional, porque te ayuda a ver cuándo te desenfocas. Tenemos algunos proyectos en esa línea que tratan de poner el acento en variables que, habitualmente, no se miran tanto, como la importancia de Casa Verde.

“Tenemos algunos proyectos en esa línea que tratan de poner el acento en variables que habitualmente no se miran tanto, como la importancia de Casa Verde. Este proyecto ha demostrado también que una mamá con psicosis, puede ser una buena madre, una madre suficientemente buena, si tiene a alguien al lado que la apoye”



Psiquiatría Comunitaria: El Trato con la Psicosis. Entrevista a Miguel Castejón Bellmunt

Miguel: Este proyecto ha demostrado, también, que una mamá con psicosis, puede ser una buena madre, una madre suficientemente buena, si tiene a alguien al lado que la apoye. De esa manera, durante todos estos años, hemos conseguido pasar, según una investigación que hemos hecho antes del proyecto que, más del 40% de las madres con psicosis, perdían la tutela de sus hijos, ahora, con Casa Verde, estamos en un 1%, porque ha habido más de 100 casos y sólo 1 ha perdido la tutela, simplemente porque ha habido un equipo disponible. Esta es otra evidencia y eso es bueno para el niño que va a tener buenos vínculos y un apego con su mamá, es bueno para la mamá que se puede permitir el derecho a criar a su hijo y es bueno para la comunidad que, de alguna forma está diciendo: si tienes algún problema, estoy aquí para ayudarte; y una comunidad así es una comunidad que merece la pena, porque una comunidad que solamente te quiere para trabajar, no merece la pena (risas).

